

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNDE
TEDAVİ GÖREN MEME KANSERİ HASTALARININ
TEDAVİ ARAMA ŞEKİLLERİ, ALGILANAN SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ**

Pınar SOYLAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ**

Doktora Tezi-2015

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

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNDE TEDAVİ
GÖREN MEME KANSERİ HASTALARININ TEDAVİ ARAMA
ŞEKİLLERİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

Pınar SOYLAR

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ**


**MALATYA
2015**

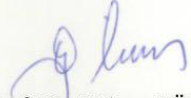
KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Pınar SOYLAR**'ın "İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/05/2015


Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Cemil ÇOLAK
İnönü Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Fırat Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tefvik OZAN
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2015 tarih ve 2015/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALARDİZİNİ	viii
TABLOLARDİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Kanseri.....	3
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	3
2.1.2. Meme Kanseri ve Risk Faktörleri	4
2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	5
2.1.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri	6
2.1.2.3. Diğer (Çelişkili) Risk faktörleri.....	7
2.1.3. Meme Kanserinden Korunma	7
2.1.4. Meme Kanseri Erken Tanı/Tarama Yöntemleri	7
2.1.4.1. Mamografi	8
2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi	8
2.1.4.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi	8
2.1.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	9
2.1.6. Meme Kanserinin Evrelemesi.....	9
2.1.7. Tedavi	10
2.2. Sosyal Destek.....	10
2.2.1. Kanser Hastalarında Sosyal Destek	11
3. MATERYAL ve METOT.....	13
3.1. Bölge Hakkında Genel Bilgiler.....	13
3.2. Araştırma Modeli	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	13
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	14
3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	15
3.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi	15

3.5.2. Anket Formunun Uygulaması.....	15
3.5.3. Anket Formunun Değerlendirilmesi	15
3.5.4. Verilerin Analizi	16
3.6. Süre ve Maliyet.....	16
4. BULGULAR.....	17
4.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	17
4.2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular	19
4.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Hasta Kaynaklı Ve Sistem Kaynaklı Gecikmelerine İlişkin Bulgular.....	22
4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastalık Süreci İle İlgili Diğer Bulgular	32
5. TARTIŞMA	36
5.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	36
5.2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	38
5.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Hasta Kaynaklı Ve Sistem Kaynaklı Gecikmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
5.4. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulguları Ve Hastalık Süreci İle İlgili Diğer Bulgularının Tartışılması.....	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	58
EK.1. ÖZGEÇMİŞ.....	58
EK. 2. ETİK KURUL KARARI.....	59
EK. 3. ETİK KURUL DEĞİŞİKLİK YAZISI	61
EK.4. ANKET FORMU	62

TEŐEKKÜR

Doktora tez çalıőmam sűresince bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren; her aőamasında bana destek olan deęerli danıőman hocam sayın Prof. Dr. Metin F. GENÇ' e

Yűksek lisans ve doktora eęitimim boyunca destek olan Halk Saęlıęı Ana Bilim Dalı'nın deęerli hocaları Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN, Prof. Dr. Gűlsen GŪNEŐ ve Doç. Dr. Ali ŐZER' e,

Hayatım boyunca her konuda yanımda olan, yardımlarını her an hissettiğim annem, babam ve kardeőlerime, tez çalıőmam sűresince göstermiő olduğu sabır, destek ve anlayıő için eőim Ahmet SOYLAR' a, varlığıyla hayatıma anlam katan canım kızım Melis Bahar'a,

Teőekkűrlerimi sunarım.

Pınar SOYLAR

ÖZET

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNDE TEDAVİ GÖREN MEME KANSERİ HASTALARININ TEDAVİ ARAMA ŞEKİLLERİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Meme kanseri hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Mortalite oranları geç evrede teşhis yüzünden az ve orta gelire sahip ülkelerde daha yüksektir. Bu çalışmanın ilk amacı meme kanseri hastalarının TÖTM'ne başvurana kadar nasıl bir yol izlediklerini belirlemek ve bunun geç evrede teşhisle ilişkisini incelemektir. Araştırmanın bir diğer amacı ise, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemektir.

Materyal ve Metot: 2013-2014 yılları arasında TÖTM kemoterapi ünitesinde tedavi gören 200 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Anket uygulanan hastalar içinde eski ve yeni hastalar bulunmaktadır.

Bulgular: Yaş ortalaması 51.16 ± 1.10 olan kadınların % 60'ının eğitim durumu ilköğretimdir. Hastaların %69.5'inin ilk fark ettikleri belirti memede kitledir, %56.5'inin ileri evrede olduğu saptanmıştır. Kadınların %34'ü ilk belirtiyi fark ettikten sonra sağlık kuruluşuna başvurmada gecikmiştir. İlk başvuru sağlık kuruluşu genellikle devlet hastanesi (%50.5) iken, ikinci gidilen sağlık kuruluşu olarak hastalar daha çok üniversite hastanesini (%53) tercih etmiştir. Kadınların eğitim seviyesi, yaşadıkları yer, ekonomik durumları, ilk fark ettikleri belirti, tümör evreleri ile hasta ve sistem kaynaklı gecikmeler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinde kadınların ailelerinden aldığı destek puanı (24.8 ± 4.6), eş ve arkadaş destek puanlarından (sırasıyla 23.8 ± 5.5 , 21.3 ± 6.4) yüksektir. Hastalığın eşleriyle arasındaki yakınlığı etkileme durumu ile eş destek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sonuç: Hasta ve sağlık sistemi ile ilgili engellerin aşılması durumunda meme kanseri daha çok erken evrede teşhis edilebilecek ve hayatta kalım oranları artacaktır. Kadınların konuyla ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalıkları arttıkça kapsamlı tedavilerin yapıldığı kanser merkezlerine daha erken başvuracaklardır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, ileri evre, erken teşhis, sosyal destek.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF TREATMENT SEEKING BEHAVIOUR, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVEL OF PATIENTS WITH BREAST CANCER TREATED IN TURGUT OZAL MEDICAL CENTER AT THE UNIVERSITY OF INONU

Aim: Breast cancer is the most common type of cancer in women both in developed and developing countries. It has higher mortality rate in low and middle income countries due to the late-stage diagnosis. The principal aim of this study was to investigate what patients with breast cancer did before applying to Turgut Ozal Medical Centre (TOMC) and its relationship with late stage diagnosis. The study also aimed to identify the level of patients' perceived social support.

Material and Method: It included 200 newly and previously diagnosed patients with breast cancer treated at the chemotherapy unit in TOMC during 2013 and 2014 years.

Results: The mean age of the patients was 51.16 ± 1.10 and %60 of the women were graduate of elementary school. The majority of patients (%69.5) noticed breast mass as a first symptom and %56.5 of them were diagnosed at later stages. Of the patients, %34 delayed to visit health care centers after realizing the first symptom. Generally, the first visited health care center was The State Hospital (%50.5) while the second one was university hospital (%53). Any statistically significant relationship was not determined between women's education level, residential area, economic conditions, the first noticed symptom, stages of tumor and patients and system related delay ($p > 0.05$). Patients related delay and system related delay was not significant statistically. Family support score (24.8 ± 4.6) was higher than those of friends and husbands (respectively 23.8 ± 5.5 , 21.3 ± 6.4). Husbands support score was statistically differed in terms of the intimacy between women and their husbands after disease ($p < 0.001$).

Conclusion: It can be concluded that overcoming the barriers, related to patients and system, will lead to early stage diagnosis resulting higher survival rates of patients with breast cancer. As awareness and knowledge level of women about cancer increases, they will visit the health care centers where they can get more comprehensive treatment earlier.

Key words: Breast cancer, late stage, early diagnosis, social support.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	: World Health Organization
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
TNM	:Classification of Malignant Tumours. T:Tumor, N:Lymph Nodes, M: Metastasis
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For The Social Science
LSD	: Least Significant Differences
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4. 1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	17
Tablo 4. 2. Meme kanseri teşhis-tedavi süreci ile ilgili bulguların dağılımı.....	19
Tablo 4. 3. Hastalıkla ilgili diğer bulgular.....	21
Tablo 4. 4. Kadınların eğitim durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar	22
Tablo 4. 5. Kadınların yaşadıkları yer ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması.....	23
Tablo 4. 6. Kadınların ekonomik durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması.....	24
Tablo 4. 7. Kadınların ilk fark ettikleri belirti ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması.....	25
Tablo 4. 8. Kadınların yaşları ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması	26
Tablo 4. 9. Kadınların tümör evreleri ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması	26
Tablo 4.10. Kadınların eğitim durumlarına göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması	27
Tablo 4.11. Kadınların ilk fark ettikleri belirtiler ile kesin teşhis konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.12. Kadınların tümör evresine göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması	29
Tablo 4.13. Kadınların gittikleri sağlık kuruluşları (izlenilen yol) ile kesin teşhis konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.14. Kadınların yaşları ile kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.15. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre tümörün evresinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.16. Kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğindeki alt ölçek gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	32

Tablo 4.17. Kocaların eğitim durumuna göre kadınlar tarafından algılanan koca desteği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.18. Kadınların hastalık sürecinde eşleriyle olan yakınlık durumları ile kocaları tarafından algılanan sosyal destek ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.19. Hastaların genel sağlık durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar.....	35

1. GİRİŞ

Meme kanseri dünyada sık görülen kanser türleri arasında ikinci sırada yer alırken, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 2012 yılında teşhis edilen yeni meme kanseri hasta sayısı 1.67 milyondur ve kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır (1). 2011 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre tüm dünyada meme kanserinden ölen kadın sayısı 508.000'dir. Meme kanseri insidansı, gelişmekte olan dünyada tahmini yaşam süresinin uzaması, kentleşme, batı tarzı yaşam biçiminin benimsenmesiyle giderek artmaktadır. Hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkelerde sık görülmektedir (2).

Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar daha ileri evrelerde teşhis edilirken, gelişmiş ülkelerdeki kadınlar erken evrede teşhis edilmektedir. Geç evrede teşhis, tedavi seçeneklerini ve şansını azaltıp mortalitenin artmasına sebep olmaktadır (3). Ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir. 2009 yılına ait verilere göre ülkemizdeki meme kanserlerinin %47.6'sı lokalize evrede, %44'ü bölgesel ve %8.4'i ise uzak yayılım evresindedir (4).

İleri evrede teşhis, hasta kaynaklı sebeplerden olabildiği gibi sağlık sisteminden kaynaklanan sebeplerden de olabilir. Hasta kaynaklı gecikmenin sebepleri arasında; meme kanserinin belirti, risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi eksikliği, kanser tedavi merkezleri ile ilgili kültürel tabular, hastane korkusu gibi sebepler yer almaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklı sebeplerle ilgili daha az veri bulunmakla birlikte hekimlerin teşhis ve tedavideki bilgi eksikliği ve hastanın hekime ve hastaneye ulaşımındaki engeller bu sebepler arasında yer almaktadır (5, 6).

Meme kanserinin kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri çok boyutludur. Kanser tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar ve gelecekteki yaşama yönelik belirsizlikler bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastalık sürecinde duygusal ve sosyal destek girişimlerinde bulunmak son derece önemlidir (7).

Bu çalışma Malatya ilinde kapsamlı kanser tedavisinin yapıldığı tek merkez olan Turgut Özal Tıp Merkezinde (TÖTM) tedavi gören meme kanseri hastalarının;

- Bu merkeze gelene kadar gittikleri sağlık kuruluşlarını belirlemek,
- Başvurdukları esnadaki kanser evrelerini belirlemek,

-İleri evrede teşhis edilen hastalarda sebebin hasta kaynaklı mı yoksa sistem kaynaklı mı olduğunu saptamak,

-Kadınların hastalık sürecinde algıladıkları sosyal destek düzeyini incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi, yüksek oranda ölümlere yol açması, çevresel kanser yapıcı etkilerin artması gibi nedenlerle çağımızın önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Meme kanseri, kadın kanserleri içinde en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan kanserdir. 2012 yılında tüm dünyada 1.7 milyon kadına meme kanseri teşhisi konmuştur ve önceki 5 yıl içinde meme kanseri teşhisi konulan kadınlardan sadece 6.3 milyonu hayattadır. 2008 yılından beri meme kanseri insidansında %20'den fazla bir artış olurken mortalitede ise %14 oranında artış olmuştur (1, 2, 8).

Meme kanseri insidansı dünyanın çoğu bölgesinde artarken zengin ve fakir ülkeler arasında bu anlamda büyük eşitsizlikler bulunmaktadır. Örneğin Batı Avrupa'da yıllık meme kanseri insidansı yüz binde 90'ın üzerinde. Doğu Afrika'da ise yıllık meme kanseri insidansı yüz binde 30'dur. Bu iki bölgedeki meme kanseri mortalitesi ise hemen hemen eş düzeydedir (Yüz binde 15). Bu değerler Doğu Afrika'da ileri evrede teşhis ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğunu açıkça göstermektedir (8).

Amerika'da kadınların %12.3' ünün yaşam boyu meme kanseri tanısı alma riskinin bulunduğu belirlenmiştir. Bir yıl içerisinde meme kanseri teşhisi alan kadın sayısı yüz binde 124.6 iken ölenlerin sayısı yüz binde 22.2'dir (9).

Ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, her 4 kadın kanserinden birisi olmaya devam etmektedir. Sağlık Bakanlığına ait 2009 yılı verilerine göre, kadınlarda sık görülen 10 kanser türü içinde meme kanseri insidansı yüz binde 40.6'dır. En fazla 45-49 yaş grubunda görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun veri tabanındaki olgular incelendiğinde ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasındaki insidans farkının, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı ülkelerine olan benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (4).

Beş yıllık hayatta kalım oranlarına baktığımızda ise gelişmiş ülkelerde % 83, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olduğu görülmektedir (10).

2.1.2. Meme Kanseri ve Risk Faktörleri

Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerden gelişen bir kanser türüdür. Memede salgı yapan hücreler tarafından oluşturulan lobül adı verilen birimler bulunmakta ve lobüllerin birleşmesiyle de loblar oluşmaktadır. Lobüller birbirlerine süt kanalları ile bağlanmakta ve bu süt kanalları da meme başına doğru birleşmektedir. Meme kanseri, lobülleri ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmaları ile gelişmektedir. Süt kanallarından kaynaklanan kansere duktal karsinom, lobüllerden kaynaklanan kansere de lobüler karsinom adı verilmektedir. En yaygın görülen türü duktal karsinoma olup, invazif meme kanseri ise kanserin başladığı dokudan diğer kanal, lobül ve çevreleyen dokuya yayılmasıdır (11,12).

Tüm dünyada yapılan araştırmalar bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtmektedir. Günümüzde meme kanseri gelişiminde etkili olduğu belirlenmiş risk faktörleri şunlardır:

1. Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk gibi),
2. Reprodüktif öykü (erken menarş yaşı, doğum sayısı, ilk hamilelik yaşının geç olması, geç menopoz, geç laktasyon yaşı ve kısa laktasyon süresi, infertilite, düşük yapma, uzun dönem oral kontraseptif kullanımı, menopozal hormon replasman tedavisi),
3. Genetik faktörler (aile öyküsü, meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları),
4. Çevresel faktörler (30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, kimyasal maddeler, radyasyon, elektromanyetik alanlar, sosyo-ekonomik düzey)
5. Yaşam stili (beslenme şekli, fiziksel aktivite, alkol kullanımı, sigara) (13).

Meme kanserinde risk faktörü hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her şey olarak tanımlanmaktadır. Risk faktörlerini değiştirilemeyen risk faktörleri, yaşam tarzı ile ilgili risk faktörleri ve diğer risk faktörleri olmak üzere üç grupta toplayabiliriz. Risk zamanla değişebilmekte ve yaşam tarzı ya da yaşlanma gibi faktörler ise zaman içinde risk oluşturabilmektedir (14).

2.1.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Kadının yaşının ilerlemesi ile birlikte risk artmaktadır. Tüm kanserlerin %77'si 55 yaş ve üzerinde görölmektedir. 20 yaşında bir kadının meme kanseri riski %0.05 iken, bu oran 40 yaşında %1.49' a, 60 yaşında ise %3.45'e yükselmektedir (15). Meme kanseri tanısı konan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, %70.0' inin yaşının 50 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmekte ve yaşı 50 yaş ve üzerinde olan kadınların meme kanseri görölme sıklığının, yaşı 50 yaşın altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazla olduğunun altı çizilmektedir (14, 16).

