



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADIN ÖĞRETİM ELEMANLARININ
MEME KANSERİNE BAKIŞI VE KANSER KORKUSUNUN
İNCELENMESİ**

**Sevgi KARABAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET**

**GAZİANTEP
2013**



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADIN ÖĞRETİM ELEMANLARININ
MEME KANSERİNE BAKIŞI VE KANSER KORKUSUNUN
İNCELENMESİ**

**Sevgi KARABAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET**

**GAZİANTEP
2013**

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

KADIN ÖĞRETİM ELEMANLARININ MEME KANSERİNE BAKIŞI VE
KANSER KORKUSUNUN İNCELENMESİ

Sevgi KARABAŞ

Tez Savunma Tarihi: 17.01.2013
Sağlık Bilimler Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmza

Doç. Dr. Ayla YAVA

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET.....

Yrd. Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ.....

BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum, bu çalışmayı, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yol ve yardıma başvurmaksızın yazdığımı, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlardan her seferinde yollama yaparak yararlandığımı belirtir; bunu onurumla doğrularım.

Enstitü tarafından belli bir zamana bağlı olmaksızın, tezimle ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

17/01/2013

Sevgi KARABAŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini, sabrını ve emeğini esirgemeyen, Sayın Hocam **Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET**'e;

Bilgilerini, deneyimlerini ve dostluğunu öğrenimim boyunca yanımda hissettiğim değerli arkadaşım Öğretim Görevlisi Gülcihan ARKAN'a;

Yardımlarını esirgemeyen kıymetli arkadaşım Uzman Hemşire Filiz MERMER'e;

Anketlerimi yapmamda teknik destek sağlayan on-line anketin kurucusu Okutman Sayın Mesut SEVİNDİK'e;

Tezimin her aşamasında sabırla beni destekleyen ve motive eden kıymetli eşim Taner KARABAŞ'a, kardeşim Serdar KUVVET'e, oğluma ve tüm aileme;

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm kadın öğretim elemanlarına en içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi KARABAŞ
Gaziantep/2013

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	I
BEYAN	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	V
TABLolar LİSTESİ	VI
ŞEKİL VE GRAFİKLER LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.2. MEMENİN ANATOMİSİ	5
2.2.1. Memenin Kan Dolaşımı	7
2.2.2. Memenin Lenf Akımı	7
2.3. MEME KANSERİ	8
2.3.1. Meme Kanserinin Tarihçesi	8
2.3.2. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	9
2.3.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	14
2.3.4. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri	17
2.3.5. Meme Kanseri Tedavisi	24
2.3.6. Meme Kanserinde Hasta Takibi ve Hemşirelik Girişimleri	25
2.3.7. Meme Kanserinde İyileşme ve Korunma	30
2.4. Kadınların Çalışma Hayatına Katılımı ve Kadın Akademisyenler	31
3. GEREÇ ve YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.7. Araştırmanın Güçlükleri	35
3.8. Etik ilkeler	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	78
6. SONUÇLAR	115
7. ÖNERİLER	117
8. KAYNAKLAR	118
9. EKLER	126
EK 1. Anket Formu	127
EK 2. Etik Kurul Kararı	129
EK 3. Kurum İzin Belgesi	130
EK 4. Ölçek İzin Belgesi	131
EK 5. Kadın Öğretim Eleman Sayıları	133
EK 6. Bölgeler	135
EK 7. Eğitim Slaytları	136
10. ÖZGEÇMİŞ	143

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABDKHS- US	Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Servisi
ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AJCC	Amerikan Kanseri Birliği
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BRCA1	Meme Kanseri Yatkınlık Geni
CA.	Kanser
CSİMÖ	Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
İBBS	İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması
İAB	İğne Aspirasyon Biyopsisi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKH	Konjestif Kalp Hastalığı
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
Meme ca.	Meme Kanseri
MR	Manyetik Rezonans
MYO	Meslek Yüksek Okulu
OKS	Oral Kontraseptif
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
RIA	Rahim İçi Araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SVH	Serebro Vasküler Hastalık
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
UHY-ME	Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi
YAYKUR	Yaygın Yüksek Öğretim Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri	38
Tablo 2: Öğretim Elemanlarının Doğurganlık Özellikleri	39
Tablo 3: Öğretim Elemanlarının Menopozal Özellikleri	40
Tablo 4: Öğretim Elemanlarının Kronik Hastalık Varlığı, En Sık Görülen Kanseri Bilme Dağılımı	40
Tablo 5: Öğretim Elemanlarının Ailesel Kansere Öyküleri Dağılımı	41
Tablo 6: Meme Kanseri Korkma ve Meme Hastalığı Geçirme Özellikleri Dağılımı	41
Tablo 7: Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Risk ve Belirtilerini Bilme Dağılımı	42
Tablo 8: Öğretim Elemanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgileri	43
Tablo 9: Öğretim Elemanlarının Mamografi, Meme Muayenesi Öyküsü Dağılımı	44
Tablo 10: Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Olursa Hissedeceği Duygu Dağılımı	44
Tablo 11: Beck Anksiyete Ölçeği Dağılımı	44
Tablo 12: Öğretim Elemanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Cevap Dağılımı	45
Tablo 13: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Türkçe Formu Madde İstatistiği Sonuçları	46
Tablo 14: CSİMÖ Alt Boyutları İle Sosyo-demografik Özelliklerin Analizleri	46
Tablo 15: Öğretim Elemanlarının Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Cevap Dağılımı	47
Tablo 16: Sosyo-Demografik Doğumsal Özelliklerine Göre Yaşayan Çocuk Sayısı Dağılımı	49
Tablo 17: Öğretim Elemanlarının Kullandığı AP.Yöntemlerinin Yaşa Göre Dağılımı	50
Tablo 18: Öğretim Elemanlarının Kullandıkları AP.Yöntemlerinin Görevlere Göre Dağılımı	50
Tablo 19: Sosyo-Demografik Doğumsal Özelliklerine Göre RİA, Hormonal, Cerrahi, Geri Çekme Yöntemi ile Korunma Dağılımı	52
Tablo 20: Sosyo-Demografik Özellikleri ile KKMM Eğitimi Alma Dağılımı	53
Tablo 21: Sosyo-Demografik Doğumsal Özellikleri ile KKMM Nasıl Yapıldığını Bilme Dağılımı	56
Tablo 22: Sosyo-Demografik Özellikleri ile KKMM Yapma Zamanını Bilme Dağılımı	57
Tablo 23: Sosyo-Demografik Özellikleri ile Kitlenin Meme ca. Belirtisi Olduğunu Bilme Dağılımı	58
Tablo 24: Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Mamografi Çektirme Sayısı Dağılımı	59
Tablo 25: Sosyo-Demografik ve Menopozal Özelliklerine Göre Smear Aldırma Dağılımı	60
Tablo 26: Sosyo-Demografik Menopoz Girme Özelliklerine göre Sağlık Kontrolü Yaptırma Dağılımı	61
Tablo 27: Yaşa Göre Meme ca. Tutum ve Davranış Dağılımı	63
Tablo 28: Sosyo-Demografik Özellikleri göre En Sık Görülen Kadın ca. Bilme Dağılımı	65
Tablo 29: Sosyo-Demografik Özellikleri, Menopoz Girme, KKMM Yapmaya Göre Meme Ca.Olmaktan Korkma Dağılımı	66
Tablo 30: Sosyo-Demografik Özelliklere ve Menopoz Girme, KKMM Yapmaya Göre Meme Kansere Korkusunu Paylaşma Dağılımı	68
Tablo 31: Yaşa göre Kontrol Gitme, Kronik Hastalık, KKMM Bilgisi Dağılımı	70
Tablo 32: Meme Şikayetine göre Gebelik Sayısı, Çalıştığı Üniversite Dağılımı	71
Tablo 33: KKMM Tutumlarına göre Meme Kanseri Olmaktan Korkma Dağılımı	72
Tablo 34: Görevine göre Kontrol Gitme, Egzersiz Yapma, Gergin Hissetme Dağılımı	74
Tablo 35: Sosyo-Demografik Doğumsal Özellikleri İle KKMM Yapmama Nedeni Dağılımı	75
Tablo 36: Sosyo-Demografik, Menopoz Girme Özellikleri ile KKMM Doğru Yapma Dağılımı	76
Tablo 37: Sosyo-Demografik Doğumsal Özelliklerine Göre Hormon Tedavisi Alma Dağılımı	77
Tablo 38: Anksiyete Ölçeğine Göre Yaş, Hastalık, Menopoz, Korku Özellikleri Dağılımı	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Meme Kanserlerinin Tahmini Sayısı (Kadın)	4
Şekil 2:	Türkiye’de Meme Kanserine Yakalanan Kadınların İlçelere Göre Dağılışı	4
Şekil 3:	Türkiye’de Meme Kanserinden Ölen Kadınların İlçelere Göre Dağılışı	4
Şekil 4:	Memenin Anatomisi	5
Şekil 5:	Memenin Sınırları ve Yerleşimi	5
Şekil 6:	Memenin Lenf Akımı	7
Şekil 7:	Memede Tümör Görünümü	10
Şekil 8:	Meme Kanserinin Semptom ve Lokalizasyonu	14
Şekil 9:	Meme Kanserinde Memede Oluşabilecek Değişiklikler	15
Şekil 10:	Mamografi ve KKMM ile Bulanabilecek Tümör Boyutları	17
Şekil 11:	Meme Kanseri Tarama Rehberi	18
Şekil 12:	Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Şekilleri	18
Şekil 13:	Mamografi Çekimi	20
Şekil 14:	Memede Palpe Edilmeyen Lezyonlarda Tanı Basamakları	21
Şekil 15:	Mamografi Bulgularının Sınıflaması ve İzleme Protokolü	21
Şekil 16:	Memede Kitle Görünümü	22
Şekil 17:	Meme Kanserinin Evrelendirilmesi.	23
Şekil 18:	Modifiye Radikal Mastektomi Görünümü	24
Şekil 19:	Mastektomi Görünümü	27
Şekil 20:	Türkiye’de Yıllara göre Devlet Üniversitelerinin Sayısı (1933-2011)	32

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1:	Beck Anksiyete Ölçeği Türkçe Formunun İstatistik Sonuçları Grafiği	42
------------------	--	----

ÖZET

KADIN ÖĞRETİM ELEMANLARININ MEME KANSERİNE BAKIŞI VE KANSER KORKUSUNUN İNCELENMESİ

Sevgi KARABAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

Ocak 2013, 143 sayfa

Bu çalışma kadın öğretim elemanlarının meme kanseri tarama davranışlarına yönelik sağlık algılarını, meme kanseri korku ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Evreni devlet üniversitelerinde sağlık alanı dışında çalışan 28.958 kadın öğretim elemanı; örneklemini 1900 kadın öğretim elemanı oluşturmaktadır. 1 Kasım 2011-31 Mart 2012 tarihleri arasında anket formu 19.027 kadın öğretim elemanına en az iki kere on-line gönderilmiştir. Veriler SPSS 16.0 istatistik programında değerlendirilmiştir. Öğretim elemanlarının yaşı 35.54 ± 8.35 (min-max:22-71) yıl, %61.0'ı evli, %25,5'i yardımcı doçent, %37,4'ü araştırma görevlisidir. Öğretim elemanlarının %67,2'si en sık görülen kadın kanserine meme ca., %69,8'i meme ca olmaktan korktuğunu, %80,7'si ailede meme ca. öyküsünün risk olduğunu, %69,2'si memede koltuk altında ele gelen kitlenin meme ca. için önemli olduğunu, %54,5'i KKMM eğitimi aldığını, %74,7'si KKMM yaptığını, %75,8'i elle muayenenin özelliğini bildiğini, %25,5'i mamografi çektiğini, %17,6'sı doktora gittiğini, meme kanseri olasılığını düşündüğünde %59,8'i tedirginlik hissettiğini söylemiştir. KKMM hakkında eğitim alma ile görev, KKMM yapma, yaşadığı bölge; görev ile KKMM yapma zamanını bilme; yaş, görev ile meme ca. belirtisinin kitle olduğunu bilme, KKMM eğitimi, en sık görülen kadın kanserini bilme, KKMM'de elin hangi parmaklarının kullanıldığını bilme; KKMM yapma zamanını bilme ile menopoza girme, yaş; mamografi çekirme sayısı ile yaş, görev, çalıştığı üniversite; meme ca. olmaktan korkma ile yaş, görev, menopoza girme, KKMM bilgisi; Meme ca. korkusu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). %69.3'ü KKMM'de elin üç parmağını kullanmakta, KKMM eğitimi almayan öğretim elemanları da muayene yapmaktadırlar. KKMM eğitimi alan öğretim elemanlarının çoğunluğu evlidir. Çoğunluğu meme uçlarının sıkılması gerektiğini bilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Meme Kanseri, Kadın, Öğretim Elemanı, Meme Kanseri Korkusu

ABSTRACT

WOMEN INSTRUCTOR'S OUTLOOK ON BREAST CANCER AND FEAR OF BREAST CANCER

Sevgi KARABAŞ

Master Thesis, Nursery Master Sciences Section

Public Health Nursery Programme

Thesis Consultant: Assistant Professor Dr. Rabia SOHBET

January 2013,143 “ pages

This is a descriptive study on the health manner of woman instructors in relation to breast cancer examine behaviors, fear of breast cancer and anxiety levels, other elements which effect their health manner. Population is 28.958 woman instructors who working for state universities and working outside of health care services; sample is 1.900 woman instructors who have been contacted via e-mail. The survey forms were sent to 19.027 woman instructors 2 times by e-mails between 01 November 2011 and 31 March 2012. The data has been examined by SPSS 16.0 statistic system and by statistical analysis. Instructors' age range is 35.54+-8.352 (Min-max: 22-71). The percentage of married instructors' is 61.0%, PHDs' is 25,5%, Researcher is 37,4%. In relation to the question of “Which is the most common women cancer?” 67,2% of them answered breast cancer. 69,8% of them are scared of breast cancer, 80,7% of them have got relatives who suffer from breast cancer, 69,2% of them know that the bulk in the armpit is critical for the breast cancer. 54% of them have an education on BSE, 74,7% of them apply the examine techniques, 75,8% of them know the BSE well, 25,5% of them have mammography tests, 17,6% of them have visited the doctor, 59,8% of them feel unrest in relation to the possibility of being breast cancer. There is a $p < 0,05$ statistical relation between position, BSE apply, territory and BSE education; position and being aware of BSE periods; age and the behave the bulk as a symptom; BSE education and being aware of most common woman cancer, which of the fingers will be used in BSE; be aware of how to have a BSE and position, BSE apply; be aware of the bulk is a symptom and position, menopause, BSE information; fear of breast cancer and fear of death. 69,3% of them use three fingers in BSE and the instructors who don't receive education about BSE examine. The majority of instructors who take information about BSE are married. The majority of them do not know compressing the nipple.

KeyWords: Cancer, Breast Cancer, Woman, Instructor, Fear of Breast Cancer

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, sık görülmesi ve yüksek öldürücülük oranı nedeniyle dünyada ve yurdumuzda önemi giderek artan en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. 2030'a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenmektedir(1). Kanserinin hızlı artışı dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için kriz oluşturmaktadır(2).

Gelişmiş ülkelerde, en sık tanı konulan üç kanser türü: erkeklerde prostat, akciğer, kolorektal kanser ve kadınlarda meme, kolorektal ve akciğer kanseri; gelişmekte olan ülkelerde, akciğer, mide ve karaciğer kanseridir(3). Uluslararası Kanser Araştırma Derneğinin yaptığı araştırma sonuçlarına göre meme ca. kadın kanserleri arasında ölüm nedenlerinde, 40-44 yaş arasında ilk sırada yer almakta ve 1,38 milyon yeni vaka ile kadınlarda görülen tüm kanserlerin %23'ünü oluşturmaktadır (4,5,6,7,8,9,10).

Dünya ülkelerine benzer şekilde Türkiye'de de kadınlarda en sık görülen kanser kaynaklı ölüm nedeni meme kanseridir (yüzbinde 35,47)(11). Türkiye'de 1985-1990 yılları arasında 65 yaş üstü kadınlarda 2/1000 oranında artış gözlenmiştir. Gelecekte Türkiye'de ve Dünya'da daha fazla yaşlı hastada meme ca. tanısı konacak ve tedavi edilmesi gerekecektir(12). TÜİK, Sağlık Araştırması 2010'a bakıldığında kadınlarda kanser görülme oranı %0,5'dir(13).

Meme ca.'lerinin büyük bir çoğunluğunun kadınların kendileri tarafından bulunduğu ve KKMM yapan kadınlarda, meme kanserinin daha erken evrede belirlendiğini bilinmektedir(14). Ayrıca KKMM ile ilgili uluslararası düzeyde yeni öneriler geliştirilmesine neden olan Rusya ve Çin'de yapılan randomize kontrollü çalışmalarda meme kanseri mortalitesini azaltmada etkisinin olmadığını/sınırlı olduğunu ileri süren kanıtlar olsa da, bu çalışmalarda memedeki kitlelerin %80'inin ilk kez kadınların kendileri tarafından bulunmuş olması, KKMM'yi destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir(7,14). Sağlık kontrollerinin yapılmadığı/sınırlı yapılabildiği yerlerde, geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle meme ca. mortalitesi yüksektir. Türkiye'nin de içinde yer aldığı düşük-orta gelirli ülkelerde, memedeki kitleyi bulmada KKMM'nin öğretilmesinin erken tanı çalışmalarında temel öge olduğu bildirilmektedir. Düşük-orta gelirli ülkelerdeki sağlık güvencesi olmayan bireyler ve ekonomik yetersizlikler nedeniyle KKMM, meme kanserinin erken tanısında daha da önemli hale gelmektedir(15,16). Ancak meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli; kadınlarda doğru KKMM yapma, sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak arttırılmalı, eğitim programları hazırlanmalı, yaşama geçirilmeli ve yaygınlaştırılmaya çalışılmalıdır.

Öğretim elemanları, eğiticilik rolleri nedeni ile toplumda önemli bir konuma sahiptirler. Aynı zamanda olumlu sağlık davranışları sergileyerek öğrencilere ve topluma model olma sorumluluğu taşıması gereken bireylerdir. Bundan dolayı öğretim elemanlarının öncelikle

kendilerinin sağlıklı bir yaşam biçimi benimsemeleri gerekmektedir.

Çalışmamızda, kadın öğretim elemanlarının meme kanseri tarama davranışlarına yönelik sağlık inanç ve tutumlarını, sağlık algılarını etkileyen faktörleri, meme kanseri korku ve anksiyete düzeylerini belirleyerek meme kanseri ve KKMM'nin önemine dikkati çekmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

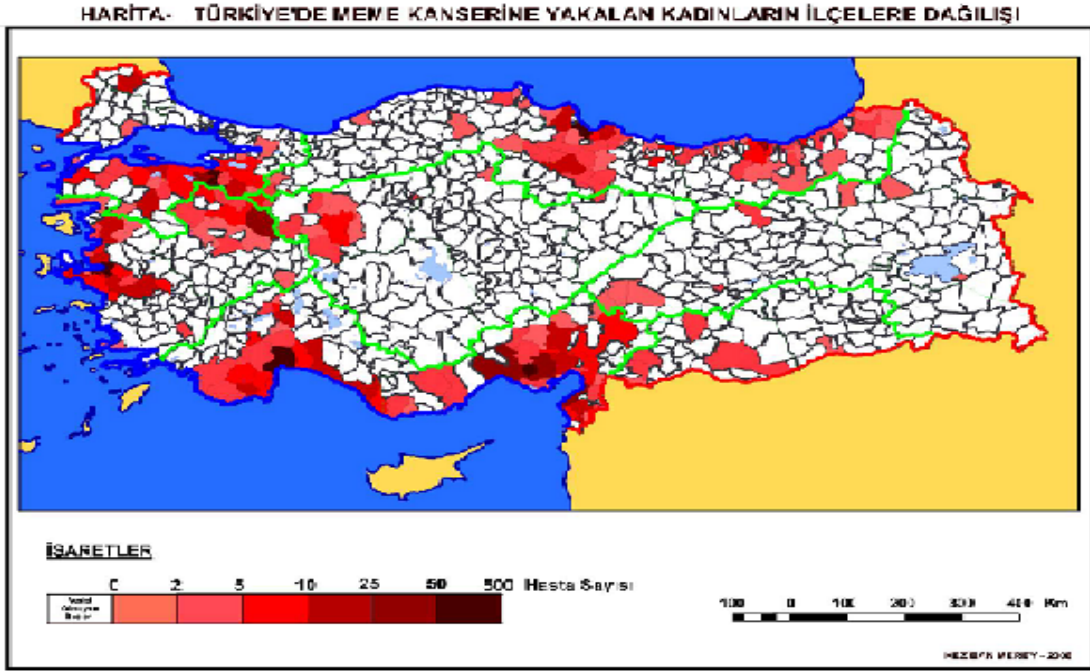
Günümüzde meme kanseri insidansı ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. ABD'de akciğer kanserinden sonra en fazla ölüm meme ca.'nde görülmektedir(17,18,19). ABD'de her 8 kadından biri(20,21) meme ca. olduğunu öğrenmektedir(22). Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde, ise akciğer, mide ve karaciğer kanseridir ve kadınlarda meme, uterus serviksi ve mide kanseridir(23,24,25). Kadınlarda meme ca.'i insidans oranı ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde en yüksektir, Afrika ve Asya'nın çoğunda düşük oranlar görülmektedir. Görülme sıklığındaki büyük farklılıklar aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplar arasında (ABD'deki Hawaiiiler, Çinliler ve İspanyol kökenliler) ve beyaz-siyah ırk arasında da (ABD'de yıllık görülme sıklığı beyaz ırkta yüzbinde 105; siyah ırkta yüzbinde 87) izlenmektedir(4). Batı Avustralya'da her 11 kadından birine meme ca. tanısı konmaktadır. Dünyada meme kanserine bağlı mortalite; İngiltere ve Galler'de en yüksek, en şanslı popülasyon Japonya ve Tayland'da (İngiltere ve Galler'deki mortalitenin onda biri) en düşük seviyededir(22). Avustralya'da 13 kadından biri, Japonya'da 50 kadından biri tüm yaşamları boyunca meme ca.'i olma riski ile karşı karşıyadır(9). Meme ca. insidansı ülkenin gelir düzeyi ile paraleldir. Yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelere göre meme ca. üç kat daha fazla görülmektedir(15, 26). Beslenme alışkanlıkları da dâhil olmak üzere hayat tarzındaki değişiklikler, hareketsiz bir yaşam tarzının yaygınlaşması, kilo alma ve obezite ile sosyolojik değişimler, mesleki maruziyetler, alkol tüketimi, güneş ışığına haddinden fazla maruz kalmak, özellikle de ilk doğum yaşının yükselmesi ile kadınlarda azalan doğurganlık oranı gibi kanser için değiştirilebilir risk faktörleri kısaca yaşamın batılılaşması(westernizing life) meme ca. ve kolorektal kanser sıklığını arttırmaktadır(15,26,27). Meme ca. mortalite oranı gelişmiş ülkelerde %30 iken, az gelişmiş ülkelerde %43 olarak bildirilmiştir(28).

Türkiye'de kanser istatistik verileri yetersiz olup, son sağlık istatistiklerine göre meme ca. görülme oranı yüzbinde 37,6 olarak bildirilmiştir(29). Türkiye'nin ilk nüfus tabanlı kanser kayıt merkezi olan İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi öncülüğünde yapılan İzmir Kanser İnsidansı ve Veri Toplama Projesi verilerine göre meme kanserli olguların %34.6'sının erken evre (I,II), %60.6'sının lokal ileri, %4.8'inin metastatik evrede; Dicle Üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise, evre I ve II meme ca. oranı %21, evre III ve IV meme ca. oranının %79 olduğu bulunmuştur(14,22,30). Türkiye'nin batısında erken ve geç menopoz, ilk doğumu 30 yaşından sonra yapma, daha az emzirme gibi nedenlerle meme ca. insidansı (50/100.000), doğusuna (20/100.000) göre iki kat daha fazladır(31).Türkiye'de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın, 2003 yılında 12.772'ye yükselmiştir(32,33).

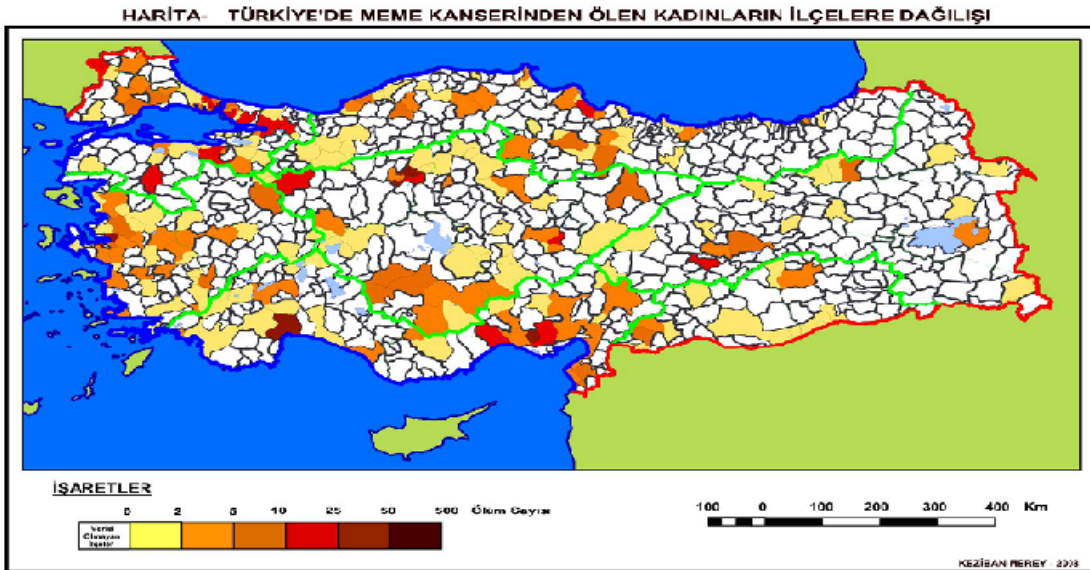
Şekil 1. Meme kanserlerinin tahmini sayısı (Kadın)

Yıllar	Meme Kanseri Vaka Sayısı
2007	44.253
2008	45.696
2009	47.205
2010	48.809
2011	50.399
2012	51.990

Sağlık Bakanlığı kaynaklarının tahmini (34), meme kanseri hasta sayısı 2007-2012 dönemi Şekil 1 'de görülmektedir.



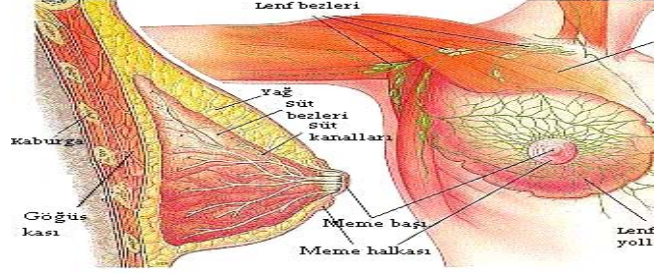
Şekil 2: Türkiye' de Meme Kanserine Yakalanan Kadınların İlçelere Göre Dağılışı(35)



Şekil 3: Türkiye'de Meme Kanserinden Ölen Kadınların İlçelere Göre Dağılışı(35)

2.2.MEMENİN ANATOMİSİ

Meme dokusu insanda fizyolojik olarak en çok değişiklik gösteren ve neredeyse parmak izi gibi terminal bir organdır(36). Ortalama bir meme, laktasyon dışında,150-400 gr. ağırlıkta 10-12 cm çapındadır; kalınlığı, orta kısımda 5-7 cm'dir. Laktasyonda ağırlık 500 gramın üstüne çıkar. Sarkmamış memede, meme başı 4. interkostal aralık hizasındadır. Bunun çevresinde bulunan pigmentli areola 15-60 mm çapındadır. Areolanın dış sınırına yakın olarak çepeçevre yerleşmiş küçük kabartılar vardır. Bunlar Morgagni tüberkülleridir, Montgomery bezlerinin

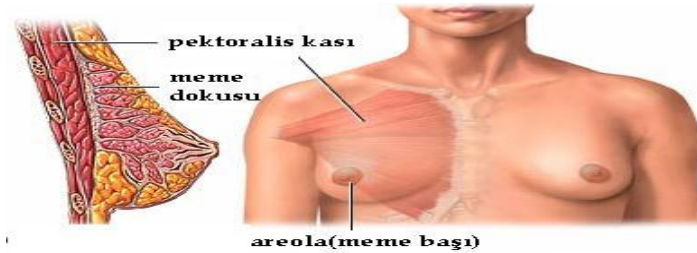


Şekil 4: Memenin anatomisi

deriye açılma yerlerinden oluşmuşlardır(4).

Meme diskoid, hemisferik, konik ve benzeri biçimlerde olabilir. Genellikle hiç doğurmamışlarda koniktir; doğurmuşlarda ve yaş ilerledikçe, belirgin yağlanma yoksa gevşer, daha sarkık bir biçim alır. Pubertedeki çarpıcı değişikliği her bir menstrüel siklustaki, gebelikteki laktasyondaki ve nihayet, menopozdaki involüsyon izler. Genelde her iki memede büyüklük açısından eşit değildir. Fizik muayenede normal bulunan böyle farklı büyüklükteki memelerde patolojik bir neden düşünüp yoğun ve sofistike araştırmalara girmek gereksizdir. Bazı kadınlarda ise belirgin nodülerite vardır(37). Eğer bir meme normal, diğeri hipoplazik ise M. Pektoralis major ve toraks duvarı anormalliğinin olup olmadığı araştırılmalıdır(Poland sendromu). Meme başından akıntı şikayeti varsa meme sıkılarak, sağılarak ortaya çıkarılıyorsa, iki taraflı ise ve birkaç porustan birden geliyorsa olayın altında patolojik neden değil fizyolojik neden vardır. Rengi ne olursa olsun akıntı spontan, tek taraflı ve tek porustan ise üzerinde titizlikle durularak kökeni ortaya konmalıdır(36,38).

Sınırları Ve Yerleşimi: Erişkin kadın memesi üstte ikinci kosta ya da üçüncü kostanın üst sınırından başlar; altta, altıncı kosta hizasında biter. İç sınırı sternumun kenarında, dış sınırı orta veya ön koltukaltı çizgisindedir. Meme, üst dış ucunda, pektoralis majörün alt kenarı boyunca



Şekil 5: Memenin sınırları ve yerleşimi

koltuk altına doğru bir dil şeklinde uzanır ("Spence'in aksilla kuyruğu"). Bu uzantı, bazen ele

gelen, hatta gözle görülebilen bir kitle oluşturabilir; bunun uç kısmı koltukaltı lenf düğümlerinin pektoral grubu hizasına kadar gelebilir. Memenin bu kısmında yerleşmiş bir tümör büyük bir lenf düğümü ile karıştırılabilir. Meme dokusu, bu sayılan sınırlar dışına da taşabilir; ince bir meme dokusu tabakası klavikulanın hemen altına, sternumun ortasına ya da latissimus dorsinin ön kenarına kadar gelebilir. Meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yanda ve daha çok dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle, meme ca. ve başlıca benign lezyonlar daha çok bu kadranda görülür(3).

Fasya İlişkileri: Meme, göğüs ön duvarında, yüzeysel fasya içinde yer alır. Yüzeysel fasyanın, yüzeysel veya subkütan tabakası hemen dermisin altındadır. Bu tabakadan başlayan fibröz lifler deriye ve meme başına uzanır. Bunlar memenin üst kısmında daha fazla gelişmiş olup, burada Cooper bağlarını (ligamentini) oluştururlar. Bu bağların malign tümörle infiltrate olması sonucu (veya iltihap gibi başka bir nedenle) gelişen fibrozis nedeniyle kısalması, derideki karakteristik içeri çekilmeye neden olur. Yüzeysel fasyanın derin tabakası yüzeysel tabakadan daha kalındır ve meme plağının tabanını oluşturur. Bu dokunun bulunduğu alan, "meme arkası (retro-mammar veya submammar) aralık" olarak da adlandırılır. Daha altta pektoralis majörün fasyası vardır. Meme arkası gevşek doku, memenin pektoralis fasyası üzerinde hareket etmesini sağlar. Kanseri pektoral fasyayı infiltrate etmişse, meme pektoral kas üzerinde hareketsizleşir(fikse olur). Meme arkası aralık, memenin derin planda görece kansız disseksiyonuna izin verir(4). Derin fasyanın, meme arkası aralıktan geçerek alttaki pektoral fasyaya ulaşan uzantıları, memenin arka taşıyıcı bağlarını oluşturur. Meme, memebaşından başlayarak ışınsal şekilde yerleşmiş 15-20 lobdan (segmentten) oluşan tubuloalveolar tipte bir bezdir. Her lob ayrı bir kanalla memebaşına açılır. Memenin bu işlevsel yapı üniteleri fibröz bağ dokusundan bir destek doku(stroma) ile çevrelenmiş ve birbirlerine sıkıca bağlanmıştır; tek tek disseke edilmeleri olanaksızdır(4).

Meme, vücuttaki başlıca yağ depolarından biridir; yağ dokusu oranı da bireyin yapısal özelliklerine ve yaşa göre çok değişkendir. Laktasyon dışında meme kitlesinin çoğunu lobulusları saran bağ ve yağ dokusu oluşturur. Her meme lobu 20-40 lobulustan oluşmuştur(4).

Memebaşı, Areola, Deri: Memebaşı ektodermden gelişmiştir. Üzerini örten epidermis puberteden sonra hiperpigmentasyon gösterir. Dermiste, areola sınırına yakın alanda sebace ve apokrin bezler bulunur. Memebaşının tepe noktasında ise serbest duyuşal sinir uçları vardır. Meme başı kitlesinin büyük kısmı dairesel ya da uzunlamasına yerleşmiş düz kas liflerinden oluşmuştur. Bunların arasında laktifer sinüsleri de çevreleyen elastik ve kollagen bağ dokusu vardır. Kas liflerinin kasılması ile yerel venöz staz oluşur; memebaşı dikleşir; laktifer sinüsler boşalır. Areolayı örten epidermis de memebaşındaki gibidir. Dermiste sebace bezler ve ter bezlerinin yanı sıra Montgomery bezleri de vardır. Bunlar bir tür değişmiş ter bezidir; minyatür süt kanalları ile Montgomery tüberküllerine boşalırlar; gebelik sırasında büyür ve sekresyon yaparlar; menopozdan sonra da involüsyona uğrarlar. Areolada da ışınsal ve dairesel yerleşmiş düz kas lifleri bulunur. Memebaşı ve areolada, areolanın en dış kısmı hariç kıllanma yoktur. Memebaşı ve areola dışında memeyi örten deri vücudun başka taraflarındaki gibidir. Kıl folikülleri, sebace bezler ve ter bezleri içerir(4).

Menstrüel siklusta, proliferasyon fazında, lobuluslar küçük ve intralobüler stroma daha yoğundur. Perimenstrüel dönemde, asinüs epiteli dökülebilir, buna lenfositik infiltrasyon eşlik edebilir.

Gebelikte, lobuluslar ileri derecede proliferasyon gösterir ve çok büyürler. 3.Trimesterde epitelde yağ birikmeye başlar ve sitoplazmanın lümen tarafında vakuoller ortaya çıkar. Böylece sekresyon işlevinin başlaması ile lobulusu oluşturan "asinüsler gerçek anlamda asinüs olur.

Laktasyonda, Süt sekresyonu apokrin tipte olduğundan sitoplazma, gebeliğe göre daha dardır. Laktasyondan sonra normal görünümünün geri gelmesi en az üç ay sürer.

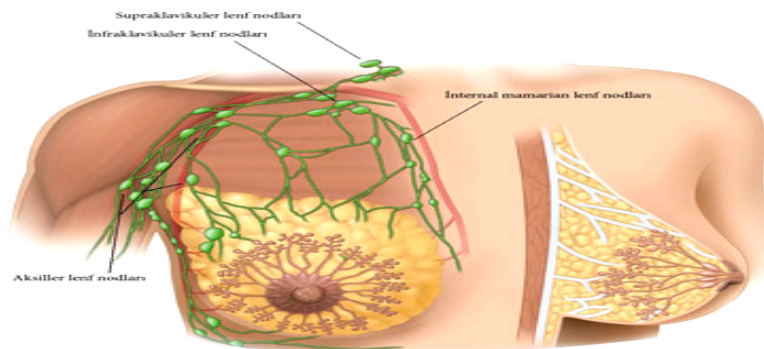
Menopoz sonrasında, lobuluslar yavaş yavaş atrofiye uğrar. Epitel ve mioepitel hücreleri küçülür, asinüs lümenleri görülemeyecek kadar daralır. İntralobüler stroma kollajenize olur ve içerdiği hücre miktarı azalır. Bu değişiklikler menopoz sonrasındaki her kadında olmaz. Birçok kadında menopoz öncesi görünümünü korumuş lobuluslar bulunabilir(4).

2.2.1.Memenin Kan Dolaşımı

Memenin yaklaşık %60'ını internal torasik arterin perforan dalları (laktasyon sırasında büyük oranda genişler), %30'unu da lateral torasik arter besler. Diğer arterler de, geri kalan %10'u beslerler. Venalar, temel olarak arterlere paralel gider. Meme bezinin kendisinden gelen venalar, kanı önce memenin periferine, buradan da büyük venalara taşırlar. Bu vena yollarından herhangi birine giren tümör embolusları venöz dönüş ile kalbe kadar gelerek, buradan da akciğere ulaşabilirler. Böylece meme kanseri, lenfatiklere girmeden sadece venalar yoluyla akciğere doğrudan metastaz yapabilir. Vertebradaki ven plexusu (Batson plexusu), meme kanserinin venalar yoluyla metastaz yapmasının ikinci seçeneğini oluşturur. Vertebraları saran bu ven plexusu kafa tabanından, sakruma kadar uzanır. Bu plexus ile göğüs, karın ve pelvis organlarıyla ilişkili venler arasında kanallar vardır. Bu kanalların kapakçıkları olmadığından kanın her iki yönde de akmasına bir engel yoktur. Karın içi basıncındaki küçük değişiklikler kan akım yönünü kolayca değiştirebilir. Posterior interkostal venalar vertebral plexus ile doğrudan devamlılık gösterir. Böylece meme kanseri, akciğerlerden geçmeksizin vertebralara, kafatasına, pelvis kemiklerine ve santral sinir sistemine metastaz yapabilir(4).

2.2.2.Memenin Lenf Akımı

Memedeki lenf akımı, meme bezinin kendisinden ve meme derisinden toplanan lenften oluşur.



Şekil 6: Memenin lenf akımı

Meme derisindeki lenfatik sistem, vücudun diğer bölgelerindeki deride olduğu gibidir; epidermisin hemen altında, papiller dermis içindedir. Deri lenf akımı tek yönlüdür ve yüzeyden derine doğrudur. Subdermal lenfatikler birbirleriyle birleşerek subkütan dokuda bölgesel lenf düğümlerine doğru ilerlerler. Meme derisindeki lenfatikler ile meme bezindeki lenfatikler arasındaki bağlantı en çok areola altında, memebaşı çevresinde büyük ve belirgin bir lenfatik pleksusta olur. Buna subareolar pleksus (Sappey pleksusu) adı verilir.