Ailede Meme Kanseri Hikâyesi: Farklı kanserler türlerinde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal populasyona göre artmiş olduğunu göstermektedir. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür (17). Ancak meme kanserlerinin sadece %7-9' luk bir kısmı ailesel geçişlidir. Özellikle anne tarafında genç yaşta meme kanseri görölmesi ailesel bir geçişe işaret edebilir (16). Birinci derece yakın akrabalarında meme kanseri olan kişilerin bulunması (anne, kız kardeş, kızı) kadının meme kanserine yakalanma riskini iki kat artırır (18). Genetik geçiş gösteren meme kanseri gen mutasyonu anneden çocuklarına aktarılmakta ve hasarlı geni taşıyan bireyde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski (%87) artmaktadır (19).

Kişisel Meme Kanseri Hikâyesi: Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının, meme kanseri tanısı almamiş kadınlara göre üç-dört kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (17, 18, 19).

İrk: Meme kanseriyle ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görölme sıklığı zencilerden daha fazladır. Afrikalı-Amerikalı kadınlara kıyasla beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha fazlayken, Afrikalı-Amerikalı kadınlarda mortalite oranları daha fazladır. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyo-ekonomik düzey ile ilişkisi olduğu düşünölmektedir (18).

Daha Önce Meme Biyopsisinin Yapılmış Olması: Bazı kadınlara memelerinde bulunan bir kitle nedeni ile biyopsi yapılmış ve iyi huylu bir tümör saptanmiş olabilir. Memede kanser olmayan iyi huylu bu tür tümörlerin bulunmasının da, kanser gelişme riskini değişik oranlarda artırabildiği belirtilmektedir (14, 20) .

Fertil Çağ Süresi: Östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin uzaması yani kadınların adet görmeye erken yaşta başlamaları, bununla birlikte ilerleyen yaşlarda menopoza girilmesi fertil çağı uzatmakta ve meme kanseri gelişme riskini arttırmaktadır (21). On iki yaş ve öncesi yaşlarda menarşın olması, menopozun 55 yaş ve daha sonraki yaşlarda olması meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırmaktadır (17, 21). Yapılan çalışmalarda; menarş ve menopoz arasındaki sürenin uzamasının meme kanseri riskini arttırdığı, menarş yaşında her bir yıl için olan gecikmeye bağlı meme kanseri gelişme riskinin %4 azaldığı, menopoz yaşındaki gecikmeye bağlı olarak her yıl riskin %3 arttığı ifade edilmektedir (20).

2.1.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri

Reprodüktif Öykü: Nulliparite (kadının hiç çocuk doğurmamış olması) meme kanseri rölatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olur. Ayrıca ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuranların, ilk çocuğunu 30 yaşından önce doğuranlara göre riski artmaktadır (21).

Doğum Kontrol Hapları ve Menopoz Sonrası Hormon Kullanımı: Yapılan çalışmalara göre doğum kontrol hapi kullananlarda meme kanseri gelişme riski kullanmayanlara oranla daha fazladır. Menopoz sonrası kombine hormon kullanımının da riski artırdığı bilinmektedir (13, 18).

Emzirme: Bazı çalışmalar emzirmenin, özellikle 1.5-2 yıl süreyle devam edilmesinin meme kanseri riskini azalttığını ortaya koymuştur (13).

Obezite ve Fiziksel İnaktivite: Menopoz sonrası şişman veya obez olmanın meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Menopoz öncesi östrojenin çoğu yumurtalıklar tarafından üretilirken çok az kısmı yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Ancak menopoz sonrası östrojenin çoğu yağ dokusu tarafından üretilmektedir. Menopoz sonrası çok fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen seviyesini arttıracığı için meme kanseri riskini de artırır. Fiziksel olarak inaktif bir yaşam obeziteyi arttıracığından dolayı olarak meme kanseri riskini de etkilemiş olacaktır. Fiziksel aktivitenin meme kanseri ile birlikte birçok kanser (endometriyum, kolon) riskini azalttığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (22).

Alkol Kullanımı: Alkol kullanımı meme kanseri dahil birçok kanser türü (farenks, larenks, özafagus, karaciğer, pankreas) için risk faktörüdür.

2.1.2.3. Diğer (Çelişkili) Risk faktörleri

Çevresel Faktörler: Kimyasallar, viral enfeksiyonlar, radyasyon, elektromanyetik alanlar, sigara meme kanseri riskini artıran çevresel faktörlerdendir. Ancak yapılan araştırmalar, bu faktörler ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi netleştirememiştir. Epidemiyolojik ve toksikolojik araştırmalarda, çevresel karsinojenlerin; bu ajanlara maruz kalma süresi ve dozu, genetik yatkınlık gibi faktörlerle de bağlantılı olarak meme kanseri gelişiminde rol oynadığı ortaya konulmuştur (13, 18).

Bu faktörler dışında sosyo-ekonomik düzey, memenin dens yapısı, proliferatif meme lezyonları da risk faktörleri arasındadır.

Meme kanseri riskinin bilinmesi kadar, riskin kontrol altına alınması da önemlidir. Meme kanserine karşı kesin koruyucu bir yöntem olmadığından korunmada hastalığın erken dönemde saptanması önemlidir.

2.1.3. Meme Kanserinden Korunma

Kanseri önlemenin kesin bir yolu olmamakla birlikte yaşam tarzı değişiklikleri primer korunma (kilo kontrolü, diyet, fiziksel egzersiz, emzirme, 30 yaşından önce doğum v.b.) ile risk azaltılabilir.

Ayrıca sekonder koruma olarak meme kanserinin belirti ve bulguları ortaya çıkmadan önce erken tanı yöntemleriyle taramalar yapılmalıdır (23).

2.1.4. Meme Kanseri Erken Tanı/Tarama Yöntemleri

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en önemli nedeni; mortalite ve morbidite oranlarını azaltma olasılığı bulunan birkaç kanser türünden biri olmasıdır. Buna ek olarak, meme kanserinin erken safhada teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansının elde edilmesini de beraberinde getirmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki yüksek meme kanseri insidansına rağmen mortalitenin düşük olmasının en önemli nedeni erken tanı ve tarama yöntemlerine verilen önemdir. Erken dönemde teşhis edilen meme kanseri hastalarının hayatta kalım oranları %95 civarındadır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı/ tarama yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (24).

2.1.4.1. Mamografi

Mamografi, X ışınlarıyla meme dokusunu iki boyutlu olarak inceleyen bir görüntüleme yöntemidir. Mamografi, tarama yöntemleri içerisinde etkili olan tek tarama yöntemidir. Mamografi ile yapılan toplum tabanlı tüm yaş gruplarındaki tarama programı ile meme kanseri mortalitesinde, taranmayan gruplara göre %20 oranında bir azalmanın olduğunu yapılan çalışmalar göstermiştir (23). Mamografinin en önemli avantajı, kanser olan/olacak memede meydana gelen değişiklikleri, fiziksel semptomların ortaya çıkmasından çok daha önce belirleyebilmesidir (25). Amerikan Kanser Birliğinin bazı kanserler için yayınladığı erken tarama rehberine göre 40 yaşından sonra yıllık mamografi çekilmesi önerilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığının önerisi ise birinci derece yakın akrabalarında meme kanseri olanlar varsa 40 yaşından sonra, yoksa 50 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir (22, 25).

2.1.4.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik Meme Muayenesi (KMM) hekim tarafından yapılan muayenedir. KMM 20-39 yaş arası kadınların 1-3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl yaptırması önerilmektedir. KMM bir tarama yöntemi olarak tek başına değerlendirilemeyeceğinden genellikle mamografi ile birlikte önerilmektedir. Ancak asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında KMM, mamografi ve KKMM yöntemlerinin birlikte olması gerekmektedir (26, 27).

2.1.4.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kadınların 20 yaşından sonra her ay memelerini kendi kendilerine muayene etmeleri gereklidir. Menopoz öncesi dönemde adet başlangıcından sonraki 7.-10. günlerde, menopoz sonrası dönemde ise her ayın aynı gününde muayene yapılması önerilmektedir (28). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, KKMM yapmanın meme kanseri mortalitesinde etkisi olmamakla birlikte kadınların meme dokularını daha iyi tanıması ve farkındalık oluşturması açısından önerilmektedir (14, 17, 25, 27).

2.1.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin belirtileri kişiden kişiye değişmekle birlikte hastalığın vücutta yayılımına göre de değişmektedir.

- Memede kitle ve ağrı: Memedeki tüm hastalıkların ortak belirtisi memede kitledir. Menapoz öncesi ve sonrası en sık karşılaşılan fizik muayene bulgusudur. Kitlelerin %65'i hasta tarafından fark edilir. Eğer hasta düzenli olarak KKMM yapıyorsa bu oran %85'e yükselir. Yapılan değişik çalışmalar elle hissedilebilen kitlelerin en alt sınırının 1 cm olduğunu göstermektedir. Tümör, vakaların %47-50'sinde üst dış, %12-15'inde üst iç, %2-5 alt dış, %2-5 alt iç kadranda, %15-22'sinde de meme başı ve areolada yer alır. Memede ağrı ise meme kanserinde sık görülen bir belirti olmamakla birlikte ileri evrelerde görülür (25, 28, 29, 30, 31).

-Meme derisinde çukurlaşmalar (portakal kabuğu görünümü): Memede büyüyen kitle, ligamentleri gererek portakal kabuğu görünümünün ortaya çıkmasına sebep olur.

-Meme başındaki şekil bozukluğu, içe dönmesi: Zamanla tümör büyümeye ve etrafındaki dokulara yayılmaya başladığında retraksiyon (meme başında çekilme) belirtileri görülür.

-Meme başından kanlı veya kansız akıntı gelmesi: Kadınların %20'sinde meme ucundan akıntı gelmesi durumu yaşanır. Genelde temiz sütlü, sarımtırak veya yeşile kaçan akıntılar meme kanseri ile ilişkili değildir. Meme başından anormal akıntı gelmesi durumlarının genellikle %10 kadarı kanserdir.

-Meme derisinde kızarıklık ve ülser görülmesi: Memede ki tümör hücrelerinin büyümesi memenin lenf dolaşımını bozarak lenf ödem meydana getirir, tümör hücrelerinin deride yayılmasıyla birlikte eritem ve ülserler meydana gelir.

Memenin şeklinde veya büyüklüğünde değişiklik olması, meme derisinde kalınlaşma, memede şişlik, koltukaltında ele kitle gelmesi ve memede kaşıntı nadirde olsa görülebilecek diğer belirtiler arasında yer almaktadır (29, 30, 31).

2.1.6. Meme Kanserinin Evrelemesi

Meme kanseri oluşumu çok hızlı bir süreç değildir. Tümör ortalama 5-7 yılda 1 cm büyüklüğüne erişir. Erken olarak saptandığı düşünülen tümörlerin bile ortalama 6-10 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir (32). Kanser hücrelerinin meme içinde yayılması lenf kanalları yoluyla koltuk altı bezlerine ve daha sonra kan yoluyla karaciğer ve kemik gibi uzak organlara olur. Meme kanserinde evreleme yalnızca hastaya hangi tedavinin seçileceği ve prognozun nasıl olacağı konusunda bilgi vermekle

kalmaz, aynı zamanda farklı tedavi tiplerinin kıyaslanmasına da imkân sağlar (28). Cerrahi olarak çıkartılan materyalin incelenmesi ile yapılan patolojik evreleme gerçekte prognoz tayininde daha değerlidir. Başlangıçta meme kanserinin evrelemesi çok daha basit bir yöntemle;

- Lokalize hastalık
- Bölgesel lenf düğümü tutulumu
- Uzak metastaz şeklinde yapılmaktaydı.

Bugün artık dünyada oldukça yaygın kullanılan TNM sistemi kullanılmaktadır. T harfi primer tümör boyutunu, N bölgesel lenf düğümlerini, M ise uzak metastazı temsil etmektedir. Buna göre dört evreden bahsedilebilir. Evre I ve Evre II erken evre, Evre III ve Evre IV ise ileri (geç) evre olarak adlandırılır (28, 32, 33).

2.1.7. Tedavi

Meme kanserinde farklı tedavi seçenekleri bulunmasına rağmen temel tedavi cerrahidir. Meme koruyucu cerrahi; meme dokusunun korunarak kanserli dokuların çıkarılmasıdır. Lumpektomi ve parsiyel mastektomi meme koruyucu cerrahi yöntemler arasında yer almaktadır. Erken evre küçük tümörlerde meme koruyucu cerrahi yapılması daha uygundur. Diğer cerrahi yöntem ise meme dokusunun tamamen çıkarıldığı mastektomi ameliyatıdır (11, 28)

Cerrahi sonrası gerekli durumlarda tamamlayıcı olarak kemoterapi, hormon tedavisi bazı durumlarda ise radyoterapi uygulanabilir. Tedavi kararı verilirken tümörün büyüklüğü, koltukaltı lenf bezlerine yayılım olup olmaması, tümörün hormon bağımlılık durumu, kanser geninin varlığı gibi faktörler göz önüne alınır (35).

Cerrahi tedavi öncesi alınan tedaviler neoadjuvan tedavi olarak adlandırılır, örneğin ameliyattan önce kemoterapi ile tümörün küçültülerek ameliyatta meme dokusunun korunmasını mümkün kılması gibi. Adjuvant terapi, cerrahi tedavi sonrası kemoterapi, hormon terapisi gibi tedavilerin uygulanmasıdır. Amaç kalan kanser hücrelerinin yok edilmesini ve kanserin memede veya başka bir yerde tekrar oluşmasını engellemektir (36).

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye, çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilmektedir. Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ya da tükendiğini

hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir (37).

Sosyal destek sağlanması, fiziksel ve psikolojik hastalıklarda bireyin sağlığını sürdürmesinde önemlidir. Sosyal destek, özellikle bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırmakta, tıbbi tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmakta, yaşam sürelerini uzatabilmektedir (38).

2.2.1. Kanser Hastalarında Sosyal Destek

Kanser hastalığının yol açtığı psikolojik, sosyal ve manevi boyuttaki sorunlar, hastaların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Hastalık sürecinde hastalar, hem ailelerinin hem de sağlık profesyonellerinin desteğine gereksinim duymaktadırlar. Bu nedenle kanser hastalarına tedavi sürecinde ve sonrasında bilgi vermek, duygusal ve sosyal destek sağlayan girişimlerde bulunmak son derece önemlidir (35, 37).

Meme kanseri hastalığının, organı etkilemesinin dışında psikolojik ve duygusal etkileri bulunmaktadır. Kadının kişisel yapısı, eş, aile ve arkadaşlarının desteği bu durumu etkileyecektir. Tıbbi ve psikososyal faktörler kadının meme kanserine uyumunda önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler; hastalığın belirti ve bulguları, prognozu, tedavi şekli, hastalıkla ilgili önceki deneyimleri, kadının yaşına göre işiyle ve ailesiyle ilgili planları, çevresindeki destek sistemleri, hastalığa karşı kültürel tutumlar, kişisel yapısı, sorunlarla baş etme mekanizmasıdır. Meme kanseri sosyal izolasyon, kırgınlık, öfke, hastalıktan önceki sağlıklı haline dönüp dönememe endişesi, metastaz ile ilgili korkular, cerrahi işlemler, umutsuzluk gibi olumsuz duygulara sebep olabilir. Bu durumun sonunda bazı hastalar depresyon, anksiyete bozuklukları veya ciddi psikolojik rahatsızlıklar yaşayabilir. Hatta kadının hastalığı aile içinde ekonomik sorunlara, aile içinde rol değişikliklerine sebep olabilir (39).

Aile Desteği: Hastalık teşhis edildikten sonra ailenin ve hastanın karşılaşacağı ilk adım, hastalığın aile içinde tartışılmasıdır. Arkasından hastalıkla ilgili kaçınılmaz değişikliklere tüm ailenin uyum göstermesi, hastalıkla baş etmek için çözüm yollarının aranması yaşanan süreçlerdir. Bu aşamalarda aile içinde bireylerin birbirleriyle sağlıklı iletişim kurması önemlidir (35, 37, 39).

Eş Desteği: Meme kanseri kadının beden imajını, benlik saygısını ve cinsel işlevlerini de etkilemektedir. Bu yönüyle ele alındığında hem eşlerin hem kadınların duygusal olarak bu durumdan etkilendiğini göstermiştir (40). En az hasta kadar eşler içinde stresli ve üzüntü yaratan bir durumdur. Eşleri tarafından verilen destek düzeyi azaldıkça kadınların stres düzeyinin arttığı ve yaşam kalitelerinin kötüleştiği yapılan araştırmalarla bulunmuştur. Eşlerin evliliklerindeki uyumlarının hastalık öncesine göre zamanla azaldığı da yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (41).