Aksilla Lenf Düğümleri: Aksilla lenf düğümleri 20-35 arasındadır; anatomik olarak beş ana grupta incelenebilir. Bunlara bir de her zaman bulunmayan ara lenf düğümleri altıncı grup olarak eklenebilir. Metastatik yayılımın derecesini belirlemek için aksilla lenf düğümleri, geleneksel olarak pektoralis minör kasına göre üç düzeye ayrılır. Bu ayırımı yapılırken, kanserin, memeye en yakın lenf düğümlerinden başlayıp, doğru bir çizgi içinde en uzak lenf düğümlerine ulaştığı varsayılmaktadır. Bu yol dışında da metastaz şekilleri olmakla birlikte, pratikte, Level I ve II tutulmadığı halde Level III 'ün tutulduğu bir olguya rastlamak çok olağan dışıdır.

Level I: Pektoralis minörün alt kenarının lateralinde ya da altında bulunan lateral, pektoral ve subskapular gruplardan oluşur.

Level II: Pektoralis minörün arkasında bulunan santral grup ve apikal grubun bazı lenf düğümlerinden oluşur.

Level III: Pektoralis minörün üst kenarının medialinde bulunan apikal gruptan oluşur.

2.3.MEME KANSERİ

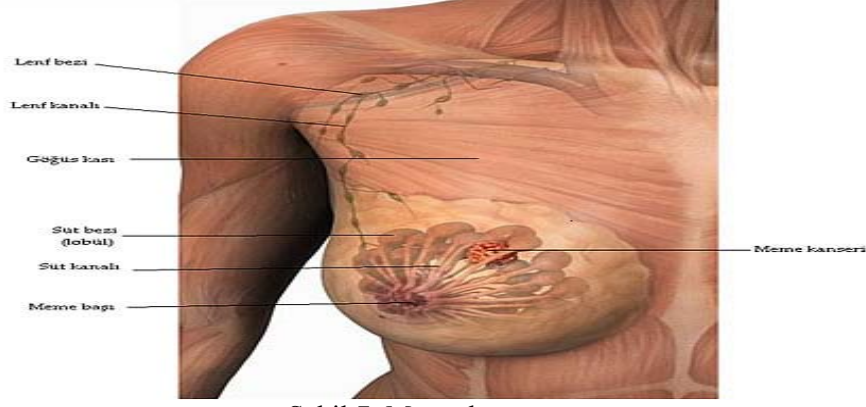
2.3.1.Meme Kanserinin Tarihçesi

Kanserin modern zamanlara has bir hastalık olduğu düşünülebilir ancak bu imajın aldattıcı olduğunun işaretleri vardır. Kemik kalıntılarında hem gerçek kemik tümörlerinin hem de yıkıcı litik lezyonların delillerine rastlanmış ve radyografik incelemeler de yayılmış hastalığa işaret eden daha küçük gizli depozitleri tespit etmiştir. Kanser antik Yunan, Roma ve İran'daki yazarlarca tanımlanmış ve ortaçağ metinlerinde not edilip tedavilerine yer verilmiştir. Amerikan eski Mısır bilimcisi Edwin Smith, kendi adıyla anılan, yaklaşık M.Ö. 2500'den kalma cerrahi vaka öykülerine ayrılmış cerrahi papirüsleri gün ışığına çıkarmıştır ve bunlardan 45 numaralı olanı kanser konusundaki en eski metinlerdendir: "... memesinde siskin urlar olan bir kadını incelersen görürsün ki kabarıklıklar memesinin her yanına sıçramıştır ve elini memesinin üzerine, bu urların üstüne koyarsan fark edersin ki bunlar pek soğuktur, elin kadına dokunduğunda buralarda vücut ateşi yoktur, bunlar tanelenmez, akıntı yapmaz, herhangi bir sıvı salgılamaz ve elinde de kabarıklığı hissedersin. Kadınla alakalı olarak demelisin ki "Ey kabarık urlu kimse. Bunun tedavisi yoktur."(15) Başka bir papirüs de bir rahim tümörünün hem domuz beyniyle hem de bunu kullanmadan taze hurma ve kireçtasının vajinal uygulaması ile tedavi edilmesini tasvir eder. Hindistan'da bulunan tarihi yazıtlar (Ayurvedik kitapları) 2500 yıl önce

kanserin doğru biçimde teşhis edilebildiğini, ancak tedavi edilemez addedildiğini işaret etmektedir. Kos'lu Hipokrat'ın (M.Ö. 460 doğumlu) vecizeleri kötü huylu hastalığa bir dizi referans içermektedir. 38 numaralısında *“her kanser ele geçirdiği kısmı çürütmekle kalmaz, daha öteye de sıçrar”* denmektedir. Galen (M.S. 131-200) *“kanserli tümörler en sık olarak kadınların memelerinde gelişmektedir”* şeklinde not düşmüştür. Derinin üstüne çıkıntı yapan ve merkezden çevreye doğru lenf kanalları boyunca çoklukla kırmızı damarlar halinde çepeçevre yayılan bir tümörü tanımlamıştır: Bu tür tümörler ülserleşebilmekte ve koyu renkli kırmızımsı kötü kokulu bir akıntı salgılayabilmektedir. Galen lezyonu bir yengece benzetmiştir: Yunanca karkinos, Latince cancer. Galen ameliyatın tek tedavi yolu olduğunu ve tüm lezyonun alınmasının mümkün olduğu erken bir safhada yapılması ihtiyacını fark etmişti. Pers Kralı Darius ordusunun ele geçirdiği Yunanlı hekim Democedes'i memesinde büyüyen ve zamanla ülserlesen bir kitle olan Kraliçe Atossa'yı tedavi etmesi için çağırtmıştı. Kraliçenin iffeti tümör iyice büyümeden onu birilerine göstermesine mani olmuştu. John Hunter kadın memesinde, rahimde, dudaklarda ve midedeki kanserlerin cerrahisinin uzun bir tasvirini yaparken tümörlerin kalıtsal olabileceğini ve kitlenin palpasyonunun yumuşak bir şekilde yapılması, aksi halde hastalığın yayılabileceği uyarısında bulunmuştu. Ayrıca *“bir tedavinin bulunamadığı”* notunu da düşmüştü(15). Teb şehrinde 1862 yılında Edwin Smith tarafından bulunan papiruslar, M.Ö. 3000 yıllarına aittir. 48 vaka içeren bu papiruslarda abse, travma, infekte yaralar ve tümör hakkında bilgiler verilmiştir. Vakalardan 8'i tümörü düşündürmektedir(12). Meme muayene ederken göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş dolayısıyla da önemli gözlemlerin yapılmasını sağlamıştır. Meme hastalıkları ile ilgili ilk yazılı kayıtlardan da anlaşıldığı üzere meme hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak eski çağlardan beri önemini korumaktadır.

2.3.2.Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme ca. epidemiyolojik olarak en çok araştırılmış malign tümör olmakla birlikte, henüz insan meme ca.'nin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyojik ve psikolojik etkenlerin, bazı kimyasal maddelerin, iyonizan radyasyon ve virüsler gibi ajanların mutasyonlara neden olabileceği ve kromozomal mutasyonların da insanda kanserortaya çıkış ve gelişimi ile yakından ilişkili olduğu kabul edilmekle birlikte, etkenler çok karmaşık ve iç içe geçmişlerdir. Meme kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir(23,39). Meme ca. riski kadınların ömrü boyunca üreme yıl sayısına bağlıdır. Ailesel, genetik, coğrafi çeşitlilik, yaş, kesintisiz adet görme, ilk doğum yaşı, gebeliğin, doğumdan önce sonlandırılması (özellikle ilk üç ayda) ve fibrokistik değişiklikler gibi birtakım faktörler meme ca. riskini artırmaktadır(23,40,41). Fiziksel hareketsizlik ise meme ca., osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diabetes mellitus için bağımsız bir risk faktörüdür(23,42).



Şekil 7: Memede tümör görünümü

Benign Meme Hastalığı: Proliferatif meme hastalığı tanısının konduğu biopsiden itibaren ilk 10 yıl içinde meme ca. oluşma riski yüksektir. Meme biopsisi veya aspirasyonu anamnezi olmayanlara karşın herhangi bir proliferatif epitelyal değişiklik mevcut olanlarda 2 kat, atipik hiperplazi mevcut olanlarda 4 katı meme ca. riski vardır. Proliferatif değişikliğin mevcut olmadığı lezyonlarda risk artışı yoktur. Atipide birinci derecede akraba meme ca. olması ile bir interaksiyon bildirilmiştir (43). Bu kimselerde nonproliferatif hastalıklı kadınlara karşın meme ca. riski 11 katı fazladır. Pozitif aile hikayesi ve atipik hiperplazi gösteren kadınlarda 15 yılda meme ca. oluşma riski %25 iken, negatif aile hikayesi olan atipik hiperplazililerde bu risk %8 bulunmuştur. Biopsi ile proliferatif hastalık tanısı konduktan sonra östrojen kullanımının meme ca. riskini arttırdığı gösterilememiştir.

Bazı risk faktörlerinin bilinmesi, kanser gelişme olasılığını azaltmaktadır.

Cinsiyet: Kadınlarda görülme oranı çok yüksektir. Erkeklerde %1'den az görülmektedir(44).

Yaş: Meme ca.'nde yaş majör bir risk faktörüdür. 25 yaşın altında nadir görülmektedir(44). Meme ca.'nin %78'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, %22'si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir(45).

Genetik etkenler: Asyalı kadınlarla, batı ülkelerinin kadınları arasında meme ca. görülme sıklığı ve mortalitesindeki belirgin farklar meme kanserli kişilerin ailelerinde iki üç kat artmış meme ca. ortaya çıkışı, meme ca. oluşumunda genetik etkilerin rol aldığını düşündürmektedir(18, 46, 47). Meme ca.'nde ailesel yatkınlık ilk olarak 1866'da Paul Broca tarafından kendi eşinin ailesinde dört nesil süresince 24 kadının 10'unda meme ca.'nin ortaya çıkışı sonrası ileri sürülmüştür. Daha sonra, Macklin meme kanserli bir kişinin annesinde toplumdaki kadınlara göre meme ca. gelişme olasılığının 2 kat, kız kardeşinde 2.5 kat fazla olduğunu göstermiştir. Bu tehlikenin sadece anne ve kız kardeş için değil, anne ve baba tarafındaki tüm kadınlar (büyükanne, teyze, hala, yeğen) içinde geçerli olduğunu ve bu durumun meme ca. dışında bir kansere sahip olan kişilerin akrabalarında söz konusu olmadığını ayrıca belirtmiştir. Meme ca. aile hikayesi olan kişilerde meme ca.'nin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olmaya eğilimlidir ve hastalığın erken ortaya çıkışı özellikle annesinde meme ca. olanlarda daha da belirgindir(41). Daha önce meme ca. geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede de meme ca. gelişme riski 4 kat fazla

olur(44). Genel olarak, meme ca.'nin soy geçmişle ilgisi ancak %10'dur. Aile hikayesi olanların üçte biri 17. kromozomdaki BRCA1(Breast cancer susceptibility gene-meme ca.'ne yatkınlık geni)geninin mutasyonu ile ilgilidir(41,48,49). BRCA1 geninin mutasyona uğramış şeklini taşıyan bir kadında 70 yıllık yaşam süresi boyunca meme ca. yakalanma riskinin %85 olduğu hesaplanmıştır(48,49). BRCA2 geniyle yakın ilişkili olan bu sendromda hastalık premenopozal dönemde erken yaşta ortaya çıkmakta ve bilateral başlangıç göstermektedir. Meme ca. oluşma riski %90 olarak hesaplanan bu kişilerde sıkı bir tarama programı uygulanmalı ve profilaktik cerrahinin yeri değerlendirilmelidir(4). Beyaz kadınlarda meme ca. gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir(50).

Menarş Yaşı: Erken menarşın meme ca. gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme ca. riskinin %20 azaldığı kabul edilmektedir(18, 44, 47). Fakat, meme ca. riski yönünden menstruasyon başlama yaşı yanında ilk düzenli menstruasyon yaşı da önemlidir. Menarşı takiben düzenli menstruasyonların 1 yıl içinde başlaması, düzenli menstruasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre riski iki katına çıkarmaktadır. Menarşı erken (12 yaş veya öncesinde) başlayan ve kısa sürede düzenli menstrüel dönemlere geçen kişilerde ca. riskinin menarşı geç başlayan (13 yaş veya üzerinde) ve uzun süre düzensiz menstrüel dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir(5,18,47).

Menopoz Yaşı: Meme ca. her yaşta görülmekle birlikte, en çok menopozdaki 45-55 yaş grubu kadınlarda görülür. 20 yaşından önce seyrek olur(36). 45 yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme ca. riski, 55 yaşından sonra menopoza giren kadınların yarısı kadardır (18,47). Yani aktif menstruasyon dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl veya daha az olan kadınların iki katıdır. Bilateral ooforektomi veya pelvis bölgesi ışınlanması ile yapay menopoz oluşturulması da meme ca. riskini azaltmaktadır. Fakat, yapay menopozun 50 yaşından sonra oluşturulmasının, unilateral ooforektominin ve basit histerektominin meme ca. oluşumunda risk azaltıcı etkileri olduğu gösterilememiştir(43).

İlk Hamilelik - İlk Doğum Yaşı: İlk olarak Mac Mahan hamileliğin ve ilk hamilelik yaşının meme ca. riski ile ilişkili olduğuna dikkatleri çekmiş ve evlenmemiş veya hiç doğum yapmamış kadınlarda, ca. riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1.4 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir(51). İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında ca. riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat fazladır(18,47). Hiç doğurmamış kadınlarda ise 20 yaş öncesinde doğum yapanlara göre riskin 2 kat fazla olması paradoks bir şekilde, evli fakat geç doğum yapan kadınlarda meme ca. riskinin hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha fazla olduğunu ortaya çıkarmaktadır(19). Ayrıca çocuk sahibi olma yaşının özellikle kişisel ve mesleki nedenlerle yükselmesi de insidansı artırmaktadır. Son yıllarda çocuk sahibi olma yaşı 30-40'lı yaşlara geciktirilmektedir. Bu yaşlarda aynı zamanda meme ca. görülme insidansı da artmaktadır(52). Doğum ile ilk doğum yaşı meme ca. riskini etkileyen diğer bir endojen hormonal faktördür. İlk

doğum öncesi kendiliğinden veya indüklenmeyle oluşturulan düşüğün hiçbir koruyucu etkisi yoktur; hatta meme ca. riskini arttırdığı bile gösterilmiştir. Hiç düşük yapmamışlara karşın düşük yapanlarda meme ca. nispi riski 1.5'dir(yüzde 50 fazla), ilk kez 18 yaş altında düşük yapanlarda bu risk 2.5'dir.

Laktasyon: Laktasyonun meme ca. oluşumundaki etkisinin hangi yönde olduğu henüz anlaşılammıştır. Bununla beraber uzun süren laktasyonların toplam ovuluar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki yapması beklenmektedir. Çin'de yapılan bir çalışma bu düşüneyi doğrulamış ve toplam 5 yıllık bir emzirme süresinin meme ca. riskini %30 oranında azalttığı bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise 4-12 ay arasında emziren kadınlarda riskin %11; iki sene veya daha fazla emzirenlerde ise %25 oranında azaldığı gösterilmiştir(31).

Östrojenler: Meme ca.'nin overlerin aktivitesi ile yakından ilişkili olması östrojenin hastalık patogenezinde önemli rolü olduğunu göstermektedir(18,47). Östrojenler meme dokusundaki normal ve neoplastik hücrelerin büyümesini uyarırlar; bununla beraber replikasyon gösteren hücreler bu uyarıya daha duyarlıdırlar. Östrojenlerin tümör hücreleri üzerine direk etkileri de olup, mitojenik büyüme faktörlerinin salgılanmasına neden olurlar. Düşük riskli kadınlarda düşük östrojen düzeyleri ovuluar dönemlerin daha az olduğunun bir göstergesi olabilir. Günümüzde kadınların sosyoekonomik yaşamlarındaki değişimin bir sonucu olarak sağlıklı kadınlar tarafından OKS ve hormon replasman tedavisi (HRT) yaygın kullanılmaktadır. Dünyada bir milyondan fazla kadının OKS kullandığı bildirilmiştir. Meme ca. riskinde oynadıkları rol tam olarak açık olmamakla birlikte çalışmacılar OKS ve HRT kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre riskin biraz arttığını göstermiştir(48,53).

Progesteron: Progesteron eksikliği olan kadınlarda yapılan çalışmalarda, meme ca. riskinin arttığı görülmüştür. Bunun yanında, progesteronun koruyucu bir etkisinin olabileceği ve hamilelik sırasında meme dokusunda meydana gelen farklılaşma nedeniyle ancak doğum yapmış kadınlarda bu koruyucu etkinin sözkonusu olabileceği de ileri sürülmüştür

Ekzojen Hormonlar: Sentetik ve doğal östrojenler hamileliğin önlenmesi veya menopoiz sonrası değişikliklerin giderilebilmesi amacıyla yaygın kullanılmaktadır. DSÖ 1978 yılında dünyada yaklaşık 80 milyon kadının oral kontraseptif kullandığını bildirmiştir. Menopoiz sonrası dönemde ortaya çıkan değişiklikleri önlemek için östrojenler yaygın olarak kullanılmaktadır. 1970'li yıllarda dışardan verilen östrojen tedavisinin endometrium için karsinojenik olabileceği konusundaki görüşler, bu yaygın kullanımı kısmen azaltmıştır. Çalışmalardan çıkarılabilecek sonuç OK'lerin meme ca.'ne karşı koruyucu etkisinin olmadığıdır(18,47). Buna göre 10 yıl boyunca OK kullanan genç bir kadında hiç kullanmayan bir kadına göre meme ca. oluşma riski %36 artmaktadır. Özellikle 35 yaş altında ve 6 aydan uzun süre kullanım hiç kullanmayanlara karşın meme ca. riskini %70 arttırmıştır, bu risk 18 yaş altında oral kontraseptif kullanımında daha da artmaktadır. Her bir yıl hormon kullanımı meme ca. riskini %3.1 arttırmaktadır. Bu ilaçları 10 yıl kullanan postmenopoiz bir kadında meme ca. oluşma riski hiç kullanmayan bir kadından 1.3 kat daha fazladır(50).

Beslenme: Dünya üzerinde meme ca. görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda artan meme ca. sıklığının (göç ettikleri ülkedekine uyan bir sıklığa erişmesi) sadece genetik etkenlerle açıklanamaması, dikkatleri çevresel etkenler ve özellikle beslenme şekli üzerine çekmiştir(5,54). Üst sosyal gruplarda beslenme durumu daha iyi olduğu için kız çocuklar daha hızlı gelişmekte ve buda erken adet görmeyi sebep olmaktadır(44).Yağ durumunun da endometriyal kanser ve postmenopozal kadınlarda meme ca. riskini kan dolaşımındaki östrojen düzeylerini artırarak etkilediği düşünülmektedir(18, 47). Üreme ile ilgili faktörler de östrojen düzeylerini değiştirebilir ve kanser riskini etkileyebilirler(24,25)

Boy ve Vücut Ağırlığı: Vücut ağırlığının etkisi menopoz durumu ile ilgili olarak değişmektedir. Meme ca. riski yönünden premenopoz dönemde düşük vücut ağırlığı riski arttırırken, postmenopoz dönemde ise artmış vücut ağırlığı riski arttırmaktadır(36). Lenf nodu metastazı (postop) aynı derecede obeslerde kolesterol oranı yüksek olanlarda artmıştır(36,55).

Alkol ve Sigara: Günlük alım miktarı artışı ile meme ca. riski arasında kuvvetli ilişki bulunmuştur. Günde 15 gr veya daha fazla alkol tüketimi içmeyenlere göre riski %50 arttırır. Özellikle, 30 yaş altında alkol alımına başlanması çok daha önemli bir risk faktörüdür(18). Sigara alımıyla östrojen metabolizmasını değiştirmesi ve menopoz yaşını erkene alması nedeniyle sigaranın meme ca.'ne karşı koruyucu bir etkisi olabileceği ileri sürülmüştür(18,56).

İyonizan Radyasyon: Matürasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, radyasyona maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme ca. oluşabilir. Akciğer tüberkülozu nedeniyle çok sık tekrarlanan fluoroskopik tetkiklere maruz kalan hastalarda da artmış meme ca. sıklığı bildirilmiştir. Ayrıca 40 yaşından sonra yapılan mamografilerin sağladıkları yarar ve katkıların potansiyel risklerinden çok daha önemli olduğu da unutulmamalıdır.

Elektromagnetik Alanlar: Elektrik kablo işinde çalışan erkekler arasında meme ca. görülmesi sıklığında artış olduğunun bildirilmesi, elektromagnetik alanların kadın meme ca. etyolojisinde rolünün araştırılmasına neden olmuştur.

Meslek: Hemşirelerde yapılan büyük bir çalışmada, ayda en az 3 gece vardiyasında çalışan ve bu şekilde gece vardiyası 30 yıldan daha fazla süren kadınlarda, standart gündüz vardiyasında çalışan kadınlara göre meme ca. riskinin %40 arttığı gösterilmiştir. Melatonin hormonu, gece karanlığında en yüksek düzeye çıkarken, gündüz en düşük düzeye inmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da melatonin hormon düzeyleri yüksek olanlarda meme ca. riskinin %40 daha az olduğu gösterilmiştir. Melatonin hormonu, bağışıklık sistemini düzenlemekte, antioksidan özellik göstermekte ve bazı kanser hücrelerinin çoğalmasını engellemektedir. Ayrıca gece uykusunda yatak odasında 60-Hz manyetik alana maruz kalanlarda da melatonin hormon düzeyinde azalma saptanması nedeni ile meme ca. gibi endokrin kanserlerin gelişme riskinde artışa neden olabileceğinden endişe edilmektedir(12).

Geçirilmiş Meme Kanseri Öyküsü: Meme ca. tanısı konup cerrahi olarak çıkarılmasından sonra kalan meme dokusu, meme ca. gelişimi bakımından risk altındadır. Karşı meme için bu risk her yıl

için %0-5-1'dir (52,53). İn situ kanser tanısı konduktan sonra da invaziv kanser gelişimi için benzer risk mevcuttur(54). Ancak, meme ca. oluşan bir kadında yaşamı boyunca ikinci bir meme ca.olma riski %25-30 civarındadır. Meme ca.'nde tutulum sıklığının bilinmesi önem taşımaktadır. En sık tutulum 'Kemik, Akciğer, Karaciğerde' görülmektedir(44).

Fiziksel Aktivite: Ağır fiziksel aktivitenin menarşı geciktireceği, düzenli olarak bale yapan, yüzen veya koşan kızların menarşlarının geç başlaması ile gözlenmiştir. Bale yapan kızların incelendiği bir çalışmada bale yapanların ortalama menarş yaşı 15.4; kontrol grubunun menarş yaşı 12.5 bulunmuştur. Ayrıca, baleye aktif devam ettikleri sürece meme gelişmesinin geciktiği ve adölesans sırasındaki orta derece fiziksel aktivitenin bile anovulatuvar döneme neden olabildiği bildirilmiştir. Adolesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme ca. riskini azalttığı gösterilmiş ve haftada 4 saat veya daha fazla egzersiz yapan kadınlarda ca.riskinin hiç egzersiz yapmayanlara göre %60 daha az olduğu bildirilmiştir(4). AJCC; emzirme, orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivite ve sağlıklı kilonun sürdürülmesinin meme ca. riskinin azalmasına yardımcı olduğunu belirtmektedir(31).

Stres: Kansere neden olan risk etkenlerini belirlemek önemli korunma yöntemlerindedir. Bu risk etkenlerinden birisi de strestir. Çağımızın sorunu olan stresin, birçok hastalığa temel hazırlayan bir etken olarak her geçen gün önemi artmaktadır. Stres, fiziksel ve sosyal çevreden gelen doğrudan hastalığa neden olmayan, ancak insan bedeninin direncini azalttığı için bedensel ve ruhsal hastalıklara neden olan bedensel bir zorlanmadır. Özellikle ruhsal streslerin T lenfositleri azaltarak bağışıklık sistemini baskıladığı öne sürülmektedir. Bağışıklık sisteminin yanıtındaki bu azalma, enfeksiyon hastalıkları ve kanser sıklığını artırmaktadır(22).

2.3.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Bazı kanserler yayılım göstermeden önce bazı belirti ve bulgular verir. Bu belirti ve bulgulara 'erken tanı belirtileri' denir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi aktiviteleri önemlidir.

BAŞLANGIÇ SEMPTOMLARI	%	LOKALİZASYON	%
Ağrısız Kitle	%66	Üst Dış	%44.1
Ağrılı Kitle	%11	Retro Areola	%25.3
Meme Başından Akıntı	%9	Üst İç	%11.2
Lokal Ödem	%4	Alt Dış	%9.6
Memebaşı Retraksiyonu	%3	Alt İç	%3.9
Memebaşında Kabuklanma	%2	Üst Sternal	%2.8
Diğer Semptomlar	%5	Alt Sternal	%2.5

Şekil 8. Meme Kanserinin Semptom ve Lokalizasyonu (57)

Meme Hastalıklarındaki Temel Şikayet ve Bulgular

Meme ucundan gelen kanlı akıntı: Meme kanserli hastaların ortalama %9'unda ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Patolojik kabul edilen meme başı akıntılarının genellikle tek taraflı, spontan ve kanlı olduğu, meme başı akıntılarında %9,3 ile %21 arasında malignite saptandığı bildirilmiştir(38). Bu akıntıya palpabl bir kitle eşlik edebilir ya da etmeyebilir.

Özellikle meme başı sıkıldığı zaman sarı–yeşil arası renkte, boza kıvamında olan akıntı normal kabul edilir. Gebe olmayan kadınlarda meme başından süt gelmesi de kanser bulgusu değildir; bu durum vücudun hormon değişikliği ile ilgili olabilir. Sadece kanlı akıntı veya su gibi berrak akıntı önem taşımaktadır.

Memede yara, ülser, birinde anormal büyüme: Hastaların %4'ünde kanser enflamasyon bulguları ile ortaya çıkar. Meme bütünü ile büyümüştür, derisi kızarmıştır ve ödemlidir. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini daha fazla tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur; deri kızarıp eritem oluşur, beslenmesi gittikçe daha da bozulan deride ülserasyon gelişir.

Meme derisinde portakal kabuğu bulgusu: Memenin lenf damarlarına giren tümör hücreleri zamanla meme derisinin lenf damarlarına taşınırlar. Tıkanmaya neden olarak lenf akımının yavaşlamasına yol açar. Lenf akımındaki yavaşlama ise deri ve deri altı dokusunun aşırı beslenmesine neden olur; deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve deri portakal kabuğu (peau d'orange) görünümünü alır; deri iki parmak arasında hafifçe sıkılırsa portakal kabuğu görünümü çok daha belirginleşir(18,36).

Şekil 9. Meme Kanserinde memede oluşabilecek değişiklikler(58)



Meme ağrısı (mastalji): Ağrı olabilir ya da olmayabilir. Seyrek olarak tümör bölgesinde keskin, aralıklı ve hasta tarafından “bıçak saplanır” diye tanımlanan bir ağrıdan söz edilir. Genellikle hastalığın geç dönemlerinde görülür.

Aksiler kitle (LAM): Palpasyonda belirgin bir kitle alınamaz ancak meme bütünü ile yoğundur. Meme ca. seyrek de olsa kendini koltukaltında lenf bezi büyümesi ile ortaya koyabilir. Böyle bir durumda meme muayene edildiğinde bir kitle palpe edilebilir; memede kitle palpe edilemeyen durumlarda tümör mammografi ile ortaya konabilir. Ağrısız, sert ve kenarları düz olan bir şişkinlikte kanser olasılığı daha yüksektir(21). Fibroadenom gibi hareket edebilen kanserlerin olduğu da hatırdan çıkarılmamalıdır(59).

Meme dokusunda buruşukluk: Hastaların %2 kadarında kanser kendini tek taraflı memebaşı ve areolada lezyon, erozyon ya da ülserasyon görünümü ile ortaya koyar.

Meme ucunda çukurlaşma: Memenin santral kadranında yer alan tümörlerde memebaşı içeri çekilebilir(deri retraksiyonu). Deri retraksiyonu başlangıçta hasta normal durumda iken görülmeyebilir; ancak kollar yukarıya kaldırıldığında ya da öne doğru eğilince ortaya çıkabilir. Deri retraksiyonunun varlığı memedeki kitlenin, çok büyük olasılıkla kanser olacağına işaret eder.

Bir memenin diğerinden anormal şekilde sarkık olması: Bazen tümör memede asimetri

yaratabilir ya da gözle farkedilebilecek bir boyuta ulaşabilir.

Üst kolda anormal şişlik: Lenfler tıkanınca lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

Meme Kanserinde Erken Tanının Önemi ve Korunma: Yaşam beklentisinin giderek arttığı günümüzde, önemli sorunlardan biri yaşanacak sağlıklı yılların süresinin ve kalitesinin nasıl artırılacağıdır(60). Bir kadının yaşantısında başına gelebilecek en yıkıcı ve stresli olaylardan biri, serviks ve meme ca. olduğunu öğrenmek olabilir. Çünkü kadının önemli organları olan serviks ve meme kaybının kadında bırakacağı kötü izleri düşünerek bu alanlarla ilgili erken tanıya her geçen gün biraz daha önem verilmektedir(22). Meme ca., prognozu iyi olan kanserlerdendir, ancak burada da erken teşhis hayati öneme sahiptir. Eğer tümör erken evrede ve bölgesel lenf nodları tutulmadan yakalanabilirse 10 yıllık sağkalım %70'lerde iken, daha ileri evrelerde bu oran %20-30'lara gerilemektedir(61). Dışardan görülebilen bir organda olması, erken tanı ile kolayca tespit edilebilmesi ve tespit edildiğinde tedavi edilebilir olması meme ca. için bir şans sayılabilir(62). Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşam biçimindeki değişiklikler, tanı testleri, tarama programları ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme ca. insidansında artışa neden olmaktadır. Meme ca. tehdidinin azaltılmasında her toplumun kendi içinde meme ca. risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir(2,63).

Birincil Koruma: Kansere hazırlayıcı risk olduğu bilinen maddelerden korunmayı hedefleyen çalışmalara birincil koruma denir. Bu kanser yapıcı faktörlerden kaçınma, yaşam tarzının değiştirilmesi, bireysel tercih ile sağlanabilir(64,65). Meme ca. ile toplumsal düzeyde mücadele etmek için önerilen ve etkinliği kanıtlanmış bir birincil korunma yöntemi yoktur, yani meme kanserinin ortaya çıkmasını önlemek üzere topluma yönelik uygulanacak bir program bulunmamaktadır(41,62)

İkincil Koruma: Başlamış olan karsinogenez sürecini henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan saptamak üzere topluma yönelik programlarla kadınların aralıklı olarak KKMM yapmalarının sağlanması, sağlık personeli tarafından aralıklı KMM yapılması ve memenin aralıklı mamografi ile incelenmesi gerekmektedir(9). KKMM meme ca.'nin erken tanısında tek başına yeterli olmasa bile kadınların kendi sağlığından sorumlu olma, meme dokusunu tanıma ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsemelerinde etkili olacağından önemlidir. Tarama sağlıklı nüfusun genelinde basit testler kullanılarak hastalığı olan bireyleri belirlemek amacıyla kullanılır(66). Topluma yönelik mamografi taramalarının, meme kanserinin mortalite hızını %30 kadar düşürdüğü gösterilmiştir. Topluma yönelik meme ca. taramaları yapılması uluslararası kurumlar tarafından ülkelere önerilmektedir(30,41,62). Amerikan Kanser Derneği, 40 yaşından önce mamografi tarama programına sadece meme ca. yönünden risk faktörü taşıyan kadınların alınmasını önermektedir. T.C. SB Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 2004 yılında yayınlanan "Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar" kılavuzunda hedef kitle 50-69 yaş grubu olarak alınmış ve taramaların iki yılda bir yapılması planlanmıştır(30).

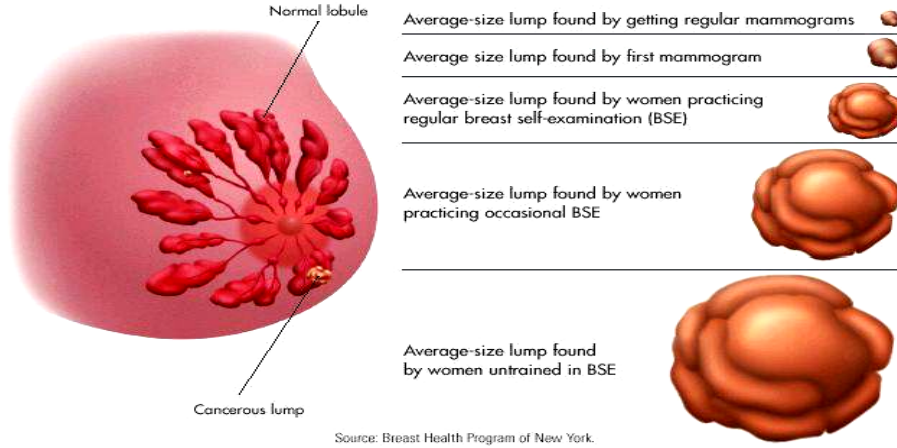
Üçüncül Koruma:Klinik belirti veren hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonların önlenmesini içerir. Bu düzeydeki bir koruma medikal rehabilitasyonu ve sosyal rehabilitasyonu kapsamaktadır. Amaç erken dönemde komplikasyonları önleme, ağrının giderilmesini ve yaşam süresinin uzatılmasını sağlamaktır.

2.3.4.MEME KANSERİNDE TANI YÖNTEMLERİ

Erken tanı için temelde önerilen bir birini tamamlayıcı üç yöntem vardır.

• Kendi kendine meme muayenesi(KKMM) • Klinik meme kontrolleri(KMM) • Mamografi

Kendi Kendine Meme Muayenesi: Son yıllarda artan meme ca.'ne karşı kadınları bilinçli hale getirmek ve sağlığı geliştirme davranışlarını kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla KKMM öğrenmelerini ve uygulamalarını sağlamak oldukça önemlidir. Kadınlar meme ca.'ni genellikle medya ya da yakınlarının meme ca. olması sebebiyle araştırarak bilgili sahibi olmaktadır(14, 41). AJCC, semptomsuz kadınlara yönelik olarak KKMM, 20 yaşından sonra her bayanın ayda bir yapmasını önermektedir. KKMM basit, kısa sürede yapılabilen ve maliyeti olmayan bir uygulama olmasına karşın, pek çok kadın tarafından ya düzensiz olarak yapıldığı ya da yapılmadığı bilinen bir gerçektir(14,41,63,67). Her ay düzenli yapılan KKMM, kadınların normal meme dokusunu tanımalarını sağlamakta, kadınların farkındalığını, dokusal hassasiyetini, yumru tespit becerilerini ve bulunan küçük tümör sayısını artırmakta, tarama programlarında önerilmektedir(1,39,67,68,69).



Şekil 10. Mamografi ve KKMM ile bulanabilecek tümör boyutları

KKMM Ne Zaman Yapılır? Kadın âdet görüyorsa âdetin başlangıcından 7-10 gün içinde (33), emziren anneler her ayın belli gününde emzirmeyi takiben meme boşaldıktan sonra, adet görmeyen veya menopozda olanlar ise her ayın aynı günü yapmalıdır(18).

KKMM'nin etkinliği net olarak ispatlanmamış olmasına rağmen çok geniş bir şekilde pratikte uygulanmaktadır. Ancak ne sıklıkta, kimler tarafından, hangi kimlere öğretildiği belli değildir. Ayrıca doğru olarak yapıлып yapılmadığı, hangi branştaki hekimlerin bu konuya önem verdiği, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin nasıl etki ettiği, ülkelere ve bölgelere göre farklılıklar gösterebilmektedir(40).

Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi:

* KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20 - 39	KKMM*	Her Ay
	Klinik Muayene	3 Yılda Bir
40 - 49	KKMM*	Her Ay
	Klinik Muayene	Her Yıl
	Mamografi	1 - 2 Yılda Bir
50 Yaş ve Üzeri	KKMM*	Her Ay
	Klinik Muayene	Her Yıl
	Mamografi	Her Yıl

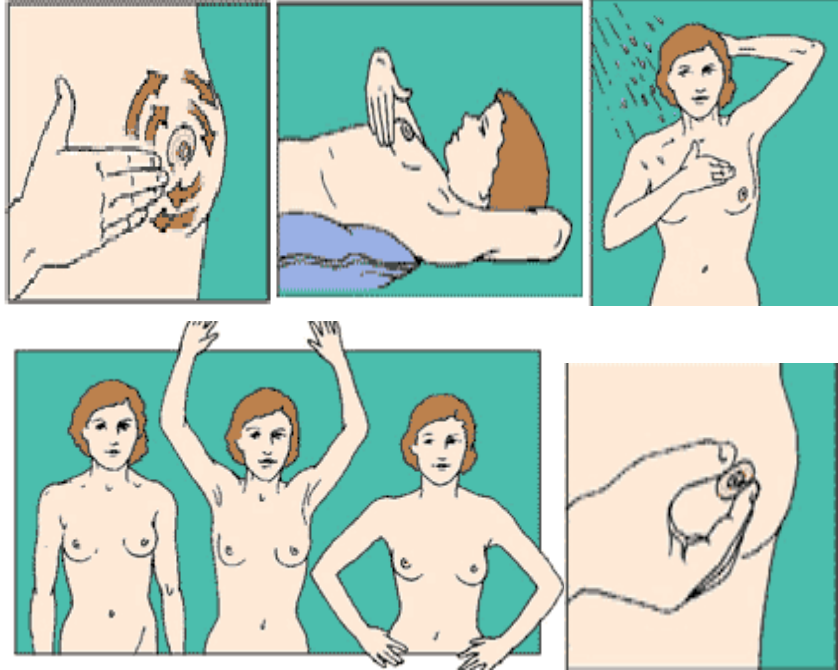
Şekil 11: Meme Kanseri Tarama Rehberi

KKMM Nasıl Yapılır?

- Ayna karşısında ayakta,
- Yatarken,
- Duşta yapılabilir.

Muayenenin 2 bölümü vardır: Gözle inceleme ve elle muayene

Gözle inceleme: Ayna karşısında yapılmalıdır. Memenin kendisi ve meme başları, koltukaltları ve meme altı bölgeleridir. Aynı gözlemi kollarınızı yukarı kaldırdıktan sonra veya her iki kolunuz başınızın arkasındayken tekrarlayın.



Şekil 12: Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Şekilleri⁽¹¹⁶⁾

Bu sırada memeler, meme başları ve koltukaltı bölgelerine bakın. Koltukaltlarında kabarıklık olup olmadığına dikkat edin.

Her iki kolunuz serbestçe yanlarda, omuzlar dik olacak şekilde ayna karşısına geçiniz. Önden ve her iki yana dönerek memelerin büyüklüğüne, simetrisine, derinin rengine, şekline, meme

başlarına meme altı bölgelere, koltukaltlarına bakın, iki meme aynı büyüklükte olmayabilir. Bu normal bir bulgudur(70). Ellerinizi belinize, leğen kemiklerinin üzerine kuvvetle bastırın. Omuzlarınızı hafifçe çıkararak öne doğru eğilin. Önden ve her iki yandan göğüslerinize bakın. Deride, çekinti, çökme olup olmadığına dikkat edin. Meme derisinde çekinti, deride portakal kabuğu görünümü; kızarıklık; memelerden birinde büyüme; meme başlarında çökme ve kepekli lezyonlar olup olmadığına dikkat edin.