Arkadaş Desteği: Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ya da tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruh sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle aile ve eş desteği kadar bireylerin sosyalleşmesinde önemli yeri olan arkadaşlarının desteği de önemlidir (37).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Bölge Hakkında Genel Bilgiler

Malatya ili 35° 54' ve 39° 03' kuzey enlemleri ile 38° 45' ve 39° 08' doğu boylamları arasında kalmaktadır. Malatya; Doğu Anadolu Bölgesi'nin Yukarı Fırat Havzasında yer almaktadır. Doğuda Elazığ, kuzeydoğuda Erzincan, kuzeybatıda Sivas, güneyde Adıyaman, güneydoğuda Diyarbakır, batıda Kahramanmaraş ile komşudur.

Doğu Anadolu Bölgesinde yer alan Malatya 12.146 km²'lik yüzölçümü ile Türkiye yüzölçümünün %1.5' ine denk gelmektedir. Malatya'da 13 ilçe ve büyükşehir belediyesi dahil 14 belediye bulunmaktadır. Nüfus bakımından en büyük ilçeleri sırasıyla Battalgazi, Yeşilyurt, Doğanşehir, Akçadağ ve Darende'dir. Nüfus bakımından en küçük ilçesi ise Doğanyol'dur.

Malatya nüfusu 2014 yılsonu itibariyle TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 769.544 olup 383.933'ü erkek, 385.611'i kadındır. Yıllık nüfus artış hızı %0 9.1 ve yıllık nüfus artış hızı bakımından Malatya 81 il içinde 40. sıradadır (42).

3.2. Araştırma Modeli

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi gören hastaların tedavi arama şekilleri ve algılanan sosyal destek düzeyi incelenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde kapsamlı kanser tedavisinin yapıldığı tek merkez olan TÖTM' deki meme kanseri hastaları oluşturmaktadır. TÖTM' ne sadece Malatya'dan değil çevre il ve ilçelerden de çok sayıda hasta gelmektedir. Medikal Onkoloji Poliklinik kayıtlarından elde edilen bilgiye göre bir yıl içerisinde tüm kanser türlerinde yeni tanı alan kişi sayısı 353 iken, sadece kadın meme kanserinde yeni tanı alan kişi sayısı 147'dir. Bu araştırmada Mayıs 2013 ve Haziran 2014 yılları arasında kemoterapi tedavisi için Ayaktan Kemoterapi Ünitesine gelen hastalara anket uygulanmıştır. Anket uygulanan hastalar içinde eski ve yeni meme kanseri tanısı alan hastalar bulunmaktadır. Örneklem seçiminde evrenin bilinmediği durumlarda kullanılan aşağıdaki formül ile minimum hasta örnekleme dahil edilmiştir.

$$\text{Evrendeki birey sayısı bilinmiyorsa: } n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

%95 olasılıkla, t:1.96, d:0.05 sapma, p:%15, q:%85 ile çalışmamız için örneklem en az 195 hasta olarak hesaplanmıştır. Toplamda 200 hastaya anket yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri:

- Eğitim
- Yaş
- Meslek
- Medeni Durum
- Sosyal Güvence
- Yaşadıkları Yer
- Ekonomik Durum
- Hastalığın ilk belirtisi

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise:

- Hastanın gecikmesi
- Sistemin gecikmesi
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puan
- Alt ölçek gruplarından alınan puanlar

3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi

Verilerin toplanması üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Sırasıyla anket formunun düzenlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesidir.

3.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde yer alan sorular, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili; ikinci bölümdeki sorular hastaların tedavi arama şekillerini öğrenmeye yönelik sorular; üçüncü bölümde ise hastaların sosyal destek düzeyini incelemek amacıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır. Literatürde yer alan benzer çalışmalardaki sorular ile anket formunun tedavi arama şekilleri bölümü düzenlenmiştir.

Ölçek üç farklı kaynaktan alınan (eş, aile, arkadaş) sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç alt ölçek grubu mevcuttur. Bu bölümler aile, arkadaş ve eş desteğidir. Her soru yedili likert ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (43).

3.5.2. Anket Formunun Uygulanması

Anket formunda yer alan sorular Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde tedavi gören hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formunda yer alan hastanın teşhis evresi ile ilgili soru, anketler doldurulduktan sonra Medikal Onkoloji Polikliniği Arşiv odasından hasta dosyalarına tek tek bakılarak yazılmıştır.

3.5.3. Anket Formunun Değerlendirilmesi

Anket formunun ikinci bölümünde yer alan bazı sorularda hastalardan hastalıklarının teşhis süreci ile ilgili bazı tarihleri yazmaları istenmiştir. Hastalığın ilk belirtisinin fark edildiği tarih ile ilk sağlık kuruluşuna gittiği tarih arasında geçen süre, üç aydan fazla ise kadın ‘Hasta Gecikmiş’ olarak, üç ay ve daha az ise ‘Hasta Gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca ilk sağlık kuruluşuna gidilen tarih ile kesin teşhisin konulduğu tarih arasında iki haftadan uzun süre geçmiş ise ‘Sistem Gecikmiş’, iki hafta ve daha az süre geçmiş ise ‘Sistem Gecikmemiş’ şeklinde değerlendirilmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde yer alan her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Kullanılan ölçeğin kesme noktasının bulunmaması nedeniyle istatistiksel değerlendirmelerde ortalama puanlar kullanılmıştır.

3.5.4. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında IBM Statistical Package For The Social Science (SPSS) for Windows 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Nicel veriler ortalama \pm standart sapma, soru formunda yer alan nitel veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) ile verilmiştir. Verilerin analizinde Pearson ki-kare analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığına Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren veriler bağımsız örneklemelerde t-testi ile tek yönlü varyans analizi ve sonrasında çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayanlar da Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis ile değerlendirildi. Sonuçlar %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. Süre ve Maliyet

Araştırma 2012 tarihinde planlanmıştır. 2013 Nisan ayında anketin ön denemesi yapılmış gerekli düzenlemelerden sonra Mayıs 2013 ve Haziran 2014 tarihleri arasında araştırma evrenine anket uygulanmıştır. Ekim- Kasım 2014 tarihleri arasında veriler girilip, araştırma raporu yazılmaya başlanmıştır.

Araştırmanın kırtasiye ve ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine

İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Eğitim durumu			Ekonomik durum		
OYD+OY	31	15.5	Düşük	57	28.5
İlköğretim	120	60.0	Orta	126	63.0
Lise	30	15.0	Yüksek	17	8.5
Üniversite+lisansüstü	19	9.5	Kocanın eğitim durumu		
Meslek			OYD+OY	10	5.0
Ev hanımı	157	78.5	İlköğretim	98	49.0
Memur	21	10.5	Lise	34	17.0
Diğer	22	11.0	Üniversite+lisansüstü	19	9.5
Medeni Durum			Yaşanılan yer		
Evli	161	80.5	Kent	155	77.5
Bekar	14	7.0	İlçe	17	8.5
Dul	17	8.5	Köy-kasaba	28	14.0
Boşanmış	8	4.0	Kaç yıldır burada yaşıyor?		
Sosyal güvence?			Hep aynı yerde yaşamış	88	44.0
Var	189	94.5	10 yıldan az	40	20.0
Yok	11	5.5	10 yıldan fazla	72	36.0
Çocuk					
Var	174	87.0			
Yok	12	6.0			

OYD: Okur Yazar Değil OY: Okur Yazar

Araştırma kapsamına giren 200 kadının yaş ortalaması 51.16 ± 1.10 (ortanca: 50, min: 28, max: 76) iken; eşlerinin (161 kişi) yaş ortalaması 53.25 ± 1.11 (ortanca:52) bulunmuştur. Tablo 1'de görüldüğü üzere kadınların %60'ının eğitim durumu ilköğretim düzeyinde, %78.5'i ev hanımı ve %80.5'i ise evlidir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%94.5) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumlarını kendi ifadeleri ile düşük bulanlar %28.5, orta seviyede bulanlar %63.0 iken yüksek seviyede bulanlar %8.5'tir. Kadınların %87'sinin çocuk sahibi olduğu, %6'sının çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Kocalarının eğitim durumlarına bakıldığında ise % 49'unun ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınlara yaşadıkları yer sorusu sorulduğunda %77.5'i kent merkezi, %14'ü köy-kasaba, %8.5'i ilçe şeklinde yanıt vermiştir. Yaşadıkları yerdeki süre sorulduğunda ise %44'ü doğduğundan beri aynı yerde yaşadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların, hastalığın teşhisinden önce fark ettikleri ilk belirti, gidilen hastaneler, teşhis ve tedavi sürecine yönelik bazı bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir.

4.2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Meme kanseri teşhis-tedavi süreci ile ilgili bulguların dağılımı

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Ailede meme kanseri var mı?			Hasta gecikmiş mi?¹		
Var	25	12.5	Evet	68	34.0
Yok	175	87.5	Hayır	132	66.0
İlk belirti neydi?			İkinci bir hastaneye gitti mi?		
Memede/koltukaltında kitle	139	69.5	Evet	172	86.0
Memede şekil bozukluğu, akıntı	21	10.5	Hayır	28	14.0
Memede ağrı	26	13.0	Sevk mi edildi?		
KKMM yapıyor muydu?			Evet	100	50.0
Evet	75	37.5	Hayır, kendisi istedi	72	36.0
Hayır	125	62.5	İkinci gittiği hastane neresi?		
Hastalık nasıl farkedildi?			Özel hastane	41	20.5
Sağlık görevlisince	26	13.0	Devlet Hastanesi	53	26.5
Kendisi tesadüfen	145	72.5	Üniversite Hastanesi	106	53.0
Kendisi aylık muayenede	12	6.0	Sistem Gecikmiş mi?²		
Diğer	17	8.5	Evet	89	44.5
İlk başvuru için nereye gidildi?			Hayır	111	55.5
Aile hekimi	6	3.0	Kesin Teşhisin Konulduğu Yer		
Özel Hastane	64	32.0	Özel hastane	41	20.5
Devlet Hastanesi	101	50.5	Devlet Hastanesi	53	26.5
Üniversite	29	14.5	Üniversite Hastanesi	106	53.0
Ön Teşhis konuldu mu?			Gidilen Hastaneler		
Evet	160	80.0	Özel+Üniversite	39	19.5
Hayır	40	20.0	Devlet+üniversite	85	42.5
Tümörün Evresi			Özel+Devlet+Üniversite	19	9.5
Evre I	24	12.0	Devlet+Özel+Üniversite	20	10.0
Evre II	63	31.5	Üniversite	24	12.0
Evre III	86	43.0	Diğer	13	6.5
Evre IV	27	13.5	Hangi Tedavileri Aldı?		
Ameliyat Oldu mu?			Kemoterapi	11	5.5
Evet	184	92.0	Cerrahi+Kemoterapi	120	60.0
Hayır	16	8.0	Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi	29	14.5
			Hepsi ³	40	20.0

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi; ¹: 3 aydan fazla bekleyenler 'hasta gecikmiş' olarak, 3 ay veya daha az bekleyenler ise 'hasta gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir; ²: İki haftayı geçenlerde 'sistem gecikmiş' olarak, iki hafta ve daha az sürede teşhis konulanlar ise 'sistem gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir; ³: Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi+Hormon.

Kadınların %12.5'i ailesinde (anne-kız kardeş v.b.) meme kanseri olduğunu ifade etmiştir. Kendileri ise ilk fark ettikleri belirtiyi büyük oranda (%69.5) memede/koltukaltında kitle, ikinci sırada memede ağrı (%13) olarak belirtmiştir. Hastalıktan önce 'KKMM yapıyor muydunuz?' sorusuna %62.5'i 'hayır' yanıtını vermiştir. Kadınların %72.5' i ilk belirtiyi kendisi tesadüfen fark ettiğini belirtirken, kadınların yaklaşık yarısı (%50.5'i) ilk olarak devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir. %80'inin ön teşhisi başvurdukları ilk sağlık kuruluşunda konulmuştur. Kadınların %12'sinin tümör evresi Evre I, % 31.5' inin Evre II, %43'ünün Evre III, %13.5'inin ise Evre IV olduğu, ayrıca kadınların %92'sinin ameliyat olduğu saptanmıştır. Kadınların %66'sı ilk belirti ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar 3 ay veya daha az süreyle bekledikleri için 'Hasta Gecikmemiş' olarak, %34'ü ise 'Hasta Gecikmiş' olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %86'sı ilk başvurdukları sağlık kuruluşundan sonra ikinci bir hastaneye gitmiştir ve gidenlerin %50'si sevk edilirken, %36'sı kendisi gitmek istemiştir. İkinci gidilen sağlık kuruluşu olarak kadınların %53'ü üniversite hastanesini tercih etmiştir. Kadınların %55'i ilk sağlık kuruluşuna gidilen tarih ile kesin teşhisin konulduğu tarih arasında iki hafta veya daha az süre geçtiğini belirtmesiyle 'sistem gecikmemiş' olarak tespit edilmiştir. Kesin teşhisin konulduğu sağlık kuruluşu çoğunlukla (%53) üniversite hastanesi olmuştur. Kadınların %42.5'inin teşhis ve tedavi sürecinde gidilen hastaneler açısından izledikleri yol; Devlet hastanesi ve arkasından üniversite hastanesi şeklinde olmuştur. Şimdiye kadar aldıkları tedaviler sorusunu kadınların %60'ı hem cerrahi operasyon hem de kemoterapi şeklinde yanıtlamıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların hastalıkla ilgili diğer bulguları Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 4.3. Hastalıkla ilgili diğer bulgular

Değişken	n	%	Değişken	n	%
Hastanedeyken evde günlük işleri kim yaptı?			Hastanede yattığı zaman yakınlarının sık ziyaret ettiğini düşünüyor mu?		
Eşi	33	16.5	Evet	178	89.0
Annesi	37	18.5	Hayır	22	11.0
Kız kardeşi	31	15.5	Hastalık eşiyle yakınlığını etkiledi mi?		
Komşusu	10	5.0	Daha yakınlaştırdı	99	49.5
Diğer	89	44.5	Değiştirmede	47	23.5
Refakatçi kimdi?			Uzaklaştırdı	15	7.5
Eşi	42	21.0	Şu an Genel Sağlık Durumu Nasıl?		
Annesi	19	9.5	Çok iyi	38	19.0
Kız kardeşi	51	25.5	İyi	128	64.0
Komşusu	3	1.5	Kötü	34	17.0
Diğer	85	42.5			

Kadınlara yöneltilen ‘hastanede kaldıkları dönemde evdeki günlük işlerinizi kim yaptı’ sorusuna %44.5’i (89 kişi) diğer kişiler (kayınvalide, elti, görümce, çocuklar v.b.), %18.5’i (37 kişi) annesi, %16.5’i (33 kişi) eşi, %15.5’i (31 kişi) kız kardeşi, %5’i (10 kişi) komşusu şeklinde yanıtlamıştır. Kadınların %42.5’i (85 kişi) hastanede refakatçi olarak diğer kişilerin (kayınvalide, elti, görümce, çocuklar v.b.) kaldığını belirtmiştir. Kadınların %89’u (178 kişi) hastanede yatarken yakınları tarafından sık ziyaret edildiğini düşünmektedir. Meme kanseri hastalığı, evli olan kadınlardan %49.5’inin (99 kişi) eşiyle arasındaki yakınlığı daha da artırdığını, %23.5’i (47 kişi) eşiyle arasındaki yakınlığı değiştirmedeğini, %7.5’i (15 kişi) ise uzaklaştırdığını ifade etmiştir. Kadınların %64’ü (128 kişi) şu an genel sağlık durumunu ‘iyi’, %19’u (38 kişi) ‘çok iyi’, %17’si (34 kişi) ‘kötü’ diye belirtmiştir.

4.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Hasta Kaynaklı Ve Sistem Kaynaklı Gecikmelerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına giren kadınların eğitim durumlarına göre sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların eğitim durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

Eğitim durumu	Hasta gecikmemiş ¹		Hasta gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
OYD+OY	24	77.4	7	22.6	31	15.5
İlkokul	76	63.3	44	36.7	120	60.0
Lise	19	63.3	11	36.7	30	15.0
Üniversite ve üzeri	13	68.4	6	31.6	19	9.5
Toplam	132	66.0	68	34.0	200	100.0

OYD: Okur Yazar Değil, OY: Okur Yazar;¹: 3 aydan fazla bekleyenler 'hasta gecikmiş' olarak, 3 ay ve daha az bekleyenler ise 'hasta gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

χ^2 : 2.326

Sd: 3

p= 0.507

Okuryazar olan ve okuryazar olmayan kadınların %77.4'ü, ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aya eşit veya üç aydan az olduğu için 'hasta gecikmemiş' olarak tespit edilmiştir. İlkokul mezunu kadınların %36.7'si ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aydan fazla olduğu için 'hasta gecikmiş' olarak değerlendirilmiştir. Kadınların eğitim durumları ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.507).

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşadıkları yerlere göre sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların yaşadıkları yer ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

Yaşanılan Yer	Hasta gecikmemiş ¹		Hasta gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kent merkezi	102	65.8	53	34.2	155	77.5
İlçe	12	70.6	5	29.4	17	8.5
Köy-kasaba	18	64.3	10	35.7	28	14.0
Toplam	132	66.0	68	34.0	200	100.0

¹: 3 aydan fazla bekleyenler ‘hasta gecikmiş’ olarak, 3 ay veya daha az bekleyenler ise ‘hasta gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi

χ^2 : 0.199 Sd: 2 p= 0.905

Tabloda görüldüğü üzere köy-kasabada yaşayan kadınların %35.7’ si ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aydan fazla olduğu için ‘hasta gecikmiş’ olarak bulunmuştur. İlçede yaşayan kadınların % 70.6’sı, kent merkezinde yaşayanların %65.8’i ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aya eşit veya üç aydan az olduğu için ‘hasta gecikmemiş’ olarak saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları yer ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.905).

Araştırma kapsamına giren kadınların ekonomik durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların ekonomik durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

Ekonomik Durumları	Hasta gecikmemiş ¹		Hasta gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Düşük	37	64.9	20	35.1	57	28.5
Orta	81	64.3	45	35.7	126	63.0
Yüksek	14	82.4	3	17.6	17	8.5
Toplam	132	66.0	68	34.0	200	100.0

¹: 3 aydan fazla bekleyenler 'hasta gecikmiş' olarak, 3 ay veya daha az bekleyenler ise 'hasta gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

χ^2 : 2.221

Sd: 2

p= 0.329

Kendi ifadeleri ile ekonomik durumlarını yüksek olarak değerlendiren kadınların % 82.4' ünün ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aya eşit veya üç aydan az olduğu için 'hasta gecikmemiş' olarak bulunmuştur. Ekonomik durumlarını orta düzey olarak değerlendiren kadınların %35.7' si ilk belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aydan fazla olduğu için 'hasta gecikmiş' olarak tespit edilmiştir. Kadınların ekonomik durumlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.329).

Araştırma kapsamına giren kadınların ilk fark ettikleri belirtilere göre ilk sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların ilk fark ettikleri belirti ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

İlk Fark Edilen Belirti	Hasta gecikmemiş ¹		Hasta gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Memede/koltukaltında kitle	100	71.9	39	28.1	139	74.7
Memede şekil bozukluğu, akıntı	13	61.9	8	38.1	21	11.3
Memede ağrı	14	53.8	12	46.2	26	14.0
Toplam	127	68.3	59	31.7	186²	100.0

¹: 3 aydan fazla bekleyenler 'hasta gecikmiş' olarak, 3 ay veya daha az bekleyenler ise 'hasta gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir.²: 14 hasta ilk belirtiyi kendisi fark etmediği için değerlendirmeye alınmamıştır.

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

χ^2 : 3.756

Sd: 2

p= 0.153

İlk fark ettikleri belirti memede/koltukaltında kitle olan kadınların %71.9' u, belirtinin görülmesiyle ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aya eşit veya üç aydan az olduğu için 'hasta gecikmemiş' olarak bulunmuştur. İlk belirtisi memede ağrı olan kadınların %46.2 'si ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre üç aydan fazla olduğu için 'hasta gecikmiş' olarak bulunmuştur. Kadınların ilk fark ettikleri belirti ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.153).

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşlarına göre ilk sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların yaşları ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

İlk Sağlık Kuruluşuna Başvurana Kadar Geçen Süre	n	Yaş (X±SS)
Hasta Gecikmemiş	132	50.9±11.3
Hasta Gecikmiş	68	51.5±10.5
Mann Whitney U p= 0.706 t= -0.378		

Kadınların yaşları ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.518). Araştırmaya katılan kadınlardan ilk sağlık kuruluşuna başvurmada gecikmiş olarak bulunanların yaş ortalamasının gecikmemiş olan kadınlardan daha büyük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların tümör evrelerine göre ilk sağlık kuruluşuna başvurmada gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Kadınların tümör evreleri ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen sürenin karşılaştırılması (hastanın gecikip gecikmeme durumu)

Tümörün evresi	Hasta gecikmemiş¹		Hasta gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Evre I	21	87.5	3	12.5	24	12.0
Evre II	40	63.5	23	36.5	63	31.5
Evre III	54	62.8	32	37.2	86	43.0
Evre IV	17	63.0	10	37.0	27	13.5
Toplam	132	66.0	68	34.0	200	100.0

¹: 3 aydan fazla bekleyenler ‘hasta gecikmiş’ olarak, 3 ay veya daha az bekleyenler ise ‘hasta gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi

χ^2 : 5.626 Sd: 3 p= 0.131

Kadınların tümör evreleri ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre (hastanın gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.131). Tümör evresi Evre I olan kadınların %87.5'i ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süre 3 aydan az olduğu için 'hasta gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir. Tümör evresi Evre III ve Evre IV olan kadınların sırasıyla %37.2 ve %37 oranında sağlık kuruluşuna başvurmada geç kaldıklarını görmekteyiz.

Araştırma kapsamına giren kadınların eğitim durumlarına göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Kadınların eğitim durumlarına göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması (sistemin gecikip gecikmeme durumu)

Eğitim durumu	Sistem gecikmemiş ¹		Sistem gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
OYD+OY	18	58.1	13	41.9	31	15.5
İlköğretim	65	54.2	55	45.8	120	60.0
Lise	17	56.7	13	43.3	30	15.0
Üniversite	11	57.9	8	42.1	19	9.5
Toplam	111	55.5	89	44.5	200	100.0

OYD: Okur Yazar Değil, OY: Okur Yazar;¹: İki haftayı geçenlerde 'sistem gecikmiş' olarak, iki hafta veya daha az sürede teşhis konulanlar ise 'sistem gecikmemiş' olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi

χ^2 : 0.230 Sd: 3 p= 0.973

Kadınların eğitim durumları ile ilk sağlık kuruluşundan kesin teşhis konulana kadar geçen süre (sistemin gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.973). Okuryazar olmayan ve okuryazar olan kadınların %58.1' inde kesin teşhisin konulmasında iki haftadan az süre geçtiği için 'sistem gecikmemiş' olarak bulunmuştur. İlköğretim mezunu kadınların %45.8' i ise kesin teşhis konulana kadar iki haftadan fazla süre geçtiği için 'sistem gecikti' olarak tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların ilk fark ettikleri belirtilere göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Kadınların ilk fark ettikleri belirtiler ile kesin teşhis konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının (sistemin gecikip gecikmeme durumu) karşılaştırılması

İlk Fark Edilen Belirti	Sistem gecikmemiş ¹		Sistem gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Memede/koltukaltında kitle	73	52.5	66	47.5	139	74.7
Memede şekil bozukluğu, akıntı	10	47.6	11	52.4	21	11.3
Memede ağrı	18	69.2	8	30.8	26	14.0
Toplam	101	54.3	85	45.7	186²	100.0

¹: İki haftayı geçenlerde ‘sistem gecikmiş’ olarak, iki hafta ve daha az sürede teşhis konulanlar ise ‘sistem gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.²: 14 hasta ilk belirtiyi kendisi fark etmediği için değerlendirmeye alınmamıştır.

*Satır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi
 χ^2 : 2.891 Sd: 2 p= 0.236

Kadınların ilk fark ettikleri belirti ile ilk sağlık kuruluşundan kesin teşhis konulana kadar geçen süre (sistemin gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.236). İlk fark ettikleri belirti memede ağrı olan kadınların %69.2’ si kesin teşhis konulana kadar iki hafta veya daha az beklediği için ‘sistem gecikmemiş’ olarak bulunmuştur. İlk fark ettikleri belirti memede şekil bozukluğu, akıntı olan kadınların %52.4’ ü kesin teşhis konulana kadar iki haftadan fazla beklediği için ‘sistem gecikmiş’ olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına giren kadınların tümör evlerine göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Kadınların tümör evresine göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması (sistemin gecikip gecikmeme durumu)

Tümörün evresi	Sistem gecikmemiş ¹		Sistem gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Evre I	17	70.8	7	29.2	24	12.0
Evre II	35	55.6	28	44.4	63	31.5
Evre III	42	48.8	44	51.2	86	43.0
Evre IV	17	63.0	10	37.0	27	13.5
Toplam	111	55.5	89	44.5	200	100.0

¹: İki haftayı geçenlerde ‘sistem gecikmiş’ olarak, iki hafta ve daha az sürede teşhis konulanlar ise ‘sistem gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi **Sütun Yüzdesi

χ^2 : 4.439 Sd: 3 p= 0.218

Kadınların tümör evresi ile ilk sağlık kuruluşundan kesin teşhis konulana kadar geçen süre (sistemin gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0.218). Tümör evresi Evre III olan kadınların % 51.2’ si kesin teşhis konulana kadar iki haftadan fazla süre geçtiği için ‘sistem gecikti’ olarak bulunmuştur. Tümör evresi Evre I olan kadınların % 70.8’ i kesin teşhis konulana kadar iki hafta veya daha az süre geçtiği için ‘sistem gecikmedi’ olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren kadınların gittikleri sağlık kuruluşlarına (izlenilen yol) göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Kadınların gittikleri sağlık kuruluşları (izlenilen yol) ile kesin teşhis konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması (sistemin gecikip gecikmeme durumu)

İzlenilen Yol	Sistem gecikmemiş ¹		Sistem gecikmiş		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Özel hst+üniv	23	59.0	16	41.0	39	19.5
Devlet hst+üniv	51	60.0	34	40.0	85	42.5
Özel +devlet+üniv	7	36.8	12	63.2	19	9.5
Devlet +özel+üniv	8	40.0	12	60.0	20	10.0
Üniversite	15	62.5	9	37.5	24	12.0
Diğer	7	53.8	6	46.2	13	6.5
Toplam	111	55.5	89	44.5	200	100.0

¹: İki haftayı geçenlerde ‘sistem gecikmiş’ olarak, iki hafta ve daha az sürede teşhis konulanlar ise ‘sistem gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

χ^2 : 6.002

Sd: 5

p=0.306

Kadınların gittikleri sağlık kuruluşları (izlenilen yol) ile ilk sağlık kuruluşundan kesin teşhis konulana kadar geçen süre (sistemin gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0.306). Gidilen ilk sağlık kuruluşu olarak üniversite hastanesini seçen kadınların %62.5’ i kesin teşhis konulana kadar iki haftadan az süre geçtiği için ‘sistem gecikmedi’ olarak bulunmuştur. Gidilen sağlık kuruluşları sırasıyla özel hastane, devlet hastanesi, üniversite hastanesi olan kadınların % 63.2’si ‘sistem gecikti olarak tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına giren kadınların yaşlarına göre kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının dağılımı Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Kadınların yaşları ile kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumlarının karşılaştırılması (sistemin gecikip gecikmeme durumu)

İlk Gidilen Sağlık Kuruluşu ile Kesin Teşhis Konulana Kadar Geçen Süre¹	n	Yaş (X±SS)
Sistem Gecikmemiş	111	51.4±1.13
Sistem Gecikmiş	89	50.8±1.08

¹: İki haftayı geçenlerde ‘sistem gecikmiş’ olarak, iki hafta ve daha az sürede teşhis konulanlar ise ‘sistem gecikmemiş’ olarak değerlendirilmiştir.

Mann Whitney U p= 0.773

Kadınların yaşları ile kesin teşhisin konulmasında gecikip gecikmeme durumları (sistemin gecikip gecikmeme durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.773). Kesin teşhis konulmasında sistem gecikmiş olarak bulunan kadınların yaş ortalaması sistem gecikmemiş olarak bulunan kadınların yaş ortalamasından küçüktür.

Araştırma kapsamına giren kadınların KKMM yapma durumlarına göre tümör evrelerinin dağılımı Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre tümörün evresinin karşılaştırılması

KKMM yapıyor muydunuz?	Evre I		Evre II		Evre III		Evre IV		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%**
Evet	14	18.7	25	33.3	29	38.7	7	9.3	75	37.5
Hayır	10	8.0	38	30.4	57	45.6	20	16.0	125	62.5
Toplam	24	12.0	63	31.5	86	43.0	27	13.5	200	100.0

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

*Satır Yüzdesi

**Sütun Yüzdesi

χ^2 : 6.640

Sd: 3

p= 0.084

Kadınların KKMM yapma durumlarına ile tümörün evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte (p= 0.084), KKMM yapmayan kadınların yapanlara göre ileri evrelerde (Evre III % 45,6, Evre IV % 16) teşhis konulduğu görülmektedir.

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastalık Süreci İle İlgili Diğer Bulgular

Araştırma kapsamına giren kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğindeki alt ölçek gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğindeki alt ölçek gruplarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

Alt Boyutlar	Ölçekte alınabilecek	
	alt- üst puan	X±SS
Aile desteği	4-28	24.8±4.6
Koca desteği	4-28	23.8±5.5
Arkadaş desteği	4-28	21.3±6.4

Tablo 16 'da görüldüğü gibi kadınlar çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin üç alt ölçek grubu içinde en yüksek puanı aile desteği grubuna vermişlerdir. Bunu koca desteği grubu izlemektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğindeki koca desteği alt ölçek grubundan aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Kocaların eğitim durumuna göre kadınlar tarafından algılanan koca desteği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Eğitim durumu	n	X±SS
OYD+OY	10	24.4±5.1
İlkokul+orta	98	23.6±5.5
Lise	34	23.8±5.7
Üniversite	19	24.4±5.9
Toplam	161	23.8±5.5

OYD: Okur Yazar Değil, OY: Okur Yazar

Kadınların eşlerinin eğitim durumu okur yazar ve okur yazar olmayanlarla, eşlerinin eğitim durumu üniversite mezunu olanların destek puanlarının eşit olduğu saptanmıştır.

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arası	13.497	3	4.499	0.144	0.934
Gruplar İçi	4914.217	157	31.301		
Toplam	4927.714	160			

Eşlerin eğitim durumu ile algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p= 0.934$).

Araştırma kapsamına giren kadınların hastalık sürecinde eşleriyle olan yakınlık durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğindeki koca desteği alt ölçek grubundan aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. Kadınların hastalık sürecinde eşleriyle olan yakınlık durumları ile kocaları tarafından algılanan sosyal destek ölçek puanlarının karşılaştırılması

Eşleriyle Yakınlık Durumları	n	X±SS
Daha yakınlaştırdı	99	25.2±3.7
Değişmedi	47	22.5±6.1
Uzaklaştırdı	15	18.4±8.8
Toplam	161	23.8±5.5

Kadınların hastalık sürecinde eşleriyle olan yakınlık durumlarını ‘daha yakınlaştırdı’ diyenlerin destek puanlarının ‘değişmedi’ ve ‘uzaklaştırdı’ diyenlerden daha yüksek olduğunu görmekteyiz.

	Kareler toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Gruplar arası	709.025	2	354.513	13.277	0.001
Gruplar İçi	4218.689	158	26.701		
Toplam	4927.714	160			

Çoklu Karşılaştırmalar İçin En Küçük Önemli Fark (LSD) testi

(I)Hastalık eşiyle arasındaki yakınlığı etkiledi mi?	(J)Hastalık eşiyle arasındaki yakınlığı etkiledi mi?	Ortalamalar Arasındaki Fark(I-J)	Sh	p
Daha yakınlaştırdı	Değişmedi	2.67	0.91	0.004
	Uzaklaştırdı	6.80	1.43	0.000
Değişmedi	Yakınlaştırdı	-2.67	0.91	0.004
	Uzaklaştırdı	4.12	1.53	0.008
Uzaklaştırdı	Yakınlaştırdı	-6.80	1.43	0.000
	Değişmedi	-4.12	1.53	0.008

'Hastalık eşiyle arasındaki yakınlığı etkiledi mi ' sorusunu "daha yakınlaştırdı", "değişmedi" ve "uzaklaştırdı" şeklinde cevaplandırılanların koca destek puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş (F=13.27; p= 0.0001); farkı yaratan grupları belirlemek için yapılan çoklu karşılaştırmalar için en küçük önemli fark (LSD) testi sonunda tüm grupların birbirleriyle ikili karşılaştırmaları arasında fark olduğu görölmüştür. En yüksek puan 'yakınlaştırdı' grubunda olup, bunu "değişmedi " grubu izlemektedir.