Elinizin üç orta parmağının yastık bölümleriyle, küçük dairesel hareketler çizerek baskı şiddetini hafiften kuvvetliye doğru artırarak muayeneye başlayın. Sağ meme için sol, sol meme için sağ elinizi kullanınız. Göğsünüzün tümünü yoklayarak muayene edin. Aynı muayeneleri diğer göğsünüzde tekrarlayın. Köprücük kemiğinin altından başlayarak, tüm meme bölgesini muayene edin. Elinizi kaldırmadan kaydırarak birbirine paralel dikey çizgiler çizerek veya köprücük kemiğinin altından başlayarak saat ibresi yönünde giderek içice geçen daireler çizerek veya meme başında sonlanan oklar şeklinde tüm memenizi muayene edin.

Elinizin başparmak ve işaret parmakları arasında meme başını hafifçe sıkarak akıntı olup olmadığını kontrol edin.

Yatarken elle muayene: En rahat muayene şeklidir. Sırtüstü yatarak yapılabilir. Memenin kendisi ve memebaşları, koltukaltları ve meme altı bölgeleridir. Muayene edeceğiniz taraftaki omuz altına küçük bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirin. Aynı taraftaki kolunuzu başınızın üstüne koyun. Diğer elinizin 3 orta parmağının yastık bölümleriyle dairesel hareketler çizerek ve baskı şiddetini hafiften kuvvetliye doğru artırarak muayeneye başlayın. Kolunuzu yana koyun, diğer elinizle koltukaltı bölgesini muayene edin. Diğer elinizin baş ve işaret parmakları arasında memebaşını sıkarak akıntı olup olmadığını kontrol edin. Aynı muayeneleri diğer göğsünüzde tekrarlayın. Aynı muayeneleri diğer göğsünüzde tekrarlayın(70). Meme başlarında tekrarlayan, inatçı, deri değişiklikleriyle birlikte olan yanma ve acımlar kanserin çok erken habercisi (Paget hastalığı) olabilir.

Klinik Meme Muayenesi: Klinik meme muayenesi (KMM), uzun yıllardır meme ca.'nin erken dönemde tanınması için önerilen tarama yöntemlerindendir(67). Klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında, meme ca.'nin belirlenme oranını %5-20 oranında artırmaktadır(69,71). Ayrıca KMM, mamografi ile belirlenemeyen tümörleri de (elle muayene ile hissedilebilen tümörler) belirleyebilmektedir. Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır. AJCC ise, 20'li yaşlardan itibaren KMM'ni periyodik sağlık muayenesinin bir bölümü olarak her üç yılda bir kez; 40 yaşından itibaren yılda bir kez yaptırılmasını önermektedir. Ülkemizde, 20-64 yaş arasında yılda 1 kez; 65-70 yaş arasında 2 yılda bir kez KMM yaptırılması önerilmektedir(67). 1992 Kanada Meme Kanseri Tarama Çalışması'nda KMM ve mamografinin karşılaştırmalı maliyeti 1'e 3'tür. Ancak, bu oran gereksiz biyopsi çok daha büyük gizli maliyeti, uzman personel eğitimi, kalite kontrol

ve mesleki akreditasyon için programlar, yüksek binalar da dahil olmak üzere sermaye kalemlerinin maliyetleri daha büyük maliyet tutar. İkisi de eğitimli hemşireler tarafından uygulanması durumunda, bu oran KMM ve KKMM eğitimi için daha uygun olabilir(69).

Mamografi: Mamografi; erken tanıda en başarılı görüntüleme yöntemi olmanın yanı sıra ucuz, kolay uygulanır ve kolay erişilebilir olma özellikleri ile tarama için en uygun yöntemdir. Mamografi için en ideal çekim zamanı menstürasyon sonrası dönemdir(36). Mamografi, meme ca.'ni palpabl olmadan 2 yıl önce belirlemektedir. Meme yağlanması yeterli 25 yaşındaki bir kadında da gerekirse mamografi yapılabilir(36). Mamografi ile meme ca. taramasının meme ca.'nden kaynaklanan ölümleri azaltmada etkin olduğuna dair dikkate şayan deliller vardır(16,67). Mamografi 50-69 yaş arasındaki kadınların %20-35, 40-49 yaş arasındaki kadınların %20 oranında meme ca.'nden ölüm riskini azaltmaktadır(17). Meme ca.'nin prognozunda tümör çapı ve aksiller lenf nodu tutulumu en önemli parametredir. Gelişmekte olan ülkelerde, meme ca. vakaları sıklıkla ileri evrede tanılanırken, Kuzey Amerika'da meme kanserli kadınların büyük bölümü evre 0 ve I'de tanılanmaktadır(14). Kanser teşhisini koyma ihtimali ilk mamogram için en yüksek olup, 1000 mamogramda 6-29 olarak bildirilmiştir. Takip taramalarda bu olasılık azalarak 1000'de 1-3'e düşmektedir(30). Rutin mamografi radyasyon açısından kümülatif risk oluşturmaktadır. On yıllık bir süre içinde yıllık mamografi çektiren menopoz öncesindeki kadınlar her meme için yaklaşık toplam 10 rad radyasyona maruz kalmaktadır(67,69). Meme sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin meme ca. tarama yöntemlerine ilişkin yeni önerileri bilmesi ve kadınları KKMM ve KMM yanı sıra, mamografinin yararı ve riskleri konusunda da bilgilendirmesi önemlidir(67).



Şekil 13: Mamografi Çekimi

2010 yılı içinde önemli bir sağlık otoritesi olan Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Servisi(ABDKHS), mamografi taramasına ilişkin önerilerinde değişiklikler yapmıştır. Buna göre, mamografinin pek çok sağlık otoritesi tarafından 40 yaşından itibaren çektirilmesi önerilir(41,47,72) iken, ABDKHS'nin yeni önerilerinde, 40-49 yaş arasında ve 75 yaş ve üstünde önerilmemekte; 50-74 yaş arasında iki yılda bir kez çektirilmesi önerilmektedir(67). İngiltere'de Avrupa'daki en yüksek meme ca. ölüm oranı 1988 yılında görülmüş ve bu nedenle tarama mamografisinin İngiltere'de 36 ay arayla çektirilmesi önerilmiştir(73).

T.C.Sağlık Bakanlığı, mamografinin 40-49 yaş grubunda sadece risk faktörü olanlarda yılda bir, 50 yaş üzerinde kadınlarda risk faktörü olsun veya olmasın, her yıl yapılmasını önermektedir(74).

Sonuç olarak Tarama Mammografinin Avantajları:

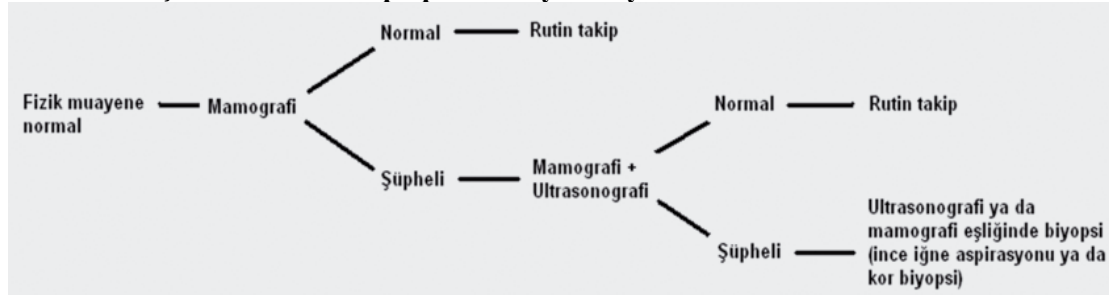
1. Mortaliteyi azaltır
2. Meme koruyucu cerrahi oranı artar
3. Sistemik tedavi oranı azalır
4. Kanser fobisine bağlı anksiyeteyi azaltır(36).

Dezavantajları:

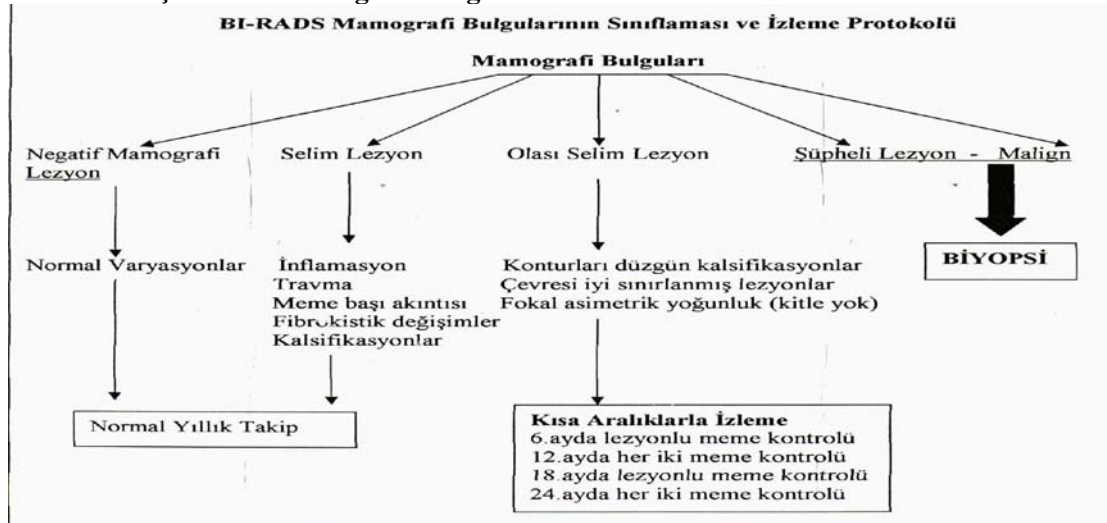
1. Gereksiz biopsi oranı artar
2. Gereksiz diagnostik işlemlerin sayısı artar
3. Radyasyon oranı artar(36).

Mamografi riski: Son yıllarda, mamografi ile tarama programlarının yaygınlaşması sonrası meme ca. tanısında bir artış gözlemlendi; rutin mamografiden alınan radyasyonun, meme ca.'nin başlangıcında ve ileri dönemlerinde kümülatif risk yarattığı; mamografi sırasında basınç altında kalan/sıkışan memedeki kılcal damarların çatlayarak malign hücrelerin yayılmasına neden olabileceği bildirilmektedir(69). Meme ca.'nde tümör çapı, aksiller tutulum gibi iki önemli parametre en önemli faktörlerdir. Tümör çapının prognostik önemi, mamografi kullanılmaya başlamadan çok önce anlaşılmıştır. Mamografinin kullanılmaya başlaması küçük meme kanserlerinin, mammografi kalitesinin artmasıyla mikroskopik invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan önce tespit edilebilmesine imkan vermiştir.

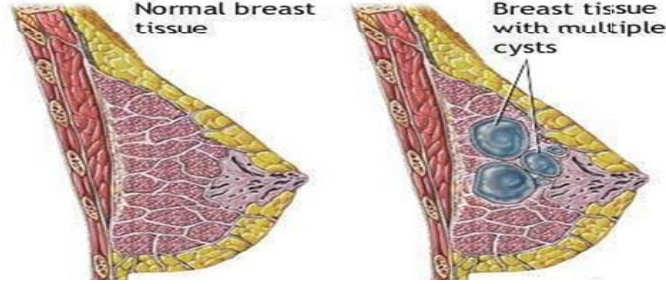
Şekil 14: Memede palpe edilmeyen lezyonlarda tanı basamakları⁽¹¹⁵⁾



Şekil 15: Mamografi Bulgularının Sınıflaması Ve İzleme Protokolü



Meme Kitlelerine Yaklaşım: Radyolojik bulgular ne olursa olsun meme kitlelerinde kesin tanının tek yolu histopatolojik incelemedir. Radyolojik incelemeler yoruma açıktır ve kesin değildir(37). Yumuşak kıvamlı, hareketli, etrafa yapışık olmayan kitleler genellikle kanser dışı nedene bağlıdır. Meme kitleleri; Kist, fibroadenom, lipom, lenf nodu, kanser, meme enfeksiyonu (mastit), meme apsesi, yağ nekrozu, sklerozan adenozis'e bağlı olabilir.



Şekil 16: Memede kitle görünümü

Meme kanserinde tanı anemnez, fizik muayene, mamografi ve biyopsi yardımıyla konur.

-Anamnez: Yaş, ailenin sağlık öyküsü, menarş yaşı ve düzeni, menapoz yaşı, doğum yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar v.b. anemnezde alınır.

-Fizik muayene

İnspeksiyon: Memelerin büyüklüğü, simetrisi, üzerinin ve kenarlarının görünümü, deride renk değişikliği, retraksiyon, ödem, ülserasyon ve meme başlarına bakılır.

Palpasyon: Hasta önce oturur sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Kitle hissedildiğinde, kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilir. Aksiller ve subraklaviküler lenf nodlar muayene edilir.

-Sitoloji: Meme başından gelen akıntıdan habis hücre aranmasıdır.

-Ultrasonografi: Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasına yardımcıdır. Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeni ile palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar, biyopsi alanını belirler, aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulamayan primer lezyonu bulmaya yarar.

-Biyopsi: Meme hastalıklarında kesin teşhis biyopsi ile konur. Memede her palpe edilen kitlede, meme başından devamlı akıntı varlığında (gebelik ve laktasyon dışında) yapılmalıdır.

Günümüzde meme lezyonları için kullanılan biyopsi yöntemleri;

- İğne Aspirasyon Biopsisi (İAB)
- Core biyopsi
- İnsizyonel biyopsi
- Eksizyonel biyopsi
- Tel ile işaretleme yolu ile eksizyonel biyopsisidir(57).

Tanıda yeni teknikler: Dijital mamografi, klasik mamografide olduğu gibi X-ışınları ile çalışır, görüntü filmde değil bilgisayar ortamında oluşturulur. Bu yöntemlerden en yaygın kullanılanı, yüksek çözünürlüklü ultrasondur. Diğer bir yöntem ise Magnetik Rezonans(MR) sıklıkla daha muğlak mamografi ve ultrason bulguları değerlendirmek için kullanılır(75). Bir başka yöntem

ise radyo aktif madde enjekte edilerek yapılan sintimamografidir. Radyo aktif maddeler, en hızlı hücre çoğalması olan yerlerde toplanacağından tümörlü yerler belirlenebilmektedir(50).

Histopatolojik klasifikasyon ve grade: DSÖ'ne göre meme tümörleri 6 gruba ayrılmıştır. En sık görülenleri epitelyal tümörlerdir. Malign epitelyal tümörlerin 3 subtipi vardır; noninvazif, invazif, Paget hastalığı. Daha sonra inflamatuvar karsinoma gelir ki 5 yıllık sürvi % 11 'dir. En sık görülen kanser invazif ductal karsinomadır. En kötü prognoz bundadır. 5 yıllık sürvi % 59'dur, medullar kolloid ve colloid subtiplerin daha iyi prognozu vardır. Tümör hücrelerinin diferansiyasyonuna göre de sürvi tahmini yapılan sistem vardır(57).

Buna göre 20 yıllık yaşam: Grade 1 (iyi diferansiye) : % 49
Grade 2 (orta derece diferansiye): % 29 Grade 3 (kötü derece diferansiye) : % 21

Meme Kanserinin Evrelendirilmesi(Tümör Lenf Nodu Metastaz sistemi): Kanserin evrelendirilmesi amacı ile TNM sistemi geliştirilmiştir.

Şekil 17: Meme Kanserinin Evrelendirilmesi(50).

TX Tümörün boyutu belirlenememiştir.
T0 Tümör belirtisi yok.
Tis Kanser LCIS, DCIS ya da Tümör olmayan meme başının Paget Hastalığı türündendir.
T1 Tümör en büyük çapında 2cm ya da daha azdır.
T2 Tümör en büyük çapında 2 ila 5cm arasındadır.
T3 Tümör en büyük çapında 5cm den daha büyüktür.
T4 Tümörün büyüklüğü önemsenmeksizin, tümörün kendisini göğüs duvarına yapıştırdığı ya da göğüs duvarındaki lenf bezlerine yayıldığı durumlarda kullanılır.
NX Lenf bezlerine yayılım belirlenememiştir (Örneğin lenf bezleri önceden alınmış olabilir).
N0 Kanser lenf bezlerine yayılmamıştır.
N1 Kanser yeri sabit olmayan lenf bezlerine yayılmıştır. (Tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta)
N2 Kanser yeri biri birilerine göre ya da koltuk altında bulunan diğer organlara göre sabit olan ve tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan lenf bezlerine yayılmıştır.
N3 Kanser tümörün bulunduğu göğüs ile aynı tarafta bulunan mamary ya da supracavicular lenf bezlerine yayılmıştır.
MX Kanserin metastaz yapıp yapmadığı belirlenememiştir.
M0 Kanser diğer/uzak organlara yayılmıştır.
M1 Kanser diğer/uzak organlara yayılmıştır

Klinik Evre I:T1N0M0-T2N0M0

Klinik Evre III: Herhangi bir T ve N,M0

Klinik Evre II:T1N1M0-T2N1M0

Klinik Evre IV: Herhangi bir T ve N,M(50).

T. Tümörün Boyutu: T ve ardından gelen 0 ila 4 arasındaki rakam tümörün boyutunu ve deriye ya da göğsün altında bulunan göğüs duvarına yayılıp yayılmadığını belirtir. T'nin ardından gelen rakamın büyük olması daha büyük ve daha yaygın bir tümörün göstergesidir.

N. Lenf Bezleri: N ve ardından gelen 0 ila 3 arasındaki rakam kanserin memeye yakın lenf bezlerine yayılıp yayılmadığını ve eğer yayıldıysa bu lenf bezlerinin vücut içi diğer yapılara göre sabit lenf bezleri olup olmadığını gösterir. N' nin ardından gelen rakamın büyüklüğü daha fazla lenf bezine yayılmayı belirtir.

M. Metastaz: M ve ardından gelen 0 ya da 1 ile gösterilir. M1 olması durumunda kanser metastaz yapmıştır yani diğer/uzak organlara yada göğse yakın olmayan lenf bezlerine (köprücük kemiğinin üstünde olan lenf bezleri gibi) yayılmıştır.

2.3.5.MEME KANSERİ TEDAVİSİ

Meme ca. tanısıyla tedavi edilen hastalarda nüks görülme riski hastalığın evresine ve sistemik tedavinin etkisine bağlıdır. Erken tanı ve sistemik tedaviye rağmen nüks riski % 10-85 arasında değişmektedir. Meme ca.'nin tedavisinde en çok cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca kemik iliği nakli veya kök hücre nakli ve immunoterapi de uygulanmaktadır. Tedavi, başlıca lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavide amaç tümörün kendisinin ortadan kaldırılmasıdır; bunun için cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulanmaktadır. Sistemik tedavinin amacı meme dışına yayılmış kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır; bu amaçla kemoterapi, hormonal tedavi ve immunoterapi uygulanmaktadır(50).

Cerrahi Tedavi: Meme ca.'nin İsa'dan 3000 yıl önce, İmhotep'e ait papiruslarda, koterizasyon yönteminin kullanıldığını gösteren kayıtlara rastlanmıştır. Sir James Paget, 1867'de meme ca. nedeni ile lokal tümör eksizyonu yaptığı hastaların yaşam sürelerinin çok kısıtlı olduğunu, 8 yıldan daha uzun bir süre yaşayabilen hastasının bulunmadığını belirtmiştir(57).

1-Meme koruyucu ameliyatlar: Memenin tümünün alınmadığı tümörün çıkarıldığı ameliyattır. **Lumpektomi:** Normal meme dokusu ile çevrili kanserli dokuyu içerecek şekilde memenin bir kısmının çıkarılmasıdır. Genellikle bu işlem sonrasında yaklaşık olarak 6 hafta süren radyoterapi uygulanır

Parsiyel mastektomi: Memenin dörtte birinin veya daha fazlasının kanserli dokuyla birlikte çıkarılması işlemidir. Bu operasyon sonrasında genellikle 6-7 hafta kadar süren radyoterapi uygulanır.

2-Mastektomi:

-Basit mastektomi: Bu yöntemde meme dokusunun tamamı çıkarılır fakat, koltukaltı lenf bezleriyle meme dokusu altındaki kas tabakasına müdahale uygulanmaz.

-Modifiye radikal mastektomi: Meme ca.'nde en yaygın yapılan ameliyat türüdür. Meme dokusunun tamamıyla birlikte koltukaltı lenf bezlerinin bir kısmı çıkarılır.



Şekil 18: Modifiye Radikal Mastektomi Görünümü

-Radikal mastektomi: Daha önceleri çok sık olarak kullanılan bu yöntemde, meme dokusunun tamamı, koltukaltı lenf bezleri ile beraber meme dokusu altındaki göğüs duvarının kasları da

alınır. Günümüzde bu girişimin yerini benzer etkinlikte ve daha az yan etkiye sahip olan modifiye radikal mastektomi almıştır.

Evre I ve II 'de hastalık henüz memededir ve yüksek oranda iyileşme şansı vardır. Burada hastanın durumuna, tümörün büyüklük ve yerine göre modifiye radikal mastektomi ve basit mastektomi gibi büyük ameliyatlar yapılabileceği gibi lumpektomi ya da kısmi mastektomi gibi sınırlı ameliyatlarda yapılabilmektedir. Evre III 'te daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi yapılır. Evre IV 'te ise metastazlar olduğu için tedavi büyük ölçüde kemoterapi ve hormonoterapiye dayanır. Memedeki tümöre radyoterapi uygulanabilir ya da mastektomiyle uzaklaştırılabilir

Kemoterapi: Kemoterapötik ilaçlar, genellikle intravenöz veya oral uygulanmaktadır. Kan dolaşımına geçen ilaçlar, vücudun diğer kısımlarına dağılarak etkilerini gösterirler. Kemoterapi, cerrahi tedaviden sonra verilirse adjuvant kemoterapi olarak isimlendirilir. Burada amaç, vücuda yayılmış olması muhtemel kanser hücrelerinin ortadan kaldırılarak hastalığın tekrarlama riskinin azaltılmasıdır. Kemoterapi ayrıca, ilk tedaviden sonra veya tanı anında yaygın hastalığı bulunanlarda uygulanmaktadır(50).

Kemoterapinin ilk aşamasında genellikle cyclophosphamide, methotrexate, fluorouracil, doxorubicin(Adriamycin),epirubicin ve paclitaxel(taxol) adlı ilaçların özel karışımları kullanılır.

Radyoterapi: Radyasyon tedavisi ameliyat sonrası göğüste, göğüs duvarında veya koltuk altında kalmış olabilecek kanser hücrelerini öldürmekte kullanılabileceği gibi, ameliyat öncesinde ameliyatta alınacak olan tümörün boyutunun küçültülmesi amacıyla da kullanılabilir(50).

Hormonal Tedavi: Yapılan testler sonucu kanser hücrelerinde östrojen veya progesteron hormonları için algılayıcılar bulunan kadınlara, östrojenin bu hücreler üzerindeki etkilerini durdurucu ilaçlar önerilebilir. Bu amaçla günümüzde en yaygın olarak kullanılan ilaç tamoxifen'dir. Araştırmalar göstermiştir ki, tamoxifen meme ca.'nin yıllık yenileme riskini %26, yıllık ölüm oranını %14 oranında düşürmektedir.

Kimyasal Korunma: Kimyasal korunma (Chemoprevention=CP), malignite (epitelyal bazal membran invazyonu) oluşmadan kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır. Örneğin serbest radikaller ile oluşan DNA harabiyetinin önlenmesi, epitelyal hücre proliferasyonunu baskılamak ve epitelyal hücre farklılaşmasını arttırmaktır. CP ajanları uzun süre kullanmak gerekmektedir; bundan dolayı toksisiteleri çok düşük olmalıdır. Meme ca. kimyasal korunmasında bugün üzerinde araştırma yapılan iki ajan vardır: Fenretinid (4 hidrosifenil retinamid, 4HPR) ve Tamoksifen.

2.3.6.MEME KANSERİNDE HASTA TAKİBİ VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Meme tedavisi hemşireleri, danışmanlar ve diğer destek personeli ile birlikte çalışan ve sadece bu işle uğraşan cerrah, radyolog ve patoloğların bulunduğu bu merkezler meme ca.'ne

yakalanmış kadınlara gereken bakımı sunarlar(15).

Araştırmalar, meme kanserli hastaların birinci derece akrabalarının, meme kanserli hastanın deneyimlerini paylaştıklarını, kendilerini de risk altında kabul ettiklerini göstermiştir. Kadınların meme ca. nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme ca.'nin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Birey ve ailenin meme ca.'nin getirdiği stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırmak için bilgi ve destek oldukça önemlidir. Bu nedenle meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarına bilgi verme ve sorunlarla baş etmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire, bu kadınlar için bir bilgi ve destek kaynağı olarak hareket edebilir. Yüksek riskli kadınlar, sağlıklı bir toplum oldukları için girişimler eğitim ve psikososyal destek, taramanın sağlanması, anksiyetenin yönetilmesi ve tedavi seçeneklerine ilişkin karar verme sürecinide içermektedir. Hemşireler, meme ca. riski yüksek kadınların gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasıyla kadınların riski daha doğru anlamalarına yardımcı olabilir, güven vererek rahatlatılabilir, bakımlarına ilişkin memnuniyet sağlayabilir. Ayrıca bu kadınlara verilen danışmanlık, onların tarama rehberlerine uyumunu ve meme ca. riski nedeniyle yaşadıkları anksiyeteyi azaltabilir(45).

Meme Bakım Hemşiresinin Roller: Meme bakım hemşireleri tedavide en iyisini seçme ve karar verme sürecinde kadınlara yardımcı olmada önemli rol oynamaktadır.

Meme bakım hemşiresinin diğer rolleri:

- Tanıdan, tedavi ve rehabilitasyona kadar her dönemde bilgi, eğitim ve destek vermek,
- Kanserli kadınların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin farkında olup destek olmak,
- Cesaretlendirmek,
- Kadınlara uygun bakım için diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği halinde çalışmak,
- Hastaları gereksinimi olan birimlere yönlendirmek,
- Klinik değerlendirme yapmak,
- Multidisipliner ekibin bir parçası olmak,
- Liyezon hemşireliği yapmak,
- Danışmanlık yapmaktır(76).

Danışmanlık şu alanları içermektedir:

- Meme ca. tanısının anlamı,
- Tedavi seçenekleri ve karar verme,
- Meme ca. tedavi sürecinde (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi) gelişebilecek semptomların önlenmesi, erken tanınması ve yönetimi,
- Onkoplastik meme cerrahisi hakkında bilgi ve destek sağlama,
- Ameliyat sırası ve sonrasında meme rekonstrüksiyonu,
- Evlilik ve cinsel ilişki,
- Sosyal destek,

- Meme ca. tedavisinin diğer aile üyeleri üzerindeki etkisi,
- Evi, işi, sorumlulukları ve ailevi/evle ilgili yardım,
- İş ve profesyonel yaşam,
- Mali konular sağlık ekibinden beklentilerdir.

Destekleyici bakım, hastalığın tüm evrelerindeki gereksinimlerin tanılanması, kanıta dayalı girişimlerin uygulanması, hassas ve esnek bir tutum içinde psikolojik destek verilmesi ve iyi bir iletişimi içermektedir. Meme bakım hemşireliği rolü içinde destekleyici bakım girişimleri, kadınların yaşam kalitelerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu destekleyici rol; meme bakım hemşiresinin, meme kanserli hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel, kültürel ve manevi gereksinimlerini tanımlama yeteneklerini yansıtmaktadır(76).

Mastektomide Psikoloji ve Psikososyal Bakım: Hastalık tıbbi açıdan öncelikle fizyopatolojik-organik süreçleri içerir, hasta için ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok soyutlu bir olgudur; bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Çağdaş tıp kavramsal ve klinik açıdan insan varlığına ve hastalıklara biyolojik, ruhsal ve sosyal bütünlüğü içinde ele alıp çözüm üretmek durumundadır. Hastayı bir bütün olarak anlamadan hastalığı ve tepkileri anlayamayız. Her fiziksel hastalık, cerrahi ve kanser ile ilgili tedaviler gibi meme ca. ve mastektomi uygulaması da kişide zorlanma yaratan ve psikososyal krize yol açan bir durumdur. Bir bölge ya da vücut organından öte, bir bireyin tedavi edildiği bir durumdur.



Şekil 19: Mastektomi Görünümü⁽¹¹⁴⁾

Organ Kaybı (Mastektomi) İle İlgili Stresler: Hastalık kişinin narşisistik bütünlüğünü tehdit eder. Yaşam amaçları bedensel-ruhsal özgüven zedelenir. Kayıp yaşantısına neden olur. Kişinin işlevlerini, imajını, kendi vücudunu algılayışını, ruhsal durumunu, çevre ilişkilerini etkiler.

- Ayrılık kaygısı (yakınlarından, çevreden)
- Yabancı ortam ve kişi(ler) korkusu
- Sevgi, ilgi, destek ve onay kaybetme korkusu (mastektomi-estetik kaygı)
- Narkoz anksiyetesi (ayrılık, ölüm korkusu)
- Temel işlevlerini, otonomisini, vücut denetimini, yeterliliğini kaybedeceği endişesi
- Vücut organ ve bölümlerinin hasar göreceği, kaybolacağı endişesi (kastrasyon anksiyetesi)
- Suçluluk ve cezalandırılma endişeleri (özellikle içki-sigara kullanımı veya kendince

çelişkili cinsel işlevler söz konusu ise)

Bu tür kaygılar yaşayan bir hastada çeşitli davranışsal ve emosyonel tepkiler gelişir. Böyle bir girişimin pre-operatif, operatif ve postoperatif dönemlerin herbirinin kendilerine özgü psikiyatrik ve psikososyal sorunları vardır. Bu hastalarda ortaya çıkma potansiyeli yüksek olan psikiyatrik müdahale ve işbirliği gerektiren sendromlar ve tablolar şöyle özetlenebilir:

- Delirium (özellikle post-op dönemde)
- Psikotik reaksiyon
- Depresyon
- Kaygı bozuklukları
- Olumsuz savunma düzenekleri ve uyum güçlükleri (inkar, tedaviyi reddetme)
- Ameliyata ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, hazırlanması olası psikolojik güçlüklerin önceden belirlenip giderilmesi
- Hastalığın seyrini, hastanın uyumunu, tedaviye cevabını olumsuz etkileyen emosyonel reaksiyonların (anksiyete, depresyon, korku...) tanı ve başedilmesi
- Hastalığın seyrinde ortaya çıkabilen bağımlılık, inkar, hostile tutumlar, intihar girişimi gibi sorunlarla başetme
- Gerektiğinde aile ve çevre ilişkilerine yönelik düzenlemeler
- Hastane ortamının terapötik kılınmasına yönelik katkı
- Hasta bakım ve tedavisinde hasta-aile-tedavi ekibi üçgeninde ortaya çıkan ilişki ve iletişim sorunlarını çözümlenmesi
- Tedavi ekibinin hastayı ve hastalığın psişik boyutunu anlamasına yardımcı olmak
- Tedavi ekibi ile çatışma, işbirliğinde aksama, tıbbi bakım ve tedaviye uyum güçlüğü
- Uygun tıbbi tedaviye rağmen yakınmaların devam ediyor olması
- Öyküde psikiyatrik rahatsızlık oluşu
- İlaç-tetkik yan etkisi
- Tıbbi bakım ve tedaviyi aksatan kişilik sorunlarının çözümlenmesi
- Uyku, gıda alınımına ilişkin sorunlar, kronik ağrı
- Tıbbi bakım ve tedaviyi bozan alışkanlıklar (yemek yeme bozukluğu, alkol-tütün kötü kullanımı)
- Fiziksel hastalığa bağlı ya da tedavi sürecinde ortaya çıkan psikoseksüel sorunlar, vücut imajına ilişkin güçlükler

Mastektomiden sonraki ilk haftalarda ortalama %32 oranında depresyon, %30 oranında kaygı bozukluğu, %46 oranında cinsel güçlükler bildirilmiştir. Mastektomiden bir yıl sonra ortalama %20 oranında depresyon, %10 oranında kaygı bozukluğu, %38 oranında cinsel güçlükler bildirilmiştir. Kuşkusuz ortaya çıkan psikiyatrik sorunlar hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabını, hastalığın seyrini ve sürveyi olumsuz etkiler(36).

Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri: Kanserli hastalarda hastalığın ilerlemesi, tekrarlanması ya da belirsizliği, alınan ilaçların yan etkileri, beden ve benlik imajında bozulma, hastalığın yol açtığı iş ya da evdeki rol kayıpları ve ilişkilerin kesintiye uğraması, bağımlı hale gelme veya şiddetli ağrı, acı yaşama ve ölüm ile ilgili korkular sık rastlanan sorunlardır. Ayrıca öfke, değersizlik, yaşamın anlamsızlaşması, yetersizlik, umutsuzluk gibi ruhsal sorunlar ile tedaviyi reddetme/uymama, krize yol açacak düzeyde iş ya da aile içi çatışmaların ortaya çıkması gibi sosyal sorunlar da yaşanmaktadır(6). Meme ca. olan özellikle genç yaştaki hastalarda kadınlığın sembolü olan meme kaybı ile birlikte, kadınlığı algılamaları değişmekte, kilo kaybı/kilo alma ve saç kaybı da oluşunca kendilerini çekici hissetmemekte ve cinsel sorunlar yaşanabilmektedir(4,5). Özellikle meme ca. veya diğer jinekolojik kanser türleri genç yaştaki hastaların eşleri tarafından travmatik bir olay olarak algılanmakta, evlilik içi ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarında psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık hizmetlerinde aile içi çatışmaların çözümüne yardım, ailenin sosyal destek olarak kullanımının artırılması, aile içi duygu paylaşımı, yaşama anlam katma ve yeniden yapılandırılmada aile üyelerine yönelik uygulamaların önceliği ve önemi çok açıktır(77). Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. İlk tepkiler kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlardır. İleri yaş grubundaki kadınların genç hastalara göre daha az cinsel problem yaşadıkları bildirilmiştir(78,79).

Psikolojik sorunlar: Anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, yaşama isteği, ölüm korkusu

Beden imajı, benlik algısı ve cinsellikle ilgili sorunlar: Beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, over eksikliği, erken menapoza girme, hormonal bozulma ve cinsel sorunlar

Fiziksel uyum sorunları: Enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri

Aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar: Sosyal geri çekilme, sosyal izolasyon, sosyal rol ve etkileşimlerde değişiklikler, damgalama (stigma)

Mesleki ve ekonomik sorunlar: Meme ca. kadınların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar genel olarak, sağlık sigortası veya güvencesi, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma ve iş ayrımcılığı gibi problemlerdir. Tedavi döneminde hastalar izin alma, ücret yetersizliği, istenmeyen nakillerin olması, işteki yararlarının inkar edilmesi gibi problemlerle karşılaşabilmektedirler. Hastaların çalışma yaşamıyla ilgili olarak yaşadıkları diğer zorluklar ise bulantı, kusma, ağrı gibi hastalık belirtileri nedeniyle

çalışma yeteneklerinin azalması ve performans düşüklüğüdür(78).

2.3.7.MEME KANSERİNDE İYİLEŞME ve KORUNMA

Meme kanserinde iyileşmenin tarifi karmaşıktır. En sık kullanılan kavram istatistik iyileşmedir; bir hasta grubunda ölüm hızı, aynı yaş ve cins dağılımına sahip normal nüfusun tüm nedenlerden ölüm hızına eşit olduğunda hastalar istatistik olarak iyileşmiş sayılır. Bir birey için klinik iyileşme hastalığın tamamen ortadan kalkması anlamını taşır; bir grubun uzun süreli takipte meme kanserinden ölüm riski, genel nüfusta aynı yaş grubundaki kadınlardan farksız olduğunda, o grupta klinik iyileşme sözkonusudur.

Postmenopozal obez kadınlarda meme ca. mortalitesi de yüksektir. Kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, meme, prostat, kolon, endometriyum gibi pek çok kanser türleri, tip II diyabet, osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, solunum sistemi ile ilgili pek çok hastalık şişmanlıkla ilişkili olarak artış göstermektedir. Wynder ve Gori, erkeklerde görülen kanserlerin %40'ının nedenleri arasında diyete bağlı etmenlerin rol oynadığını; bu rakamın kadınlar için ise %60 dolayında olduğunu belirtmiştir. Willett, adölesan dönemde vücut ağırlığı ve enerji dengesinin pozitif yönde artışının meme ve kolon ca. açısından bir risk etmeni olduğunu ortaya koymuştur(55). Obezite, postmenopozal kadınlarda riski 2 katı arttırmaktadır; buna karşın premenopozda insidans obezlerde düşük, zayıflarda fazladır.

Bir kadının hayatı boyunca meme ca. olma riski %11'dir. İdeal olan meme kanserinden korunabilmektir; ancak kanser oluşmaların sadece %25'inde tanımlanmış risk faktörleri mevcuttur. Bu risk faktörlerinin önemli bir kısmı da kontrol edilebilir faktörler değildir. Bilinen en iyi korunma yöntemi bilateral mastektomidir. Bu anlamsız ve sakat bırakan yöntem belki riskin çok yüksek olduğu, örneğin herediter meme ca. hikayesi ve/veya biopsi ile memesinde prekanseröz lezyon saptananlara uygulanabilir. En kuvvetli risk faktörü olan yaşı önlemenin imkanı yoktur. Diğer önemli risk faktörlerinin başında ailesel yatkınlık, menstrüel özellikler, doğum ve sosyo ekonomik durum gelmektedir. Bu riskleri önleme veya değiştirmedeki zorluklar tıbbi ilaçlarla kimyasal korunmaya (chemoprevention) yönelmiştir.

Diyet: Diyetteki yağ miktarının azaltılmasının meme ca. riskini azaltabileceği tartışmalıdır. Yağın günlük kalori ihtiyacının %30 altına indirilmesi, bol meyve, sebze ve hububat yenmesi iyi bir yöntemdir. Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme premenopozal kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azaltabilir, böyle bir diyetle meme ca. riskinin azaltılabileceği iddia edilmektedir.

Alkol Alımı: Alkol alımının azaltılmasının yararı olabileceği bildirilmiştir; ancak riske neden olabilecek miktar saptanamamıştır.

Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivitenin önemli derecede meme ca. riskini azaltabileceğine ait kanıtlar vardır. Atletizm yapan kızlarda meme ca. riskinin azaldığı gösterilmiştir. Adölesan yıllarda adetlerin yarısı önlenebilirse risk %50 azaltılabilir. Haftada 3 veya 4 saat egzersiz yapma

ile hem menarş geciktirilebileceği, hem de genç kızların ovulasyon sayısı azaltılabileceği gösterilmiştir; bu da yaşam boyu meme ca. riskini azaltır.

Doğum ve Emzirme: İlk doğum yaşının erken olması meme ca. riskini azaltmak bakımından en önemli faktörlerden biridir. 15-20 yaş arasında doğum yapmayı önermek gelişmiş toplumlardaki eğitim gereksinimleri ve mesleki eğilimleri ile uyumlu değildir. Meme ca.'ni önlemede önemli faktörlerden birisi de bebek emzirmediir. Etkisi tam olarak bilinmemekle beraber, laktasyonun premenopozal meme ca.'ne karşı koruduğuna ait bilgiler vardır.

Hormon Kullanımı: Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı 45 yaş altında meme ca. riskini arttırmaktadır. Özellikle, ailesel meme ca. hikayesi olan 25 yaş altındaki kadınlar oral kontraseptif kullanmamaları bakımından uyarılmalıdır. Menopozal östrojen kullanımı ile risk %50-80 artmaktadır.