Araştırma kapsamına giren kadınların genel sağlık durumlarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Hastaların genel sağlık durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar

Genel sağlık durumları	n	X±SS
Çok iyi	32	71.1±10.2
İyi	103	69.9±10.7
Kötü	26	64.9±14.6
Toplam	161	69.3±11.4
Kruskal Wallis χ^2 : 3.316 Sd: 2 p= 0.190		

Kadınların genel sağlık durumları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamakla birlikte genel sağlık durumunu çok iyi nitelendirenlerin puanı en yüksek bulunmuştur (p= 0.190). Genel sağlık durumunu kötü olarak nitelendirenlerin puanı da en düşüktür.

5.TARTIŞMA

1.Araştırma kapsamına giren kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

2.Araştırma kapsamına giren kadınların meme kanseri teşhis-tedavi süreci ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

3.Araştırma kapsamına giren kadınların hasta kaynaklı ve sistem kaynaklı gecikmelerine ilişkin bulguların tartışılması

4. Araştırma kapsamına giren kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği bulguları ve hastalık süreci ile ilgili diğer bulgularının tartışılması

5.1. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

2013 Mayıs ve 2014 Haziran ayları arasında Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Kemoterapi Ünitesinde tedavi gören hastalardan araştırma kapsamına dahil edilen 200 kadının yaş ortalaması 51.16 ± 1.10 dur. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması (53.25 ± 1.11), kadınların yaş ortalamasından (51.16 ± 1.10) yüksek bulunmuştur. Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu tarafından meme kanserli kadınlarla yapılan çalışmada yaş ortalaması $51.6 (\pm 12.6)$ olarak bulunmuştur (44).

Araştırma kapsamına dahil edilen kadınlardan %60'ının eğitim durumu ilköğretim olarak saptanmıştır. Malatya'da meme kanserli hastalarla yürütülen bir vaka-kontrol çalışmasında kadınların %50'sinin eğitim durumunun ilköğretim olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki oranın yüksek olmasının nedeni bu çalışmada vaka grubundaki kadın sayısının az olması (52 kadın) ile açıklanabilir (45).

Araştırma kapsamına giren kadınlardan %78.5'inin mesleki durumu ev hanımıdır. %80.5' i ise evli olduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Meme kanserli hastalar üzerinde yürütülmüş bir çalışmada kadınların %82' sinin çalışmadığı ve %78' inin evli olduğu tespit edilmiştir (46). Jinekolojik onkoloji kliniğindeki kanser hastalarına yapılan bir çalışmada kadınların %84' ünün çalışmadığı, %84' ünün de evli olduğu saptanmıştır (37). Çalışmamızdaki oranlar bu çalışmalardaki oranlara yakındır.

Sosyal güvenceye sahip olup olmama durumlarına baktığımızda tamamına yakınının sosyal güvencesi bulunmaktadır (%94.5). 2012'den itibaren Genel Sağlık Sigortası (GSS), herhangi bir sağlık güvencesi sisteminden yararlanmayanların

katılımının zorunlu olduğu bir hizmettir. Sosyal ve ekonomik özelliklerine göre (çoğunlukla yaş ve gelir) bu programdaki vatandaşlar yaş ve gelir gruplarına göre değişen miktarlarda katkı payı ödemektedirler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre 15-49 yaş grubundaki kadınların %11' i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (47). 2007 yılında yapılan bir çalışmada meme kanserli kadınların %96' sı sosyal güvencesi olduğunu belirtmiştir (46). Bizim çalışmamızda elde edilen orana yakın olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza dahil edilen kadınların çocuk sahibi olma durumlarına baktığımızda kadınların % 6' sı çocuğu olmadığını belirtmiştir (Tablo 1). Bir üniversite hastanesinde meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada kadınların %6' sının çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır (41). Çalışmamızda tespit edilen oran bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Ekonomik durumlarını kendi ifadeleri ile 'orta' olarak belirtenlerin oranı %63, 'düşük' belirtenlerin oranı %28.5 , 'yüksek' belirtenlerin oranı ise %8.5' dir (Tablo 1). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada ekonomik durumunu 'orta' belirtenlerin oranı %60, 'düşük' belirtenlerin oranı %19.2, 'yüksek' belirtenlerin oranı %20.3 olarak bulunmuştur (39). Çalışmamızdaki oranlarla benzerlik olduğu görülmektedir.

Kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde büyük çoğunluğu (% 49) ilköğretim mezunu, %17'si lise, %9.5'u üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı Malatya'daki bitirilen eğitim düzeylerinin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılım verilerine bakıldığında, ilköğretim mezunu erkek sayısının her yaş grubunda kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (48). Bizim çalışmamızda ilköğretim mezunu erkeklerin oranının kadınlara kıyasla düşük olmasının nedeni kadınların bazılarının bekar, bazılarının ise eşlerinin vefat veya boşanmış olması sebebiyle olmamasıdır. Ege bölgesinde yapılan bir çalışmada meme kanseri olan kadınların eşlerinin %38.3'ü ilköğretim mezunu iken, %19.2'si lise, % 26.6'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (39). İlimizde ilköğretim mezunu erkek oranı bu çalışmaya göre yüksek olmakla beraber lise ve üniversite mezunu oranının daha düşük olması bölgesel farklılık ile açıklanabilir. Sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe eğitim düzeyleri de artmaktadır.

Araştırmamızda yer alan kadınların %77.5' i kent merkezinde yaşadığını belirtirken, yaşanılan yerdeki sürele bakıldığında doğduğundan beri aynı yerde yaşamış olanların oranı %44' dür (Tablo 1). Meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada kadınların %65.9' u büyükşehir veya şehirde yaşadığını ifade etmiştir (39).

Hindistan’da yapılan bir çalışmada kırsal bölgede yaşayanların, hiç kırsal bölgede yaşamayanlara göre risk faktörlerine maruziyetinin daha az olduğu belirlenmiştir. Hindistan’daki bu vaka kontrol çalışmasında kırsal bölgede yaşanan yıl sayısı ile risk faktörleri arasında bir doz cevap ilişkisinin olduğu, yaşamının ilk 20 yılını kırsalda yaşamış olmanın meme kanserine karşı koruyucu etkisi olduğu da belirtilmiştir. Yine bu çalışmada, kırsalda 10 yıldan az yaşayanlarda meme kanseri gelişme riskinde istatistiksel olarak fark bulunmazken, 10 yıldan fazla kırsalda yaşayanlarda risk istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (49). Kırsal bölgede yaşam, meme kanseri için risk oluşturan yaşam stilini etkileyerek meme kanserinden koruduğu düşünülmektedir. Batı tipi yaşam tarzının benimsenmesiyle kadınlar ileri yaşta anne olmakta ya da çocuk sahibi olmayı düşünmemekte, daha az fiziksel aktivite ile obez bireylerin daha fazla olduğu toplumlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yaşamının büyük çoğunluğunu nerede geçirdiği, şuan yaşanan yerden daha önemlidir.

Meme kanserli kadının sosyo-demografik özelliklerinin insidans ve sağ kalıma olan etkisini inceleyen çalışmalar, sosyo-demografik özelliklerin bireylerin kanser semptomlarına yönelik bilgisini ve tarama programlarına katılımını etkilediğini belirtmişlerdir. Kent merkezinde yaşayan kadınların sağ kalımlarının kırsal alanda yaşayanlardan daha iyi olduğunu saptamışlardır (50).

5. 2. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Meme Kanseri Teşhis-Tedavi Süreci İle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların meme kanseri teşhisi almadan önceki süreci ile teşhis sürecinde izlediği yolun, tedavide önemli rolü olan teşhis evresini etkilemesi nedeniyle bu bulgular önemlidir. Ailede meme kanseri öyküsü olması meme kanseri için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Anne veya kız kardeşinde meme kanseri öyküsü olan bir kadında meme kanseri gelişme riski iki kat fazladır. Araştırmamıza katılan kadınlardan %12.5’ i ailesinde meme kanseri öyküsü olduğunu ifade etmiştir (Tablo 2). Orduda bir fabrikada çalışan kadınlar arasında yapılan çalışmada kadınların % 14.3’ ü ailesinde meme kanseri öyküsü bulunduğunu belirtmiştir (51). Sonuçlar çalışmamızla yakınlık göstermektedir.

Memedeki tüm hastalıkların genellikle ilk belirtileri arasında kitle bulunmaktadır. Ayrıca memedeki tüm değişiklikler kanserle ilgili olmadığı gibi adet görme veya hormonal kaynaklı olabilir ve kendiliğinden kaybolur. Meme kanseri olan kadınların genellikle sağlık kuruluşuna başvurmasına sebep olan ilk belirtisi memede

kitledir. Çalışmamıza katılan hastaların %69.5' i fark ettikleri ilk belirtiyi memede/koltukaltında kitle olarak ifade etmişlerdir. %13'ü ilk belirti olarak memede ağrı, %10.5' i memede şekil bozukluğu ve akıntı olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Meme kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada ilk yakınma olarak %77.8'i memede kitleyi, %14.2'si hem ağrı hem de kitleyi, %3,1'i ağrıyı, %3.8'i şekil bozukluğu ve akıntıyı belirtmişlerdir (52). Mısırdaki meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada kadınların %77.4' ü memede kitleyi, %7.6' sı memede ağrıyı, %3.1'i ise akıntıyı ilk belirti olarak ifade etmişlerdir (34).

Meme kanseri mortalitesini azalttığı bilinen ve etkinliği kanıtlanmış tarama programlarının toplum tabanlı uygulanması erken evrede kanserin teşhisi için önemlidir. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yöntemi etkili bir tarama programı olmamakla birlikte farkındalık oluşturması açısından önemlidir ve yapılması tavsiye edilmektedir. Araştırmamıza katılan kadınlara teşhis öncesinde KKMM yapıp yapmadıkları sorulmuş, %37.5' i yaptığını belirtmiştir (Tablo 2). Yapılan bir çalışmada kadınların %40.9' u KKMM muayenesi yaptığını ifade etmiştir (53). Yine meme kanserli kadınların erken tanı uygulamalarına yönelik yapılan bir çalışmada kadınların %48.1'i KKMM yaptığını belirtmiştir. Amerika'da yapılan çalışmada düzenli olarak KKMM yaptıranların oranı %18-36 arasında değişmektedir (54). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise düzenli olarak KKMM yapanların sıklığı %10-24 arasında olduğu belirtilmiştir (55). Polonya'da yapılan çalışmada KKMM yapanların oranı %65.6 iken düzenli olarak yapanların oranı %14.2' dir (56). Düzenli olarak KKMM yapanların sayısındaki düşüklük aslında kadınların erken tanıya ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyen birçok faktörün olduğunu da işaret etmektedir. Literatürde belirtilen nedenler arasında bireyin kültürel inançları, sağlık-hastalık algısı, sosyal destek faktörleri, hastalıkla ilgili bilgi ve risk algısı, hastalığın erken dönemde teşhisinin önemine yönelik inancı gibi faktörler yer almaktadır.

Kadınların hastalıklarını nasıl fark ettiklerine ilişkin soruya verilen cevaplar kadınların tarama programlarına katılımı ile ilgili de fikir vermektedir. Araştırmamıza katılan kadınların %72.5' i hastalıklarıyla ilgili ilk belirtiyi kendisi tesadüfen fark ettiğini, %13'ü sağlık görevlisi tarafından fark edildiğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada iyi ya da kötü huylu kitlelerin %80' i kadınlar tarafından fark edilmiştir (57). Araştırmamızdaki kadınların sadece %37.5' i KKMM yaptığını ifade etmesine rağmen %72.5' i kitleyi kendisi tesadüfen fark ettiğini belirtmiştir (Tablo 2). Bu durum kadınların kendi meme dokularını muayene yapmasalar bile iyi tanıdıklarını ve banyo

esnasında, giyinme v.b. durumlarda kitleyi keşfettiklerini göstermektedir. Ancak tesadüfen bulunan bu kitleler genellikle büyük kitleler olmakla birlikte düzenli tarama yöntemleri uygulandığı takdirde daha ufak çaptaki kitleleri ve meme kanserine işaret edebilecek bazı bulguları fark etme imkânı olacaktır.

Kadınların ilk belirtiyi fark ettikten sonra kanserin kapsamlı teşhis ve tedavisinin yapıldığı merkezlere başvurması, oluşabilecek gecikmeleri önleme açısından büyük önem arz etmektedir. Malatya ilinde kanser hastalığının kapsamlı tedavisinin yapıldığı tek merkez Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM)' dir. Kadınların ilk olarak gittikleri sağlık kuruluşları arasında TÖTM'ne başvuru oranı %14.5' dir (Tablo 2). Mısır'da yapılan çalışmada hastaların ilk sırada gittikleri hastane %13.8' i ile araştırmanın yapıldığı bölgedeki kanser merkezidir (34). Gidilen diğer sağlık kuruluşları arasında daha çok devlet hastanesinin tercih edildiği (%50.5), ikinci sırada ise özel hastanelerin (%32) geldiğini görmekteyiz. Hastaların büyük çoğunluğuna (%80) ilk gidilen sağlık kuruluşunda ön teşhis konulmuş olup tedavi için diğer sağlık kuruluşlarına gidenlerin yaklaşık yarısı (%53) bu aşamada TÖTM'ni tercih etmişlerdir. Hastalar genellikle ön teşhis yada cerrahi operasyon sonrasında kemoterapi ve radyoterapi için ildeki TÖTM dışındaki hastanelerden bu hizmeti alamadıklarından başka illerdeki merkezleri de tercih etmektedirler.

Tedavi sürecinde gidilen hastanelere (izledikleri yol) bakıldığında ikinci sırada üniversite hastanelerini tercih edenlerin oranı %62 (özel hastane sonrasında üniversite hastanesi %19.5 veya devlet hastanesi sonrasında üniversite hastanesi %42.5)' dir. Hastalar teşhis aşamasında ikinci veya üçüncü bir hekimden fikir almak adına veya tanınmış hekimlere de muayene olmak amacıyla değişik yollar izlemektedirler. Araştırmanın yapıldığı bölgedeki ekonomik, coğrafik, sosyo-kültürel yapı kadınların tedavi arama şekillerini etkilemektedir. Tayvan'da meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada hastaların 64.3' ü teşhis öncesi sadece bir hastaneye giderken %28.1' i iki hastaneye gitmiştir. Üç hastaneye gidenlerin tek hastaneye gidenlere göre teşhiste 10 kat daha geç kaldığı da bu çalışmada tespit edilmiştir. Gidilen hastane sayısı teşhiste gecikmelere neden olan faktörlerden birisidir. Hatta ilk gidilen sağlık kuruluşunun kapsamlı bir tanı tedavi merkezinin olduğu durumlarda teşhiste gecikmenin daha az yaşandığı da belirtilmiştir (58). Ülkemizde sevk zinciri olmadığından hastalar istedikleri hastanede muayene olabilmektedir. Ayrıca yukarıdaki oranlara baktığımızda devlet hastanesinin ilk sırada tercih edilmesinin nedenleri arasında ekonomik sebepler, kamu sağlık kuruluşlarına olan güven v.b. nedenler yer alabilir. Anket esnasında yapılan yüz

yüze görüşmeler esnasında devlet hastanesine başvuranların büyük çoğunluğunun genel cerrahi polikliniğine gittiği ifade edilmiştir. Bir Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran 162 meme kanseri hastası ile yapılan çalışmada ilk tanı koyan hekimin uzmanlık alanı tüm olgular için genel cerrahi uzmanı idi (52).