2.4.KADINLARIN ÇALIşMA HAYATINA KATILIMI ve KADIN AKADEMİSYENLER

Cumhuriyet'in ilk yıllarında(1923-1924) erkek öğretmen 9121 iken, kadın öğretmen sayısı 1081'dir. 1929-1930 yıllarında İstanbul'da 7-8 yaşındaki kızların %75'i ilkokula gitmektedir. Meslek eğitimler özellikle kız çocukları için tercih edilen alanlarda verilerek, değişen sosyal yaşamın gerekleri öğretilmeye çalışılmıştır.

1930 yılında yerel, 1934 yılında genel düzeyde kadınlara seçme ve seçilme hakkının verilmesi en önemli reformlardandır. Kadınlara seçme ve seçilme hakkının verilmesiyle birlikte 1935 yılında, TBMM'ye %4.5'lik oranla 18 kadın milletvekili girmiştir(80). 1950'li yıllar Türk siyasal yaşamı ve aynı zamanda kadınların siyasal yaşamda eskisi kadar tutunamamaları bakımından önemli bir yere sahiptir. 1935'de %4.5'lik bir oranla 18 kadın milletvekilinin yer aldığı TBMM'de, çok partili bir sisteme geçişle birlikte, 1950'de %0.6, 1954'de %0.7, 1957'de %0.7, 1961'de %0.7, 1965'de %1.7, 1969'da %1.7 ve 1977'de %0.9 olmuştur(80).

Günümüzde Türkiye'de kamu kurum ve kuruluşlarında üst düzey yöneticiliklerde, kurul, komisyon ve komitelerde de kadınların temsil düzeyinin düşük olduğunu söylemek gerekir. Ancak, Türkiye'de uzmanlık gerektiren mesleklerde kadın oranları oldukça yüksek düzeydedir. Bugün ülkemizde üniversitelerde kadın öğretim elemanı oranı yaklaşık %41.5'tir. Bu kapsamda, profesörler içerisinde kadın oranı %27.4, doçentler içerisinde kadın oranı %31.6, öğretim görevlileri içerisinde kadın oranı %38.5'tir(13). Ayrıca, 154 üniversitenin 8'inde kadın rektör görev yapmaktadır. Mimarların %39'u (81), avukatların %36'sı, ve bankacıların %50.2'si, polislerin %5.6'sı(13) kadındır. Devlet Personel Başkanlığı'nın Aralık 2010 yılı verilerine göre kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personelin %34'ünün kadın, %66'sının erkek olduğu bildirilmiştir(82). Türkiye bu oran ile Dünyada Amerika ve Kanada'dan sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Günümüzde Türkiye'de kadınların üniversiteler arasındaki dağılımları farklı tablolar oluşurmaktadır. Yıllar itibariyle her alandaki kadın akademisyen oranının artması karşın, bu artış her alana ve üniversiteye aynı oranda yansımamıştır. Ayrıca kadın

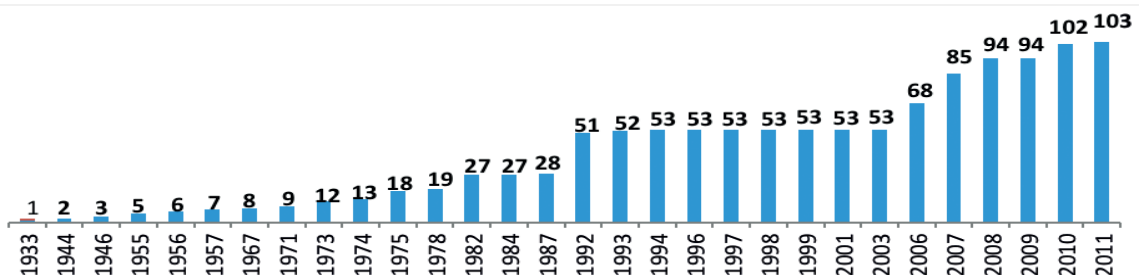
öğretim elemanlarının tüm öğretim elemanları içindeki payı çevre üniversitelerinden merkez üniversitelere doğru gidildikçe artmaktadır(83).

Kadınların çalışma yaşamına katılmalarını; eğitim, iş tecrübesi, başarıma arzusu, çalışma azmi vb. konulara bakarak değerlendirmek, toplumda birey olarak aileden bağımsız statüsü olduğu takdirde anlamlı olmaktadır. Çalışma yaşamına girebilen kadınların çalışma yaşamlarını kısa bir dönemde bitirmesi ve/veya kariyerde yükselme doğrultusunda tüm potansiyelini ortaya koyamamasının temel nedeni, ev ve iş yaşamını uzlaştırma konusunda yaşadıkları sorunlardır. Kadın aile yaşamında çocuk bakımı yaşlı ve hasta bakımı gibi yükümlülükleri kocası ile ve/veya devletle paylaşmak durumundadır.

Kadın akademisyenler bilimsel çalışmalarını mesai saatleri dışında çoğunlukla evde de sürdürmek zorundadır. Bu durum akademik yaşamın bir gerekliliğidir; çünkü akademik ilerleme bakımından üniversitede ders vermenin yanı sıra kitap, makale yazması, kongrelerde bildiri sunması, tez danışmanlığı yapması vb. etkinlikleri de yürütmesi gereken kadın akademisyenler gereken zamanı özel yaşamlarından fedakarlık ederek elde etmektedirler(84).

Günümüzde insanın sahip olduğu rollerin artması, kişiye önemli sorumlulukların yüklenmesi ve ilişkilerin karmaşıklaşması ruh sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle akademisyenlik, yoğun yaşanan tükenmişliği de beraberinde getirmektedir. İş doyumu, çalışanların işlerine karşı geliştirdikleri tutumlarından doğmaktadır. İş yaşantısına karşı duygusal bir tepkidir. Genel anlamdaki doyumdan farklı bir kavram olmayıp gereksinimlerinin giderilmesine ilişkindir. Üniversitelerde görev yapan kadın öğretim elemanları ağır çalışma şartları, fazla ders yükü, anlayışsız öğrenciler, doyum vermeyen ödül yapısı, gelir düzeyindeki düşüklük, mesleki ilgide azalma, mesleki saygınlığın yitirildiği düşüncesi, kadro tıkanıklıkları, yetersiz ücret, kişisel yeterliliklerin sürekli sorgulanmasını gerektiren bir çalışma ortamı, sürekli gelişme çabalarının gerekliliği, akademik çalışmalara verilen desteğin azlığı, fiziki çalışma koşullarının olumsuzluğu, etkin çalışma gruplarının olmayışı gibi birçok sorun bu beklentiyi güçlendirmektedir. Günün 1/3'ünü işte geçiren çalışanların daha verimli çalışabilmeleri, öğrencilerin daha faydalı olabilmeleri için işlerini severek yapmaları, yaptıkları işten memnun olmaları gerekmektedir. Bu bağlamda kadın öğretim elemanları üniversite düzeyinde eğitilmiş bireyler olarak kadının statüsünün yükseltilmesi, sosyal ve politik haklarının korunması ve kendi yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürme, geliştirme ve sağlıklarının sorumluluğunu alma konusunda toplumdaki diğer kadınlara da rol modeli olmaktadır(84).

Şekil 20: Türkiye’de Yıllara Göre Devlet Üniversitelerinin Sayısı (1933-2011).(85)



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışı ve kanser korkusunun incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Osmanlı İmparatorluğu'nun üniversitesi olan, 1845 tarihinde ortaya çıkan ve "bilimyardu" anlamına gelen darülfünun ilk 1863'te açılmıştır. Defalarca açılıp kapanan darülfünun 1923'ten 1932'ye varlığını sürdürmüş, 1933'de 2252 sayılı Yasa'yla kapatılmış ve yerine Milli Eğitim Bakanlığı'na (MEB) bağlı İstanbul Üniversitesi kurulmuştur. Üniversite sözcüğü ülkemizde ilk kez 1933 yılında yapılan hukuksal düzenleme ile birlikte kullanılmıştır. 1981 tarihinde çıkarılan 2547 sayılı "Yükseköğretim Kanunu"ndan önce, Türkiye'de yükseköğretim sistemi MEB'e bağlı akademiler, bir kısmı diğer bakanlıklara, çoğu MEB'e bağlı iki yıllık MYO ile konservatuar, MEB'e bağlı üç yıllık eğitim enstitüleri, mektupla öğretim yapan YAYKUR'dan oluşmaktadır. 2547 sayılı Yasa ile bu kurumların hepsi bir çatı altında toplanmıştır. 1992'de 30 yıl içinde 40 üniversite kurulması planlanırken, 1992-2008 arasında 62 üniversite kurulmuştur. Türkiye'nin 81 ilinde toplam 94 devlet üniversitesi kurulmuş, 2008 yılı itibariyle üniversitesi olmayan il kalmamıştır(86).

Türkiye'de şu anda 165 üniversite vardır. Bunların 103'ü devlet, 62'si vakıf üniversitesidir.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki 103 devlet üniversitesinde çalışan öğretim elemanlarından sağlık alanı dışındaki tüm fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokullarındaki kadın öğretim elemanları oluşturmaktadır. 2010-2011 öğretim yılında kadın öğretim elemanı sayısı 38.945'dir(ek:5). Sağlık alanı dışındaki tüm fakülte, yüksekokul ve meslek yüksek okullarında çalışan kadın öğretim elemanı sayısı 28.958'dir. Bunlardan 19.027 kadın öğretim elemanının elektronik posta adresine ulaşılmış ve anket soruları 1 Kasım 2011-31 Mart 2012 tarihleri arasında gönderilmiş ve alınan elektronik postalar değerlendirilmiştir. Anketi cevaplayan 117 profesör, 185 doçent, 485 yardımcı doçent, 264 öğretim görevlisi, 710 araştırma görevlisi, 106 okutman, 33 uzman toplam 1900 kadın öğretim elemanı örnekleminizi oluşturmaktadır. Araştırmamızdaki veriler elektronik posta ile anket soruları gönderilerek elde edilmiştir..

3.4.Araştırmada Kullanılan Araçlar

Anket formu kadınların sosyo-demografik özellikleri ve kanserle ilgili görüşlerini içeren 53 sorudan oluşmaktadır(ek 1).

Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Sağlık İnanç Modeli kişiyi sağlığa ilişkin

eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini araştıran bir motivasyon teorisidir. Sağlık İnanç Modeline göre, meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayan kadınlar KKMM' yi daha fazla yapacaklardır. Yapılan araştırmalar, kadınların KKMM ve diğer meme kanseri taramalarına yönelik inançlarının bilinmesinin bu yöndeki uygulamaların öğretilmesi ve benimsetilmesinde etkili olacağını göstermiştir(50).

Kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili inanç ve tutumları saptamak için kullanılan ölçek, Champion V. tarafından 1984 yılında geliştirilmiş daha sonraki çalışmalarında (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiş olup 42 madde içermektedir. Ölçek de Sağlık İnanç modelinin 6 kavramı ölçeğin 6 alt boyutunu oluşturmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme kesinlikle katılmıyorum(1), katılmıyorum(2), kararsızım(3), katılıyorum(4), tamamen katılıyorum(5)) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için 6 ayrı puan elde edilir. Ölçek yaklaşık 8-10 dakikada tamamlanabilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karayurt tarafından 2003 yılında yapılmıştır(87). Sağlık İnanç Modeli'nde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan bu altı kavram (a)duyarlılık algısı; sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasını, (b)ciddiyet/önemseme algısı; tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını, (c)yarar algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri, (d)engel algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri, (e)sağlık motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu, (f)güven (öz-etkililik); bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder(88)(ek:4).

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck Anksiyete ölçeği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılmaktadır. Beck Anksiyete ölçeği kendini değerlendirme ölçeği olup grup olarak uygulanabilmektedir. Ergen ve yetişkinlere uygulanmakta ve zaman sınırlaması da bulunmamaktadır. Ölçek 21 maddeden oluşmuş, maddeleri 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. 21 maddenin her birisi için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede" ve "Ciddi derecede" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi gerekmektedir. Uygulama günü de dahil geçirilen son bir haftada kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür(89). Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(90).

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, verilerin analizinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler sayı, yüzdeler, ortalama, standart sapma, X² testi kullanılmıştır.

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, devlet üniversitelerinde katılmayı kabul eden sağlık alanı dışında tüm fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokullarında anketi cevaplayan kadın öğretim elemanları ile sınırlıdır. Çalışmamızda 19.027 kadın öğretim elemanının elektronik posta adresine ulaşılabilmiştir. Özel üniversite elemanlarının elektronik posta adreslerine ulaşmada güçlük yaşanması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bazı anketlerde boş cevapların bulunması nedeniyle 18 adet anket değerlendirme dışı bırakılmıştır.

3.7.Araştırmanın Güçlükleri

Anketlerin yalnızca elektronik posta yoluyla uygulanması, bazen katılımcıların elektronik ortamda anket cevaplamayı zor bulması istenilen sayıya ulaşmada güçlüklereden olmuştur.

3.8.Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversite'nden gerekli etik kurul kararı (Ek:2), rektörlük izni(Ek:3) ve çalışmaya katılan kadın öğretim elemanlarının gönüllülüğü esas alınmıştır. Konu hakkında bilgi almak isteyen öğretim elemanlarına bilgiler elektronik posta yoluyla gönderilmiştir(ek:7).

4. BULGULAR

Bu çalışma, kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışı ve kanser korkusunun incelenmesi amacıyla planlanmış, kadın öğretim elemanlarından elektronik posta yoluyla toplanan veriler analiz edilerek aşağıdaki bulgularda sunulmuştur.

Tablo1: Öğretim Elemanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş	sayı	%
19-24	75	3,9
25-29	448	23,6
30-34	485	25,5
35-39	329	17,3
40-44	259	13,6
45-49	173	9,2
50 üstü	131	6,9
Medeni hal		
Bekâr	741	39,0
Evli	1159	61,0
Aile tipi		
Cevapsız	79	4,2
Çekirdek aile	1670	87,9
Geniş aile	92	4,8
Parçalanmış aile	59	3,1
Görev		
Profesör	117	6,2
Doçent	185	9,7
Yardımcı Doçent	485	25,5
Öğretim Görevlisi	264	13,9
Araştırma Görevlisi	710	37,4
Okutman+ Uzman	139	7,3
Üniversite		
Akdeniz Bölgesi	175	9,2
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	51	2,6
Doğu Anadolu Bölgesi	157	8,3
İç Anadolu Bölgesi	523	27,5
Ege Bölgesi	205	10,8
Marmara Bölgesi	558	29,4
Karadeniz Bölgesi	231	12,2
Şehir		
Akdeniz Bölgesi	175	9,2
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	49	2,6
Doğu Anadolu Bölgesi	157	8,3
İç Anadolu Bölgesi	524	27,6
Ege Bölgesi	206	10,8
Marmara Bölgesi	565	29,7
Karadeniz Bölgesi	224	11,8
Toplam	1900	100,0

Tablo 1’de Öğretim elemanlarının; %3,9’unun 19-24 yaş, %23,6’sının 25-29 yaş, %25,5’inin 30-34 yaş, %17,3’ünün 35-39 yaş, %13,6’sının 40-44 yaş, %9,2’sinin 45-49 yaş, %6,9’unun 50 ve üstü yaş aralığında olduğu; %61,0’ının evli; %87,9’unun çekirdek ailede, %3,1’inin parçalanmış ailede yaşadığı görülmüştür.

Öğretim elemanlarının %6,2’sinin profesör, %9,7’sinin doçent, %25,5’inin yardımcı doçent, %13,9’unun öğretim görevlisi, %37,4’inin araştırma görevlisi, %7,3’ünün okutman+ uzman olduğu; %9,2’sinin Akdeniz, %2,6’sının Güneydoğu Anadolu, %8,3’ünün Doğu Anadolu, %27,5’inin İç Anadolu, %10,8’inin Ege, %29,4’ünün Marmara, %12,2’sinin Karadeniz bölgesinde çalıştığı ve yaşadığı görülmektedir.

Tablo2:Öğretim Elemanlarının Doğurganlık Özellikleri

Evlenme yaşı	sayı	%
Cevapsız	682	35,9
20 yaşına kadar	21	1,1
21-24 yaş	315	16,6
25-29 yaş	660	34,7
30-34 yaş	152	8,0
35 yaş ve üstü	70	3,7
İlk adet yaşı		
Cevapsız	21	1,1
12 yaş ve altı	592	31,2
13-14 yaş	959	50,5
15 yaş ve üstü	328	17,2
İlk gebelik yaşı		
Cevapsız	902	47,5
18-24 yaş	126	6,6
25-34 yaş	737	38,8
35 yaş ve üstü	73	3,8
Gebe kalmayanlar	62	3,3
Gebelik sayısı		
Cevapsız	824	43,4
Çocuksuz	151	7,8
1-2 kez	780	41,1
3-4 kez	125	6,6
5 kez ve üstü	20	1,1
Düşük sayısı		
Cevapsız	1099	57,8
1 düşük	158	8,3
2 düşük ve daha fazla	15	,8
Düşük yapmadı	628	33,1
Küretaj sayısı		
Cevapsız	1028	54,1
1 küretaj	272	14,3
2 küretaj ve daha fazla	31	1,6
Küretaj olmadı	569	29,9
Son doğum şekli		
Cevapsız	1042	54,8
Normal	290	15,3
Sezeryan	568	29,9
Yaşayan çocuk sayısı		
Cevapsız	940	49,5
1-2 çocuk	833	43,8
3-4 çocuk	20	1,1
5 çocuk ve üstü	1	0,1
Hamileyim	7	0,4
Yok	99	5,2
Emzirme süresi		
Cevapsız	1069	56,3
İlk 3 ay	74	3,9
4-6 ay	163	8,6
7 ay-1 yıl	233	12,3
1 yıldan fazla	355	18,7
Emzirmedim	6	0,3
Kullanılan AP yöntemleri*		
Hormonal yöntem kullanan	416	21,9
Bariyer yöntem kullanan	531	27,8
Bebek emzirerek korunma	36	1,9
Geleneksel yöntemle korunma	137	7,2
Ria ile korunma	273	14,3
Geri çekme yöntemi kullanma	369	19,3
Ap yöntemi kullanma	114	6,0
Tüpligasyon, vazektomi kullanma	31	1,6
Toplam	1900	100,0

*Bekarlar cevapsızlara dahildir.

Tablo 2’de Öğretim elemanlarının evlenme yaşına %35,9’unun cevap vermediği, %16,6’sının 21-24 yaş, %34,7’sinin 25-29 yaş, %8,0’nin 30-34 yaş, %3,7’sinin 35 yaş ve üstünde cevabını verdiği; %31,2’sinin 12 yaş ve altında, %50,5’inin 13-14, %17,2’sinin 15 yaş ve üstünde ilk adetini gördüğünü; %38,8’inin 25-34 yaş, %3,8’inin 35 yaş ve üstünde ilk kez gebe kaldığı; %41,1’inin 1-2 kez, %6,6’sının 3-4 kere gebe kaldığı; %8,3’ünün 1 kez, %33,1’inin hiç düşük yapmadığı; %14,3’ünün 1 kere kürtaj olduğu, %29,9’unun kürtaj olmadığı; son doğumunu %29,9’unun sezaryen, %15,3’ünün normal yaptığı; %43,8’inin 1-2 çocuk sahibi olduğu; %3,9’unun bebeğinin ilk üç ay, %8,6’sının 4-6 ay, %12,3’ünün 7 ay-1 yıl,

%18,7'sinin 1 yıldan fazla bebeğini emzirdiği görülmüştür. Öğretim elemanlarının %21,9'unun hormonal, %27,8'inin bariyer, %14,3'ünün rila, %7,2'sinin geleneksel yöntem, %19,3'ünün geri çekme, %1,9'unun emzirerek, %1,6'sının tüpligasyon/vazektomi ile korunduğu %6,0'mın aile planlaması yöntemi kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 3:Öğretim Elemanlarının Menapozal Özellikleri

Menopoza Girme	sayı	%
Evet	148	7,8
Hayır	1752	92,2
Adetten Kesilme Yaşı		
45 Yaşına Kadar	39	28,0
46-56 Yaş	103	72,0
Hormon Tedavisi Alma		
Cevapsız	200	10,5
Evet	102	5,4
Hayır	1598	84,1
Smear Aldırma		
Evet	1627	85,6
Hayır	273	14,4
Toplam	1900	100,0

Tablo3'de Öğretim elemanlarının %92,2'si girmediğini, %7,8'i menapoza girdiğini; %28,0'mın 45 yaşına kadar, %72,0'mın 46-56 yaş arasında adetten kesildiğini; %5,4'ünün hormon tedavisi aldığı, %84,1'inin almadığı; %85,6'sının smear aldırdığı görülmüştür.

Tablo 4:Öğretim Elemanlarının Kronik Hastalık Varlığı, En Sık Görülen Kanseri Bilme Dağılımı

Kronik Hastalık Varlığı	sayı	%
Evet	274	14,4
Hayır	1626	85,6
Kronik Hastalık		
Cevapsız*	1626	85,6
Hareket Sistemi	12	0,6
Dolaşım Sistemi	49	2,1
Solunum Sistemi	51	2,4
Sinir Sistemi	17	0,9
Boşaltım Sistemi	5	0,3
Üreme Sistemi	7	0,4
Sindirim Sistemi	9	0,5
Lenf Sistemi	87	4,6
Cilt Hastalığı	2	0,2
Meme Hastalığı	2	0,2
Birden Çok Hastalık	22	2,2
En Sık Görülen Kadın Kanseri		
Bilmiyorum	21	1,1
Meme ca.	1277	67,2
Rahim ca.	174	9,2
Meme Ve Rahim ca.	398	20,9
Meme Ve Diğer ca. Türleri	15	0,8
Diğer	15	0,8
Toplam	1900	100,0

*kronik hastalığı olmayanlar

Tablo 4'de Öğretim elemanlarının %14,4'ü kronik hastalığı olduğunu bildirmiş olup bunların; %2,1'i dolaşım, %2,4'ü solunum, %4,6'sı lenfatik sistemde kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

Öğretim elemanlarının en sık görülen kadın kanserine; %1,1'inin bilmiyorum cevabını verdiği, %67,2'si meme ca, %9,2'si rahim ca, %20,9'u meme ve rahim ca cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 5:Öğretim Elemanlarının Ailesel Kanser Öyküleri Dağılımı

Akrabalarda Meme Ca Bulunma	sayı	%
Evet	461	24,3
Hayır	1439	75,7
Yakınlık Derecesi*		
1.Derece Akraba	75	3,9
2.Derece Akraba	113	5,9
3.Derece Akraba	142	7,5
4.Derece Akraba	82	4,3
Yok	1488	78,4
Ailede Meme Ca Hastası Yakını Bulunması Risk Midir		
Evet	1730	91,1
Hayır	65	3,4
Bilmiyorum	105	5,5
Ailede Diğer Kanser Türlerinden Olma		
Evet	992	52,3
Hayır	816	42,9
Bilmiyorum	92	4,8
Ailenizdeki Diğer Kanser Türleri		
Cevapsız**	968	50,9
Hareket Sistemi	10	0,5
Dolaşım Sistemi	50	2,6
Solunum Sistemi	191	10,1
Sinir Sistemi	22	1,2
Boşaltım Sistemi	21	1,1
Üreme Sistemi	99	5,2
Sindirim Sistemi	214	11,3
Lenf Sistemi	57	3,0
Cilt Hastalığı	14	0,7
Meme CA	1	0,1
Birden Çok Hastalık***	253	13,3

*1.derecede akraba anne ,baba ve çocuklar 2. derecede akraba kardeşler,torunlar , dede, nine 3. derecede akraba kardeş çocukları (yeğenler) amca,hala,dayı,teyze

4. derece akraba 3. derece akraba çocukları

**Akrabasında CA bulunmayanlar

***Birden Fazla Akrabasında Kanser Olanlar

Tablo 5’de Öğretim elemanlarının; %24,3’ü akrabasında meme ca. olduğunu, %3,9’u 1., %5,9’u 2., %7,5’i 3., %4,3’ü 4.derece akrabasında meme ca. olduğunu, %78,4’ü meme ca. olan akrabasının olmadığını; Ailenizde meme ca. hastası yakınının kendisi için %91,1’i risk olduğunu; Ailesinde diğer kanser türleri varlığına %52,3’ünün evet cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 6: Meme Kanserinden Korkma ve Meme Hastalığı Geçirme Özellikleri Dağılımı

Meme ca. Olmaktan Korkma	sayı	%
Evet	1327	69,8
Hayır	573	30,2
Korku Paylaşılan Kişi		
Cevapsız	1174	61,8
Aile Üyeleri	227	11,9
Aile Üyeleri ve Arkadaş	66	3,5
Aile Üyeleri ve Sağlıkçı	20	1,1
Arkadaş	117	6,2
Arkadaş ve Sağlık Personeli	6	0,3
Paylaşmadı	179	9,4
Sağlıkçı	90	4,7
Herkesle	21	1,1
Meme Ca Olma Riski Taşıma		
Kendini riskli grupta görenler	988	52,0
Kendini riskli grupta görmeyenler	912	48,0
Meme Şikayeti Varlığı		
Evet meme şikayetim var*	346	18,2
Hayır meme şikayetim yok	1554	81,8
Şikayeti		
Cevapsız	1570	82,6
Kitle	161	8,5
Ağrı	108	5,7
Akıntı	12	0,6
Diğer Şikayetler(Asimetri,Büyük,Küçük,Sarkık..)	49	2,6
Geçirilmiş Meme Hastalığı Bulunma		
Meme hastalığı geçirdim	228	12,0
Meme hastalığı geçirmedim	1672	88,0
Geçirilen meme hastalığı tanısı		
Hastalık Geçirmedi**	1692	89,1
Enfeksiyon	40	2,1
İyi Huylu Tümör	133	7,0
Diğer Meme Hastalıkları	23	1,2
Meme Ca.	12	0,6
Toplam	1900	100,0

* Evet meme şikayetim var cevabını verip şikayetini belirtmeyen dahil **Meme hastalığı geçirdim cevabını verip meme hastalığımı belirtmeyen dahil

Tablo 6’da Öğretim elemanları %69,8’i meme ca. olmaktan korktuğunu, %30,2’si korkmadığını; korkusunu paylaştığı kişiye %61,8’inin cevap vermediği, %11,9’u aile üyeleri, %6,2’si arkadaş, %3,5’i aile üyeleri ve arkadaş,%4,7’si sağlıklı dediği, %9,4’ü paylaşmadığını ifade etmiştir.

Öğretim Elemanlarının %52.0’nin Meme ca. olma riski taşımaya evet, %48.0’nin hayır dediği; %18,2’sinin meme şikayetinin olduğu, %81,8’inin olmadığı, Şikayetini %8,5’i kitle, %5,7’si ağrı, %0,6’sı akıntı, %82,6’sının cevap vermediği görülmüştür.

Öğretim elemanlarının %12.0’nin meme hastalığı geçirdiği; konulan taniye %2,1’i enfeksiyon, %7’si iyi huylu tümör, %1,2’si diğer meme hastalıkları, %0,6’sının meme ca. cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo7: Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Risk ve Belirtilerini Bilme Dağılımı

Meme Kanserine Yakalanmada Risk Faktörleri*	sayı	%
Yaş	456	24,0
Kişisel Meme Ca. Öyküsü	635	33,4
Erken Adet Görme	154	8,1
Ailede Meme Ca. Öyküsü	1534	80,7
Doğurganlık Hikayesi	293	15,4
Sosyo-Ekonomik Seviyenin Yüksekliği	86	4,5
Dışarıdan Östrojen Alımı ve Doğum Kontrol Hapı Kullanılması	490	25,8
Şişmanlık Ve Yağlı Beslenme	471	24,8
Bebek Emzirmemesi	535	28,2
Rahim Ve Yumurtalık Ca. Öyküsü	338	17,8
Kırmızı Et Yönünden Zengin Beslenme	128	6,7
Akrabalarında Meme Ca. Hikayesi	1335	70,3
Hiç Doğurmamış Olmak Veya İleri Yaşta Doğum Yapmak	579	30,5
Hepsi	208	10,9
Meme Kanseri Belirtileri*		
Memede Veya Koltukaltında Ele Gelen Kitle (Sertlik,Şişlik)	1314	69,2
Meme Başından Akıntı	684	36,0
Meme Başında İçeride Doğru Çekilme,Çökme Şekil Bozukluğu	670	35,3
Meme Cildinde Yara Veya Kızarıklık	426	22,4
Meme Cildinde Ödem, Şişlik Portakal Kabuğu Görünümü	640	33,7
Memede Büyüme Veya Asimetri	673	35,4
Hepsi	912	48,0

*Birden fazla sık işaretlenmiştir.

Tablo 7’de Öğretim elemanlarının %24,0’ı yaş, %33,4’ü kişisel meme ca. öyküsü, %8,1’i erken adet görme, %80,7’si ailede meme ca. öyküsü, %15,4’ü doğurganlık hikayesi, %4,5’i sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması, %25,8 dışarıdan östrojen alımı/doğum kontrol hapı kullanılması, %24,8’i Şişmanlık/yağlı beslenme, %28,2’si bebek emzirmeme, %17,8’i rahim/yumurtalık ca. öyküsü, %70,3’ü akrabada meme ca. öyküsü, %30,5’i hiç doğurmamış olma veya ileri yaşta doğum yapma risk oluşturur dediği belirlenmiştir.

Öğretim elemanlarının %69,2’si memede, koltuk altında ele gelen kitle, %36,0’ı meme başından akıntı, %35,4’ü memede büyüme, asimetri, %22,4’ü meme cildinde yara kızarıklık, %48,0’ı hepsi meme ca. belirtisidir demiştir.

Tablo 8:Öğretim Elemanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgileri

KKMM Hakkında Bilgi Alma	sayı	%
Evet	1036	54,5
Hayır	864	45,5
KKMM Yapma		
KKMM yapıyorum	1420	74,7
KKMM yapmıyorum	480	25,3
Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Zamanı		
Adet 5-7 Günü	192	13,5
Aklıma Geldikçe	1040	54,7
Diğer	192	13,5
KKMM Yapmama Nedeni		
Cevapsız	1333	70,2
Korkuyorum	67	3,5
Bilmiyorum	207	10,9
Unutuyorum	181	9,5
Diğer	112	5,9
KKMM Yapılma Şekli		
Ayna Karşısında El Belde Büyüklük Küçüklük Değerlendirilir	24	1,3
Portakal Kabuğu Görünümü Çökme Çekilme Değerlendirilir.	14	0,7
Koltuk Altı Dairesel Hareketle Şişlik, Sertlik İçin Muayene Edilir.	827	43,5
Meme Uçlarından Akıntı Gelip Gelmediği Kontrol Edilir.	33	1,7
Hepsi	901	47,4
Bilmiyorum	101	5,4
Meme Ucu Sıkılma Durumu		
Evet	130	6,8
Hayır	904	47,6
Bilmiyorum	866	45,6
Muayenede Kullanılan Parmak		
Bilmiyorum	293	15,4
Elle Muayenede Elin Üç Parmağının İç Yüzeyleri İle Tarama Yapılır.	1441	75,8
Tüm Elle Muayene Yapılır.	104	5,5
Baş Parmakla Muayene Yapılır.	16	0,8
Hepsi	46	2,5
KKMM Değerlendirme Nasıl Yapılır?		
Bilmiyorum	138	7,3
Gözle Değerlendirme	2	0,1
Yatarak Elle Değerlendirme	271	14,3
Ayakta Elle Değerlendirme	1151	60,6
Hepsi	338	17,7
Göğüslerinizde KKMM Sırasında Herhangi Bir Fark Tespit Ettiniz Mi?		
Evet	141	7,4
Hayır	1759	92,6
Ne Fark Ettiniz?		
Kitle	98	75,3
Ağrı	4	5,7
Akıntı	1	1,5
Diğer Şikayetler(Asimetri,Büyük,Küçük,Sarkık...)	23	17,5
Toplam	1900	100,0

Tablo 8’de Öğretim elemanlarının %54,5’inin KKMM bilgisi aldığı; %74,7’sinin KKMM yaptığı, yapma zamanına %13,5’inin adet 5-7 günü, %54,7’sinin aklıma geldikçe yaparım dediği; KKMM yapmama nedenine %70,2’sinin cevap vermediği, %3,5’inin korku, %10,9’unun bilmeme, %9,5’inin unutma dediği, KKMM nasıl yapılır’a %1,3’ü ayna karşısında el belde büyüklük küçüklük değerlendirilir, %43,5’i koltuk altı dairesel hareketle şişlik, sertlik açısından muayene, %47,4’ü şıkların hepsi doğru dediği; %47,6’sının meme uçları sıkılmalı, %45,6’sının bilmiyorum dediği; elle muayenede elin hangi parmakları kullanılıra %75,8’i elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır dediği, %5,5’i tüm elle dediği; KKMM değerlendirmeye %60,6’sı ayakta elle dediği; KKMM sırasında göğüslerde fark tespit etmeye %92,6’sı hayır dediği, %75,3’ünün kitlr tespit ettiği görülmüştür.

Tablo 9: Öğretim Elemanlarının Mamografi, Meme Muayenesi Öyküsü Dağılımı

Hiç Mamografi Çektirdiniz Mi	sayı	%
Evet	485	25,5
Hayır	1415	74,5
Evetse Kaç Kez Mamografi Çektirdiniz		
1-2 Kez	290	61,7
3 Kez	91	19,3
4 Kez Ve Daha Fazla	89	19,0
Meme Muayenesi İçin Düzenli Doktor'a Gitme		
Evet	335	17,6
Hayır	1565	82,4
Toplam	1900	100,0

Tablo 9'da Öğretim elemanlarının %25,5'i mamografi çektiğini, %74,5'i çekmediğini; %75,3'i çekme sayısını cevaplamazken, %15,3'ü 1-2, %4,8'i 3, %4,7'si 4 kez ve üstünde mamografi çektiğini; %17,6'sı KMM için doktora gittiğini belirtmiştir.

Tablo10:Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Ca. Olursa Hissedeceği Duygu Dağılımı

Hissettiği Duygu*	sayı	%
Tedirgin oluyorum	1137	59,8
Üzülüyorum	728	38,3
Depresif hissediyorum	343	18,1
Gergin hissediyorum	477	25,1
Kalbim daha hızlı çarpıyor	241	12,7
Kendimi huzursuz hissediyorum	692	36,4
Kendimi panik halinde hissediyorum	375	19,7

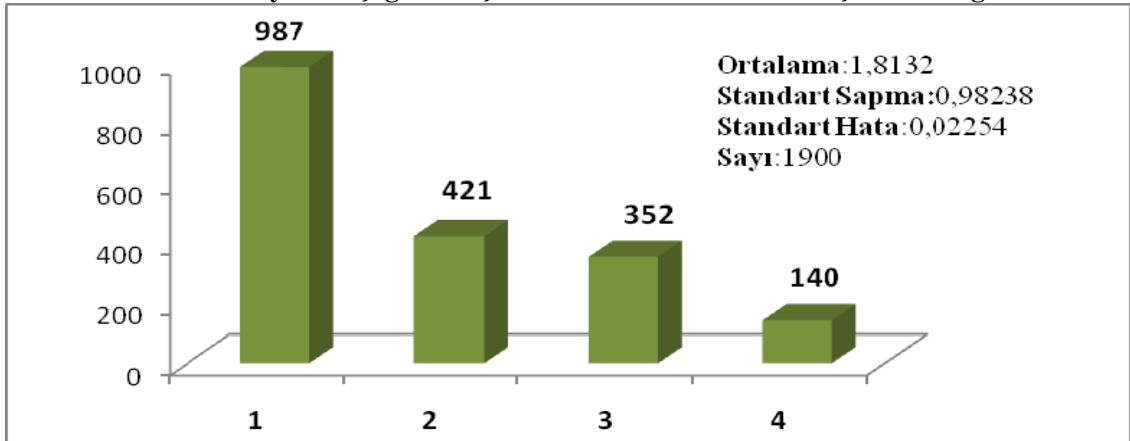
*Birden fazla sık işaretlenmiştir.

Tablo 10'da öğretim elemanlarının meme ca. olduklarını düşününce; %59,8'i tedirginlik, %38,3'ü üzüntü, %18,1'i depresif duygular, %25,1'i gerginlik, %12,7'si kalp çarpıntısı, %36,4'ü huzursuzluk, %19,7'si panik hissettiğini belirtmiştir.

Tablo 11: Beck Anksiyete Ölçeği Dağılımı

Beck anksiyete skala	sayı	%
Anksiyete Yok	987	51,9
Hafif Anksiyete	421	22,2
Orta Düzeyde Anksiyete	352	18,5
Ciddi Düzeyde Anksiyete	140	7,4

Tablo 11'de beck anksiyete ölçeği skala ortalamaları değerlendirildiğinde öğretim elemanlarının; %51,9'unun anksiyetesi olmadığı, %22,2'sinin hafif, %18,5'inin orta, %7,4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu bulunmuştur.

Grafik 1: Beck Anksiyete Ölçeği Türkçe Formunun İstatistik Sonuçları Grafiği

Tablo 12:Öğretim Elemanlarının Beck Anksiyete Ölçeği Cevap Dağılımı

Her maddede belirtilen son 1 haftada sizi ne kadar rahatsız etti	Hiç		Hafif		Orta		Ciddi		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	1016	53,5	622	32,7	212	11,2	50	2,6	1900	100,0
Sıcak /ateş basması	1012	53,3	566	29,8	257	13,5	65	3,4	1900	100,0
Bacaklarda halsizlik, titreme	1064	56,0	561	29,5	227	11,9	48	2,5	1900	100,0
Gevşeyememe	831	43,7	585	30,8	344	18,1	140	7,4	1900	100,0
Çok kötü şeyler olacak korkusu	871	45,8	619	32,6	288	15,2	122	6,4	1900	100,0
Baş dönmesi veya sersemlik	963	50,7	644	33,9	225	11,8	68	3,6	1900	100,0
Kalp çarpıntısı	884	46,5	637	33,5	296	15,6	83	4,4	1900	100,0
Dengeyi kaybetme korkusu	1281	67,4	422	22,2	153	8,1	44	2,3	1900	100,0
Dehşete kapılma	1369	72,1	333	17,5	144	7,6	54	2,8	1900	100,0
Sinirlilik	374	19,7	781	41,1	552	29,1	193	10,2	1900	100,0
Boğuluyormuş gibi olma duygusu	1301	68,5	367	19,3	173	9,1	59	3,1	1900	100,0
Ellerde titreme	1372	72,2	367	19,3	115	6,1	46	2,4	1900	100,0
Titreklilik	1594	83,9	228	12,0	55	2,9	23	1,2	1900	100,0
Kontrolünü kaybetme korkusu	1313	69,1	392	20,6	145	7,6	50	2,6	1900	100,0
Nefes almada güçlük	1263	66,5	427	22,5	154	8,1	56	2,9	1900	100,0
Ölüm korkusu	1174	61,8	472	24,8	184	9,7	70	3,7	1900	100,0
Korkuya kapılma	978	51,5	647	34,1	202	10,6	73	3,8	1900	100,0
Midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi	675	35,5	660	34,7	392	20,6	173	9,1	1900	100,0
Baygınlık	1705	89,7	139	7,3	36	1,9	20	1,1	1900	100,0
Yüzün kızarması	1189	62,6	471	24,8	183	9,6	57	3,0	1900	100,0
Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)	1226	64,5	423	22,3	180	9,5	71	3,7	1900	100,0

Tablo 12’de Öğretim elemanlarının son bir hafta içinde yaşadığı belirtiler sorulduğunda; %53.5’inin bedende uyuşma karıncalanma, %53.3’ünün sıcak-ateş basması, %56.0’inin bacaklarda halsizlik-titreme, %43.7’sinin gevşeyememe, % 45.8’inin çok kötü şeyler olacak korkusu, 50.7’sinin baş dönmesi/sersemlik, %46.5’inin kalp çarpıntısı, %67.4’ünün dengeyi kaybetme korkusunu, %72.1’inin dehşete kapılma, %68.5’inin boğuluyormuş gibi olma duygusunu, %72.2’sinin ellerde titreme, %83.9’unun titreklilik, %69.1’inin kontrolünü kaybetme korkusunu, %66.5’inin nefes almada güçlük duygusunu, %61.8’inin ölüm korkusunu, %51.5’inin korkuya kapılma duygusunu, %35.5’inin mide hazımsızlığı, %89.7’sinin baygınlığı, %62.6’sının yüz kızarmasını. %64.5’inin terlemeyi hiç yaşamadığını; %41,1’i sinirlilik, %34,7 midede hazımsızlık, rahatsızlık hissi, %34,1’i korkuya kapılma, %33,9’u baş dönmesi/sersemlik, %33,5’i kalp çarpıntısını hafif yaşadığını; %29,1’i sinirlilik, % 20,6’sı midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi, %18,1’i gevşeyememe, % 15,6’sı kalp çarpıntısı, %15,2’si çok kötü şeyler olacak korkusunu orta derecede yaşadığını; %10,2’si sinirlilik, %9,1’i midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi, %7,4’ü gevşeyememe, %6,4’ü çok kötü şeyler olacak korkusunu ciddi derecede yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo13:Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Türkçe Formu Madde İstatistiği Sonuçları

CSİMÖ ALT BOYUTLAR	Ortalama	En az	En çok	Standart hata	Standart sapma
Duyarlılık	7.0400	3.00	15.00	± 0.05809	2.53225
Önemseme/ Ciddiyet	21,1947	7.00	35.00	±0.13270	5.78407
KKMM yarar algısı	15,4842	4.00	63.00	±0.07414	3.23167
KKMM engel algısı	22,8916	11.00	55.00	±0.13622	5.93788
KKMM öz-etkililik/güven algısı	33.2568	10.00	50.00	±0.16564	7.22025
Sağlık Motivasyonu	26.3495	7.00	35.00	±0.10630	4.63348

Tablo 13’de araştırmaya katılan öğretim elemanlarının CSİMÖ’den aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; duyarlılık 7.0400±0.05809, Önemseme/Ciddiyet 21,1947±0.13270, KKMM yarar algısı 15,4842±0.07414, KKMM engel algısı 22,8916±0.13622, KKMM öz-etkililik/güven algısı 33.2568±0.16564, Sağlık Motivasyonu 26.3495±0.10630 bulunmuştur.