Tümör evresi, hangi tedavinin seçileceği ve prognozun nasıl olacağı konusunda bilgi vermesinin yanı sıra farklı tedavi tiplerinin kıyaslanmasını da sağlar. Erken olarak saptandığı düşünülen tümörlerin bile ortalama 6-10 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir. Meme kanserinin palpe edilebilir bir büyüklüğe ulaşması için (yaklaşık 10 mm) ya da mamografik olarak saptanabilmesi için (yaklaşık 3-5 mm) geçen sürede tümör 28-29 kez katlanmaya uğramaktadır. Tümör 1 mm³ lük hacime ulaştığında tümör hücrelerinin hematojen yolla yayılmaya başladığı da bildirilmektedir. Çok hızlı büyüyen agresif tümörler iki tarama zamanı arasındaki sürede dahi oldukça ileri evrelere ulaşabilirler. Tümörün katlanma zamanı ortalama olarak 157 gün olduğu kabul edilmektedir. Başvurudan önce ortalama 170 gün tümörün bir kez katlanmasına denk gelmektedir (32, 52). Araştırmamıza katılan kadınların tümör evrelerine baktığımızda %56.5'inin ileri evrede olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Çalışmamızın yapıldığı TÖTM'nin 2014 yılı kayıtlarından yeni tanı alan kadın meme kanseri hastalarının evrelerine bakıldığında % 46.7' sinin ileri evrede (Evre III ve Evre IV) teşhis edildiği tespit edilmiştir. Bu oranı bizim çalışmamızla kıyasladığımızda, araştırmamızdaki ileri evre kanser hasta sayısının yüksek olmasının nedeni; çalışmamıza dahil olan kadınlar arasında yeni tanı alan hastalarla birlikte eskiden tanı alıp hastalığın nüksetmesi sonucu tekrar gelenlerin bulunmasıdır. Ayrıca daha önce başka merkezlerde tedavi almış olan eski hastalardan bazılarının teşhis anındaki evreleri dosyalarında yer almadığından çalışmanın yapıldığı tarihlerdeki evreleri dikkate alınmıştır.

Kanser tanısı, hastalar için stres yaratan bir durumdur. Tedavi sürecinde akraba, eş ve arkadaşlar tarafından verilen destek, hastaların tedaviye uyumunu ve psikolojilerini etkilemektedir. Çalışmamıza dahil edilen kadınların yaklaşık yarısına yakın bir bölümü hastanede yattığı süreçte kendisine hem refakatçi olarak hemde ev işlerini kendisi yerine yürüten kişi olarak 'diğer' grubunu (kayınvalide, görümce, çocuklar) göstermiştir (Tablo 3). Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukları inceleyen bir çalışmada hastaların %34' ü birincil destek grubu (aile) ile ilgili sorunlarının olduğunu belirtmiştir. Eş ve çocuklarının kendilerine yeterince yardımcı olmadıklarını, anlamadıklarını ve yalnız bıraktıklarını ifade etmişlerdir (59).

5.3. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Hasta Kaynaklı Ve Sistem

Kaynaklı Gecikmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Teşhis ve tedavideki gecikmeler çoğu kanserlerde düşük hayatta kalım oranlarına sebep olmaktadır. Bu konuda yapılan bir meta analiz çalışması, yaşanan gecikmelerle düşük hayatta kalım oranları arasında güçlü ve kesin bir ilişki olduğunu göstermiştir (60). Bu gecikmeler literatürde yer alan bazı çalışmalarda farklı şekillerde kategorize edilmiştir. Hasta kaynaklı, hekim kaynaklı, sistem kaynaklı veya cerrahi kaynaklı gecikmeler şeklinde değinilmiştir. Bu gecikmelerle ilgili faktörlerin bazılarının etkileri çok güçlü iken bazılarının daha zayıf olduğu düşünüldüğünden çoğu çalışmada hasta kaynaklı ve sistem kaynaklı şeklinde iki kategoride çalışılmıştır (34, 61, 62, 63).

Kadınların ilk fark ettikleri belirti ile sağlık kuruluşuna başvurma süreleri arasında geçen zaman açısından değerlendirildiğinde çalışmamızda 'hasta gecikti' olarak değerlendirilen kadınların oranı %34'tür. İran'da yapılan çalışmada hastaların bulguları fark etmeleri ile hekime başvurma süreleri açısından olguların % 42'si 'hasta gecikti' olarak değerlendirilmiştir (64). Aydın'da yapılan çalışmada ise kadınların % 29'u 'hasta gecikti' olarak belirtilmiştir (51). Kanser merkezlerine yönelik kültürel tabular, hastane korkusu, hekim veya sağlık kuruluşlarına güvenmeme, meme kanseri belirti ve risk faktörlerine yönelik bilgi eksikliği gibi sebepler hasta kaynaklı gecikmelerin sebepleridir. Çalışmamızın ülkemizin doğu bölgesinde yer alan Malatya'da yapılması ve ildeki kadınların eğitim durumu, bilinç düzeyi ve kültürel tabu seviyelerinin ülkenin batı bölgesine göre daha farklı olması elde edilen oranın yüksekliğini açıklayabilir.

Araştırmamıza katılan hastaların gecikip gecikmeme durumlarının eğitim durumları, yaşadıkları yer, yaş, ekonomik durumları, ilk fark edilen belirti, tümör evresi ile karşılaştırılmasında önemli bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4, 5, 6, 7, 8, 9). Düşük ve orta gelire sahip, içlerinde Türkiye'nin de yer aldığı 12 ülkede meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada hasta ve sistem kaynaklı gecikmeleri etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çok uluslu yürütülen bu çalışmada orta düzeyde eğitime sahip olan kadınlar, çalışıyor olan, büyük kasaba ya da şehirlerde yaşıyor olan kadınların gecikme sürelerinin daha kısa olduğu belirtilmiştir (63). Mısır'da meme kanserli hastaların geç evrede teşhis edilmesini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada hastaların gecikme durumlarının yaş, ikamet ettikleri yer ve eğitim seviyesiyle ilişkisi bulunmamıştır. Ancak tümör evresi ile hastaların gecikmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (34). Estonya'da meme kanserli hastalarda gecikmeye sebep olan

faktörleri tanımlamak amacıyla yapılan bir çalışmada ise gecikmeyi etkileyen yaş, eğitim ve görülen ilk belirti gibi faktörler arasında ilişki bulunmuştur. Ancak kadınların ekonomik durumu ile gecikmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (65). Amerika'da memede kitle veya meme kanserinin diğer belirtilerinden birine sahip, kırsal bölgede yaşayan kadınların geç kalmasını etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, davranışsal ve ön değerlendirme kaynaklı gecikmeden bahsedilmiştir. Davranışsal ve ön değerlendirme kaynaklı gecikmeler, hastanın fark ettiği ilk belirtiyi hastalık olarak yorumlamasını ve sağlık hizmeti almak için başvurma kararı olarak tanımlamıştır. Sonuç olarak bu çalışmada sosyo-demografik değişkenler (yaş, eğitim durumu, kent merkezinde yaşama, ekonomik durum), hastanın fark ettiği ilk belirtiyi hastalık olarak yorumlamasını ve sağlık hizmeti almak için başvurma kararını etkilediği için gecikmeye sebep olduğu belirtilmiştir (66).

Yaşanılan yerin kent merkezi veya daha kırsal bir bölge olması hastaların sağlık hizmeti almasını etkilemektedir. Ege Üniversitesinde yapılan kanser kayıt analizlerinde, şehir merkezi dışından gelen meme kanseri hastalarının daha ileri evrelerde başvurdukları belirtilmiştir (67). Çalışmamızda yaşanılan yer ile hastanın gecikmiş olarak değerlendirilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen köyde yaşayanların ilçede yaşayanlara kıyasla geç kalma oranları daha yüksektir (Tablo 5).

İlk fark edilen belirti memede kitle olan kadınların daha erken sağlık kuruluşuna başvurduğu (%71.9), ilk belirtisi memede ağrı olan kadınların ise daha çok geciktiği (% 46.2) söylenebilir (Tablo 7). Meme kanserli hastaların geç evrede teşhis edilmesini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, ilk belirtisi memede kitle olanların ilk olarak diğer belirtileri fark edenlere kıyasla 2 kat daha erken sağlık kuruluşuna gittikleri bulunmuştur (34).

Literatürde ki bazı çalışmalar, ileri yaşta olan kadınların 3 aydan fazla beklemediklerini hemen sağlık kuruluşlarına gittiklerini, yaşı genç olan kadınların ise 3 aydan fazla beklediklerini ve geç kaldıklarını belirtmiştir (68, 69). Yaşı genç olan kadınların ise sağlık sistemi ile ilgili endişeleri, ikinci bir hekim görüşü almak istemesi, hekimin kitleyi bir süre takip etme kararı gibi sebepler bu yaş grubunda gecikmeyi etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Çalışmamızda yaş ile hastanın gecikmesi arasında fark bulunmamasına rağmen, hasta gecikti olarak değerlendirilen kadınların biraz daha yaşlı olduğu söylenebilir (Tablo 8). Elde edilen bu sonucu, yaşlı kadınlarda hastalık, hekim veya hastane korkusuna bağlı gecikmeler olması, başka merkezlere

sevk, ameliyat veya bakıma muhtaç hale gelebileceği düşüncesi, sosyal destek eksikliği ile de gecikmeler olması açıklayabilir (70).

Çalışmamızda kadınların gecikip gecikmeme durumlarının eğitim durumları, yaşadıkları yer, yaş, ekonomik durumları, ilk fark edilen belirti, tümör evresi ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık bulunmamasının önemli sebeplerinden bir tanesi, ilk belirti ile sağlık kuruluşuna başvurana kadar geçen süreyi net bir şekilde hatırlayamamaları yani hafıza faktörünü akla getirmektedir. Hastalardan geriye yönelik bekleme süreleri ile ilgili istenen tarihleri, anketin yapıldığı kemoterapi ünitesinde tedavi esnasında sorulması hatırlamamalarını etkileyen faktörlerden olabilir.

Kadınların ilk sağlık kuruluşuna başvurmasının ardından, kesin teşhis konulana kadar iki haftadan fazla bekleyenlerin oranı %44.5' tir. Sistem gecikti olarak değerlendirilen bu gruptaki kadınların eğitim durumu, yaşları, ilk fark ettikleri belirti, tümör evresi ve gidilen sağlık kuruluşları açısından önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 10, 11, 12, 13, 14). 6500 den fazla meme kanserli hastada sistem kaynaklı gecikmeleri etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, en az orta düzey eğitime sahip olan ve 60 yaşından büyük olan kadınların sistemden kaynaklanan gecikmelerinin daha kısa olduğu bulunmuştur. Yaşı genç olan ve kitleyi kendisi fark eden kadınlarla sistem kaynaklı gecikme arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur (63). Amerika'da 40 yaş altı meme kanserli hastaların teşhiste gecikmesini etkileyen faktörleri inceleyen çalışmada tümör evresi ile sistemin gecikmesi arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (71). Çalışmamızda da benzer sonuç elde edilmiştir. Gidilen sağlık kuruluşları ile sistemin gecikmesi arasında çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da, direk olarak üniversite hastanesine gidenler arasında gecikenlerin oranı diğerlerine göre daha düşüktür. Benzer bir çalışmada, diğer hastanelere gidenlerin direk olarak kanser hastanesine gidenlere kıyasla 35 kat daha geç kaldıklarını belirtmiştir (34).

KKMM' nin meme kanseri mortalitesini azalttığı yönünde kanıtlanmış bir çalışma bulunmamakla birlikte, iyi huylu lezyonların fark edilmesinde yardımcı olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda hastalığın evresi ile KMMM yapma durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak yine de KKMM yapmayanların büyük çoğunluğu ileri evrede teşhis edilmiştir (Tablo 15). Çin'de yapılan bir çalışmada, bir grup kadına nasıl meme muayenesi yapılacağı video ve afişlerle anlatılmış ve düzenli aralıklarla yapmaları sağlanmış. Diğer gruba konu ile ilgili hiçbir eğitim verilmemiş ve her iki grup 2 yıl süre ile izlenmiş. Kontrol grubunda 131, KKMM yapan grupta ise 135

kadın meme kanseri tanısı almıştır. Her iki grupta meme kanseri hasta sayısında önemli bir farklılık olmadığı halde, KKMM yapan gruptaki hastaların çoğunluğunun evre I olması dikkat çekici bir sonuçtur (72). Meme kanseri cerrahisi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışmada ise KKMM yapma durumları ile tümör evresi arasında korelasyon olduğu belirtilmiştir (52). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmamasının sebepleri, kişilerin kendi ifadeleri ile yaptıklarını belirtmesi ancak gerçekten yapıp yapmadıklarını değerlendirecek bir yöntemin olmaması ve kaç kişinin düzenli olarak yaptığının değerlendirilememesi olabilir.

5.4. Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulguları Ve Hastalık Süreci İle İlgili Diğer Bulgularının Tartışılması

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri şeklinde tanımlanmıştır. Birçok araştırmacı, sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü konusunda birleşmektedir. Kanserli hastaya bakım veren sağlık personeli dışındaki bireyler kanser hastasının sosyal destek ağını oluşturmaktadır (73, 74). Kanserli hastalarda %29-47 oranında psikiyatrik bozuklukların görüldüğü ve bu psikiyatrik bozukluklara sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi faktörlerin etki ettiği yapılan çalışmalarla saptanmıştır (59).

Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin de çoğunlukla günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve rol kaybı yaşayabilmektedirler. Hastanın yaşamı boyunca devam edecek ve yaşam süresini de etkileyebilecek bir hastalığı olduğu için ona yakın kişilerin ve ailesinin hastalığı kabul etmeyi ve uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir. Çalışmamızda sosyal desteğin kaynağına ilişkin alt gruplardan alınan puanlar incelendiğinde, ailenin ortalama destek puanı diğer gruplara göre yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 16). Kanserli hastalarla yapılan sosyal destek kaynağına yönelik çalışmalarda, sosyal desteğin büyük bir bölümünü ailelerin oluşturduğu bulunmuştur (73). Hastalık veya tedavi sürecinde kadının aile bireylerinin (anne, kardeş v.b.) hastanede, günlük ev işlerinde ve varsa çocukların bakımında daha çok yardımcı olması en fazla destek puanını bu grubun almasının bir nedeni olabilir.

Diğer bir nedeni de kadınların, mastektomi ve kemoterapinin yol açtığı beden imajı sorunları, tedavinin neden olduğu cinsel işlev bozuklukları, iletişim ve sosyal rollerde değişiklik gibi nedenlerle evlilik ilişkilerinin tehlikeye gireceği ve eşleriyle duygusal ilişkilerinin kopacağı yönünde korku ve kaygıların iletişimlerini olumsuz yönde etkilemesidir. Kocaların ise genellikle eşlerini kaybetme korkusu yaşamaları bu desteği olumsuz yönde etkileyebilir.

Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan benzer bir çalışmada sosyal destek kaynağının alt gruplarından olan ailenin ilk sırada geldiği bulunmuştur (37). Yapılan başka bir çalışmada ise sosyal destek kaynaklarına bakıldığında ailenin eş ve arkadaşlara kıyasla en fazla orana sahip olduğu saptanmıştır (75). Çalışmamızdan elde edilen sonuç literatürle benzerlik göstermektedir.

Kanser hastalarının ve özellikle ileri evre kanser hastalarının eşleri direk olarak hastalıktan etkilenmektedir (76). Özellikle meme kanseri veya diğer jinekolojik kanser türleri genç yaştaki hastaların eşleri tarafından travmatik bir olay olarak algılanmakta, evlilik içi ilişkileri olumsuz olarak etkilemektedir (77). Yapılan bazı çalışmalar kanser hastalarının ve eşlerinin stres seviyelerini karşılaştırmıştır. Sonuç olarak ise kanser hastası olan kadınların eşlerinden daha fazla stres yaşadıkları saptanmıştır. Bazı çalışmalar ise erkek veya kadın fark etmeksizin eşlerin hastalardan daha fazla stres yaşadıklarını bulmuştur. Eşlerin hem hastaya destek olan hem de bakımıyla ilgilenen kişi olması daha fazla strese sebep olabilmektedir (78). Yapılan bir meta analiz çalışmasında stres seviyesinde asıl belirleyici olan eşlerin rollerinden ziyade cinsiyete dikkat çekilmiştir. Kadınlar, hasta veya eş v.b. rollerine bakılmaksızın her zaman erkeklere kıyasla daha fazla stres altındadır (79).

Yapılan çalışmalarda eğitim durumu daha iyi olan kocaların stresle baş etme durumlarının daha iyi olduğu ve hasta olan eşlerine göstermiş oldukları desteğin daha çok olduğu belirtilmiştir (39, 80). Çalışmamızda kocaların eğitim durumuna göre kadınlar tarafından algılanan koca desteği alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında önemli bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 17). Hastalık öncesi eşler arası iletişim, hastalık sürecinde ihtiyaçlarını giderme, ilgili olma gibi özelliklerin eşler arasındaki duygusal bağdan daha çok etkilenmesi bu durumu açıklayabilir.