Tablo14: CSİMÖ Alt Boyutları İle Sosyo-demografik Özelliklerin Analizleri

	p		p
Sağlık Motivasyonu * Yaş	0.006	Sağlık Motivasyonu * Aile Tipi	0.992
Sağlık Motivasyonu * KKMM Yapma	0.000	Sağlık Motivasyonu * Görev	0.193
Sağlık Motivasyonu * KKMM Bilgi Alma	0.000	Sağlık Motivasyonu * Medeni Hal	0.115
Sağlık Motivasyonu * Mamografi Çekilme	0.001	Güven * Medeni Hal	0.950
Sağlık Motivasyonu * Menopoza Girme	0.007	Güven * Mamografi Çekilme	0.079
Güven * KKMM Bilgi Alma	0.000	Güven * Menopoza Girme	0.469
Güven * Yaş	0.003	Güven * Aile Tipi	0.882
Güven * KKMM Yapma	0.000	Ciddiyet * Görev	0.643
Ciddiyet * Mamografi Çekilme	0.039	Ciddiyet * Medeni Hal	0.094
Ciddiyet * KKMM Yapma	0.024	Ciddiyet * KKMM Bilgi Alma	0.080
Ciddiyet * Menopoza Girme	0.003	Ciddiyet * Yaş	0.254
Yarar * Görev	0.037	Ciddiyet * Aile Tipi	0.095
Engel * KKMM Yapma	0.000	Engel * Medeni Hal	0.337
Engel * KKMM Bilgi Alma	0.000	Engel * Yaş	0.762
Engel * Görev	0.010	Engel * Menopoza Girme	0.391
Yarar * KKMM Yapma	0.000	Engel * Aile Tipi	0.259
Yarar * KKMM Bilgi Alma	0.002	Engel * Mamografi Çekilme	0.486
Yarar * Yaş	0.007	Yarar * Aile Tipi	0.800
Duyarlılık * Aile Tipi	0.026	Yarar * Medeni Hal	0.893
Duyarlılık * Menopoza Girme	0.076	Yarar * Mamografi Çekilme	0.136
Duyarlılık * KKMM Yapma	0.575	Yarar * Menopoza Girme	0.157
Duyarlılık * Yaş	0.157	Duyarlılık * Medeni Hal	0.768
Duyarlılık * Görev	0.058	Duyarlılık * Mamografi Çekilme	0.354
		Duyarlılık * KKMM Bilgi Alma	0.093

Tablo 14’de öğretim elemanlarının CSİMÖ’den aldıkları puanların analizleri değerlendirildiğinde; Sağlık Motivasyonu ile yaş, KKMM yapma, KKMM bilgi alma, mamografi çekilme ve menopoza girme arasında (p<0.05); Engel Algısı ile KKMM yapma, KKMM bilgi alma, mamografi çekilme ve görev arasında(p<0.05); Yarar Algısı ile görev, KKMM yapma, KKMM bilgi alma ve yaş arasında(p<0.05); Güven Algısı ile görev, KKMM yapma, KKMM bilgi alma ve yaş arasında(p<0.05); Ciddiyet Algısı ile yaş, KKMM yapma, KKMM bilgi alma, mamografi çekilme ve menopoza girme arasında(p<0.05); Duyarlılık Algısı ile aile tipi arasında(p<0.05) anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sağlık Motivasyonu ile aile tipi, görev, medeni hal (p>0.05), Güven Algısı ile menopoza girme, medeni hal, mamografi çekilme ve aile tipi arasında (p>0.05); Ciddiyet Algısı ile yaş, KKMM bilgi alma, aile tipi, görev ve medeni hal arasında (p>0.05); Engel Algısı ile yaş, KKMM bilgi alma, aile tipi, görev menopoza girme ve medeni hal arasında(p>0.05); Duyarlılık Algısı ile yaş, KKMM yapma, menopoza girme KKMM bilgi alma, aile tipi, görev, mamografi çekilme ve medeni hal aile tipi arasında(p>0.05); Yarar Algısı ile aile tipi, görev ve medeni hal, mamografi çekilme ve menopoza girme (p>0.05) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

TABLO 15:Öğretim Elemanlarının Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Cevap Dağılımı

DUYARLILIK ALGISI	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Kathıyorum		Tamamen Kathıyorum	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Meme ca olma olasılığım çok yüksek	352	18,5	704	37,1	589	31,0	208	10,9	47	2,5
Birkaç yıl içinde meme ca olma olasılığım çok yüksek	472	24,8	787	41,4	546	28,7	79	4,2	16	0,8
Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum	356	18,7	609	32,1	658	34,6	231	12,2	46	2,4
CİDDİYET ALGISI										
Meme ca olma düşüncesi beni korkutuyor	141	7,4	268	14,1	249	13,1	936	49,3	306	16,1
Meme canı düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpıyor	293	15,4	611	32,2	339	17,8	539	28,4	118	6,2
Meme ca hakkında düşünmek beni korkutuyor	234	12,3	411	21,6	246	12,9	821	43,2	188	9,9
Meme ca olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir	129	6,8	230	12,1	420	22,1	878	46,2	243	12,9
Meme ca olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirir	350	18,4	513	27,0	466	24,5	448	23,6	123	6,5
Eğer Meme ca olursam tüm hayatım değişebilir	134	7,1	399	21,0	435	22,9	697	36,7	235	12,4
Meme ca olursam 5 yıldan fazla yaşayamam	437	23,0	707	37,2	595	31,3	122	6,4	39	2,1
YARAR ALGISI										
KKMM yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum	52	2,7	76	4,0	177	9,3	934	49,2	661	34,8
Her ay KKMM yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir	73	3,8	166	8,7	319	16,8	893	47,0	449	23,6
KKMM yaparken erken dönemde bir kitle saptarsam, meme ca hikayem kötü olmayabilir	44	2,3	92	4,8	254	13,4	977	51,4	533	28,1
Her ay KKMM yapmak benim için mememdeki küçük kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur	65	3,4	205	10,8	486	25,6	801	42,2	343	18,1
ENGEL ALGISI										
KKMM muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum	124	6,5	423	22,3	690	36,3	517	27,2	146	7,7
KKMM yapmak memede bir sorun olduğunu düşündürebilir beni endişelendirir	375	19,7	706	37,2	321	16,9	402	21,2	96	5,1
KKMM beni utandırıyor	1143	60,2	597	31,4	77	4,1	44	2,3	39	2,1
KKMM muayenesi çok zaman alıyor	813	42,8	724	38,1	228	12,0	101	5,3	34	1,8
KKMM muayenesi yapmayı unutuyorum	251	13,2	459	24,2	276	14,5	691	36,4	223	11,7
KKMM muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyabileceğim bir yerim yok	1298	68,3	478	25,2	48	2,5	49	2,6	27	1,4
Sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok	604	31,8	769	40,5	304	16,0	169	8,9	54	2,8
Düzenli mamografi çektiyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok	563	29,6	771	40,6	312	16,4	201	10,6	53	2,8
KKMM yapmak için memelerim çok büyüktür	1085	57,1	624	32,8	113	5,9	58	3,1	20	1,1
KKMM yapmak için memelerim çok yumruludur	1070	56,3	590	31,1	147	7,7	65	3,4	28	1,5
KKMM yapmaktan daha önemli sorunlarım var	836	44,0	695	36,6	195	10,3	131	6,9	43	2,3
GÜVEN (Öz yeterlilik)										
KKMM nasıl yapılacağını biliyorum	194	10,2	248	13,1	476	25,1	769	40,5	213	11,2
KKMM muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim	120	6,3	187	9,8	713	37,5	689	36,3	191	10,1
KKMM yaparken kitle varsa bulurum	98	5,2	175	9,2	953	50,2	567	29,8	107	5,6
Mememde 2,5 cm(25 bin lira)bir kitleyi bulabilirim	85	4,5	166	8,7	775	40,8	712	37,5	162	8,5
Mememde 1,5 cm(50 bin lira)bir kitleyi bulabilirim	98	5,2	200	10,5	931	49,0	535	28,2	136	7,2
Mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi bulabilirim	138	7,3	274	14,4	1002	52,7	386	20,3	100	5,3
KKMM yaparken izlenecek adımları biliyorum	129	6,8	276	14,5	603	31,7	739	38,9	153	8,1
KKMM yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	82	4,3	159	8,4	524	27,6	903	47,5	232	12,2
Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	87	4,6	200	10,5	479	25,2	903	47,5	231	12,2
Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim	90	4,7	181	9,5	592	31,2	831	43,7	206	10,8
SAĞLIK MOTİVASYONU										
Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim	40	2,1	30	1,6	69	3,6	671	35,3	1090	57,4
Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir	46	2,4	34	1,8	51	2,7	662	34,8	1107	58,3
Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım	46	2,4	119	6,3	250	13,2	816	42,9	669	35,2
Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum	39	2,1	52	2,7	100	5,3	866	45,6	843	44,4
Dengeli beslenirim	60	3,2	205	10,8	441	23,2	875	46,1	319	16,8
Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	328	17,3	633	33,3	388	20,4	375	19,7	176	9,3
Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırım	258	13,6	534	28,1	534	28,1	416	21,9	158	8,3

Tablo 15'de Öğretim elemanlarının; %60,2'si KKMM beni utandırıyor, %42,8' i KKMM muayenesi çok zaman alıyor, %68,3'ü KKMM muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyabileceğim bir yerim yok, %57,1'i KKMM yapmak için memelerim çok büyüktür, %56,3'ü KKMM yapmak için memelerim çok yumruludur, %44,0'ı KKMM yapmaktan daha önemli sorunlarım var şıklarına kesinlikle katılmıyorum; % 37,1'i meme ca. olma olasılığım çok yüksek, %41,4'ü birkaç yıl içinde meme ca. olma olasılığım çok yüksek, %32,2'si meme kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpıyor, %27,0'ı meme ca. olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişkimi kötüleştirebilir, %37,2'si meme ca. olursam 5 yıldan fazla yaşayamam, %40,5'i sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok, %40,6'sı düzenli mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok, %33,3'ü haftada en az üç kez egzersiz yaparım, %28,1'i hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırım şıklarına katılmıyorum; %34,6'sı yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum, %36,3'ü KKMM muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum, %37,5'i KKMM muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim, %50,2'si KKMM yaparken kitle varsa bulurum, %40,8'i mememde 2,5 cm(25 bin lira)bir kitleyi bulabilirim, %49,0'ı mememde 1,5 cm(50 bin lira)bir kitleyi bulabilirim, %52,7'si mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi bulabilirim şıklarına kararsızım; %49,3'ü meme ca. olma düşüncesi beni korkutuyor, %43,2'si meme ca. hakkında düşünmek beni korkutuyor, %46,2'si meme ca. olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir, % 36,7'si eğer meme ca. olursam tüm hayatım değişebilir, %49,2'si KKMM yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum, %47,0'ı her ay KKMM yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir, %51,4'ü KKMM yaparken erken dönemde bir kitle saptarsam, meme ca. hikayem kötü olmayabilir, %42,2'si her ay KKMM yapmak benim için mememdeki küçük kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur, %36,4'ü KKMM muayenesi yapmayı unutuyorum, %40,5'i KKMM nasıl yapılacağını biliyorum, %38,9'u KKMM yaparken izlenecek adımları biliyorum, %47,5'i KKMM yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim, %47,5'i aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim, %43,7'si meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim, %42,9'u sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım, %45,6'sı sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum, %46,1'i dengeli beslenirim şıklarına katılıyorum; %57,4'ü sağlık sorunlarını erken saptamak isterim, %58,3'ü sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir, %44,4'i sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum şıklarına tamamen katılıyorum cevabını vermiştir.

Tablo16: Sosyo-Demografik Doğumsal Özelliklerine Göre Yaşayan Çocuk Sayısı Dağılımı

Yaş	Cevapsız		1-2 çocuk		3-4 çocuk		5 ve ↑		Hamileyim		Çocuk Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24yaş	73	97.3*	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.7	75	100.0
25-29yaş	382	85.3	33	7.4	0	0.0	0	0.0	1	0.2	32	7.1	448	100.0
30-34yaş	265	54.6	191	39.4	1	0.2	0	0.0	3	0.6	25	5.2	485	100.0
35-39yaş	103	31.3	200	60.8	5	1.5	1	0.3	2	0.6	18	5.5	329	100.0
40-44yaş	49	18.9	195	75.3	5	1.9	0	0.0	1	0.4	9	3.5	259	100.0
45-49yaş	39	22.5	123	71.1	3	1.7	0	0.0	0	0.0	8	4.6	173	100.0
50 üstü	29	22.1	91	69.5	6	4.6	0	0.0	0	0.0	5	3.8	131	100.0
Görev	x²=6,110		SD=30		p= 0.000									
Profesör	25	21.4	83	70.9	5	4.3	0	0.0	0	0.0	4	3.4	117	100.0
Doçent	41	22.2	133	71.9	4	2.2	0	0.0	1	0.5	6	3.2	185	100.0
Yrd.Doç	162	33.4	290	59.8	8	1.6	1	0.2	2	0.4	22	4.5	485	100.0
Öğr.gör.	122	46.2	121	45.8	1	0.4	0	0.0	1	0.4	19	7.2	264	100.0
Uzman	13	39.4	18	54.5	1	3.0	0	0.0	0	0.0	1	3.0	33	100.0
Araş.gör	521	73.4	142	20.0	1	0.1	0	0.0	3	0.4	43	6.1	710	100.0
Okutman	56	52.8	46	43.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.8	106	100.0
Son doğum şekli	x²=3.642		SD=30		p= 0.000									
Cevapsız	936	99.6	6	0.7	0	0.0	0	0.0	5	71.4	95	96.0	1042	54.8
Normal	3	0.3	276	33.1	7	35.0	1	100.0	0	0.0	3	3.0	290	15.3
Sezeryan	1	0.1	551	66.1	13	65.0	0	0.0	2	28.6	1	1.0	568	29.9
Toplam	936	99.6	6	0.7	0	0.0	0	0.0	5	71.4	95	96.0	1042	54.8
	x²=1844.057		SD=10		p= 0.000									

*araştırma görevlilerinin çoğunluğunun bekar ve doğum yapmamış olmasından dolayı

Tablo16'da 19-24 yaşında olan öğretim elemanlarının %97.3'ünün cevap vermediği, 25-29 yaş aralığında olanların %7.4'ünün, 30-34 yaş aralığında olanların %39.4'ünün, 35-39 yaş aralığında olanların %60.8'inin, 40-44 yaş aralığında olanların %75.3'ünün, 45-49 yaş aralığında olanların %71.1'inin 50 ve üstü yaş aralığında olanların 1-2 çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Yaşları ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Çocuk sayıları ile görevleri arasında; 1-2 çocuk sahibi olanların %70.9'unun profesör,%71.9'unun doçent, %59.8'inin yrd.doç., %45.8'inin öğr.gör., %54.5'inin uzman, %20.0'inin araş.gör., %43.4'ünün okutman olduğu bulunmuştur. Görevleri ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Çocuk sayıları ile son doğum şekilleri arasında; 1-2 çocuk sahibi olanların %66.1'inin ve 3-4 çocuk sahibi olanların %65.0'inin sezaryen, 5 ve daha fazla çocuk sahibi olanların %100.0'ünün normal doğum yaptığı görülmüştür. Son doğum şekilleri ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 17: Öğretim Elemanlarının Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Yaşa Göre Dağılımı

Hormonal yöntemi	19-24 yaş		25-29 yaş		30-34 yaş		35-39 yaş		40-44 yaş		45-49 yaş		50 ve ↑		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cevapsız	71	94.7	357	79.7	368	75.9	237	72.0	196	75.7	142	82.1	113	86.3	1484	78.1
Hormonal yöntem	4	5.3	91	20.3	117	24.1	92	28.0	63	24.3	31	17.9	18	13.7	41.6	21.9
Cerrahi yöntem	$\chi^2=28,766$ SD=6 p= 0,000															
Cevapsız	75	100.0	448	100.0	484	99.8	324	98.5	251	96.9	161	93.1	126	96.2	1869	98.4
Tüp lig./vazektomi	0	0.0	0	0.0	1	0.2	5	1.5	8	3.1	12	6.9	5	3.8	31	1.6
Rahim içi araç	$\chi^2=52,498$ SD=6 p= 0,000															
Cevapsız	75	100.0	441	98.4	454	93.6	272	82.7	184	71.0	118	68.2	83	63.4	1627	85.6
Ria ile	0	0.0	7	1.6	31	6.4	57	17.3	75	29.0	55	31.8	48	36.6	273	14.4
İstatistik	$\chi^2=240,020$ SD=6 p= 0,000															

Tablo 18: Öğretim Elemanlarının Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Görevlerine Göre Dağılımı

Hormonal yöntem	Profesör		Doçent		Yrd. Doç.		Öğr.Gör.		Uzman		Araş.Gör.		Okutman		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cevapsız	95	81.2	145	78.4	382	78.8	207	78.4	20	60.6	553	77.9	82	77.4	1484	78.1
Hormonal yöntemle	22	18.8	40	21.6	103	21.2	57	21.6	13	39.4	157	22.1	24	22.6	416	21.9
Cerrahi yöntem	$\chi^2=6,762$ SD=6 p= 0,343															
Cevapsız	109	93.2	181	97.8	476	98.1	261	98.9	32	97.0	706	99.4	104	98.1	1896	98.4
Tüplig.,vazektomi ile	8	6.8	4	2.2	9	1.9	3	1.1	1	3.0	4	0.6	2	1.9	31	1.6
Rahim içi araç	$\chi^2=26,130$ SD=6 p= 0,000															
Cevapsız	79	67.5	130	70.3	393	81.0	230	87.1	26	78.8	682	96.1	87	82.1	1627	85.6
Ria ile korunuyorum	38	32.5	55	29.7	92	19.0	34	12.9	7	21.2	282	3.9	19	17.9	273	14.4
İstatistik	$\chi^2=140,545$ SD=6 p= 0,000															

Tablo 17’de Öğretim elemanlarının 19-24 yaş grubunun %5.3’ünün, 25-29 yaş grubunun %20.3’ünün, 30-34 yaş grubunun %24.1’inin, 35-39 yaş grubunun %28.0’ının, 40-44 yaş grubunun %24.3’ünün, 45-49 yaş grubunun %17.9’unun, 50 yaş ve üstünde %13.7’sinin hormonal yöntemle korunduğu görülmüştür. Hormonal yöntemle korunma ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunma ile yaşları arasında; 19-24 yaş grubunun %0.0’ının, 25-29 yaş grubunun %0.0’ının, 30-34 yaş grubunun %0.2’sinin, 35-39 yaş grubunun %1.5’inin, 40-44 yaş grubunun %3.1’inin, 45-49 yaş grubunun %6.9’unun, 50 ve üstünde %3.8’inin cerrahi yöntemle korunduğu saptanmıştır. Cerrahi yöntem korunma ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

RİA ile yaşları arasında; 19-24 yaş grubunun %0.0'ının, 25-29 yaş grubunun %1.6'sının, 30-34 yaş grubunun %6.4'ünün, 35-39 yaş grubunun %17.3'ünün, 40-44 yaş grubunun %29.0'ının, 45-49 yaş grubunun %31.8'inin, 5 ve ↑ yaş grubunun %36.6'sının rahim içi araç yöntemiyle korunduğu görülmüştür. RİA ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 18'de Öğretim elemanlarının hormonal yöntemle korunanların %18.8'i profesör, %21.6'sı doç. %21.2'sinin yrd.doç., %21.6'sı öğr.gör.%39.4'ü uzman, %22.1'i araş.gör. %22.6'sının okutman olduğu görülmüştür. Hormonal yöntemle korunma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,343).

Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunanların %6.8'i profesör, %2.2'si doç., %1.9'u yrd.doç., %1.1'i öğr.gör., %3.0'ının uzman, %0.6'sı araş.gör., %1.9'u okutmandır. Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000).

RİA yöntemiyle korunanların %32.5'inin profesör, %29.7'si doçent, %19.0'ının yrd.doç., %12.9'u öğr.gör., %21.2'si uzman, %3.9'u araş.gör., %17.9'u okutman olduğu görülmüştür. Rahim içi araç ile görevler arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 19: Sosyo-demografik Doğumsal Özelliklerine göre RİA, Hormonal, Cerrahi, Geri Çekme Yöntemi ile Korunma Dağılımı

Medeni durum	Tüpligasyon/vazektomi ile korunmadım		Tüpligasyon /vazektomi ile korundum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	739	39.5	2	6.5	741	39.0
Evli	1130	60.5	29	93.5	1159	61.0
Evlenme yaşı	$\chi^2=14,034$		SD=1		p= 0.000	
Cevapsız	680	36.4	0	0.0	680	35.8
20 ve ↓	19	1.0	2	6.5	21	1.1
21-24 yaş arası	303	16.2	12	38.7	315	16.6
25-29 yaş arası	649	34.7	11	35.5	660	34.7
30-34 yaş arası	150	8.0	2	6.5	152	8.0
35 yaş üzeri	66	3.5	4	12.9	70	3.7
Bekar	2	0.1	0	0.0	2	0.1
Son doğum şekli	$\chi^2=36,141$		SD=6		p= 0.000	
Cevapsız	1041	55.7	1	3.2	1042	54.8
Normal	289	15.5	1	3.2	290	15.3
Sezeryan	539	28.8	29	93.5	568	29.9
Menopoza girme	$\chi^2=61,014$		SD=2		p= 0.000	
Evet	141	7.5	7	22.6	148	7.8
Hayır	1728	92.5	24	77.4	1752	92.2
Toplam	1869	100.0	31	100.0	1900	100.0
$\chi^2=9,599$ SD=1 p= 0.002						

Çalıştığı üniversite	Ria ile korunmadım		Ria ile korundum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akdeniz	147	9.0	28	10.3	175	9.2
Güneydoğu	47	2.9	4	1.5	51	2.7
Doğu anadolu	138	8.5	19	7.0	157	8.3
İç Anadolu	454	27.9	69	25.3	523	27.5
Ege	163	10.0	42	15.4	205	10.8
Marmara	470	28.9	88	32.2	558	29.4
Karadeniz	208	12.8	23	8.4	231	12.2
Yaşadığı bölge	$\chi^2=14,171$		SD=6		p= 0.028	
Akdeniz	147	9.0	28	10.3	175	9.2
Güneydoğu	45	2.8	4	1.5	49	2.6
Doğu anadolu	139	8.5	18	6.6	157	8.3
İç Anadolu	456	28.0	68	24.9	524	27.6
Ege	164	10.1	42	15.4	206	10.8
Marmara	474	29.1	91	33.3	565	29.7
Karadeniz	202	12.4	22	8.1	224	11.8
Son doğum şekli	$\chi^2=15,030$		SD=6		p= 0.020	
Cevapsız	1036	63.7	6	2.2	1042	54.8
Normal	184	11.3	106	38.8	290	15.3
Sezeryan	407	25.0	161	59.0	568	29.9
Toplam	1627	100.0	273	100.0	1900	100.0
$\chi^2=367,275$ SD=2 p= 0.000						

Yaş	Geri çekme kullanmadım		Geri çekme kullandım		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	73	4.8	2	0.5	75	3.9
25-29 yaş	382	25.0	66	17.9	448	23.6
30-34 yaş	381	24.9	104	28.2	485	25.5
35-39 yaş	261	17.0	68	18.4	329	17.3
40-44 yaş	198	12.9	61	16.5	259	13.6
45-49 yaş	132	8.6	41	11.1	173	9.1
50 üstü	104	6.8	27	7.3	131	6.9
Görev	$\chi^2=26,308$		SD=6		p= 0.000	
Profesör	88	5.7	29	7.9	117	6.2
Doçent	148	9.7	37	10.0	185	9.7
Yrd. Doçent	380	24.8	105	28.5	485	25.5
Öğretim Gör.	205	13.4	59	16.0	264	13.9
Uzman	29	1.9	4	1.1	33	1.7
Araş Gör.	596	38.9	114	30.9	710	37.4
Okutman	85	5.6	21	5.7	106	5.6
Çalıştığı Üniversite	$\chi^2=11,447$		SD=6		p=0,076	
Akdeniz	152	9.9	23	6.2	175	9.2
Güneydoğu	40	2.6	11	3.0	51	2.7
DoğuAnadolu	142	9.3	15	4.1	157	8.3
İç Anadolu	429	28.0	94	25.5	523	27.5
Ege	157	10.3	48	13.0	205	10.8
Marmara	428	28.0	130	35.2	558	29.4
Karadeniz	183	12.0	48	13.0	231	12.2
Son doğum şekli	$\chi^2=22,745$		SD=6		p= 0.001	
Cevapsız	903	59.0	139	37.7	1042	54.8
Normal	212	13.8	78	21.1	290	15.3
Sezeryan	416	27.2	152	41.2	568	29.9
Toplam	1531	100.0	369	100.0	1900	100.0
$\chi^2=54,532$ SD=2 p= 0.000						
Çalıştığı üniversite	Hormonal yöntemle korunmadım		Hormonal yöntemle korundum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akdeniz	138	9.3	37	8.9	175	9.2
Güneydoğu	42	2.8	9	2.2	51	2.7
Doğunadolu	126	8.5	31	7.5	157	8.3
İç Anadolu	423	28.5	100	24.0	523	27.5
Ege	149	10.0	56	13.5	205	10.8
Marmara	412	27.8	146	35.1	558	29.4
Karadeniz	194	13.1	37	8.9	231	12.2
Yaşadığı bölge	$\chi^2=17,515$		SD=6		p= 0.008	
Akdeniz	139	9.4	36	8.7	175	9.2
Güneydoğu	40	2.7	9	2.2	49	2.6
Doğu anadolu	126	8.5	31	7.5	157	8.3
İç Anadolu	425	28.6	99	23.8	524	27.6
Ege	150	10.1	56	13.5	206	10.8
Marmara	416	28.0	149	35.8	565	29.7
Karadeniz	188	12.7	36	8.7	224	11.8
Son doğum şekli	$\chi^2=18,155$		SD=6		p= 0.006	
Cevapsız	871	58.7	171	41.1	1042	54.8
Normal	214	14.4	76	18.3	290	15.3
Sezeryan	399	26.9	169	40.6	568	29.9
Toplam	1484	100.0	416	100.0	1900	100.0
$\chi^2=41,992$ SD=2 p= 0.000						

Tablo 19’da RİA ile korunan öğretim elemanlarının %32.2’si Marmara, %25.3’ünün İç Anadolu, %1.5’inin Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalıştığı üniversite ile ria’lı korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,028$).

Rahim içi araçla korunan öğretim elemanlarının %33.3’ü Marmara, %24.9’u İç Anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür. Yaşadığı bölge ile ria’lı korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,020$).

Rahim içi araçla korunan öğretim elemanlarının %59.0’ının sezaryen, %38.8’inin normal doğum yaptığı görülmüştür. Son doğum şekilleri ile ria’lı korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Hormonal yöntem kullanan öğretim elemanlarının %35.1’inin Marmara, %24.0’ının İç Anadolu, %2.2’sinin Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalıştığı üniversite ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,008$).

Öğretim elemanlarının Hormonal yöntem kullananların %35.8’inin Marmara, %23.8’inin İç Anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür. Yaşadığı bölge ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$).

Öğretim elemanlarının Hormonal yöntem kullananların %40.6’sının sezaryen, %18.3’ünün normal doğum yaptığı görülmüştür. Son doğum şekilleri ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunan öğretim elemanlarının %93.5’inin evlidir. Medeni durumla Tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının; 1-2 kez cevabını verenlerin %38.7’sinin 21-24 yaş, %35.5’inin 25-29 yaş, %12.9’unun 35 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmüştür. Evlenme yaşı ile Tüpligasyon/ vazektomi yöntemi ile korunması arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının; %93.5’inin sezaryen, %3.2’sinin normal doğum yapmıştır. Son doğum şekilleri ile Tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim Elemanlarının; %22.6’sının menopoza girdiği,%77.4’ünün girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$)

Geri çekme kullanan öğretim elemanlarının %17.9’unun 25-29 yaş, %28.2’sinin 30-34 yaş, %18.4’ünün 35-39 yaş, %16.5’inin 40-44 yaş, %11.1’inin 45-49 yaşta olup geri çekmeyi aile planlaması yöntemi olarak kullandığı görülmüştür. Yaş ile geri çekmeyi kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Geri çekme kullananların %30.9’unun araş.gör., %28.5’inin yrd.doç. olduğu görülmüştür. Geri çekmeyi kullanma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki

saptanmıştır (p=0,000).

Geri çekme kullananların %35.2'sinin marmara, %25.5'inin iç anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Geri çekmeyi kullanma ile çalıştıkları bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,001).

Tablo 20: Sosyo-Demografik Özellikleri İle KKMM Eğitimi Alma Dağılımı

Görev	KKMM eğitimi alanlar		KKMM eğitimi almayanlar		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	92	8.9	25	2.9	117	6.2
Doçent	97	9.4	88	10.2	185	9.7
Yrd. Doçent	267	25.8	218	25.2	485	25.5
Öğretim görevlisi	163	15.7	101	11.7	264	13.9
Uzman	20	1.9	13	1.5	33	1.7
Araştırma görevlisi	341	32.9	369	42.7	710	37.4
Okutman	56	5.4	50	5.8	106	5.6
KKMM yaparmısınız			x²=46.052	SD=6	p= 0.000	
Cevapsız	0	0.0	2	0.2	2	0.1
Evet	886	85.5	534	61.8	1420	74.7
Hayır	150	14.5	328	38.0	478	25.2
Menopoza girdiniz mi			x²=141, 127	SD=2	p= 0.000	
Evet	104	10.0	44	5.1	148	7.8
Hayır	932	90.0	820	94.9	1752	92.2
Medeni durum			x²=16,045	SD=1	p= 0.000	
Bekar	383	37.0	358	41.4	741	39.0
Evli	653	63.0	506	58.6	1159	61.0
Yasadığı bölge			x²=3,950	SD=1	p= 0.047	
Akdeniz	90	8.7	85	9.8	175	9.2
Güneydoğu	29	2.8	20	2.3	49	2.6
Doğu Anadolu	78	7.5	79	9.1	157	8.2
İç Anadolu	270	26.1	254	29.4	524	27.6
Ege	124	12.0	82	9.5	206	10.8
Marmara	334	32.2	231	26.7	565	29.7
Karadeniz	111	10.7	113	13.1	224	11.8
Çalıştığı üniversite			x²=14,195	SD=6	p= 0.028	
Akdeniz	90	8.7	85	9.8	175	9.2
Güneydoğu	30	2.9	21	2.4	51	2.7
Doğu Anadolu	77	7.4	80	9.3	157	8.2
İç Anadolu	269	26.0	254	29.4	523	27.5
Ege	124	12.0	81	9.4	205	10.8
Marmara	331	31.9	227	26.3	558	29.4
Karadeniz	115	11.1	116	13.4	231	12.2
Toplam	1036	100.0	864	100.0	1900	100.0
				x²=15.180	SD=6	p= 0,019

Tablo 20'de Öğretim elemanlarının profesörlerin %8.9'u, doç. %9.4'ü, yrd. doç. %25.8'inin, ögr.gör. %15.7'si, uzmanların %1.9'u, araş.gör.%32.9'u, okutmanların %5.4'ü KKMM hakkında eğitim aldığı; görevlilerinin %42.7'sinin KKMM hakkında bilgi ve eğitim almadığı görülmüştür. Görev ile KKMM hakkında bilgi-eğitim alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p= 0,000).

KKMM hakkında bilgi- eğitim alan öğretim elemanlarının %85.5'inin KKMM yaptığı, %14.5'inin KKMM yapmadığı; meme muayenesi hakkında bilgi ve eğitim almayanların %61.8'inin kkmm yaptığı görülmüştür. KKMM yapma ile KKMM hakkında bilgi-eğitim alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM hakkında bilgi-eğitim alan öğretim elemanlarının %10.0'nın menopoza girdiği, %90.0'nın menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,022).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alanların öğretim elemanlarının %37.0'nın bekar, %63.0'nın evli olduğu görülmüştür. Hormon tedavisi alma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,047$).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alan öğretim elemanlarının %32.2'sinin Marmara, %26.1'inin İç anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür. KKMM hakkında bilgi, eğitim alma ile yaşadığı bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,028$).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alan öğretim elemanlarının %31.9'unun Marmara, %26.0'nın İç anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. KKMM hakkında bilgi, eğitim alma ile çalıştıkları bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,019$).

Tablo 21: Sosyo-Demografik Doğumsal Özellikleri ile KKMM Nasıl Yapıldığını Bilme Dağılımı

Görev	Cevapsız		Ayna karşısında		Portakal kabuğu görünümü		Koltuk altı dairesel hareket		Meme uçlarından akıntı		Hepsi		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	0	0.0	2	8.7	1	7.1	20	2.4	3	9.1	86	9.5	5	5.0	117	6.2
Doçent	0	0.0	3	13.0	2	14.3	58	7.0	5	15.2	110	12.2	7	6.9	185	9.7
Yrd. Doç	0	0.0	4	17.4	3	21.4	195	23.6	8	24.2	251	27.9	24	23.8	485	25.5
Öğretim gör.	0	0.0	3	13.0	1	7.1	103	12.5	5	15.2	141	15.6	11	10.9	264	13.9
Uzman	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	1.9	0	0.0	16	1.8	1	1.0	33	1.7
Araştırma gör.	1	100.0	8	34.8	7	50.0	383	46.3	9	27.3	254	28.2	48	47.5	710	37.4
Okutman	0	0.0	3	13.0	0	0.0	52	6.3	3	9.1	43	4.8	5	5.0	106	5.6
Medeni durum	$\chi^2=110,646$ SD=36 p= 0.000															
Bekar	0	0.0	12	52.2	6	42.9	370	44.7	12	36.4	295	32.7	46	45.5	741	39.0
Evli	1	100.0	11	47.8	8	57.1	457	55.3	21	63.6	606	67.3	55	54.5	1159	61.0
Evlenme yaşı	$\chi^2=30,608$ SD=6 p= 0.000															
Cevapsız	0	0.0	11	47.8	6	42.9	349	42.2	12	36.4	261	29.0	41	40.6	680	35.8
20 ve ↓	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	0.8	1	3.0	13	1.4	0	0.0	21	1.1
21-24 yaş arası	1	100.0	3	13.0	2	14.3	124	15.0	3	9.1	164	18.2	18	17.8	315	16.6
25-29 yaş arası	0	0.0	6	26.1	5	35.7	271	32.8	13	39.4	338	37.5	27	26.7	660	34.7
30-34 yaş arası	0	0.0	3	13.0	1	7.1	62	7.5	3	9.1	76	8.4	7	6.9	152	8.0
35 yaş üzeri	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	1.6	1	3.0	49	5.4	7	6.9	70	3.7
Bekar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	1.0	2	0.1
Menopoza girme	$\chi^2=73,488$ SD=36 p= 0.000															
$\chi^2=36,493$ SD=12 p= 0.000																
Evet	0	0.0	2	8.7	0	0.0	31	3.7	4	12.1	101	11.2	10	9.9	148	7.8
Hayır	1	100.0	21	91.3	14	100.0	769	96.3	29	87.9	800	88.8	91	90.1	1752	92.2
Kkmm yapma	$\chi^2=36,258$ SD=6 p= 0.000															
Cevapsız	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.1	0	0.0	2	0.1
Evet	1	100.0	16	69.6	12	85.7	628	75.9	26	78.8	730	81.0	7	6.9	1420	74.7
Hayır	0	0.0	7	30.4	2	14.3	198	23.9	7	21.2	170	18.9	94	93.1	478	25.2
Toplam	$\chi^2=268,900$ SD=12 p= 0.000															
Toplam	1	100.0	23	100.0	14	100.0	827	100.0	33	100.0	901	100.0	101	100.0	1900	100.0

Tablo 21’de Öğretim elemanlarının profesörlerin %9.5’inin, doçentlerin %12.2’sinin, yrd. doçentlerin %27.9’unun, öğretim görevlilerinin %15.6’sının, uzmanların %1.8’inin, araştırma gör. %28.2’inin, okutmanların %4.8’inin hepsi cevabını verdiği; profesörlerin %5.0’ının; araştırma görevlilerinin %47.5’inin KKMM nasıl yapıldığını bilmiyorum cevabını verdiği görülmüştür. Görev ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p= 0,000). Öğretim elemanlarının KKMM nasıl yapıyor sorusuna hepsi cevabını verenlerin %32.7’sinin bekar, %67.3’ünün evli olduğu görülmüştür. KKMM nasıl yapıldığını bilme ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarından hepsi cevabını verenlerin %18.2'si 21-24 yaş, %37.5'inin 25-29 yaş aralığında; bilmiyorum cevabını verenlerin%26.7'si 25-29 yaş aralığında evlendiği görülmüştür. Evlenme yaşı ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000). Öğretim elemanlarının KKMM nasıl yapılara hepsi cevabını verenlerin %11.2'sinin menopoza girdiği, %88.8'inin girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının KKMM nasıl yapıyor sorusuna hepsi cevabını verenlerin %81.0'inin KKMM yaptığı,%18.9'unun yapmadığı görülmüştür. KKMM yapma ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 22:Sosyo-Demografik Özellikleri ile KKMM Yapma Zamanını Bilme Dağılımı

Görev	Cevapsız		Adetten 5-7 gün sonra		Aklıma geldikçe		Diğer zamanlarda		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	26	5.5	10	5.2	69	6.6	12	6.3	117	6.2
Doçent	46	9.7	21	10.9	98	9.4	20	10.4	185	9.7
Yrd. Doç.	114	23.9	59	30.7	258	24.8	54	28.1	485	25.5
Öğr.Gör.	52	10.9	33	17.2	151	14.5	28	14.6	264	13.9
Uzman	5	1.1	3	1.6	20	1.9	5	2.6	33	1.7
Araş.Gör.	203	42.6	55	28.6	392	37.7	60	31.3	710	37.4
Okutman	30	6.3	11	5.7	52	5.0	13	6.8	106	5.6
Medeni Durum			$\chi^2=22,965$		SD=18		p= 0,192			
Bekar	195	41.0	71	37.0	382	36.7	93	48.4	741	39.0
Evli	281	59.0	121	63.0	658	63.3	99	51.6	1159	61.0
Menopoza Girme			$\chi^2=10,543$		SD=3		p= 0,014			
Evet	22	4.6	5	2.6	98	9.4	23	12.0	148	7.8
Hayır	454	95.4	187	97.4	942	90.6	169	88.0	1752	92.2
Kkmm Yaparmısınız			$\chi^2=22,393$		SD=3		p= 0,000			
Cevapsız	1	0.2	1	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Evet	21	4.4	186	96.9	1029	98.9	184	95.8	1420	74.7
Hayır	454	95.4	5	2.6	11	1.1	8	4.2	478	25.2
			$\chi^2=1670,988$		SD=6		p= 0,000			
Toplam	476	100.0	192	100.0	1040	100.0	192	100.0	1900	100.0

Tablo 22'de Profesör öğretim elemanlarının %5.2'si, doçentlerin %10.9'u, Yrd. doçentlerin %30.7'si, öğr.görevlilerinin %17.2'si, uzmanların %1.6'sı araş.görevlilerinin %28.6'sı, KKMM yapma zamanına adetten 5-7 gün sonra dediği; araş.gör.%37.7'si aklıma geldikçe KKMM yapıyorum dediği görülmüştür. Görev ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,192).