Klinik deneyimler ve yapılan çalışmalar göstermiştir ki, kanser hastalığı ile yüz yüze kalan çiftlerin bazıları hastalıktan itibaren ilişkilerinin düzeldiğini ifade etmişler. Hastaların %42'si hastalığın onları yakınlaştırdığını belirtmiştir. Yakınlaştırdığını ifade eden kadınların eşlerinden gördükleri destek puanlarının daha yüksek olduğu

saptanmıştır (80). Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup ‘yakınlaştırdı’ şeklinde cevap verenler ile eş destek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastalığın eşiyile arasındaki yakınlığı daha da artırdığını söyleyenlerin eş destek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözüm yollarını inceleyen bir çalışmada hastalık öncesi güçlü evliliklerin hastalıkla birlikte daha güçlendiği buna karşın temelde zayıf olan evliliklerin de kısa sürede daha fazla etkilendiği de belirtilmiştir (81).

Bireyler tarafından algılanan sosyal destek, sosyal ağ üyelerince sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum olarak değerlendirilmektedir. Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini ve hastaların genel iyilik halini etkilediğini göstermiştir. Yaşanan destek yetersizliği veya hiç desteğin olmaması, tek başına hastalığın yarattığı stres, tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlarla birleştiğinde hastaların sağlık durumları üzerine olan olumsuz etkileri kendini göstermektedir. Bu dönemlerde aldıkları desteğin önemi de artmaktadır. Bu çalışmada genel sağlık durumlarını çok iyi olarak ifade edenlerin sosyal destek ortalama puanları daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 19). Kanser hastalarında bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteği inceleyen bir çalışmada hastaların genel iyilik hali ile sosyal destek ölçeği arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur (73). Bizim çalışmamızda ilişki bulunmamasının sebepleri arasında hastaların fiziksel ve psikolojik olarak iyi olmamalarına rağmen kendilerini iyi olarak ifade etmiş olabilirler ve bunun altında kaderci bir anlayışı benimsemeleri ve dini inançları gelebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar daha geç evrelerde teşhis edilirken, gelişmiş ülkelerdeki kadınlar erken evrede teşhis edilmektedir. İleri evrede teşhis hasta kaynaklı sebeplerden olabildiği gibi sistem kaynaklı sebeplerden de olabilir.

Kanser hastalığının yol açtığı psikolojik, sosyal ve manevi boyuttaki sorunlar, hastaların tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle kanser hastalarına tedavi sürecinde ve sonrasında bilgi vermek, duygusal ve sosyal destek sağlayan girişimlerde bulunmak son derece önemlidir.

Bu çalışma ile Malatya ilinde kapsamlı kanser tedavisinin yapıldığı tek merkez olan TÖTM' de tedavi gören meme kanseri hastalarının, bu merkeze gelene kadar gittikleri sağlık kuruluşları, kanser evreleri ve geç teşhisle ilgili faktörleri incelenmiştir. Hastalık sürecinde hasta tarafından algılanan sosyal destek düzeyi ve sosyal destek kaynakları analiz edilmiştir.

Araştırma kapsamına dahil edilen 200 kadının yaş ortalaması 51.16 ± 1.10 iken; eşlerinin (161 kişi) yaş ortalaması 53.25 ± 1.11 bulunmuştur. Kadınların %60'ının eğitim durumu ilköğretim düzeyinde, %78,5'i ev hanımı ve %80.5' i ise evlidir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%94.5) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Kadınların %87'sinin çocuk sahibi olduğu, %6'sının çocuk sahibi olmadığı saptanmıştır. Kocalarının eğitim durumlarına bakıldığında ise % 49' unun ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Ekonomik durumlarını kendi ifadeleri ile düşük bulaşlar %28.5, orta seviyede bulaşlar %63.0 iken yüksek seviyede bulaşlar %8.5'tir.

Kadınlara yaşadıkları yer sorusu sorulduğunda %77.5' i kent merkezi, %14'ü köy-kasaba, %8.5'i ilçe şeklinde yanıt vermiştir. Yaşadıkları yerdeki süre sorulduğunda ise %44' ü doğduğundan beri aynı yerde yaşadığını belirtmiştir.

Kadınların %12.5' i ailesinde (anne-kız kardeş v.b.) meme kanseri olduğunu ifade etmiştir. Kendileri ise ilk fark ettikleri belirtiyi büyük oranda (%69.5) memede/koltukaltında kitle, ikinci sırada memede ağrı (%13) olarak belirtmiştir.

Kadınların %72.5' i ilk belirtiyi kendisi tesadüfen fark ettiğini belirtirken, kadınların yaklaşık yarısı (%50.5'i) ilk olarak devlet hastanesine başvurduğunu ifade etmiştir. Kadınların %12'sinin tümör evresi Evre I, % 31.5' inin Evre II, %43'ünün Evre III, %13.5'inin ise Evre IV olduğu saptanmıştır. Kadınların %34'ü ilk belirti ile ilk sağlık kuruluşuna başvurana kadar 3 aydan fazla süreyle bekledikleri için 'Hasta Gecikmiş' olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %45'i ilk sağlık kuruluşuna gidilen tarih ile kesin teşhisin konulduğu tarih arasında iki haftadan fazla süre geçtiğini belirtmesiyle 'sistem gecikmiş' olarak tespit edilmiştir.

Kadınlara yöneltilen 'hastanede kaldıkları dönemde evdeki günlük işlerinizi kim yaptı' sorusuna kadınların yaklaşık yarısı (%44.5) diğer kişiler (kayınvalide, elti, görümce, çocuklar v.b.) şeklinde yanıtlamıştır.

Kadınların %89'u hastanede yatarken yakınları tarafından sık ziyaret edildiğini düşünmektedir. Meme kanseri hastalığı, evli olan kadınlardan %49.5'inin eşiyle arasındaki yakınlığı daha da artırdığını belirtmiştir. Kadınların %64'ü şu an genel sağlık durumunu 'iyi', %19'u 'çok iyi', %17'si 'kötü' diye belirtmiştir.

Kadınların eğitim seviyesi, yaşadıkları yer, ekonomik durumları, ilk fark ettikleri belirti, tümör evreleri ile hasta ve sistem kaynaklı gecikmeleri etkilemediği bulunmuştur. Hasta kaynaklı gecikmenin sebepleri arasında; meme kanserinin belirtileri, risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi eksikliği, kanser tedavi merkezleri ile ilgili kültürel tabular, hastane korkusu gibi sebepler de yer almaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklı sebeplerle ilgili daha az veri bulunmakla birlikte hekimlerin teşhis ve tedavideki bilgi eksikliği ve hastanın hekime ve hastaneye ulaşımındaki engeller bu sebepler arasında yer almaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinde kadınların ailelerinden aldığı destek puanı (24.8 ± 4.6), eş ve arkadaş destek puanlarından (sırasıyla 23.8 ± 5.5 , 21.3 ± 6.4) yüksektir.

Hastalığın eşleriyle arasındaki yakınlığı etkileme durumu ile eş destek puanları arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastalık sonrası eşleriyle aralarındaki yakınlığın arttığını söyleyen kadınların eşlerinden aldıkları destek puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamız ile bu bölgedeki gecikmelerle ilişkili faktörler ve etkileri belirlenmiş, hastaların teşhis-tedavi sürecinde başvurduğu sağlık kuruluşları ortaya konmuştur. Ayrıca hastaların algıladığı sosyal destek kaynakları belirlenmiştir.

Elde edilen bu bulgular ışığında, düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde meme kanseri insidans ve mortalitesindeki artışlar, kanserin daha çok erken evrede teşhis edilmesi için halk sağlığı alanında önlemlerin artırılması gerektiğinin altını çizmektedir.

Toplumun eğitilmesi ve tarama yöntemlerine daha fazla katılımı teşvik edici programlar ile geç evrede teşhis azaltılabilir. Dolayısıyla mortalite de azalma ve hayatta kalım oranlarında artışlar elde edilebilir.

Kadınların meme kanserine yönelik koruyucu hizmet alma sıklıklarının yükseltilebilmesi için sağlık hizmetlerine erişimi geliştirici önlemler alınması gerekmektedir. Koruyucu sağlık davranışı sadece bireysel düzeyde değil toplumsal düzeydeki faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık sistemi koruyucu sağlık sistemini geliştirici şekilde olmalı, yoksulluk, güvencesizlik, sosyokültürel sebepler, köy-kasabada yaşamak gibi faktörler sağlık hizmetine erişimi engellememelidir.

Ayrıca kanserin hasta üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra aile ve iş yaşamına olan etkisi bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkilediğinden hastalık sürecinde duygusal ve sosyal destek girişimlerinde bulunmak son derece önemlidir. Bu nedenle onkoloji hastalarında psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık hizmetlerinin önemi çok açık olmakla birlikte aile üyelerine yönelik uygulamalar öncelik taşımaktadır. Teşhis ve tedavi sürecinde hasta ve yakınlarının profesyonel destek alması önerilebilir. Tedavi sürecinde sağlık profesyonellerinin hastalara tetkikler, tedavinin yan etkileri gibi konularda daha fazla bilgi vermesi sağlanmalıdır.

Araştırma konumuz ülkenin farklı bölgelerinde çalışmalar yapılması açısından yön gösterici bir etkide bulunabilir. Böylelikle bölgeler arası karşılaştırmalar yapıp ağırlık verilecek alanlar tespit edilebilir. Politika yapıcı ve yöneticiler için zaman ve maliyet etkin çözümler üretilebilir.

Çalışmamıza katılan kadınlar arasında sadece Malatya'dan değil çevre illerden gelen kadınlar da yer aldığı için, bu çalışmanın sonuçları ilimize genellemez.

KAYNAKLAR

- 1- International Agency for Research on Cancer, Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Erişim: 02. şubat 2014 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=breast#
- 2- World Health Organization: Breast Cancer Prevention and Control, Erişim: 13 Mayıs 2014 <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/#>
- 3- Anderson B.O., Yip C.H., Smith R.A., Shyyan R., Sener S.F., Eniu A., Carlson R.W., Azavedo E., Harford J. (2008). Guideline İmplementation for Breast Healthcare in Low-income and Middle-Income Countries. *Cancer*, 113(8), 2221-43.
- 4- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, (Ocak 2014). Erişim: 5 Mayıs 2014 <http://kanser.gov.tr/Dosya/kayitcilik/2009kanseraporu.pdf>
- 5- Stapleton J., Mullan P., Hablas A., Gaafar R., Seifeldin İ.A., Banerjee M., Soliman A.S. (2011). Patient-Mediated Factors Predicting Early and Late-Stage Presentation of Breast Cancer in Egypt. *Psycho-oncology*, 20 (5), 532-7.
- 6- Shah N.M., Soliman A.S., Benerjee M., Merajver S.D., İsmail K., Seifeldin İ., Hablas A., Zarzour A., Abdel-Aziz A., Ben Ayed F., Chamberlain R.M., (2006). Knowledge Gained After A Brief CME Module on Breast Cancer Diagnosis. *J Cancer Educ*, 21 (3), 169-74.
- 7- Tan M., Karabulutlu E. (2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nurs*, 28, 236-40.
- 8- İnternational Agency for Research Cancer, (2013). Latest World Cancer Statistics Global Cancer Burden Rises to 14.1 Million New Cases in 2012: Marked İncrease in Breast Cancers Must be Addressed. Erişim: 15 Temmuz 2014 http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
- 9- Surveillance, Epidemiology, and End Results Program: Seer Stat Fact Sheets: Breast Cancer. Erişim: 28 Nisan 2014 <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
- 10- Houssami N. Irwig L. Ciatto S. (2012). Radiological Surveillance of İnterval Breast Cancers in Screening Programmes. *Lancet Oncol*, 7, 259-65.
- 11- National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Breast Cancer. Erişim: 05 Nisan 2014 <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>.

- 12- Canadian Cancer Society. What is Breast Cancer? Erişim: 5 Kasım 2014
<https://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/breast/breast>
- 13- Şen S. Aygün D. (2014) Meme Kanserinin Etiyolojisinde Çevresel Karsinojenlerin Rolü. *Sakaryamj* 4, (3), 109-14
- 14- Mermer G. (2010) Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- 15- Aslan F. Gürkan A. (2007) Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3, (2), 63-8.
- 16- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı Risk Faktörleri. Erişim: 3 Aralık 2014
<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/15-risk-faktorleri.html>
- 17- Somunoğlu, S., (2007). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2, (5), 2-12.
- 18- American Cancer Society. What Are The Risk Factors for Breast Cancer? Erişim: 15 Ekim 2014 <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
- 19- Jones J.L., Hughes K.S., Kopans D.B., Moore R.H., Howard-McNatt M. Hughes S.S., Lee N.Y. Roche C.A. Siegel N., Gadd M.A., Smith B.L., Michaelson J.S. (2005). Evaluation of Hereditary Risk in a Mammography Population. *Clin Breast Cancer*, 6, (1), 38-44.
- 20- Cuzick J. (2003). Epidemiology of Breast Cancer- Selected Highlights. *Breast*, 12, (6), 405-11.
- 21- Koçak S., Çelik L., Özbaş S. Dizbay S.S., Tükün A., Yalçın B. (2011) Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7 (2), 47-67.
- 22- American Cancer Society. Cancer Fact and Figures 2014. Erişim: 19 Ağustos 2014
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc-042151.pdf>
- 23- World Health Organization. Breast Cancer: Prevention and Control. Erişim 27 Kasım 2014. <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>
- 24- Avcı İ., Gozüm S. (2009). Comparison Two Different Educational Methods on Teachers' Knowledge, Beliefs and Behaviors Regarding Breast Cancer Screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 94-101

- 25- Somunoğlu S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (10).
- 26- Bancej C., Decker K., Chiareli A., Harrison M., Turner D., Brisson J. (2003). Contribution of Clinical Breast Examination to Mammography Screening in the Early Detection of Breast Cancer. *Journal of Medical Screening*, 10, 16–21.
- 27- National Cancer Institute, Breast Cancer Screening. Erişim: 22 Haziran 2014
http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/healthprofessional/page1#_7
- 28- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanseri Türleri-Meme Kanseri. Erişim: 23 Haziran 2014
<http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/783-kanser-t%C3%BCrleri-meme-kanseri.html>
- 29- Centers for Disease Control and Prevention, Breast Cancer: What You Need to Know. Erişim: 18 Ekim 2014
<http://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/breastcancerfactsheet.pdf>
- 30- Cancer Research United Kingdom, Breast Cancer Symptoms. Erişim: 15 Aralık 2014
<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breast-cancer-symptoms>
- 31- Parlar S., Kaydul N., Ovayolu N., (2005). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1).
- 32- Evcimik T., (2008). Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Sağkalıma Etkisi, Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 33- Stephen B. E., Carolyn C., David R.B. Fritz A.G., Greene F.L., Trotti A. (2010). The American Joint Committee on Cancer: Cancer Staging Manual, Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers.
- 34- Shima M., Mousa A., Ibrahim A., Seifeldin B., Ahmed H., Eman S., Elbana B., Amr S.S. (2011) Patterns of Seeking Medical Care Among Egyptian Breast Cancer Patients: Relationship to Late-Stage Presentation. *The Breast*. 20, (6), 555-61.
- 35- Berkada B. (2010). Meme Kanseri. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi.
- 36- Giordano S.H., Hortobagyi G.N., Kau S.C, Teriault R.L., Bondy M.L. (2005). Breast Cancer Treatment Guideline in Older Women. *J Clin Oncol*, 23, 783-91.