Öğretim elemanlarının KKMM yapılma zamanına adetten 5-7 gün sonra cevabını verenlerin %63.0'ı evlidir. Medeni durum ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,014).

Öğretim elemanlarının KKMM yapılma zamanına adetten 5-7 gün sonra diyenlerin %97.4'ünün menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000).

KKMM yi adetten 5-7 gün sonra yapıyorum diyenlerin %96.9'unun KKMM yaptığı, aklıma geldikçe KKMM yapıyorum diyenlerin %98.9'unun KKMM yaptığı görülmüştür. KKMM yapma ile zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo23:Sosyo-Demografik Özellikler İle Kitlenin Meme Ca. Belirtisi Olduğunu Bilme Dağılımı

Görev	Cevapsız		Meme kanserinin belirtisinin kitlenin bildiği		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	52	8.9	65	4.9	117	6.2
Doçent	75	12.8	110	8.4	185	9.7
Yrd. Doçent	156	26.6	329	25.0	485	25.5
Öğretim Gör.	88	15.0	176	13.4	264	13.9
Uzman	7	1.2	26	2.0	33	1.7
Araştırma Gör.	175	29.9	535	40.7	710	37.4
Okutman	33	5.6	73	5.6	106	5.6
Son Doğum Şekli			X²=33,684	SD=6	P= 0.000	
Cevapsız	295	50.3	747	56.8	1042	54.8
Normal	110	18.8	180	13.7	290	15.3
Sezeryan	181	30.9	387	29.5	568	29.9
Menopoza Girme			X²=10,242	SD=2	P= 0.006	
Evet	58	9.9	90	6.8	148	7.8
Hayır	528	90.1	1224	93.2	1752	92.2
KKMM Yaparmısınız			X²=5,243	SD=1	P= 0.022	
Cevapsız	0	0.0	2	0.2	2	0.1
Evet	457	78.0	963	73.3	1420	74.7
Hayır	129	22.0	349	26.6	478	25.2
Toplam	586	100.0	1314	100.0	1900	100.0
			X²=5,419	SD=2	P= 0.067	

Tablo 23’de Öğretim elemanlarından profesörlerin %4.9’u, doç. %8.4’ü,yrd.doç. %25’i, öğr. gör. %13.4’ü, uzmanların %2’si, araş. gör. %40.7’si, okutmanların %5.6’sı meme ca. belirtisi kitlenin bildiği görülmüştür. Görev ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarından meme ca. belirtisi kitlenin bildiği cevabını verenlerin %29.5’i sezeryan, %13.7’si normal doğum yaptığı görülmüştür. Son doğum şekilleri ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,006).

Öğretim Elemanlarının meme ca. belirtisi kitlenin bildiği diyenlerin %6.8’inin menopoza girdiği, %93.2’sinin menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,022).

Öğretim Elemanlarının Meme ca. belirtisi kitlenin bildiği diyenlerin %73.3’ünün KKMM yaptığı, %26.6’sının KKMM yapmadığı görülmüştür.

KKMM yapma ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,067).

Tablo 24: Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Mamografi Çektirme Sayısı Dağılımı

Görev	Cevapsız		1-2 kez		3-4 kez		4'den fazla		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	23	1.6	32	11.0	26	28.6	36	40.4	117	6.2
Doçent	102	7.1	47	16.2	20	22.0	16	18.0	185	9.7
Yrd. Doç.	326	22.8	110	37.9	26	28.6	23	25.8	485	25.5
Öğr.gör.	203	14.2	45	15.5	9	9.9	7	7.9	264	13.9
Uzman	25	1.7	5	1.7	1	1.1	2	2.2	33	1.7
Araş.gör.	666	46.6	36	12.4	5	5.5	3	3.4	710	37.4
Okutman	85	5.9	15	5.2	4	4.4	2	2.2	106	5.6
Çalıştığı üniversite	x²=507,902		SD=18		p= 0.000					
Akdeniz	135	9.4	26	9.0	9	9.9	5	5.6	175	9.2
Güneydoğu	40	2.8	4	1.4	4	4.4	3	3.4	51	2.7
Doğu Anadolu	135	9.4	11	3.8	8	8.8	3	3.4	157	8.2
İç Anadolu	381	26.6	89	30.7	25	27.5	28	31.5	523	27.5
Ege	155	10.8	35	12.1	7	7.7	8	9.0	205	10.8
Marmara	396	27.7	91	31.4	32	35.2	39	43.8	558	29.4
Karadeniz	188	13.1	34	11.7	6	6.6	3	3.4	231	12.2
Medeni durum	x²=38,253		S		SD=18		p= 0.004			
Bekar	631	44.1	72	24.8	18	19.8	20	22.5	741	39.0
Evli	799	55.9	218	75.2	73	80.2	69	77.5	1159	61.0
Evlenme yaşı	x²=64,628		SD=3		p= 0.000					
Cevapsız	601	42.0	54	18.6	15	16.5	10	11.2	680	35.8
20 ve ↓	10	0.7	4	1.4	5	5.5	2	2.2	21	1.1
21-24 yaş arası	200	14.0	72	24.8	20	22.0	23	25.8	315	16.6
25-29 yaş arası	483	33.8	107	36.9	33	36.3	37	41.6	660	34.7
30-34 yaş arası	108	7.6	29	10.0	7	7.7	8	9.0	152	8.0
35 yaş üzeri	26	1.8	24	8.3	11	12.1	9	10.1	70	3.7
Bekar	2	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Menopoza girme	x²=169,202		SD=18		p= 0.000					
Evet	16	1.1	48	16.6	34	37.4	50	56.2	148	7.8
Hayır	1414	98.9	242	83.4	57	62.6	39	43.8	1752	92.2
Toplam	x²=520,536		SD=3		p= 0.000					
Toplam	1430	100.0	290	100.0	91	100.0	89	100.0	1900	100.0

Tablo 24'de Öğretim elemanlarının doçentlerin %16.2'sinin, yrd. doçentlerin %37.9'unun, öğretim gör. %15.5'inin 1-2 kez cevabını verdiği; profesör ve yrd. doçentlerin %28.6'sının 3-4 kez cevabını verdiği; profesörlerin %40.4'ünün 4'den fazla cevabını verdiği görülmüştür. Görev ile mamografi çektirme sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

1-2 kez cevabını veren öğretim elemanlarının %31.4'ü Marmara, %30.7'si İç Anadolu, %1.4'ü Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı, 4'den fazla cevabını verenlerin %43.8'i Marmara, %30.7'si İç Anadolu, %3.4'ü Güneydoğu, Doğu Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalıştığı üniversite ile mamografi çektirme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004).

Öğretim elemanlarının 1-2 kez cevabını verenlerin %75.2'sinin evli; 4'den fazla cevabını verenlerin %77.5'inin evli olduğu görülmüştür. Medeni durum ile mamografi çektirme sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Öğretim Elemanlarının 1-2 kez cevabını verenlerin %36.9'unun 25-29 yaş; 3-4 kez cevabını verenlerin %36.3'ünün 25-29 yaş, 4'den fazla cevabını verenlerin %41.6'sının 25-29 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Evlenme yaşı ile mamografi çektirme sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının 1-2 kere mamografi çektirdim diyenlerin %16.6'sı menopoza girdiği, 3-4 kez cevabını verenlerin %37.4'ünün menopoza girdiği, 4'den fazla cevabını verenlerin %56.2'sinin menopoza girdiği, %43.8'sinin menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile mamografi çektirme sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 25:Sosyo-Demografik ve Menopozal Özelliklerine göre Smear Aldırma Dağılımı

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	2	0.2	73	8.0	75	3.9
25-29 yaş	110	11.1	338	37.0	448	23.6
30-34 yaş	223	22.6	262	28.7	485	25.5
35-39 yaş	218	22.1	111	12.2	329	17.3
40-44 yaş	188	19.0	71	7.8	259	13.6
45-49 yaş	141	14.3	32	3.5	173	9.2
50 üstü	105	10.6	26	2.8	131	6.9
Görev	x²=388,062		SD=6		p= 0.000	
Profesör	98	9.9	19	2.1	117	6.2
Doçent	136	13.8	49	5.4	185	9.7
Yrd. Doçent	312	31.6	173	18.9	485	25.5
Öğretim görevlisi	133	13.5	131	14.3	264	13.9
Uzman	17	1.7	16	1.8	33	1.7
Araştırma gör.	245	24.8	465	50.9	710	37.4
Okutman	46	4.7	60	6.6	106	5.6
Çalıştığı Üniversite	x²=201,580		SD=6		p= 0.000	
Akdeniz	81	8.2	94	10.3	175	9.2
Güneydoğu	21	2.1	30	3.3	51	2.7
Doğu Anadolu	50	5.1	107	11.7	157	8.2
İç Anadolu	281	28.5	242	26.5	523	27.5
Ege	124	12.6	81	8.9	205	10.8
Marmara	345	35.0	213	23.3	558	29.4
Karadeniz	85	8.6	146	16.0	231	12.2
Medeni durumu	x²=79,749		SD=6		p= 0.000	
Bekar	175	17.7	566	62.0	741	39.0
Evlili	812	82.3	347	38.0	1159	61.0
Evlenme yaşı	x²=390,589		SD=1		p= 0.000	
Cevapsız	132	13.4	548	60.0	680	35.8
20 ve İ	17	1.7	4	0.4	21	1.1
21-24 yaş arası	232	23.5	83	9.1	315	16.6
25-29 yaş arası	435	44.1	225	24.6	660	34.7
30-34 yaş arası	112	11.3	40	4.4	152	8.0
35 yaş üzeri	59	6.0	11	1.2	70	3.7
Bekar	0	0.0	2	0.2	2	0.1
Menopoza girme	x²=466,685		SD=6		p= 0.000	
Evet	120	12.2	28	3.1	148	7.8
Hayır	867	87.8	885	96.9	1752	92.2
KKMM yaparmısınız	x²=54,575		SD=1		p= 0.000	
Cevapsız	1	0.1	1	0.1	2	0.1
Evet	768	77.8	652	71.4	1420	74.7
Hayır	218	22.1	260	28.5	478	25.2
Toplam	987	100.0	913	100.0	1900	100.0
	x²=10,300		SD=2		p= 0.006	

Tablo 25’de Smear aldırın öğretim elemanlarının %22.6’sinin 30-34, %22.1’inin 35-39, %19.0’ının 40-44 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Yaş ile smear aldırma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Smear aldırın öğretim elemanlarının %9.9’u profesör, %31.6’sı yrd.doç. %24.8’i araştırma görevlisidir. Görev ile smear aldırma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Smear aldırın öğretim elemanlarının %35.0’nin Marmara, %28.5’inin İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Smear aldırma ile çalıştıkları bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).Smear aldırın öğretim elemanlarının %82.3’ünün evlidir. Smear aldırma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Smear aldırın öğretim elemanlarının %44.1’inin 25-29, %6.0’ının 35 ve üstü yaşta evlendiği görülmüştür. Smear aldırma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Öğretim elemanlarından menopoza girenlerin %12.2’sinin smear aldırıldığı görülmüştür. Smear aldırma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000).

Smear aldırın kadın öğretim elemanlarının %77.8’sinin KKMM yaptığı, %22.1’inin KKMM yapmadığı görülmüştür. Smear aldırma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,006).

Tablo26:Sosyo-Demografik, Menapoza Girme Özelliklere göre Sağlık Kontrolü Yaptırma Dağılımı

Yaş	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	14	5.4	36	6.7	15	2.8	6	1.4	4	2.5	75	3.9
25-29 yaş	69	26.7	148	27.7	126	23.6	83	20.0	22	13.9	448	23.6
30-34 yaş	69	26.7	155	29.0	132	24.7	100	24.0	29	18.4	485	25.5
35-39 yaş	53	20.5	82	15.4	93	17.4	68	16.3	33	20.9	329	17.3
40-44 yaş	31	12.0	52	9.7	76	14.2	71	17.1	29	18.4	259	13.6
45-49 yaş	13	5.0	40	7.5	58	10.9	40	9.6	22	13.9	173	9.1
50 üstü	9	3.5	21	3.9	34	6.4	48	11.5	19	12.0	131	6.9
Görev	$\chi^2=100,551$ SD=24 p= 0.000											
Profesör	8	3.1	18	3.4	37	6.9	38	9.1	16	10.1	117	6.2
Doçent	27	10.5	45	8.4	49	9.2	43	10.3	21	13.3	185	9.7
Yrd. Doçent	65	25.2	112	21.0	137	25.7	121	29.1	50	31.6	485	25.5
Öğretim gör.	38	14.7	69	12.9	72	13.5	63	15.1	22	13.9	264	13.9
Uzman	2	0.8	12	2.2	11	2.1	4	1.0	4	2.5	33	1.7
Araş.gör.	97	37.6	246	46.1	200	37.5	128	30.8	39	24.7	710	37.4
Okutman	21	8.1	32	6.0	28	5.2	19	4.6	6	3.8	106	5.6
KKMM yapma	$\chi^2=66,357$ SD=24 p=0.000											
Cevapsız	1	0.4	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Evet	145	56.2	368	68.9	419	78.5	351	84.4	137	86.7	1420	74.7
Hayır	112	43.4	165	30.9	115	21.5	65	15.6	21	13.3	478	25.2
Evlilik yaşı	$\chi^2=94,757$ SD=8 p= 0.000											
Cevapsız	115	44.6	214	40.1	185	34.6	125	30.0	41	25.9	680	35.8
20 ve ↓	4	1.6	4	0.7	5	0.9	6	1.4	2	1.3	21	1.1
21-24 yaş	40	15.5	85	15.9	78	14.6	86	20.7	26	16.5	315	16.6
25-29 yaş	75	29.1	179	33.5	203	38.0	143	34.4	60	38.0	660	34.7
30-34 yaş	21	8.1	37	6.9	40	7.5	35	8.4	19	12.0	152	8.0
35 yaş üzeri	3	1.2	14	2.6	22	4.1	21	5.0	10	6.3	70	3.7
Bekar	0	0.0	1	0.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Medeni durum	$\chi^2=46,077$ SD=24 p= 0.004											
Bekar	118	45.7	227	42.5	202	37.8	146	35.1	48	30.4	741	39.0
Evlili	140	54.3	307	57.5	332	62.2	270	64.9	110	69.6	1159	61.0
Menapoza girme	$\chi^2=15,594$ SD=4 p= 0.004											
Evet	8	3.1	23	4.3	39	7.3	55	13.2	23	14.6	148	7.8
Hayır	250	96.9	511	95.7	495	92.7	361	86.8	135	85.4	1752	92.2
Toplam	258	100.0	534	100.0	534	100.0	416	100.0	158	100.0	1900	100.0
	$\chi^2=44,250$ SD=4 p= 0.000											

Tablo 26’da Öğretim elemanlarının hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırmaya kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %26.7’si 25-29 yaş, ve 30-34 yaş; katılmıyorum diyenlerin %29’u 30-34 yaş; tamamen katılıyorum diyenlerin %18.4’ü 30-34 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının sağlıklı iken düzenli kontrol yaptırma ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırma kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %37.6’sı; katılmıyorum diyenlerin %46.1’i katılıyorum diyenlerin %30.8’i; tamamen katılıyorum diyenlerin %24.7’si araş.gör. olduğu; kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %31.6’sı yrd.doç. olduğu görülmüştür. Sağlıklı iken düzenli kontrol yaptırma ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının sağlıklı iken kontrolleri düzenli yaptırma ile KKMM yapma arasında; hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırmaya kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %56.2’sinin, katılmıyorum diyenlerin %68.9’unun, katılıyorum diyenlerin %84.4’ünün, tamamen katılıyorum diyenlerin %86.7’sinin KKMM yaptığını görülmüştür. Sağlıklı olmada kontrolleri düzenli yaptırma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırma kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %29.1’i, katılmıyorum diyenlerin %33.5’i, katılıyorum

diyenlerin %34.4'ü, tamamen katılanların %38.0'ı 25-29 yaş aralığındadır. Sağlıklı iken düzenli kontrol yaptırma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004).

Öğretim elemanlarının KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %3.1'inin menopoza girdiği, %96.9'unun girmediği; tamamen katılıyorum diyenlerin %14.6'sinin menopoza girdiği, %85.4'inin girmediği görülmüştür. Sağlıklı iken düzenli kontrol yaptırma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %45.7'sinin bekar, %54.3'ünün evli, tamamen katılıyorum diyenlerin %30.4'ünün bekar, %69.6'sinin evli olduğu görülmüştür. Sağlıklı iken düzenli kontrol yaptırma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004).

Tablo 27: Yaşa Göre Meme ca. Tutum ve Davranış Dağılımı

	19-24 yaş		25-29 yaş		30-34 yaş		35-39 yaş		40-44 yaş		45-49 yaş		50 üstü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hormon tedavisi alma																
Cevapsız	13	17.3	63	14.1	55	11.3	28	8.5	22	8.5	16	9.2	3	2.3	200	10.5
Evet	2	2.7	13	2.9	19	3.9	18	5.5	11	4.2	12	6.9	27	20.6	102	5.4
Hayır	60	80.0	372	83.0	411	84.7	283	86.0	226	87.3	145	83.8	101	77.1	1598	84.1
Meme ca. belirtisi	$\chi^2=87.472$		SD=12		p= 0.000											
Cevapsız	16	21.3	104	23.2	143	29.5	105	31.9	101	39.0	67	38.7	50	38.2	586	30.8
Kitle	59	78.7	344	76.8	342	70.5	224	68.1	158	61.0	106	61.3	81	61.8	1314	69.2
KKMM eğitimi alma	$\chi^2=32.410$		SD=6		p= 0.000											
Evet	39	52.0	196	43.8	276	56.9	180	54.7	140	54.1	110	63.6	95	72.5	1036	54.5
Hayır	36	48.0	252	56.3	209	43.1	149	45.3	119	45.9	63	36.4	36	27.5	864	45.5
KKMM yapma zamanı	$\chi^2=45.140$		SD=6		p= 0.000											
Cevapsız	27	36.0	123	27.5	114	23.5	84	25.5	66	25.5	33	19.1	29	22.1	476	25.1
Adetten 5-7 gün sonra	5	6.7	26	5.8	53	10.9	44	13.4	34	13.1	27	15.6	3	2.3	192	10.1
Aklıma geldiğinde	34	45.3	260	58.0	266	54.8	172	52.3	130	50.2	96	55.5	82	62.6	1040	54.7
Diğer zamanlarda	9	12.0	39	8.7	52	10.7	29	8.8	29	11.2	17	9.8	17	13.0	192	10.1
KKMM yapmama nedeni	$\chi^2=44.557$		SD=18		p= 0.000											
Cevapsız	46	61.3	304	67.9	346	71.3	227	69.0	180	69.5	137	79.2	93	71.0	1333	70.2
Korkuyorum	2	2.7	16	3.6	15	3.1	10	3.0	6	2.3	9	5.2	9	6.9	67	3.5
Bilmiyorum	19	25.3	70	15.6	43	8.9	30	9.1	25	9.7	10	5.8	10	7.6	207	10.9
Unutuyorum	4	5.3	40	8.9	51	10.5	40	12.2	29	11.2	7	4.0	10	7.6	181	9.5
Diğer	4	5.3	18	4.0	30	6.2	22	6.7	19	7.3	10	5.8	9	6.9	112	5.9
KKMM nasıl yapılır	$\chi^2=58.167$		SD=24		p= 0.000											
Cevapsız	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Ayna karşısında	1	1.3	4	0.9	8	1.6	2	0.6	4	1.5	3	1.7	1	0.8	23	1.2
Portakal kabuğu görünümü	1	1.3	5	1.1	3	0.6	2	0.6	0	0.0	3	1.7	0	0.0	14	0.7
Koltuk altı dairesel hareket	45	60.0	251	56.0	234	48.2	145	44.1	90	34.7	40	23.1	22	16.8	827	43.5
Meme uçlarından akıntı	1	1.3	4	0.9	9	1.9	7	2.1	4	1.5	3	1.7	5	3.8	33	1.7
Hepsi	15	20.0	152	33.9	212	43.7	159	48.3	152	58.7	116	67.1	95	72.5	901	47.4
Bilmiyorum	12	16.0	31	6.9	19	3.9	14	4.3	9	3.5	8	4.6	8	6.1	101	5.4
Mamografi çekirme sayısı	$\chi^2=175.965$		SD=36		p= 0.000											
Cevapsız	70	93.3	424	94.6	457	94.2	270	82.1	143	55.2	47	27.2	19	14.5	1430	75.3
1-2 kez	3	4.0	21	4.7	26	5.4	54	16.4	83	32.0	68	39.3	35	26.7	290	15.3
3-4 kez	1	1.3	2	0.4	1	0.2	4	1.2	22	8.5	29	16.8	32	24.4	91	4.8
4'den fazla	1	1.3	1	0.2	1	0.2	1	0.3	11	4.2	29	16.8	45	34.4	89	4.7
	$\chi^2=946.599$		SD=18		p= 0.000											
Toplam	75	100.0	448	100.0	485	100.0	329	100.0	259	100.0	173	100.0	131	100.0	1900	100.0

Tablo 27’de hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %2.7’sinin 19-24 yaş, %2.9’unun 25-29 yaş, %3.9’unun 30-34 yaş, %5.5’inin 35-39 yaş, %4.2’sinin 40-44 yaş, %6.9’unun 45-49 yaş, %20.6’sının 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile Hormon tedavisi alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarından meme ca. belirtisi kitledir diyenlerin %78.7'sinin 19-24 yaş, %76.8'inin 25-29 yaş, %70.5'inin 30-34 yaş, %9.1'inin 35-39 yaş, %61.0'mının 40-44 yaş, %6.9'unun 45-49 yaş, %61.8'inin 50 ve üstü yaş aralığında olduğu görülmüştür. Yaş ile Meme ca. belirtisi kitle diyenler arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının KKMM eğitimi alanların %52.0'mının 19-24 yaş, %43.8'inin 25-29 yaş, %56.9'unun 30-34 yaş, %54.7'sinin 35-39 yaş, %54.1'inin 40-44 yaş, %63.6'sının 45-49 yaş, %72.5'inin 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile KKMM eğitimi alma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p= 0,000).

Öğretim elemanları KKMM yapma zamanı adetten 5-7 gün sonra diyenlerin %6.7'sinin 19-24 yaş, %5.8'inin 25-29 yaş, %10.9'unun 30-34 yaş, %13.4'ünün 35-39 yaş, %13.1'inin 40-44 yaş, %15.6'sının 45-49 yaş, %2.3'ünün 50 ve üstü yaş aralığında; KKMM yapma zamanına aklıma geldikçe cevabını verenlerin %45.3'ünün 19-24 yaş, %58.0'mının 25-29 yaş, %54.8'inin 30-34 yaş, %52.3'ünün 35-39 yaş, %50.2'sinin 40-44 yaş, %55.5'inin 45-49 yaş, %62.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM yapmayı bilmeyen öğretim elemanlarının %25.3'ü 19-24 yaş, %15.6'ı 25-29 yaş, %8.9'u 30-34 yaş, %9.1'i 35-39 yaş, %9.7'si 40-44 yaş, %5.8'i 45-49 yaş, %7.6'sı 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. KKMM yapmayı bilmeyen ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının; koltuk altı dairesel hareketle taranır cevabını verenlerin %60'ı 19-24 yaş, %56.0'ı 25-29 yaş, %48.2'si 30-34 yaş, %44.1'i 35-39 yaş, %34.7'si 40-44 yaş, %23.1'i 45-49 yaş, %16.8'i 50 ve üstü yaş aralığında; hepsi cevabını verenlerin %20'si 19-24 yaş, %33.9'u 25-29 yaş, %43.7'si 30-34 yaş, %48.3'ü 35-39 yaş, %58.7'si 40-44 yaş, %67.1'i 45-49 yaş, %72.5'i 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile KKMM nasıl yapıldığı bilme arasında istatistiksel m anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının; 1-2 kez mamografi çektirenlerin %4'si 19-24 yaş, %4.7'si 25-29 yaş, %5.4'si 30-34 yaş, %16.4'ü 35-39 yaş, %32.0'si 40-44 yaş, %39.3'sı 45-49 yaş, %26.7'si 50 ve üstü yaş aralığında; 4'den fazla çektirenlerin %4.2'si 40-44 yaş, %16.8'i 45-49 yaş, %34.4'ü 50 ve üstü yaş aralığında olduğu görülmüştür. Yaş ile mamografi çekirme sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 28:Sosyo-Demografik Özelliklerine göre En Sık Görülen Kadın Ca. Bilme Dağılımı

Yaş	Cevapsız		Meme ca.		Rahim ca.		Meme ve rahim ca.		Meme ca.-diğer ca.		Diğer ca. türleri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	0	0.0	54	4.2	8	4.6	12	3.0	1	6.7	0	0.0	75	3.9
25-29 yaş	3	14.3	304	23.8	47	27.0	85	21.4	3	20.0	6	40.0	448	23.6
30-34 yaş	5	23.8	328	25.7	48	27.6	100	25.1	1	6.7	3	20.0	485	25.5
35-39 yaş	3	14.3	230	18.0	28	16.1	61	15.3	5	33.3	2	13.3	329	17.3
40-44 yaş	3	14.3	172	13.5	18	10.3	61	15.3	3	20.0	2	13.3	259	13.6
45-49 yaş	4	19.0	103	8.1	19	10.9	44	11.1	1	6.7	2	13.3	173	9.2
50 üstü	3	14.3	86	6.7	6	3.4	35	8.8	1	6.7	0	0.0	131	6.9
Görev	$\chi^2=30.828$ SD=30 p= 0,424													
Profesör	2	9.5	80	6.3	5	2.9	30	7.5	0	0.0	0	0.0	117	6.2
Doçent	2	9.5	133	10.4	12	6.9	33	8.3	3	20.0	2	13.3	185	9.7
Yrd.Doçent	7	33.3	306	24.0	47	27.0	117	29.4	5	33.3	3	20.0	485	25.5
Öğr.görevlisi	1	4.8	186	14.6	20	11.5	52	13.1	2	13.3	3	20.0	264	13.9
Uzman	0	0.0	25	2.0	4	2.3	4	1.0	0	0.0	0	0.0	33	1.7
Araş.görevlisi	8	38.1	475	37.2	75	43.1	144	36.2	3	20.0	5	33.3	710	37.4
Okutman	1	4.8	72	5.6	11	6.3	18	4.5	2	13.3	2	13.3	106	5.6
Yaşadığı bölge	$\chi^2=28.999$ SD=30 p= 0,518													
Akdeniz	2	9.5	126	9.9	20	11.5	25	6.3	1	6.7	1	6.7	175	9.3
Güneydoğu	0	0.0	33	2.6	2	1.1	14	3.5	0	0.0	0	0.0	49	2.6
DoğuAnadolu	1	4.8	104	8.1	13	7.5	36	9.0	2	13.3	1	6.7	157	8.2
İç Anadolu	9	42.9	352	27.6	42	24.1	118	29.6	2	13.3	1	6.7	524	27.6
Ege	1	4.8	143	11.2	25	14.4	36	9.0	1	6.7	0	0.0	206	10.8
Marmara	5	23.8	373	29.2	61	35.1	114	28.6	6	40.0	6	40.0	565	29.7
Karadeniz	3	14.3	146	11.4	11	6.3	55	13.8	3	20.0	6	40.0	224	11.8
Evlenme yaşı	$\chi^2=43.649$ SD=30 p= 0,051													
Cevapsız	11	52.4	461	36.1	71	40.8	123	30.9	6	40.0	8	53.3	680	35.8
20 ve İ	0	0.0	11	0.9	3	1.7	7	1.8	0	0.0	0	0.0	21	1.1
21-24 arası	1	4.8	209	16.4	27	15.5	75	18.8	2	13.3	1	6.7	315	16.6
25-29 arası	6	28.6	438	34.3	56	32.2	151	37.9	4	26.7	5	33.3	660	34.7
30-34 arası	2	9.5	107	8.4	8	4.6	32	8.0	2	13.3	1	6.7	152	8.0
35 yaşlızleri	1	4.8	50	3.9	9	5.2	9	2.3	1	6.7	0	0.0	70	3.7
Bekar	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Menopoza girme	$\chi^2=25.418$ SD=30 p= 0,704													
$\chi^2=19.997$	SD=10 p= 0,029													
Evet	3	14.3	92	7.2	8	4.6	44	11.1	1	6.7	0	0.0	148	7.8
Hayır	18	85.7	1185	92.8	166	95.4	354	88.9	14	93.3	15	100.0	1752	92.2
Toplam	21	100.0	1277	100.0	174	100.0	398	100.0	15	100.0	15	100.0	1900	100.0
$\chi^2=11.514$ SD=5 p= 0,042														

Tablo 28’de Öğretim elemanlardan meme ca. cevabını verenlerin %23.8’inin 25-29 yaş, %25.7’sinin 30-34 yaş, rahim ca. cevabını verenlerin %27.0’inin 25-29 yaş, meme ve rahim ca. cevabını verenlerin %25.1’inin 30-34 yaş, Meme ca. ve diğer kanserler cevabını verenlerin %33.3’ünün 35-39 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının en sık görülen kadın kanserini bilme ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,424).

Öğretim Elemanlardan meme ca. cevabını verenlerin %37.2’sinin araştırma görevlisi, rahim ca. cevabını verenlerin %43.1’inin araştırma görevlisi, meme ve rahim ca. cevabını verenlerin %36.2’sinin araştırma görevlisi, meme ca. ve diğer kanserler cevabını verenlerin %33.3’ünün Yrd. Doç. olduğu görülmüştür. En sık görülen kadın kanserini bilme ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,518).

Öğretim elemanlarından meme ca. cevabını verenlerin %29.2’sinin Marmara, %27.6’sının İç Anadolu bölgesinde, rahim ca. diyenlerin %35.1’inin Marmara bölgesinde, meme ve rahim ca. cevabını verenlerin %29.6’sının İç Anadolu bölgesinde bölgesinde yaşadığı görülmüştür. En sık görülen kadın kanserini bilme ile yaşadığı bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki yoktur(p=0,051)

Öğretim elemanlarından meme ca. cevabını verenlerin %92.8’inin menopoza girmediği,

meme ve rahim ca. cevabını verenlerin %11.1'inin, meme ca. ve diğer kanserler cevabını verenlerin %6.7'sinin menopoza girdiği görülmüştür. En sık görülen kadın kanserini bilme ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,042).

Tablo 29:Sosyo-Demografik Özellikleri, Menopoza Girme, KKMM Yapmaya Göre Meme Ca. Olmaktan Korkma Dağılımı

Yaş	Meme ca. olmaktan korkuyorum		Meme ca. olmaktan korkmuyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	58	4.4	17	3.0	75	3,9
25-29 yaş	337	25.4	111	19.4	448	23,6
30-34 yaş	339	25.5	146	25.5	485	25,5
35-39 yaş	227	17.1	102	17.8	329	17,3
40-44 yaş	172	13.0	87	15.2	259	13,6
45-49 yaş	113	8.5	60	10.5	173	9,2
50 üstü	81	6.1	50	8.7	131	6,9
Görev	x²=15,390		SD=6		p= 0,017	
Profesör	75	5.7	42	7.3	117	6,2
Doçent	120	9.0	65	11.3	185	9,7
Yrd. Doçent	324	24.4	161	28.1	485	25,5
Öğr.görevlisi	182	13.7	82	14.3	264	13,9
Uzman	19	1.4	14	2.4	33	1,7
Araş görevlisi	534	40.2	176	30.7	710	37,4
Okutman	73	5.5	33	5.8	106	5,6
Çalıştığı üniversite	x²=18,356		SD=6		p= 0,005	
Akdeniz	119	9.0	56	9.8	175	9,2
Güneydoğu	42	3.2	9	1.6	51	2,7
Doğu Anadolu	108	8.1	49	8.6	157	8,2
İç Anadolu	365	27.5	158	27.6	523	27,5
Ege	143	10.8	62	10.8	205	10,8
Marmara	388	29.2	170	29.8	558	29,4
Karadeniz	162	12.2	69	12.0	231	12,2
Medeni durum	x²=4,190		SD=6		p= 0,651	
Bekar	523	39.4	218	38.0	741	39,0
Evli	804	60.6	355	62.0	1159	61,0
Menopoza girme	x²=0,314		SD=1		p= 0,575	
Evet	87	6.6	61	10.6	148	7,8
Hayır	1240	93.4	512	89.4	1752	92,2
KKMM yaparmısınız	x²=9,318		SD=1		p= 0,002	
Cevapsız	2	0.2	0	0.0	2	0,1
Evet	992	74.8	428	74.7	1420	74,7
Hayır	333	25.1	145	25.3	478	25,2
KKMM bilgi alma	x²=0,871		SD=2		p= 0,647	
Evet	702	52.9	334	58.3	1036	54,5
Hayır	625	47.1	239	41.7	864	45,5
Toplam	x²=4,686		SD=1		p= 0,030	
	1327	100.0	573	100.0	1900	100,0

Tablo 29'da Öğretim elemanlarının meme ca. olmaktan korkanların %25.4'ünün 19-24 yaş, %25.5'inin 30-34 yaşta olduğu görülmüştür. Yaş ile meme ca. olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,017).

Meme ca. olmaktan korkanların %5.7'sinin profesör, %24.4'ünün yrd.doç. %40.2'sinin ve korkmayanların %30.7'sinin araştırma görevlisi olduğu görülmüştür. Meme ca. olmaktan korkması ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,005).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %29.2'sinin Marmara, %27.5'inin İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Meme ca. olmaktan korkma ile çalışılan bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,651).

Meme ca. olmaktan korkan ğretim elemanlarının %60.6'sının evli, %39.4'ünün bekar olduğu görülmüştür. Meme ca. olmaktan korkma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,575$).

Menopoza girenlerin %6.6'sının ve girmeyenlerin %93.4'ünün meme ca. olmaktan korktuğu görülmüştür. Menopoza girme ile meme ca. olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$).

Meme ca. olmaktan korkan ğretim elemanlarının %74.8'inin KKMM yaptığı, korkmayanların %74.7'sinin KKMM yaptığı görülmüştür. KKMM yapma ile meme ca. korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,647$).

KKMM bilgisi alanların %52.9'unun ve almayanların %47.1'inin meme ca. olmaktan korktuğu görülmüştür. KKMM bilgisi alma ile meme ca. olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,030$).