- 37- Ayaz S., Efe Ş., Korukluoğlu S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28 (6), 880-5.
- 38- Baider L., Peretz T., Hadani P.E, Koch U. (2001). Psychological Intervention in Cancer Patient: A Randomized Study. *Gen Hosp Psychiatry*, 23, 272-7.
- 39-Ardahan M.,Yeşilbalkan Ö. (2010). Perceived Family Support of Women With Breast Cancer and Affecting Factors in Turkey. *Asia Pac J Cancer Prevention*, 11, 1425-29.
- 40-Dagan M., Sanderman R., Schokker M. (2011). Spousal Support and Changes In Distress Over Time in Couples Coping With Cancer: The Role of Personal Control., *J Family Psychology*, 25 (2), 310–18.
- 41-Akdeniz B. E. (2012). Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *J Psychiatric Nursing*, 3(2), 53-60.
- 42- Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt İstatistikleri. Erişim Tarihi: 22 Aralık 2014 www.tuik.gov.tr
- 43- Eker D., Arkar H., Yıldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- 44- Özmen V., (2013). Türkiye’de Meme Kanseri. *Türkiye Klinikleri J Gen Surgery Special Topics*, 6 (2), 1-6.
- 45- Uçar T., (2008). Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- 46- Yavuz M., İlçer A. Ö., Kaymakçı Ş., Bildik G., Dıramalı A. (2007). Meme Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 680-86.
- 47- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim: 3 Ocak 2015
- 48- Türkiye İstatistik Kurumu. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Veri Tabanı. Bitirilen Eğitim Düzeyi, Cinsiyet ve Yaş Grubuna Göre Nüfus- 2013. Erişim: 27 Aralık 2014

<http://rapory.tuik.gov.tr/27-01-2015-14:04:28-06924682611419202562140190889.html>

- 49- Nagrani R.T., Budukh A., Koyande S., Panse N.S., Mhatre S.S., Badwe R. (2014). Rural Urban Differences in Breast Cancer in India. *Indian J Cancer*, 51 (3), 277-81.
- 50- Haydaroğlu A., Dubova S., Öz saran Z., Bölükbaşı Y., Yılmaz R., Kapkaç M., Özdedeli E. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri, 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 1 (1), 6-11.
- 51- Avcı İ., (2008). Factors Associated With Breast Self-Examination Practices and Beliefs in Female Workers at a Muslim Community. *Eur J Oncology Nurs*, 12 (2), 127-33.
- 52- Özgün H., Soyder A., Tunçyürek P. (2009). Meme Kanseri Geç Başvuruyu Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5 (2), 87-91.
- 53- Dündar P., Özmen D., Öztürk B., Haspolat G., Akyıldız F., Çoban S. (2006). The Knowledge and Attitudes Of Breast Self-Examination and Mammography in a Group of Women in a Rural Area İn Western Turkey. *Bio Med Central Cancer*, 6, 43.
- 54- Champion, V.L. (1985). Use of the Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self-Examination, *Research in Nursing & Health*, 8: 373-79.
- 55- Rızalar S., Altay B. (2010). Meme Kanseri Olan Kadınların Erken Tanı Uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (14), 73-87.
- 56- Surdyka J.A., Surydka D., Stanislawek A. Straoslawska E., Patyra K.I. (2014). Selected Breast Cancer Risk Faktors and Early Detection of the Neoplasm in Women From Lublin Region Attending Screening Program in St. John's Cancer Center, Years 2005-2006. *Ann Agricultural and Environmental Med*, 21 (4), 792-98.
- 57- Özdemir O., Çalışkan D. (2002). Meme Kanseri Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler. *Sağlık ve Toplum*, 12 (4) , 10-4.
- 58- Shieh S., Hsieh V., Liu S., Chien C., Lin C., Wu T. (2014). Delayed Time From First Medical Visit To Diagnosis for Breast Cancer Patients in Taiwan. *J Formosan Medical Association*, 113, (696-703).
- 59- Ateşçi F., Oğuzhanoğlu N., Baltarlı B. Karadağ F., Özdel O., Karagöz N. (2003). Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 14 (2): 145-52.
- 60- Richards MA., Westcombe AM., Love SB., Littlejohns P., and Ramirez AJ. (1999). Influence of Delay on Survival in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Lancet*; 353 (9159), 1119-26.

- 61- Burgess C., Hunter MS., Ramirez AJ. (2001). A Qualitative Study of Delay Among Women Reporting Symptoms of Breast Cancer. *Br J Gen Pract*, 51, 967-71.
- 62- Richards M.A., Smith P., Ramirez A.J., Fentiman I.S., Rubens R.D. (1999). The Influence on Survival of Delay in the Presentation and Treatment of Symptomatic Breast Cancer. *Br J Cancer*; 79 (5/6), 858-64.
- 63- Jassem J., Özmen V., Bacanu F., Drobnienė M., Eglitis J., Lakshmaiah KC., Kahan Z., Mardiak J., Pienkowski T., Semiglazova T., Stamatovic L., Timcheva C., Vasovic S., Vrbanec D., Zaborek P. (2013). Delays in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: A Multinational Analysis. *Eur J Pub Health*, 24 (5), 761-67.
- 64- Harirchi I., Ghaemmaghami F., Karbakhsh M., Moghimi R., Mazaherie H. (2005). Patient Delay in Women Presenting with Advanced Breast Cancer: An Iranian Study. *Pub Health*, 119, 885-91.
- 65- Innos K., Padrik P., Valvere V., Eelma E., Kütner R., Lehtsaar J., Tekkel M. (2013). Identifying Women at Risk for Delayed Presentation of Breast Cancer: A Cross-Sectional Study in Estonia. *BMC Pub Health*, 13, 947.
- 66- Rauscher G.H., Ferrans C.E., Kaiser K., Campbell R., Calhoun E., Warnecke R.B. (2010). Misconceptions About Breast Lumps and Delayed Medical Presentation in Urban Breast Cancer Patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 19 (3), 640-47.
- 67- Haydaroglu A., Bölükbaşı Y., Özşaran Z. (2007). Ege Üniversitesinde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*; 22 (1): 22-8.
- 68- Richardson J.L., Langholz B., Bernstein L., Burciaga C., Danley K., Ross R.K. (1992). Stage and Delay in Breast Cancer Diagnosis By Race, Socioeconomic Status, Age and Year. *Br J Cancer*, 65, 922-26.
- 69- Coates A.S. (1999). Breast Cancer: Delays, Dilemmas and Delusions. *The Lancet*, 353, 1112-3.
- 70- George P., Chandwani S., Gabel M., Ambrosone C.B., Rhoads G., Bandera E.V., Demissie K. (2015). Diagnosis and Surgical Delays in African American and White Women with Early-Stage Breast Cancer. *J Women's Health*, 24 (3), 15-20.
- 71- Ruddy J.K., Gelber S., Tamimi R.M., Schapira L., Come S. E., Meyer M.E., Winer E.P., Partridge A.H. (2013). Breast Cancer Presentation and Diagnostic Delay in Young Women. *Cancer*; 120: 20-5.
- 72- Thomas D. B., Gao D.L., Ray R.M., Wang W.W., Allison C. J., Chen F.L., Porter P., Hu Y.W., Zhao G.L., Pan L.D., Li W., Wu C., Coriaty Z., Evans I., Lin M.G.,

- StalsbergH., SelfS. G. (2002). Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: FinalResults. *J Natl Cancer Ins*; 94 (19): 1445-57.
- 73- Dedeli Ö., Fadiloğlu Ç., Uslu R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (3), 132-9.
- 74- Bertero C.M. (2000). Types and Source of Social Support for People Afflicted with Cancer. *Nursing and Helth Science*, 2, 93-101.
- 75- Northouse L.L., Mood D.W., Montie J.E. (2007). Living with Prostate Cancer: Patients' and Spouses' Psychological Status and Quality of Life. *J Clin Oncol*, 25, 4171- 77.
- 76- Hocaoğlu Ç., Kandemir G., Civil F. (2007). Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 163-5.
- 77- Ohayon I.H., Goldzweigh G., Braun M., Daliah G. (2010). Women with Advanced Breast Cancer and Their Spouses: Diversity of Support and Psychological Distress. *Psycho-Oncology*, 19, 1195-204.
- 78- Hagedoorn M., Sanderman R., Bolks H.N., Tuinstra J., Coyne J.C. (2008). Distress in Couples Coping with Cancer: A Meta-Analysis and Critical Review of Role and Gender Effects. *Psychological Bulletin*, 134, 1-30.
- 79- Tuna P. (1993). Kanserli Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 80- Dorval M., Guay S., Mondor M., Masse B., Falardeau M., Robidoux A., Deschenes L., Maunsell E. (2005). Couples Who Get Closer After Breast Cancer: Frequency and Predictors in a Prospective Investigation. *J Clin Oncol*, 23 (15), 3588-96.
- 81- Özbaş A. (2006). Meme Kanserli Ailelerde Sorunlar ve Çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 115- 7.

EKLER

EK.1. ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Malatya’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Malatya’da tamamladı. 1999 yılında Malatya Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu ve aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunu kazandı. 2002 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine hemşire olarak atandı. 2004 yılında üniversite eğitimini tamamladı. 2006 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında yüksek lisansa başladı. 2006 yılında Malatya Devlet Hastanesinde mesleki hayatına devam etti. 2009 yılında yüksek lisans eğitimini bitirerek aynı alanda doktora eğitimine başladı. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı’nın ‘Yetiştirilmek Amacıyla Yurt Dışına Personel Gönderilmesi’ programına başvurdu. Kazanmış olduğu sınav neticesinde Sağlık Bakanlığı bursu ile Kanser Epidemiyolojisi konusunda eğitim almak üzere 2010 Kasım ve 2011 Mayıs tarihleri arasında Amerika’da Michigan Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda bulundu. 2011- 2012 yılları arasında Malatya Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesinde çalıştı. 2014 yılında beri Malatya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinde çalışmaktadır. Halk Sağlığı alanında yurt içinde ve Amerika’da çeşitli kongre, kurs ve seminerlere katıldı. Evli ve bir çocuk annesidir.

EK. 2. ETİK KURUL KARARI

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

B A Ş V U R U B I L G L E R İ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE TEDAVİ GÖREN MEME KANSERİ HASTALARININ TEDAVİ ARAMA ŞEKİLLERİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2012/183			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Metin GENÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input 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
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 13.11.2012		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Tamer BAYSAL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tamer BAYSAL	Radyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Kararlı
Prof. Dr. Tayyar KALCIOĞLU	K.B.B.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Ayıld
Prof.Dr. Saim YOLOĞLU	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Osman ÇİFTÇİ	Adli Tıp	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Kararlı
Doç. Dr. Ahmet KARADAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Kararlı
Doç.Dr. Alaadin POLAT	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. H.Birgül CUMURCU	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI	Tıbbi Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Neslihan ŞİMŞEK	Diş Hekimliği	İnönü Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Ömer Murat AYDIN	Nükleer Tıp Uzmanı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Kararlı
Av. Hasan CANDAN	Hukuk	Malatya Defterdarlığı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Kararlı
Hasan KONAN	Sivil Üye	Zaloglu Ltd.Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK. 3. ETİK KURUL DEĞİŞİKLİK YAZISI

MALATYA
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı: 14584264/81
Konu:2012/183 no.lu çalışma

20/04/2015

Sayın;
Prof. Dr. Metin GENÇ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

2012/183 Protokol no.lu "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi" isimli çalışmanın başlığının "İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi" şeklinde değiştirilmesi Etik Kurul tarafından incelenmiş ve uygun bulunmuştur.


Prof.Dr Rifat KARLIDAĞ
Etik Kurul Başkanı

EK.4. ANKET FORMU

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNDE TEDAVİ GÖREN MEME KANSERİ HASTALARININ TEDAVİ ARAMA ŞEKİLLERİ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Sayın anket katılımcısı;

Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi' adlı çalışma ile tedavi görmekte olduğunuz İ.Ü.T.Ö.T. Merkezine gelene kadar gitmiş olduğunuz diğer sağlık kuruluşlarını ve geçen süreyi belirlemek ve tedavi sürecinde sosyal desteğin etkisini incelemek istiyoruz. Ad ve soyadınızı gizli tutabilirsiniz.

Not: Sadece Meme Ca tanısı almış olanlara dolduracaktır.

Prof. Dr. Metin GENÇ

Hemşire Pınar SOYLAR, MPH

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Adınız-Soyadınız:

1-Yaşınız:.....

2- Eğitim düzeyiniz: (En son mezun olduğu okul)

1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar ama hiç okula gitmemiş

3)İlkokul mezunu 4)Ortaokul mezunu

5)Lise mezunu

6)Üniversite

7)Lisansüstü-doktora

3- Mesleğiniz:

1) Ev hanımı

2) Memur

3) Diğer

(belirtiniz).....

4- Medeni durumunuz:

1) Evli

2) Bekar

3) Dul

4) Boşanmış

5- Eşinizin Yaşı:.....

6- Eşin eğitim durumu:

1)Okur-yazar değil

2)Okur-yazar ama hiç okula gitmemiş

3)İlkokul mezunu 4)Ortaokul mezunu

5)Lise mezunu

6)Üniversite

7)Lisansüstü-doktora

7- Sosyal Güvenceniz: 1) Var 2) Yok

8- Halen yaşadığınız yer: 1) Kent merkezi 2) İlçe 3) Köy-kasaba

9- Ne kadar süredir burada yaşıyorsunuz?yıl/.....ay

10- Çocuğunuz var mı? : 1) Var 2) Yok

11- Size göre ekonomik durumunuz nasıl? 1.Düşük 2) Orta 3) Yüksek

12-Ailede meme kanseri olan var mı? 1) Var Varsa kim?..... 2) Yok

13- İlk Belirtiniz Neydi:

- 1) Memede şişlik, kitle
- 2) Koltukaltında kitle
- 3) Meme başında içe çekilme, şekil bozukluğu
- 4) Meme başından akıntı gelmesi
- 5) Meme cildinde renk, şekil bozukluğu ve portakal kabuğu görünümü
- 6) Memede alışılmışın dışında ağrı olması
- 7) Hiçbiri (kendisi fark etmedi)

14-İlk belirtinin fark edildiği tarih: (ay/yıl)_____

15-Teşhis konmadan önce KKMM (Kendi kendine meme muayenesi) yapıyor muydunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

16- İlk belirti nasıl fark edildi?

- 1) Sağlık görevlisinin rutin muayenesinde
- 2) Kendim tesadüfen
- 3) Kendim aylık muayene yaparken
- 4) Diğer.....

17-İlk belirtiyi fark ettikten sonra önce hangi sağlık kuruluşuna gittiniz?

- 1) Aile Hekimi2)Özel Hastane3)Devlet Hastanesi4)Üniversite Hastanesi

18-İlk sağlık kuruluşuna gidilen tarih (ilk belirti fark edildikten ne kadar sonra)(ay/yıl)_____

19-Burada Kanser Ön Teşhisi konuldu mu? 1) Evet 2) Hayır

20-İkinci bir sağlık kuruluşuna gittiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

21- Doktorunuz mu sevk etti? 1) Evet 2) Hayır, kendim gitmek istedim.

22- Evet ise nereye?

- 1) Özel Hastane 2)Devlet Hastanesi 3)Üniversite Hastanesi

23-Kesin Teşhisin ilk konulduğu tarih: (ay/yıl)_____

24-Kesin Teşhisin konulduğu yer: 1)Özel Hastane 2)Devlet Hastanesi 3)Üniversite Hastanesi

25-Teşhis evresi:_____ (sağlık görevlisi tarafından doldurulacak)

26- Tedaviye ilk başlanılan tarih: (ay/yıl)_____

27- Ameliyat yapıldı mı? 1) Evet 2) Hayır

28- Hangi tedavileri aldınız veya ahyorsunuz (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1)Kemoterapi (ilaç tedavisi) 2)Radyoterapi (ışın tedavisi)

3)Cerrahi (ameliyat) 4)Hormon tedavisi (tamoksifen)

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için rakamlardan yalnızca bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

29- Ailem (anne-baba, kardeşler, çocuklar) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

30- İhtiyacım olan duygusal desteği ve yardımı ailemden (anne-baba, kardeşler, çocuklar) alırım.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

31- Sorunlarımı ailemle (anne-baba, kardeşler, çocuklar) konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

32- Kararlarımı vermede ailem (anne-baba, kardeşler, çocuklar) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

33- Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

34- İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

35- Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

36- Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

Aşağıdaki soruları evli olanlar cevaplandıracaktır:

37- İhtiyacım olduğunda eşim hep yanımdadır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

38- Sevinç ve kederlerimi eşimle paylaşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

39- Eşimin desteği beni gerçekten rahatlatır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

40- Eşim duygularıma önem veren bir insandır.

Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

41- Günlük işlerinizi (ev işi, yemek, çocukların bakımı) siz hastaneyken daha çok kim yapıyor veya yapıyordu?

1)Eş 2)Anne 3)Kız kardeş 4)Komşu 5)Diğer.....

42-Tedavi sürecinde hastanede refakatçi olarak yanınızda kim kaldı?

1)Eş 2)Anne 3)Kız kardeş 4)Komşu 5)Diğer.....

43-Yakınlarınızın hastanede yattığınız süre içinde sizi sık sık ziyaret ettiğini düşünüyor musunuz?

1) Evet 2)Hayır

44-Hastalığınız eşinizle aranızdaki ilişkiyi nasıl etkiledi?

1)Yakınlaştırdı 2) Değişmedi 3)Uzaklaştırdı

45-Genel sağlık durumunuzu şu an nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Kötü 4) Çok kötü