Tablo 30: Sosyo-Demografik Özelliklerine ve menopoza girme, KKMM yapmaya göre Meme Kanser Korkusunu Paylaşma Dağılımı

Yaş	Cevapsız		Aile		Aile, Arkadaş		Aile , Sağlıkçı		Arkadaş		Arkadaş,sağlıkçı		Paylaşmadım		sağlıkçı		Herkesle		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
19-24 yaş	48	4.1	11	4.8	1	1.5	1	5.0	6	5.1	0	0.0	6	3.4	2	2.2	0	0.0	75	3.9	
25-29 yaş	300	25.6	45	19.8	18	27.3	2	10.0	33	28.2	1	16.7	35	19.6	10	11.1	4	19.0	448	23.6	
30-34 yaş	315	26.8	76	33.5	12	18.2	4	20.0	21	17.9	1	16.7	40	22.3	16	17.8	0	0.0	485	25.5	
35-39 yaş	201	17.1	39	17.2	8	12.1	7	35.0	18	15.4	2	33.3	39	21.8	13	14.4	2	9.5	329	17.3	
40-44 yaş	151	12.9	26	11.5	13	19.7	1	5.0	15	12.8	1	16.7	25	14.0	21	23.3	6	28.6	259	13.6	
45-49 yaş	90	7.7	20	8.8	9	13.6	4	20.0	17	14.5	0	0.0	13	7.3	15	16.7	5	23.8	173	9.1	
50 üstü	69	5.9	10	4.4	5	7.6	1	5.0	7	6.0	1	16.7	21	11.7	13	14.4	4	19.0	131	6.9	
Görev																					
Profesör	62	53.0	9	7.7	5	4.3	1	0.9	1	8.5	1	0.9	12	10.3	11	9.4	6	5.1	117	100.0	
Doçent	103	55.7	28	15.1	5	2.7	1	0.5	12	6.5	0	0.0	24	13.0	10	5.4	2	1.1	185	100.0	
Yrd.Doç.	289	59.6	54	11.1	20	4.1	7	1.4	21	4.3	1	0.2	55	11.3	30	6.2	8	1.6	485	100.0	
Öğr.gör.	165	62.5	37	14.0	10	3.8	5	1.9	15	5.7	1	0.4	21	8.0	10	3.8	0	0.0	264	100.0	
Uzman	19	57.6	5	15.2	3	9.1	1	3.0	2	6.1	0	0.0	2	6.1	1	3.0	0	0.0	33	100.0	
Ara.gör.	460	64.8	89	12.5	19	2.7	5	0.7	53	7.5	2	0.3	56	7.9	22	3.1	4	0.6	710	100.0	
Okutman	76	71.7	5	4.7	4	3.8	0	0.0	4	3.8	1	0.9	9	8.5	6	5.7	1	0.9	106	100.0	
Çalıştığı Üniversite																					
Akdeniz	111	63.4	22	12.6	1	0.6	4	2.3	8	4.6	0	0.0	24	13.7	5	2.9	0	0.0	175	100.0	
Güneydoğu	27	52.9	11	21.6	0	0.0	0	0.0	4	7.8	0	0.0	8	15.7	1	2.0	0	0.0	51	100.0	
Doğu Anadolu	102	65.0	20	12.7	1	0.6	0	0.0	7	4.5	0	0.0	20	12.7	7	4.5	0	0.0	157	100.0	
İç Anadolu	316	60.4	60	11.5	22	4.2	7	1.3	27	5.2	0	0.0	55	10.5	28	5.4	8	1.5	523	100.0	
Ege	129	62.9	28	13.7	10	4.9	0	0.0	11	5.4	1	0.5	16	7.8	6	2.9	4	2.0	205	100.0	
Marmara	351	62.9	59	10.6	18	3.2	7	1.3	37	6.6	4	0.7	44	7.9	34	6.1	4	0.5	558	100.0	
Karadeniz	138	59.7	27	11.7	14	6.1	2	0.9	23	10.0	1	0.4	12	7.9	9	3.9	5	2.2	231	100.0	
Medeni durum																					
Bekar	481	41.0	65	28.6	21	31.8	8	40.0	51	43.6	5	83.3	69	38.5	31	34.4	10	47.6	741	39.0	
Evlü	693	59.0	162	71.4	45	68.2	12	60.0	66	56.4	1	16.7	110	61.5	59	65.6	11	52.4	1159	61.0	
Menopoza girme																					
Evet	74	6.3	16	7.0	6	9.1	2	10.0	10	8.5	0	0.0	21	11.7	13	14.4	6	28.6	148	7.8	
Hayır	1100	93.7	211	93.0	60	90.9	18	90.0	107	91.5	6	100.0	158	88.3	77	85.6	15	71.4	1752	92.2	
Kkmm yaparmısınız																					
Cevapsız	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.6	0	0.0	0	0.0	2	0.1	
Evet	852	72.6	187	82.4	58	87.9	17	85.0	94	80.3	6	100.0	115	64.2	72	80.0	19	90.5	1420	74.7	
Hayır	322	27.4	39	17.2	8	12.1	3	15.0	23	19.7	0	0.0	63	35.2	18	20.0	2	9.5	478	25.2	
KKMM hakkında bilgi aldınız mı																					
Evet	615	52.4	135	59.5	35	53.0	15	75.0	62	53.0	6	100.0	77	43.0	78	86.7	13	61.9	1036	54.5	
Hayır	559	47.6	92	40.5	31	47.0	5	25.0	55	47.0	0	0.0	102	57.0	12	13.3	8	38.1	864	45.5	
Toplam	1174	100.0	227	100.0	66	100.0	20	100.0	117	100.0	6	100.0	179	100.0	90	100.0	21	100.0	1900	100.0	

Tablo 30'da meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %25.6'sının 25-29 yaş, %26.8'inin 30-34 yaş; ailele diyenlerin %33.5'inin 30-34 yaş; aile ve arkadaşla diyenlerin %27.3'ünün 25-29 yaş; aile ve sağlıkçı diyenlerin %35.0'ünün 35-39 yaş; arkadaş diyenlerin %28.2'sinin 25-29 yaş; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %33.3'ünün 35-39 yaş; paylaşmadım diyenlerin %22.3'ünün 30-34 yaş, %21.8'inin 35-39yaş; sağlıkçı diyenlerin %23.3'ünün 40-44 yaş; herkesle diyenlerin %28.6'sının 40-44 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile meme ca. korkunuzu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %64.8'inin araş.gör; Profesörlerin %10.3'ü; yrd.doç %11.3'ü paylaşmadım;

Öğretim gör. %14.0'nın ailemle; uzmanların %15.2'sinin ailemle; araş.gör. %12.5'inin ailemle, %7.9'unun paylaşmadım; okutmanların %8.5'inin paylaşmadım, %5.7'sinin sağlığı ile paylaştım dediği bulunmuştur Görev ile meme ca. korkunuzu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,001).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna Akdeniz bölgesinde ęalıřanların %13.7'si paylaşmadım, %12.6'sı ailemle; Güneydoğu bölgesinde %21.6'sı ailemle; Doğu anadolu bölgesinde ęalıřanların %12.7'si paylaşmadım; İç anadolu bölgesinde ęalıřanların %11.5'i ailemle; Ege bölgesinde ęalıřanların %13.7'si ailemle; Marmara bölgesinde ęalıřanların %10.6'sının ailemle; Karadeniz bölgesinde ęalıřanların %11.7'sinin ailemle dediği saptanmıştır. Çalıştığı üniversite ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,014).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %50.9'unun evli; ailemle diyenlerin %71.4'ünün evli; aile ve arkadaşla diyenlerin %68.2'sinin evli; aile ve sağlığlı diyenlerin %60.0'inin evli; arkadaş diyenlerin %56.4'ünün evli; arkadaş ve sağlığlı diyenlerin %83.3'ünün bekar; paylaşmadım diyenlerin %61.5'inin evli; sağlığlı diyenlerin %65.6'sının evli; herkesle diyenlerin %52.4'ünün evli olduğu görölmüştur. Medeni durum ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,007).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %6.3'ünün menopoza girdiği; ailemle diyenlerin %7.0'inin, aile ve arkadaşla diyenlerin %9.1'inin, aile ve sağlığlı diyenlerin %10.0'inin menopoza girdiği arkadaş diyenlerin %8.5'i; arkadaş ve sağlığlı diyenlerin %0.0'inin; paylaşmadım diyenlerin %11.7'sinin; sağlığlı diyenlerin %14.4'ünün; herkesle diyenlerin %28.6'sının menopoza girdiği görölmüştur. Menopoza girme ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,001).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %72.6'sının KKMM yaptığı; ailemle diyenlerin %82.4'ünün KKMM yaptığı; aile ve arkadaşla diyenlerin %87.9'unun KKMM yaptığı; aile ve sağlığlı diyenlerin %85.0'inin KKMM yaptığı; arkadaş diyenlerin %80.3'ünün KKMM yaptığı; arkadaş ve sağlığlı diyenlerin %100.0'inin KKMM yaptığı; paylaşmadım diyenlerin %64.2'sinin KKMM yaptığı; sağlığlı diyenlerin %80.0'inin KKMM yaptığı; herkesle diyenlerin %90.5'inin KKMM yaptığı görölmüştur. KKMM yapma ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca. korkusunu paylaştığı kimseye cevap vermeyenlerin %52.4'ü; ailemle diyenlerin %59.5'i; aile ve arkadaşla diyenlerin %53.0'ı; aile ve sağlığlı diyenlerin %75.0'ı; arkadaş diyenlerin %53.0'ı; arkadaş ve sağlığlı diyenlerin hepsi; paylaşmadım diyenlerin %43.0'ı; sağlığlı diyenlerin %86.7'si; herkesle diyenlerin %61.9'unun KKMM bilgisi aldığı görölmüştur. KKMM korkusunu paylaştığı kişi ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo31: Yaşa göre Düzenli Kontrole Gitme, Kronik Hastalık KKMM Bilgisi Dağılımı

Meme muayenesi için düzenli kontrole gidermisiniz	19-24 yaş		25-29 yaş		30-34 yaş		35-39 yaş		40-44 yaş		45-49 yaş		50 ve Üstü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle katılmıyorum	14	18.7	69	15.4	69	14.2	53	16.1	31	12.0	13	7.5	9	6.9	258	13.6
Katılmıyorum	36	48.0	148	33.0	155	32.0	82	24.9	52	20.1	40	23.1	21	16.0	534	28.1
Kararsızım	15	20.0	126	28.1	132	27.2	93	28.3	76	29.3	58	33.5	34	26.0	534	28.1
Katılıyorum	6	8.0	83	18.5	100	20.6	68	20.7	71	27.4	40	23.1	48	36.6	416	21.9
Tamamen Katılıyorum	4	5.3	22	4.9	29	6.0	33	10.0	29	11.2	22	12.7	19	14.5	158	8.3
KKMM'de elin hangi parmakları kullanılır	$\chi^2=1.006$ SD=24 p=0.000															
Bilmiyorum	18	24.0	95	21.2	65	13.4	52	15.8	27	10.4	22	12.7	14	10.7	293	15.4
elin 3 parmak	52	69.3	306	68.3	380	78.4	256	77.8	210	81.1	132	76.3	105	80.2	1441	75.8
Tüm el	4	5.3	33	7.4	24	4.9	14	4.3	15	5.8	7	4.0	7	5.3	104	5.5
Baş parmak	1	1.3	7	1.6	2	0.4	1	0.3	3	1.2	1	0.6	1	0.8	16	0.8
Hepsi	0	0.0	7	1.6	14	2.9	6	1.8	4	1.5	11	6.4	4	3.1	46	2.4
Meme ucu sıkılmalıdır	$\chi^2=53.752$ SD=24 p=0.000															
Evet	4	5.3	13	2.9	31	6.4	26	7.9	21	8.1	23	13.3	12	9.2	130	6.8
Hayır	30	40.0	173	38.6	225	46.4	171	52	143	55.2	89	51.4	73	55.7	904	47.6
Bilmiyorum	41	54.7	262	58.5	229	47.2	132	40.1	95	36.7	61	35.3	46	35.1	866	45.6
Memelerinizle ilgili şikayetiniz var mı	$\chi^2=70.604$ SD=12 p=0.000															
Evet	10	13.3	62	13.8	88	18.1	60	18.2	57	22.0	41	23.7	28	21.4	346	18.2
Hayır	65	86.7	386	86.2	397	81.9	269	81.8	202	78.0	132	76.3	103	78.6	1554	81.8
Kronik hastalığınız var mı	$\chi^2=13.834$ SD=6 p=0.032															
Evet	3	4.0	47	10.5	66	13.6	37	11.2	40	15.4	37	21.4	44	33.6	274	14.4
Hayır	72	96.0	401	89.5	419	86.4	292	88.8	219	84.6	136	78.6	87	66.4	1626	85.6
	$\chi^2=61.170$ SD=6 p=0.000															

Tablo 31'de Öğretim elemanlarının meme muayenesi için düzenli kontrole gitme durumuna kesinlikle katılmıyorum cevabını verenlerin %18.7'si 19-24 yaş, %15.4'ü 25-29 yaş, %16.1'i 35-39 yaş aralığında; katılmıyorum cevabını verenlerin %48.0'nun 19-24 yaş, %16.0'mun 50 ve üstü yaş aralığında; kararsızım cevabını verenlerin %33.5'inin 45-49 yaş aralığında; katılıyorum cevabını verenlerin %8.0'nun 19-24 yaş, %18.5'inin 25-29 yaş, %20.6'sının 30-34 yaş, %20.7'sinin 35-39 yaş, %27.4'ünün 40-44 yaş, %23.1'inin 45-49 yaş, %36.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında; tamamen katılıyorum cevabını verenlerin %11.2'sinin 40-44 yaş, %12.7'sinin 45-49 yaş, %14.5'inin 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Meme muayenesi için düzenli kontrole gitme ile yaş arasında istatistiksel ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM'de elin hangi parmakları kullanıldığı sorusuna 19-24 yaş grubunun %24.0'ı bilmiyorum, %69.3'ünün elin üç parmağı, %5.3'ünün tüm el, %1.3'ünün baş parmak; 25-29 yaş grubunun, %68.3'ünün elin üç parmağı, %7.4'ünün tüm el; 30-34 yaş grubunun %78.4'ünün elin üç parmağı, %4.9'unun tüm el; 35-39 yaş grubunun, %77.8'inin elin üç parmağı, %4.3'ünün tüm el cevabını verdiği; 40-44 yaş grubunun %81.1'inin elin üç parmağı, %5.8'inin tüm el cevabını verdiği; 45-49 yaş grubunun %76.3'ünün elin üç parmağı, %4.0'nun tüm el cevabını verdiği;

50 ve üstü yaş grubunun % 80.2'sinin elin üç parmağı, %5.3'ünün tüm el cevabını verdiği görülmüştür. KKMM'de elin hangi parmakları kullanıldığı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM'de meme ucu sıkılmalıdır sorusuna evet cevabını verenlerin % 5.3'ünün 19-24 yaş, % 2.9'unun 25-29 yaş, %6.4'ünün 30-34 yaş, %7.9'unun 35-39 yaş, %8.1'inin 40-44 yaş, % 13.3'ünün 45-49 yaş, %9.2'sinin 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. KKMM'de meme ucu sıkılma ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Memelerinizle ilgili şikayetiniz var mı sorusuna evet cevabını verenlerin % 13.3'ünün 19-24 yaş, % 13.8'inin 25-29 yaş, %18.1'inin 30-34 yaş, %18.2'sinin 35-39 yaş, %22.0'ının 40-44 yaş, % 23.7'sinin 45-49 yaş, %21.4'ünün 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Memelerinizle ilgili şikayet varlığı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,032).

Kronik hastalığınız var mı sorusuna evet cevabını verenlerin %4.0'ının 19-24 yaş, % 10.5'inin 25-29 yaş, %13.6'sinin 30-34 yaş, %11.2'sinin 35-39 yaş, %15.4'ünün 40-44 yaş, % 21.4'ünün 45-49 yaş, %33.6'sinin 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Kronik hastalığınız varlığı ile yaş arasında istatistiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 32: Meme Şikayetine göre Gebelik Sayısı, Çalıştığı Üniversite Dağılımı

Gebelik sayısı	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cevapsız	140	40.5	684	44.0	824	43,4
Çocuksuz	31	9.0	120	7.7	151	7,8
1-2 kez	135	39.0	64	41.5	780	41,1
3-4 kez	33	9.5	92	5.9	125	6,6
5 kez ve üstü	7	2.0	13	0.8	20	1,1
Çalıştığı üniversite		$\chi^2= 11,210$	SD=4	p= 0,024		
Akdeniz	29	8.4	146	9.4	175	9,2
Güneydoğu	8	2.3	43	2.8	51	2,7
DoğuAnadolu	22	6.4	135	8.7	157	8,2
İç Anadolu	83	24.0	440	28.3	523	27,5
Ege	28	8.1	177	11.4	205	10,8
Marmara	124	35.8	434	27.9	558	29,4
Karadeniz	52	15.0	179	11.5	231	12,2
		$\chi^2= 16,064$	SD=6	p= 0,013		

Tablo 32'de Öğretim elemanlarının meme şikayetiniz var mı sorusuna evet cevabını verenlerin %39.0'ının 1-2 kez gebe kaldığı; hayır %41.5'inin cevabını verenlerin 1-2 kez gebe kaldığı görülmüştür. Meme şikayeti varlığı ile gebelik sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,024).

Meme şikayetiniz var mı sorusuna evet cevabını verenlerin %35.8'inin Marmara, %24.0'ının İç Anadolu bölgesinde, hayır cevabını verenlerin %28.3'ünün İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalıştığı üniversite ile meme şikayeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,013).

Tablo 33: KKMM Tutumlarına göre Meme Ca. Olmaktan Korkma Dağılımı

KKMM yapmak endişelendiriyor	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle katılmıyorum	205	15.4	170	29.7	375	19.7
Katılmıyorum	483	36.4	223	38.9	706	37.2
Kararsızım	225	17.0	96	16.8	321	16.8
Katılıyorum	330	24.9	72	12.6	402	21.2
Tamamen Katılıyorum	84	6.3	12	2.1	96	5.1
Menopoza girme	$\chi^2=84.534$ SD=4 p=0.000					
Evet	87	6.6	61	10.6	148	7.8
Hayır	1240	93.4	512	89.4	1752	92.2
Meme şikayetiniz var mı	$\chi^2=9.318$ SD=1 p=0.002					
Evet	294	22.2	52	9.1	346	18.2
Hayır	1033	77.8	521	90.9	1554	81.8
KKMM hakkında bilgi alma	$\chi^2=45.971$ SD=1 p=0.000					
Evet	702	52.9	334	58.3	1036	54.5
Hayır	625	47.1	239	41.7	864	45.5
Meme ca. olduğumu düşününce panik hissediyorum	$\chi^2=4.868$ SD=1 p=0.030					
Kesinlikle katılmıyorum	1004	75.7	521	90.9	1525	80.3
Kesinlikle katılıyorum	323	24.3	52	9.1	375	19.7
Ölüm korkusu yaşama	$\chi^2=58.871$ SD=1 p=0.000					
Hiç	743	56.0	431	75.2	1174	61.8
Hafif derece	364	27.4	108	18.8	472	24.8
Orta derece	157	11.8	27	4.7	184	9.7
Ciddi derece	63	4.7	7	1.2	70	3.7
KKMM doğru yaptığuma	$\chi^2=70.257$ SD=3 p=0.000					
Kesinlikle katılmıyorum	72	5.4	52	9.1	124	6.5
Katılmıyorum	286	21.6	137	23.9	423	22.3
Kararsızım	479	36.1	211	36.8	690	36.3
Katılıyorum	380	28.6	137	23.9	517	27.2
Tamamen Katılıyorum	110	8.3	36	6.3	146	7.7
Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	$\chi^2=14.606$ SD=4 p=0.006					
Kesinlikle katılmıyorum	241	18.2	87	15.2	328	17.3
Katılmıyorum	456	34.4	177	30.9	633	33.3
Kararsızım	274	20.6	114	19.9	388	20.4
Katılıyorum	251	18.9	124	21.6	375	19.7
Tamamen Katılıyorum	105	7.9	71	12.4	176	9.3
	$\chi^2=13.787$ SD=4 p=0.008					

Tablo 33’de Öğretim elemanlarının KKMM yapmak beni endişelendiriyor’a katılmıyorum diyenlerin %36.4’ünün; katılıyorum diyenlerin %24.9’unun meme ca. olmaktan korktuğu görülmüştür. KKMM yapmak beni endişelendiriyor ile meme ca. olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %6.6’sının menopoza girdiği görülmüştür. Meme ca. korkusu ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,002). Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %22.2’sinin meme şikayeti olduğu görülmüştür. Meme ca. korkusu ile meme şikayeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %52.9’unun KKMM bilgisi aldığı görülmüştür. Meme ca. korkusu ile KKMM bilgisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,030).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %24.3’ünün meme ca. olduğumu düşününce panik hissediyorum kesinlikle katıldığı görülmüştür. Meme ca. korkusu ile meme ca. olduğumu düşününce panik hissediyorum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca. olmaktan korkan ğretim elemanlarının %27.4'ünün hafif, %11.8'inin orta, %4.7'sinin ciddi ölüm korkusu yaşadığı görülmüştür. Meme ca. korkusu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Meme ca. olmaktan korkan ğretim elemanlarının %28.6'sının KKMM doğru yaptığını sanmıyorduma katılıyorum dediği görülmüştür. Meme ca. korkusu ile KKMM doğru yaptığını sanmıyordum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$).

Meme ca. olmaktan korkan ğretim elemanlarının %34.4'ünün haftada en az c kez egzersiz yapıyoruma katılıyorum dediği görülmüştür. Meme ca. korkusu ile haftada en az c kez egzersiz yapıyorum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,008$).

Tablo 34: Görevine göre Kontrole Gitme, Egzersiz Yapma, Gergin Hissetme Dağılımı

Klinik Meme Muayenesi için Kontrole Gitme	Profesör		Doçent		Yardımcı Doçent		Öğretim Görevlisi		Uzman		Araştırma Görevlisi		Okutman		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Kesinlikle katılmıyorum	8	6.8	27	14.6	65	13.4	38	14.4	2	6.1	97	13.7	21	19.8	258	13.6
Katılmıyorum	18	15.4	45	24.3	112	23.1	69	26.1	12	36.4	246	34.6	32	30.2	534	28.1
Kararsızım	37	31.6	49	26.5	137	28.2	72	27.3	11	33.3	200	28.2	28	26.4	534	28.1
Katılıyorum	38	32.5	43	23.2	121	24.9	63	23.9	4	12.1	128	18.0	19	17.9	416	21.9
Tamamen katılıyorum	16	13.7	21	11.4	50	10.3	22	8.3	4	12.1	39	5.5	6	5.7	158	8.3
Haftada en az üç kez egzersiz yapma $\chi^2=66,357$ $SD=24$ $p=0,000$																
Kesinlikle katılmıyorum	22	18.8	31	16.8	83	17.1	48	18.2	1	3.0	115	16.2	28	26.4	328	17.3
Katılmıyorum	30	25.6	58	31.4	161	33.2	86	32.6	12	36.4	252	35.5	34	32.1	633	33.3
Kararsızım	19	16.2	34	18.4	110	22.7	60	22.7	10	30.3	137	19.3	28	17.0	388	20.4
Katılıyorum	34	29.1	43	23.2	96	19.8	37	14.0	8	24.2	240	19.7	17	16.0	375	19.7
Tamamen katılıyorum	12	10.3	19	10.3	35	7.2	33	12.5	2	6.1	66	9.3	9	8.5	176	9.3
Meme ca. olduğumu düşününce gergin hissetme $\chi^2=36,898$ $SD=24$ $p=0,045$																
Kesinlikle katılmıyorum	91	77.8	156	84.3	372	76.7	199	75.4	28	84.8	515	72.5	62	58.5	1423	74.9
Kesinlikle katılıyorum	26	22.2	29	15.7	113	23.3	65	24.6	5	15.2	195	27.5	44	41.5	477	25.1
$\chi^2=29,152$ $SD=6$ $p=0,000$																

Tablo 34’de KMM için düzenli kontrole gitmeye profesörlerin %32.5’inin katılmıyorum; doçentlerin %26.5’inin katılmıyorum; yrd. doçentlerin %28.2’sinin kararsızım; öğretim görevlilerinin %27.3’ünün kararsızım; uzmanların %36.4’ünün katılmıyorum; araş. görevlilerinin %34.6’sının katılmıyorum; okutmanların %26.4’ünün kararsızım dediği görülmüştür. KMM için düzenli kontrole gitmeye ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Haftada en az üç kez egzersiz yaparıma profesörlerin %29.1’inin katılıyorum; profesörlerin %25.6’sının, doçentlerin %31.4’ünün, yrd. doçentlerin %33.2’sinin, öğretim görevlilerinin %32.6’sının, uzmanların %36.4’ünün, araş. görevlilerinin %35.5’inin, okutmanların %32.1’inin katılmıyorum dediği görülmüştür. Haftada en az üç kez egzersiz yapma ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,045).

Meme ca. olduğumu düşününce kendimi gergin hissediyordum profesörlerin %22.2’sinin; doçentlerin %15.7’sinin; yrd. doçentlerin %23.3’ünün; öğretim görevlilerinin %24.6’sının; uzmanların %15.2’sinin; araş. görevlilerinin %27.5’inin; okutmanların %41.5’inin kesinlikle katılıyorum dediği görülmüştür. Meme ca. olduğumu düşününce kendimi gergin hissediyordum ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 35:Sosyo-Demografik Doğumsal Özellikleri İle KKMM Yapmama Nedeni Dağılımı

Çalıştığı üniversite	Cevapsız		Korkuyorum		Bilmiyorum		Unutuyorum		Diğer		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akdeniz	108	8.1	6	9.0	28	13.5	24	13.3	9	8.0	175	9,2
Güneydoğu	34	2.6	2	3.0	11	5.3	1	0.6	3	2.7	51	2,7
Doğu Anadolu	95	7.1	5	7.5	25	12.1	22	12.2	10	8.9	157	8,2
İç Anadolu	374	28.1	18	26.9	54	26.1	49	27.1	28	25.0	523	27,5
Ege	146	11.0	8	11.9	19	9.2	23	12.7	9	8.0	205	10,8
Marmara	398	29.9	18	26.9	50	24.2	48	26.5	44	39.3	558	29,4
Karadeniz	178	13.4	10	14.9	20	9.7	14	7.7	9	8.0	231	12,2
Medeni durum	x²=43.564		SD=24		p= 0.009							
Bekar	508	38.1	30	44.8	98	47.3	69	38.1	36	32.1	741	39.0
Evli	825	61.9	37	55.2	109	52.7	112	61.9	76	67.9	1159	61.0
Son doğum şekli	x²=9,713		SD=4		p= 0.046							
Cevapsız	729	54.7	36	53.7	133	64.3	93	51.4	51	45.5	1042	54.8
Normal	213	16.0	14	20.9	28	13.5	21	11.6	14	12.5	290	15.3
Sezeryan	391	29.3	17	25.4	46	22.2	67	37.0	47	42.0	568	29.9
Menopoza girme	x²=23.129		SD=8		p= 0.003							
Evet	116	8.7	7	10.4	5	2.4	10	5.5	10	8.9	148	7.8
Hayır	1217	91.3	60	89.6	202	97.6	171	94.5	102	91.1	1752	92.2
Kkmm yaparmısınız	x²=12,023		SD=4		p= 0.017							
Cevapsız	2	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Evet	1300	97.5	26	38.8	16	7.7	48	26.5	30	26.8	1420	74.7
Hayır	31	2.3	41	61.2	191	92.3	133	73.5	82	73.2	478	25.2
Toplam	1333	100.0	67	100.0	207	100.0	181	100.0	112	100.0	1900	100.0
	x²=1272,380		SD=8		p= 0.000							

Tablo 35’de Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %26.9’u Marmara ve İç Anadolu bölgesinde, bilmiyorum diyenlerin %26.1’i İç Anadolu bölgesinde çalıştığı; unutuyorum diyenlerin %27.1’i İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalıştığı üniversite ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,009).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %44.8’inin bekar, %55.2’sinin evli; bilmiyorum diyenlerin %52.7’sinin evli, %47.3’ünün bekar; unutuyorum diyenlerin %61.9’unun evli, %38.1’inin bekar olduğu görülmüştür. Medeni durum ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,046).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine; unutuyorum diyenlerin %37.0’ının sezaryen olduğu görülmüştür. Son doğum şekilleri ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,003).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %10.4’ü menopoza girdiği, bilmiyorum diyenlerin %2.4’ü menopoza girdiği, unutuyorum diyenlerin %5.5’inin menopoza girdiği görülmüştür. Menopoza girme ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,017).

Öğretim Elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %38.8’inin KKMM yaptığı; bilmiyorum diyenlerin %7.7’si KKMM yaptığı; unutuyorum diyenlerin %26.5’i KKMM yaptığı görülmüştür. KKMM yapma ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo36:Sosyo-Demografik, Menopoza Girme Özellikleri ile KKMM Doğru Yapma Dağılımı

Yaş	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19-24 yaş	10	8.3	13	7.0	22	3.1	27	3.9	3	1.6	75	3.9
25-29 yaş	37	30.8	53	28.3	201	28.2	128	18.6	29	15.2	448	23.6
30-34 yaş	22	18.3	35	18.7	183	25.7	192	27.9	53	27.7	485	25.5
35-39 yaş	18	15.0	36	19.3	124	17.4	115	16.7	36	18.8	329	17.3
40-44 yaş	15	12.5	28	15.0	90	12.6	99	14.4	27	14.1	259	13.6
45-49 yaş	11	9.2	11	5.9	55	7.7	68	9.9	28	14.7	173	9.2
50 üstü	7	5.8	11	5.9	38	5.3	60	8.7	15	7.9	131	6.9
Görev	x²=65,318		SD=24		p= 0.000							
Profesör	4	3.3	10	5.3	38	5.3	47	6.8	18	9.4	117	6.2
Doçent	14	11.7	15	8.0	67	9.4	71	10.3	18	9.4	185	9.7
Yrd.Doç.	30	25.0	48	25.7	170	23.8	183	26.6	54	28.3	485	25.5
Öğr. gör.	16	13.3	21	11.2	87	12.2	105	15.2	35	18.3	264	13.9
Uzman	1	0.8	2	1.1	11	1.5	14	2.0	5	2.6	33	1.7
Araş. gör.	48	40.0	82	43.9	297	41.7	232	33.7	51	26.7	710	37.4
Okutman	7	5.8	9	4.8	43	6.0	37	5.4	10	5.2	106	5.6
Menopoza Girme	x²=32,541		SD=24		p= 0,114							
Evet	9	7.5	10	5.3	42	5.9	66	9.6	21	11.0	148	7.8
Hayır	111	92.5	177	94.7	671	94.1	623	90.4	170	89.0	1752	92.2
Kkmm yapma	x²=10,950		SD=4		p= 0.027							
Cevapsız	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5	2	0.1
Evet	34	28.3	82	43.9	531	74.5	603	87.5	170	89.0	1420	74.7
Hayır	85	70.8	105	56.1	182	25.5	86	12.5	20	10.5	478	25.2
Toplam	120	100.0	187	100.0	713	100.0	689	100.0	191	100.0	1900	100.0
	x²=320,930		SD=8		p= 0.000							

Tablo 36’da doğru şekilde KKMM yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %30.8’i 25-29 yaş; katılmıyorum diyenlerin %28.3’ü 25-29 yaş, %19.3’ü 35-39 yaş grubunda; katılıyorum diyenlerin %27.9’u 30-34 yaş grubunda; tamamen katılıyorum diyenlerin %27.7’si 30-34 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Doğru şekilde KKMM yapabilme ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %40’ı araş.gör., %25’i yrd. doç. %3.3’ü profesör; katılmıyorum diyenlerin %43.9’u araş.gör. %25.7’si yrd.doç.; kararsızım diyenlerin %41.7’si araş. gör., %25.7’si yrd. doç.; katılıyorum diyenlerin %33.7’si araş.gör. %26.6’si yrd.doç.; tamamen katılıyorum diyenlerin %28.3’ü yrd.doç. olduğu bulunmuştur. KKMM doğru yapabilenler ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,114).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %92.5’inin menopoza girmediği; tamamen katılıyorum diyenlerin %89’ı girmediği görülmüştür. KKMM doğru yapabilme ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,027).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %70.8’i KKMM yapmadığı; katılmıyorum cevabını verenlerin %56.1’i KKMM yapmadığını; kararsızım diyenlerin %25.5’i KKMM yapmadığını; katılıyorum diyenlerin %87.5’i KKMM yaptığını, tamamen katılıyorum diyenlerin %74.7’si KKMM yaptığını söylemiştir. KKMM doğru yapabilme ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo37: Sosyo-Demografik Doğumsal Özelliklerine göre Hormon Tedavisi Alma Dağılımı

Görev	Cevapsız		Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Profesör	7	3.5	20	19.6	90	5.6	117	6,2
Doçent	12	6.0	9	8.8	164	10.3	185	9,7
Yrd. Doçent	49	24.5	30	29.4	406	25.4	485	25,5
Öğr.tim gör.	28	14.0	16	15.7	220	13.8	264	13,9
Uzman	3	1.5	2	2.0	28	1.8	33	1,7
Araşt.gör.	93	46.5	20	19.6	597	37.4	710	37,4
Okutman	8	4.0	5	4.9	93	5.8	106	5,6
Medeni durum	x²=51,650		p= 0.000		SD=12			
Bekar	114	57.0	36	35.3	591	37.0	741	39,0
Evli	86	43.0	66	64.7	1007	63.0	1159	61,0
Evlenme yaşı	x²=30,558		p= 0.000		SD=2			
Cevapsız	109	54.5	33	32.4	538	33.7	680	35,8
20 ve ↓	0	0.0	3	2.9	18	1.1	21	1,1
21-24 yaş	24	12.0	19	18.6	272	17.0	315	16,6
25-29 yaş	46	23.0	30	29.4	584	36.5	660	34,7
30-34 yaş	14	7.0	7	6.9	131	8.2	152	8,0
35 yaş üzeri	6	3.0	10	9.8	54	3.4	70	3,7
Bekar	1	0.5	0	0.0	1	0.1	2	0,1
Son doğum şekli	x²=55,348		p= 0.000		SD=12			
Cevapsız	153	76.5	49	48.0	840	52.6	1042	54,8
Normal	11	5.5	22	21.6	257	16.1	290	15,3
Sezeryan	36	18.0	31	30.4	501	31.4	568	29,9
Menopoza girme	x²=45,935		p= 0.000		SD=4			
Evet	7	3.5	30	29.4	111	6.9	148	7,8
Hayır	193	96.5	72	70.6	1487	93.1	1752	92,2
Kkmm yaparmısınız	x²=73,097		p= 0.000		SD=2			
Cevapsız	0	0.0	1	1.0	1	0.1	2	0,1
Evet	152	76.0	80	78.4	1188	74.3	1420	74,7
Hayır	48	24.0	21	20.6	409	25.6	478	25,2
Toplam	200	100.0	102	100.0	1598	100.0	1900	100.0
	x²=9,245		p= 0.055		SD=4			

Tablo 37’de Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %19.6’sı prof.,%8.8’i doç., %29.4’ü yrd.doç., %15.7’si öğr.gör.,%2.0’ı uzman, %19.6’sı araş.gör., %4.9’unun okutman olduğu saptanmıştır. Hormon tedavisi alma ile görev arasında istatistiksel ilişki saptanmıştır(p=0,000). Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %35.3’ünün bekar, %64.7’sinin evli olduğu görülmüştür. Hormon tedavisi alma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %29.4’ü 25-29 yaş, %18.6’sı 21-24 yaş; Hormon tedavisi almayanların %36.5’i 25-29 yaş aralığındadır. Hormon tedavisi alma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %30.4’ünün sezeryan, %21.6’sının normal doğum yaptığı görülmüştür. Hormon tedavisi alma ile son doğum şekilleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Hormon tedavisi alanların %29.4’ünün menopoza girdiği, %70.6’sının girmedeği; hormon tedavisi almayanların %93.1’inin menopoza girmedeği, %6.9’unun girdiği bulunmuştur. Hormon tedavisi alma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000). Hormon tedavisi alanların %78.4’ünün KKMM yaptığı, %20.6’sının KKMM yapmadığı; hormon tedavisi almayanların %74.3’ünün KKMM yaptığı görülmüştür.

Hormon tedavisi alma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Tablo 38: Anksiyete Ölçeğine Göre Yaş, Menopoz, Hastalık, Korku Özellikleri Dağılımı

Yaş	Anksiyete Yok		Hafif Anksiyete		Orta Düzeyde Anksiyete		Ciddi Düzeyde Anksiyete		Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
19-24	34	3.4	18	4.3	15	4.3	8	5.7	75	3.9
25-29	217	22.0	102	24.2	93	26.4	36	25.7	448	23.6
30-34	246	24.9	112	26.6	84	23.9	43	30.7	485	25.5
35-39	186	18.8	66	15.7	59	16.8	18	12.9	329	17.3
40-44	148	15.0	47	11.2	48	13.6	16	11.4	259	13.6
45-49	92	9.3	43	10.2	28	8.0	10	7.1	173	9.1
50 üstü	64	6.5	33	7.8	25	7.1	9	6.4	131	6.9
Menopoza girme			$\chi^2=16.699$		$SD=18$		$p=0.544$			
Evet	71	48.0	39	26.4	27	18.2	11	7.4	148	100.0
Hayır	916	52.3	382	21.8	325	18.6	129	7.4	1752	100.0
Kronik hastalığınız varlığı			$\chi^2=1.770$		$SD=3$		$p=0.622$			
Evet	110	40.1	67	24.5	63	23.0	34	12.4	274	100.0
Hayır	877	53.9	354	21.8	289	17.8	106	6.5	1626	100.0
Meme ca. olmaktan korkma			$\chi^2=23.831$		$SD=3$		$p=0.000$			
Evet	652	49.1	300	22.6	266	20.0	109	8.2	1327	100.0
Hayır	335	58.5	121	21.1	86	15.0	31	5.4	573	100.0
Meme şikayeti varlığı			$\chi^2=18.252$		$SD=6$		$p=0.006$			
Evet	149	43.1	84	24.3	82	23.7	31	9.0	346	100.0
Hayır	838	53.9	337	21.7	270	17.4	109	7.0	1554	100.0
Meme hastalığı geçirme			$\chi^2=14.849$		$SD=3$		$p=0.002$			
Evet	113	49.6	50	21.9	49	21.5	16	7.0	228	100.0
Hayır	874	52.3	371	22.2	303	18.1	124	7.4	1672	100.0
Meme ca. olduğumu düşündüğümde			$\chi^2=1.563$		$SD=3$		$p=0.668$			
Depresif hissetmiyorum	832	53.4	349	22.4	274	17.6	102	6.6	1557	100.0
Depresif hissediyorum	155	45.2	72	21.0	78	22.7	38	11.1	343	100.0
Meme ca. olduğumu düşündüğümde			$\chi^2=15.769$		$SD=3$		$p=0.001$			
Gergin hissetmiyorum	760	53.4	324	22.8	248	17.4	91	6.4	1423	100.0
Gergin hissediyorum	227	47.6	97	20.3	104	21.8	49	10.3	477	100.0
Meme ca. olduğumu düşündüğümde			$\chi^2=14.264$		$SD=3$		$p=0.003$			
Tedirgin olmuyorum	366	48.0	177	23.2	154	20.2	66	8.7	763	100.0
Tedirgin oluyorum	621	54.6	244	21.5	198	17.4	74	6.5	1137	100.0
Meme ca. olduğumu düşündüğümde			$\chi^2=9.240$		$SD=3$		$p=0.026$			
Huzursuz hissetmiyorum	627	51.9	287	23.8	220	18.2	74	6.1	1208	100.0
Huzursuz hissediyorum	360	52.0	134	19.4	132	19.1	66	9.5	692	100.0
Meme ca. olduğumu düşündüğümde			$\chi^2=10.962$		$SD=3$		$p=0.012$			
Panik halinde hissetmiyorum	818	53.6	352	23.1	267	17.5	88	5.8	1525	100.0
Panik halinde hissediyorum	169	45.1	69	18.4	85	22.7	52	13.9	375	100.0
Toplam			$\chi^2=38.334$		$SD=3$		$p=0.000$			
	987	100.0	421	100.0	352	100.0	140	100.0	1900	100.0

Tablo 38’de Öğretim elemanlarının anksiyetesi olmayanlar %24.9’u 30-34 yaş, hafif olanlar %26.6’sı 30-34 yaş, orta düzeyde olanlar % 26.4’ü 25-29 yaş, ciddi olanlar %30.7’si 30-34 yaş aralığındadır. Yaşları ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,544$).

Menopoza girenlerin %48.0’nın anksiyetesi olmadığı, %26.4’ünün hafif, %18.2’sinin orta, %7.4’ünün ciddi anksiyetesi olduğu; menopoza girmeyenlerin %18.6’sının orta, %7.4’ünün ciddi anksiyetesi olduğu görülmüştür. Menopoza girme ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,622$).

Kronik hastalığı olanların %40.1’inin anksiyetesi olmadığı, %24.5’inin hafif, %23.0’ının orta, %12.4’ünün ciddi anksiyetesi olduğu; kronik hastalığı olmayanların %53.9’unun anksiyetesi olmadığı görülmüştür. Kronik hastalık ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Meme ca. olmaktan korkanların %49.1’inin anksiyetesi olmadığı, %22.6’sının hafif , %20.0’ının orta, %8.2’sinin ciddi anksiyetesi olduğu görülmüştür. Meme ca. olmaktan korkma ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$).

Meme şikayeti olanların %43.1’inin anksiyetesi olmadığı, %24.3’ünün hafif, %23.7’sinin

orta, %9.0'nın ciddi anksiyetesi olduğu; meme Şikayeti olmayanların %53.9'unun anksiyetesi olmadığı görölmüŐtür. Meme Şikayeti ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,002).

Meme hastalığı olanların %49.6'sının anksiyetesi olmadığı, %21.9'unun hafif, %21.5'inin orta, %7.0'nın ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme hastalığı ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,668).

Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman depresif hissederim diyenlerin %45.2'sinin anksiyetesi olmadığı, %21.0'nın hafif, %22.7'sinin orta, %11.1'inin ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme ca. olduğunu düşündüğüm zaman depresif hissetme cevabını verenler ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,001).

Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman gergin hissederim diyenlerin %47.6'sının anksiyetesi olmadığı, %20.3'ünün hafif, %21.8'inin orta, %10.3'ünün ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman gergin hissetme ile anksiyete durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,003).

Meme ca. olduğunu düşündükleri zaman tedirgin hissederim diyenlerin %54.6'sının anksiyetesi olmadığı, %21.5'inin hafif, %17.4'ünün orta, %6.5'inin ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman tedirgin hissetme ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,026).

Meme ca. olduğunu düşündükleri zaman huzursuz hissederim diyenlerin %52.0'nın anksiyetesi olmadığı, %19.4'ünün hafif, %19.1'inin orta, %9.5'inin ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman huzursuz hissetme ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,012).

Meme ca. olduğunu düşündükleri zaman duygularında panik hissederim diyenlerin %45.1'inin anksiyetesi olmadığı, %18.4'ünün hafif, %22.7'sinin orta, %13.9'unun ciddi anksiyetesi olduğu görölmüŐtür. Meme ca. olduğunu düŐündüđu zaman panik hissetme ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, 103 devlet üniversitesinde çalışan 1900 kadın öğretim elemanından elektronik posta yoluyla toplanan veriler tartışılmıştır.

Öğretim elemanlarının %23,6'sı 25-29 yaş, %25,5'i 30-34 yaş, %17,3'ü 35-39 yaş, %13,6'sı 40-44 yaş, %9,2'si 45-49 yaş, %6,9'u 50 ve üstü yaş aralığında ort:35.54±8.352(min-max:22-71) bulunmuştur. Merey(44) 2002 İstanbul çalışmasında kadınların yaş ort:32.90 ±10.04, %76.6'sı 20-39 ve %22.3'ü 40-59 yaş grubundadır. Ekici ve ark.(91) 2005 Kocaeli çalışmasında kadın öğretim elemanları yaş ort:31.29±7,02; Aslan(32) 2007 meme ca. risk düzeyleri çalışmasında yaş ort:34.81±13.43 saptamıştır. Tümer ve ark.(48) 2008 Muğla çalışmasında kadınların yaş ort:34.39±6.46 (min-max:21-55) belirlemiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %52.8'i 31-40 yaş grubundadır. Meme kanserinde yaş majör risk faktörüdür. Meme kanserinin %78'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, %22'si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir(45). Çalışmamızda ort. yaşın çalışmalara göre yüksek oluşu çalışma grubu özelliklerine bağlanabilir.

Çalışmamızda kadın öğretim elemanlarının %39 bekar, %61 evlidir. Alpteker ve ark. (51) 2010 Bolu çalışmasında kadınların %61.0'ı evli, %33,2'si bekar saptamıştır. Merey'in(44) çalışmasında kadınların %84'ü evlidir. Ekici ve ark.(91) Kocaeli 2005 çalışmasında %38,8'i evli, %61,2'si bekardır. Aslan(32) meme ca. risk düzeylerini belirleme çalışmasında; kadınların %63'ü evlidir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %84.7'si evlidir. Tümer ve ark.(48) 2008 Muğla çalışmasında kadınların %67 evli, Ozan(92) 2007 Diyarbakır çalışmasında kadınların %54,2'si evli, %43,5'i bekardır. Çalışmamız Aslan, Alpteker ve ark. ile benzer, diğer çalışmalardan farklıdır. Ekici çalışmasında evli kadın oranı çalışmamızdan düşüktür.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %6,2'si Profesör, %9,7'si Doçent, %25,5'i Yrd.Doç., %13,9'u ögr.görevlisi, %37,4'ü araş.görevlisi, %7,3'ü okutman+uzman olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda öğretim elemanlarının önemli bir kısmını Yrd.Doç. ve araştırma görevlileri oluşturmaktadır.

Kadın öğretim elemanlarının %9,2'si Akdeniz, %2,6'sı Güneydoğu Anadolu, %8,3'ü Doğu Anadolu, %27,5'i İç Anadolu, %10,8'i Ege, %29,4'ü Marmara, %12,2'si Karadeniz bölgesinde çalıştığı ve yaşadığı görülmektedir. Anketimizi cevaplayan öğretim elemanlarının %56.9'unun Marmara ve İç Anadolu'da bulunan üniversitelerde çalıştığı ve bu bölgelerde yaşadığı görülmektedir. Bu bölgelerdeki öğretim elemanlarının konuya daha duyarlı olduğu düşünülebilir(Tablo 1).

Çalışmamızda öğretim elemanları evlenme yaşına %1.1'i 20 yaş ve öncesi, %16,6'sı 21-24 yaş, %34,7'si 25-29 yaş, %8'i 30-34 yaş, %3,7'si 35 yaş ve üstünde evlenmiştir. Ozan(92) çalışmasında farklı meslek grubundaki kadınların %20,6'sının 18 yaş ve altında, %19.1'i 19-23 yaş, %16,9'u 24 yaş ve üstü evlendikleri, %43.5'i bekar olduğunu; Kabataş(39)

2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %57.6'sının 22-25 yaş grubunda evlendiğini belirtmiştir. TNSA 2003'e göre; Türkiye'de kadınların %88'i otuzlu yaşların başına kadar evlenmektedir(94). TNSA-2008'de yaş kuşakları arasında ortanca evlilik yaşında artış olduğunu ortaya koymaktadır. Ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19.5'den, 25-29 yaş grubunda 22.1'e yükselmiştir. Bulgular eğitim düzeyine göre gözle görülür farklılaşmaları göstermektedir. 25-49 yaşlar arasındaki kadınlar içinde hiç eğitimi olmayan kadınlarla, en az lise mezunu kadınlar arasında ilk evlenme yaşında yaklaşık beş yıllık bir fark bulunmaktadır(13). Lise ve üzeri eğitim almış kadınlar için ortanca ilk evlilik yaşı 24.1'dir. TNSA-2008'de 25-49 yaşlarındaki kadınlar için daha önceki araştırmalarla karşılaştırılması evliliği erteleme eğilimini doğrulamaktadır; TNSA-1993 ve TNSA-2008 arasındaki 15 yıllık dönemde ilk evlenme yaşı neredeyse iki yaş artmıştır(13). Çalışmamızda öğretim elemanlarının %34,7'sinin 25-29 yaş aralığında evlendiği TNSA'da bahsedilen ortanca evlilik yaşının yükselmesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %31,2'si 12 yaş ve altında, %50,5'i 13-14, %17,2'si 15 yaş ve üstünde ilk adetini gördüğünü söylemiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %60.2'si 13-14 yaş grubunda ilk adetini gördükleri saptamıştır. Tümer(48) 2008 çalışmasında kadınların %5.6'sının 11 ve 12 yaşta ilk adet gördüğünü saptamıştır. Çay(64) 1999 çalışmasında kadınların %23'ü 11-12 yaş, %46.1'i 13-14 yaş, %19.7'si 15-16 yaş, %10.6'sı 17 yaştan sonra adet olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve ark.(53) 2005 Sivas çalışmasında kadınların %22.2'si 12 yaş öncesi adet olduğu belirtmiştir. Karakuş(9) 2008 Malatya çalışmasında ebe ve hemşirelerin %6'sı 11 yaş ve daha altında, %52.2'si 12-13 yaşında, %41.8'i 14 yaş ve üstü yaşlarda adet olduğunu saptamıştır. Ozan'ın (92) çalışmasında kadınların %20,05'i 12 yaş ve altında; %58'i 13-14 arası; %21,5'i 15 yaş ve üzerinde adet olduğunu belirtmiştir. Erken menarş östrojene bağlı kanser olma olasılığını artırır. İlk menstrual siklus yaşının uzaması östrojene maruziyeti azalttığından dolayı koruyucu bir faktör olarak algılanmaktadır(10). Çalışmamızda 12 yaş ve altında menarşın yüksek oluşu öğretim elemanlarının meme ca. açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Öğretim elemanlarının %3,3'ü gebe kalmadığını, %6.6'sı 18-24 yaş, %38,8'i 25-34 yaş, %3,8'i 35 yaş ve üstünde ilk gebeliğini yaşamıştır. Yılmaz ve ark.(53) çalışmasında kadınların %53.1'i gebe olmadığını, çocuk sahibi olanların %9'ı ilk çocuğunu 30 yaş ve sonrası doğurduğunu belirtmiştir. Karakuş(9) çalışmasında ebe ve hemşirelerin %79'u ilk gebeliklerini 20-29 yaşlarında, %12.6'sı 19 yaş ve altında yaşadığını bulmuştur. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %43.3'ü ilk doğumunu 22-25 yaş grubunda yaptığını saptamıştır. Anneler doğum sırasında 18 yaşından küçükse "çok genç", 34 veya daha yaşlıysa "yaşlı" kategorilerinde yer almaktadır. Çalışmamızda 35 yaş üstü gebeliklerin %3.8'i TNSA 2008 verilerine göre risklidir. Türkiye'de kadınlar en yüksek doğurganlıklarını yirmili yaşlarında yaşıyorsa da doğurganlık yaş örüntüsünde Türkiye için değişikliği işaret etmektedir. TNSA-2008'den önce yapılan bütün araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı yaş grubu 20-

24 iken, TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir. Bu, Türkiye'de doğumların daha ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir(13). Diğer önemli bir değişim ilk doğumda anne yaşındaki düzenli yükseliştir(13). İlk gebeliğin 30 yaşın üzerinde gerçekleşmesinin meme ca. riski açısından olumsuzluk taşıdığı belirtilmektedir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %7,8'i çocuksuz, %41,1'i 1-2 kez, %6,6'sı 3-4 kez, %1,1'inin 5 ve üstü gebe kaldığı bulunmuştur. Ozan(92) çalışmasında kadınların %12,8'i 5'ten fazla gebelik geçirmiş, ortalama gebelik sayısı; ev kadını 4,2±3,4, öğretmen 1,5±1,5, polis 1,4±1,0, avukat 1,0±1,4 bulmuştur. Çay(64) çalışmasında kadınların %59,4'ü 1-3, %28,1'i 4-6, %11'i 7'den fazla gebe kaldığı, %2,5'i gebe kalmadığını göstermiştir. TNSA-2008 kadının şimdiki doğurganlık hızlarının doğurganlık çağlarının sonuna kadar devam ettirirse sonunda ort. 2.16 çocuk sahibi olacağını göstermektedir(13). Meme ca. risk faktörleri arasında yer alan bir diğer etken de gebelik, gebelik sayısı ve ilk gebelik yaşıdır. Çalışmamızda eğitim ve çalışma şartlarından dolayı gebe kalma sayısı Türkiye genelindeki doğurganlık hızıyla paralel değildir. Çalışmamızda Çay ve ozan çalışmasından farklı 5 ve üstü gebe kalma sayısı çok düşüktür. Buradan öğretim elemanlarının çalışma saatlerinin fazlalığı yoğun çalışma nedeni ile fazla çocuk istemelerine bağlayabiliriz.

Öğretim elemanlarının %33,1'i hiç düşük yapmadığı, %8,3'ü 1 düşük yaptığı söylemiştir. Çalışmamızda tek düşük yapan öğretim elemanlarının %28,5'i 35-39 yaş aralığındadır. TNSA-2008'e göre ülkemizde 100 gebelikten 21'i düşükle sonuçlanmaktadır. Bunların %10'u isteyerek düşüktür. TNSA-2008 öncesindeki beş yıla ilişkin toplam düşük hızı, kadın başına 0.29'dur. Yaşa özel hızlarda en yüksek değer 35-39 yaş grubunda görülürken ileri yaşlarda hız düşmektedir(13).

Öğretim elemanları son doğumunda %29,9'u sezaryen, %15,3'ü normal doğum yapmış %54,8'i cevapsız bırakmıştır. İBBS-1'e göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2011'de %47'dir(95). Çalışmamızda sezaryen normal doğuma göre yüksek bulunmuştur.

Öğretim elemanlarının %43,8'i 1-2 çocuk, %1,1'i 3-4 çocuk, %0,1'inin 5 ve ↑ çocuk sahibi olduğu, %0,4'ünün hamile, %5,2'sinin çocuk sahibi olmadığı görülmüştür. Aslan(32) meme ca. risk düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; kadınların %64,7'sinin çocuğu olduğunu belirlemiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %58,3'u iki çocuk sahibidir. Çenesiz'in(96) 2007 çalışmasında araştırma grubunun %40,2'sinin iki çocuğu bulunmaktadır. Tamamlanmış doğurganlık düzeyi eğitimi olmayan kadınlarda 5 canlı doğum iken, lise veya üzeri eğitimi kadınlarda 2 canlı doğuma düşmektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla doğurganlıkta hızlı düşüş gözlenmektedir. Hiç eğitimi olmayan kadınlar, lise veya üzeri eğitim almış kadınlardan ortalama bir fazla çocuğa sahiptir. Bilindiği gibi, çocuk sahibi olmanın çalışma üzerinde önemli etkisi vardır ve çocuksuz kadınlar arasında çalışan oranı, çocuğu olanlara göre daha yüksektir(13). Ortalama ideal çocuk sayısı evlenmiş ve halen evli kadınlarda 2,5'tir. Dört veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda ortalama ideal çocuk sayısı 3,2,

bu sayı hiç çocuğu olmayan veya bir çocuğa sahip kadınlarda 2.2'dir. Son 15 yılda, evli kadınlar arasında ort, ideal çocuk sayısının değişmemesi ilginç bulgudur (TNSA-1993'te 2.4, TNSA-1998, TNSA- 2003 ve TNSA-2008'de 2.5)(13). Çalışmamızda Kabataş'ın çalışmasına benzer şekilde öğretim elemanlarının yarıya yakınının 1-2 çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bunu TNSA 2008'deki verilere paralel olarak eğitim düzeyinin artmasıyla açıklayabiliriz.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %3,9'u ilk üç ay, %8,6'sı 4-6 ay, %12,3'ü 7 ay-1 yıl, %18,7'si 1 yıldan fazla bebeğini emzirdiği belirlenmiştir. Çenesiz'in(96) 2007 çalışmasında araştırma grubunun %74.4'ü çocuğunu emzirmiştir. Aslan(32) çalışmasında; kadınların %95.1'inin çocuğunu en az 12 ay emzirdiğini belirlemiştir. Ozan(92) çalışmasında kadınlar %10'u bebeklerini hiç emzirmemiş, %38,8'i bebeklerini 12-24 ay arası emzirmiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %63.3'unun çocuğunu anne sütü ile beslediğini saptamıştır. Yılmaz ve ark.(53) çalışmalarında kadınların %3.7'si çocuğunu hiç emzirmedini belirtmiştir. Meme ca. riskini azaltan faktör bilinen emzirmenin Karakuş(9) 2008 Malatya çalışmasında ebe ve hemşirelerin %96.1'i emzirdiğini belirtmiştir. Çay(64) çalışmasında kadınların %92.5'i bebeklerini bir süre, emzirenlerin %57.7'si 12 aydan fazla emzirdiğini saptamıştır. Çalışmamızda öğretim elemanlarının yaklaşık %45'inin çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olanların yaklaşık %97'sinin bebeğine anne sütü verdiği, verenlerin %18.7'sinin bebeğini 1 yıldan fazla emzirdiği görülmektedir. Dünyadaki emzirme, Norveç'te %99, Danimarka'da %98, İsveç'te %97, İspanya'da %91 Almanya'da %86, İtalya'da %85 olduğu görülmektedir. Bu verilere göre Avrupa ülkelerinde emzirme oldukça yüksektir(32). TNSA verilerine göre emzirme Türkiye'de yaygındır, temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de tüm çocukların %97'si emzirilmiştir. Emzirmeye erken başlama %'si 2003-2008'de gözlenen azalma, özellikle batı, orta ve kuzey bölgelerinde aynıdır. Doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilen bebek batı'da %48 en yüksek iken, Orta ve Doğu Anadolu'da %32 en düşüktür(13). Emzirmenin anne, bebek ve meme ca. açısından yararları düşünülünce emzirme teşvik edilmelidir. Anne sütünün yararları ve emzirmenin meme ca. riskini azaltıcı rolünden dolayı giderek artacağı düşünülmektedir(32,53). Çalışmamız, TNSA'daki oranlarla aynı olmasına rağmen akademisyenlerin emzirme sürelerinin kısa oluşu dikkat çekmektedir.

Öğretim elemanlarının %27,9'u bariyer, %21,9'u hormonal yöntem, %19,4'ü geri çekme, %14,4'ü rüya, %7,2'si geleneksel yöntem, %1,9'u emzirme, %1,6'sı cerrahi yöntemle korunduğu, %6'sı aile planlaması yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Çay(64) çalışmasında kadınların %37.5'inin geri çekme kullandığı görülmektedir. Yılmaz(53) çalışmasında kadınların %27.4'ü hormonal yöntemle, Karakuş(9) çalışmasında ebe/hemşirelerin %40'ı hormon yöntemle korunmuştur. Ozan(92) çalışmasında kadınların %26,7'si oral kontraseptif kullanmış bunu %36,6 ile öğretmenler en çok, %8 ile ev kadınları en az kullanmıştır. İBBS-1'e göre 15-49 yaş grubu halen evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanımı 2010'da %73 bulunmuştur(95). Gebeliği önleyici yöntem kullanımı yaşa göre değişmektedir. TNSA 2008'e göre evli kadınlar

arasında yöntem kullanımı kentsel ve kırsal yerleşimlere, bölgelere, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre değişmektedir(13). evli kadınların %91'i yaşamlarının bir döneminde gebeliği önleyici bir yöntem kullanmıştır. Ülke genelinde, evli kadınların %73'ü gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Bunların %46'sı modern, %27'si geleneksel yöntemlerdir. En yaygın kullanılan modern yöntem RİA'dır (%17) ve bunu erkek kondomu takip etmektedir (%14). Tüpligasyonun yine evli kadınların %8'i tarafından kullanılması dikkat çekicidir. Geri çekme en yaygın geleneksel(%26) yöntem olmaya devam etmektedir(13). TNSA 2008 verileri ile farklı sonuçlar elde ettiğimiz görülmektedir. TNSA 2008'e göre yan etkiler ve sağlık kaygısı da modern yöntemlerin bırakılmasında oldukça önemlidir (sırasıyla %14 ve %10). Kullanılan aile planlaması yöntemine göre, hap ve RİA kullanan kadınların yan etkiler konusunda diğer yöntemleri kullanan kadınlara göre daha iyi bilgilendirildikleri görülmektedir (sırasıyla %75 ve %71). Çalışmamızda akademisyenlerin en çok kullanılan ilk üç korunma yöntemi olarak bariyer, hormonal ve geri çekme yöntemlerini seçtiğini görmekteyiz. Ria kullanımının Türkiye ortalama düşük olma sebebi pratik olmama, takılma ve kontrolleri için zaman gerektirmesine bağlanabilir(Tablo 2).

Öğretim elemanlarının %7,8'i menopoza girdiğini, %92,2'si girmedini; %2,1'i 45 yaşına kadar, %5,4'ü 46-56 yaş aralığında adetten kesildiğini belirtmiştir. Çenesiz(96) 2007 çalışmasında kadınların %24.9'u menopozda; %80.3'ün menopoz yaşı 50 ve üzerindedir. Yılmaz(53) çalışmasında kadınların %3'ünün menapoza girdiğini, bunların %36.8'inin 55 yaşından sonra menopoza girdiğini saptamıştır. Aslan(32) çalışmasında kadınların %15.2'si menopozdadır. Menopoz yaşı gecikilen her yıl için meme ca. riski artar. Çalışmamızda menopoza girme oranı diğer çalışmalardan düşük ve menopoza girme yaşı yüksek bulunmuştur. İleri yaşlarda menopoza giren kadınlarda meme kanseri görülme riski artmaktadır(97). Çalışmamızda adetten kesilme yaşı 46-56 aralığında yoğunlaştığı diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Öğretim elemanlarının adetten kesilme yaşının yüksek olması nedeniyle yüksek riskli grupta olabileceğini söyleyebiliriz.

Öğretim elemanlarının %5,4'ünün hormon tedavisi aldığı, %84,1'inin almadığı belirlenmiştir. Gençay(13) 2007 çalışmasında deneklerin %89'u hiç HRT kullanmamış, %11'i kullanmıştır. HRT kullanım oranı %3-32 arasında değişiklik göstermektedir. Erken menopoza girenler, yüksek osteoporoz riski taşıyanlar ve menopozal semptomu yoğun olanlar HRT alabilir. HRT'de amaç mevcut subjektif şikayetlerin kaldırılması yanında koroner kalp hastalığı ve osteoporozla bağlı kırık riskinin azaltılmasıdır. HRT'nin önemli yararlarının yanında özellikle meme ve endometriyumla ilgili bazı olumsuzlukları ile karşılaşmaktadır. konjuge östrojen ile HRT'de meme kanseri riskinin 15 yıllık kullanımdan sonra artmaya başladığını, 5 yıldan az kullanımlarda relatif riskin 0.7 olduğu ve 14 yıla kadar bu riskin değişmediği görülmüştür(98). Çalışmamızda HRT kullanma oranının düşük olduğu belirlenmiştir.

Öğretim elemanlarının %85,6'sı smear aldırdığı, %14,4'i aldırmadığı saptanmıştır.

Açıkgöz ve ark.(99) 2010 İzmir çalışmasında hiç pap smear yaptırmayan kadınlar %44,1'dir. Doğan(100) 2007 Kayseri çalışmasında kadınların %19,5'i pap smear yaptırdıkları, %80,5'i test yaptırmadıklarını, yaptıranların %36,8'i pap smeari doktor isteği ile yaptırdığı belirlenmiştir. Türkiye'de 763 serviks kanserli kadın olduğu belirtilmektedir(94). Serviks kanseri tanısı konulan kadınların %50'si 35-55 yaşları arasındadır(92). Pap smear serviks ca. açısından erken tanıda çok önemlidir. Öğretim elemanlarının serviks ca. açısından sağlık bilinçlerinin yüksek olduğu söylenebilir(Tablo 3).

Öğretim elemanlarının %14,4'ü kronik hastalığı olduğunu;%2.6'sı kalp-damar, %2.7'si solunum, %4.6'sı lenfatik sistemde kronik rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Açıkgöz(99) çalışmasında kadınların %53,9'ı kronik hastalığı olduğunu, bunların %18,3'ü kanser hastalığı tanısı aldığını belirtmiştir. Günümüzde gelişmiş ülkelerde sağlığı tehdit eden hastalıklar içinde kanser, felç dahil dolaşım hastalıkları, akıl hastalıkları dahil ruhsal bozukluklar, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların olduğu görülür(98). DSÖ göre 2008 yılında tüm dünyada ölen 57 milyon kişinin 7.3 milyonunun KKH, 6.2 milyonunun inme ve diğer SVH nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2000 yılında yapılan UHY-ME çalışmasına göre ölümlülük yükü en fazla olan üç hastalıktan ikisi KKH ve SVH'dir. Türkiye'de KKH sıklığı 30 yaş üzeri popülasyonda yaklaşık %10'dur(101). Çalışmamızda öğretim elemanlarının 35.54±8.352(min-max:22-71) yaş aralığında olduğu düşünülürse yaşla birlikte kronik hastalıkların daha önemli bir orana sahip olacağı görülmektedir.

Öğretim elemanlarının en sık görülen kadın kanserine %67,2'si meme ca, %9,2'si rahim ca, %20,9'u meme ve rahim ca cevabını vermiştir. En sık görülen kadın kanserini bilme birincil ve ikincil korunma önlemleri açısından önemlidir. Kadın öğretim elemanlarından yaklaşık %90'ı en sık görülen kadın kanserinin meme kanseri olduğunu bildiği görülmektedir(Tablo 4).

Öğretim elemanlarının %24,3'ü akrabasında meme ca. olduğunu; %3,9'u 1., %5,9'u 2., %7,5'i 3., %4,3'ü 4.derece akrabasında meme ca olduğunu, %78,3'ü meme ca olan akrabasının olmadığını söylemiştir. Çenesiz(96) 2007 çalışmasında araştırma grubunun %4.4'ünün ailesinde meme ca. öyküsü bulunmaktadır. Alpteker(51) çalışmasında kadınların %4.7'sinin ailesinde meme ca. olan biri olduğu tespit etmiştir. Ozan(92) çalışmasında meme ca. yakını olan kadınları %24,2 ile en fazla avukatlar, %3,3 en az ile polisler olarak belirlemiştir. Çay(64) çalışmasında kadınların %17.0'nin 1.derece akrabalarında meme, over, serviks, ve endometrium ca. olduğunu saptamıştır. Ekici ve ark.(91) çalışmasında öğretim elemanlarının %10.4'nin yakın akrabasında meme ca. öyküsü bulmuştur. Gençay(12) 2007 çalışmasında kadınların %90'nin ailesinde meme ca. öyküsü olmadığını, %10'ununda olduğunu bulmuştur. Yılmaz ve ark.(53) çalışmasında kadınların %8.4'ünün birinci derece akrabalarında meme kanseri bulunduğunu saptamıştır. Kabataş'ın(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin yakın akrabalarında meme kanseri olma durumuna bakıldığında; %88.7'sinin yakın akrabasında meme kanseri olmadığını saptamıştır. Dinçel ve ark.(30) 2008 Ankara çalışmasında

katılımcıların %12.3 ailesinde meme kanseri öyküsü olduğunu belirtmiştir. Tümer ve ark.(48) çalışmasında kadınların %12.0'nin ailesinde, %0.6'sının kendisinde meme ca. öyküsü vardır. Birinci derece akrabalarında veya ikinci derece akrabalarında meme veya over kanseri öyküsü olması meme kanserinde yüksek risk değerlendirme kriterleri arasında birinci sırada yer almaktadır(39). Aile öyküsünde meme ca. olması, meme ca. riskini 2-3 kez artırmaktadır. Çalışmamızda 1.derece akrabasında kanser öyküsü bulunması diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur. Yakın kadın akrabalarında meme kanseri görülmesi, bir kadın için önemli bir risk faktörü olduğundan bu grubun daha sık KKMM yapması ve mamografi çektirmesi önerilebilir.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %91,1'inin ailesinde meme ca. hastası bulunmasını kendisi için risk görmektedir. Bir yakınına meme ca. tanısı konulmuş kişilerde duyarlılığın arttığı bilinmektedir. Ailesinde meme ca. görülen kişilerin, diğer kişilerden daha sık genel kontrol ve kanser taramasından geçirilmesi gerekmektedir(102). Ailesinde meme ca. hastası bulunmasını risk gören öğretim elemanlarının kansere karşı duyarlılığının artmış olduğunu ve kanser tarama davranışlarına önem verdiğini düşünebiliriz.

Öğretim elemanlarının ailesinde diğer kanser türleri varlığına %52,2'si evet demiştir. Gerçek ve ark.(103) 2007 Sivas çalışmasında örnekleme alınan öğrencilerin %76.8'i yakın çevresinde kanser bulunmadığını, bulunanların %16.7'si 1.derece, %46.3'u 2.derece, %37.0'ı 3.derece yakınlarında olduğunu belirtmiştir. Açıkgöz ve ark.(99) çalışmasında ailesinde kanser öyküsü olanların %56,3'ü 1.derece, %21,1'i 2.derece, %22,6'sı 3.derece yakınının kanser olduğunu söylemiştir(Tablo 5).

Öğretim elemanları %69,8'i meme ca. olmaktan korktuğunu ifade etmiştir. Dinçel ve ark.(21) 2008 Ankara çalışmasında kadınların %8.6'sı kanser korkusu yaşadığını söylemiştir. Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının üçte ikisinin meme ca. olmaktan korktuğu görülmektedir. 'Kanser' kelimesinden korkmaktan çok pozitive çevrilerek birincil korunma önlemlerinin alınıp yaşam tarzının değiştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Öğretim elemanları meme ca. korkusunu paylaştığı kişiyi %61,8 ile cevaplamazken, %11,9'u aile üyeleri, %6,2'si arkadaş, %4,7'si sağlıkçı, %3,5'i aile üyesi+arkadaş, %9,4'ü paylaşmadım, %1,1'i herkesle paylaştım dediği belirlenmiştir. Çalışmamızda kadın öğretim elemanlarının meme ca. olmaktan korkma oranının yüksek olmasına rağmen korkusunu paylaşma oranının düşük oluşu dikkat çekicidir. Korkusunu paylaştığı kişi sorulduğunda en fazla aile cevabının verildiği bu korkunun en yakınlarla daha fazla paylaşıldığı görülmektedir

Öğretim elemanlarının %52.0'ı meme ca olma riski taşımaya evet dediği; %18,2'sinin meme şikayetinin olduğu ve şikayetine: %8,5'i kitle, %5,7'si ağrı, %0,6'sı akıntı dediği belirlenmiştir. Çalışmamızda kadın öğretim elemanlarının yarısı kendilerini meme ca. açısından riskli görmektedir. 1/5'inin meme şikayeti olduğunu ve bu şikayetlerin çoğunluğunun kitle olduğunu görmekteyiz(Tablo 8). Bunu ağrı ve akıntı takip etmektedir. Meme başı akıntısı, kadınlarda sık rastlanan bir semptomdur. Kadınların %5-10'unda meme başı akıntısının

olabileceği ifade edilmektedir(38).

Öğretim elemanlarının %12.0'nin meme hastalığı geçirdiği; konulan tanıya %2,1'i enfeksiyon, %7'si iyi huylu tümör, %1,2'si diğer meme hastalıkları, %0,6'sının meme ca cevabını verdiği görülmüştür. Yılmaz ve ark.(53) çalışmasında kadınların %16.5'inin selim meme hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Çenesiz'in(96) 2007 çalışmasında araştırma grubunun % 1.6'sı meme ca. olduğu, % 9.3'ünün meme kanseri dışında başka bir meme hastalığı bulunduğunu belirlemiştir. Ozan(92) çalışmasında kadınların meme hastalığı geçirmiş olmasına en yüksek avukatlarda %12,1 ve en düşük polislerde %2,2 bulunmuştur. Dinçel ve ark.(21) %76.3'ü kendisinde ve çevresinde benign meme hastalığı öyküsü olmadığını belirtmiştir. Çalışmamız, Ozan'ın ve Yılmaz'ın verileri ile paralellik göstermektedir(Tablo 6).

Öğretim elemanlarının %80,7'si ailede meme ca. öyküsü, %70,3'ü akrabada meme ca. öyküsü, %33,4'ü kişisel meme ca. öyküsü, %30,5'i hiç doğurmamış olma veya ileri yaşta doğum yapma, %28,2'si bebek emzirmeme, %25,8'i dışarıdan östrojen alımı/doğum kontrol hapı kullanılması, %24,8'i şişmanlık/yağlı beslenme, %24,0'ı yaş, %17,8'i rahim/yumurtalık ca. öyküsü, %15,4'ü doğurganlık hikayesi, %8,1'i erken adet görme, %4,5'i sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması, %10.9'unun hepsi risk oluşturur demiştir. Alpteker ve ark.(51) çalışmasında katılımcıların %77.9'unun "ailede meme ca. olan varsa meme ca. riski artar", %66.3'u "radyasyona maruz kalmak riski artırır", %63.2'sinin "meme de kitle olması riski artırır", %54.0'nun "koltuk altında kitle olması riski artırır" şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Çalışmamızda ailede meme ca. öyküsü bulunması riski artırır cevabı Alpteker'in yaptığı çalışmayla benzerdir. Araştırmamızda hepsi risk oluşturur cevabı %10.9'u oluşturması risklerin yeterince bilinmediğini göstermektedir.

Öğretim elemanlarının %69,2'si memede koltuk altında ele gelen kitle, %36,0'ı meme başı akıntısı, %35,4'ü memede büyüme, asimetri, %22,4'ü meme cildinde yara, kızarıklık, %48,0'ı hepsi meme ca belirtisidir demiştir. Açıkgöz ve ark.(99) çalışmasında kadınların %32,9'u memede ağrı ve memede gerginlik hissi belirtilerini en az doğru bildikleri, %72,4'ü memede ele gelen şişlik belirtisini en fazla bildikleri saptanmıştır. Ozan(92) çalışmasında kadınların %65,1 ile en çok bilinen meme ca. belirtisi memede kitle, %16,4 ile en az bilinen meme ca. belirtisi meme dokusunda buruşukluktur cevabını verdiği görülmüştür. Ozan yüksekokul mezunu kadınların bile önemli düzeyde konuyla ilgili bilgilenmeye gereksinim duyduklarını, meme kanserinin belirtilerini bilmedikleri bildirilmiştir(92). Çalışmamızda memede koltuk altında ele gelen kitle cevabı Açıkgöz'ün ve Ozan'ın yaptığı çalışmayla benzer bulunmuştur. Bizde %48,0'ı hepsi meme ca belirtisidir demiştir. Belirtilerin risklere göre biraz daha iyi bildikleri söylenebilir(Tablo 7).

Çalışmamızda öğretim elemanlarının %54,5'inin KKMM eğitimi aldığı, %74,7'sinin KKMM yaptığı, %25.3'ünün KKMM yapmadığı belirlenmiştir. Merey'in(44) 2002 çalışmasında kadınların %34.9'u KKMM ile ilgili bilgi aldığını, %37.0'ı KKMM yaptığını,

%5.5'i her ay yaptığını söylemiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin, %72.7'sinin meme kanseri konusunda bilgi almadıkları saptamıştır. Çenesiz'in(96) 2007 çalışmasında kadınların % 57.4'nün meme ca. ve KKMM uygulaması ile ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Çay'ın(64) çalışmasında kadınların %23.9'unun KKMM yaptığını bulmuştur. Kum(40) 2003 Samsun çalışmasında katılanların %63,8'i KKMM yaparken %36,2'si yapmadığını bulmuştur. Canbulat'ın(50) 2005 Erzurum çalışmasında KKMM yapanların %81.3'dür. Özer ve ark.(104) 2009 Kahramanmaraş çalışmasında kadınların %47,0'ı KKMM yapmadığını belirtmiştir. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin % 44.3'unun KKMM yaptığını saptamıştır. Alpteker ve ark.(51) çalışmasında kız öğrencilerin %47.9'nun KKMM'yi bildiğini, %38.8'nin KKMM'yi yaptıklarını saptamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz ve her ay düzenli KKMM uygulama oranının da düşük (%24.5-% 42.6) olduğu saptamıştır. Hala kadınların büyük bölümü bu yararlı uygulamayı yapmamaktadır(39). Çalışmamızda öğretim elemanlarının KKMM'yi yapma oranları Canbulat hariç ülkemizdeki diğer kadınlarla yapılan çalışmalara göre yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile KKMM yapma oranının yükseldiği dikkati çekmektedir. KKMM eğitimi alan kadınların sağlıkları konusunda daha duyarlı kişiler olma olasılıkları yüksektir. Buda KKMM yapma yüzdelerinin toplumdan daha yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Öğretim elemanlarının KKMM yapma zamanına %25,1'inin cevap vermediği, %10,1'inin adet 5-7 günü, %54,7'sinin aklıma geldikçe dediği görülmüştür. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin KKMM yapanların %66.6'sının istenildiği zaman ve yılda bir kez yaptığı, %24.3'unun adet kanamasından bir hafta sonra yaptığı, %6.4'unun adet kanamasından 1 hafta önce yaptığı, %2.7'sinin adet kanaması esnasında KKMM yaptığı saptanmıştır. Alpteker ve ark.(51) çalışmasında kız öğrencilerden KKMM'yi %7,5'i menstruasyon öncesi muayene yaparken, %25,5'i menstruasyon sonrası, %64.5'ü rastgele meme muayenesi yapmaktaydı. Özer ve ark.(104) çalışmasında kadınların %38,6'sı ayda bir, %26,4'ü 2 ayda bir, %9,3'ü yılda bir kere, %25,7'sinin aklıma geldikçe KKMM yaptığını göstermiştir. Ekici ve ark.(91) çalışmasında öğretim elemanlarının %47,8 düzensiz aralıklarla meme kontrolünü yaptığını bulmuştur. Canbulat'ın(50) çalışmasında sağlık çalışanlarının %21.9'u bu uygulamayı her ay düzenli yapmaktadır. Sonuç olarak, çalışma grubunun yaklaşık yarısından fazlası KKMM yaptığını ifade etmiş, yapanların sadece 1/10 adet 5. ve 7.günü KKMM yaptığını belirtmiştir, bu sonuçlar yapanların da düzenli KKMM yapmadığını göstermektedir. Buda KKMM eğitimlerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkin yöntemdir(92). Araştırmaların sonuçlarına paralel olarak bu çalışmada beklenen KKMM uygulama düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda öğretim elemanları KKMM yapmama nedenine %70,2'si cevap vermemiş, , %10,9'unun

bilmediği, %9,5'inin unuttuğu için %3,5'inin korktuğu için yapmadığı cevabını vermiştir. Özer ve ark.(104) kadınların KKMM yapmama nedenlerini %36,0'ı gerek görmediğini, %53,0'ı bilmediğini, %9,5'i aklına gelmediğini, %1,5'ide korktuğu için KKMM yapmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda öğretim elemanları yapmama nedenine cevap vermemiş, 1/10 bilmediği cevabını vermiştir. Araştırmamızda Özer çalışmasındaki gibi korktuğu için yapmama düşük bulunmuştur.

KKMM nasıl yapılara %43,5'i koltuk altı dairesel hareketle şişlik, sertlik açısından muayene edilir, %1,7'si meme uçlarından akıntı gelip gelmediği kontrol edilir, %1,3'ü ayna karşısında el belde büyük/küçüklük değerlendirilir, %0,7'si portakal kabuğu görünümü çökme çekilme değerlendirilir, %5,3'ü bilmiyorum, %47,4'ü şıkların hepsi doğrudur dediği belirlenmiştir. Gözle incelemede ayna karşısında memenin kendisi ve meme başları, koltukaltları ve meme altı bölgeleri incelenir. Meme derisinde çekinti, deride portakal kabuğu görünümü; kızarıklık; memelerden birinde büyüme; meme başlarında çökme ve kepekli lezyonlar olup olmadığına bakılır. Meme muayenesinde elin 3 orta parmağının yastık bölümleriyle dairesel hareketler çizerek ve baskı şiddetini hafiften kuvvetliye doğru artırarak muayeneye başlanır. Elin başparmak ve işaret parmakları arasında meme başı hafifçe sıkarak akıntı olup olmadığı kontrol edilir(17). Çalışmamıza katılan öğretim elemanları KKMM nasıl yapılır sorusuna %47,4'ü basamakların hepsi değerlendirilir demiştir. Öğretim elemanlarının KKMM sırasında yapılan değerlendirmeler konusunda bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır.

Öğretim elemanlarının %6,8'i meme uçları sıkılmalı %47,6'sının hayır, %45,6'sının bilmiyorum demiştir. KKMM yaparken yapılması gerekenler konusunda ve KKMM'nin en önemli basamaklarından meme ucunun sıkılarak akıntı kontrolü yapılması konusunda eğitim eksikliği olduğu görülmektedir. Bunun eğitimler sırasında önemle belirtilmesi gerekmektedir.

Öğretim elemanlarının KKMM sırasında elle muayenede elin hangi parmakları kullanılıra %15,4'ü bilmiyorum, %75,8'i elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır dediği, %5,5'i tüm elle cevabını verdiği; KKMM değerlendirme nasıl sorusuna %7,3'ü bilmiyorum, %14,3'ü yatarak elle, %60,6'sı ayakta elle, %17,8'i hepsi ile değerlendirilir dediği görülmüştür. Öğretim elemanlarında KKMM yapma oranlarının yüksek olmasına rağmen en doğru şekilde nasıl yapıldığını, tarama kriterlerini ve KKMM yapılma pozisyonları konusunda bilgi eksikliği olduğu tespit edilmiştir.

Öğretim elemanlarının KKMM sırasında göğüslerde fark tespit etmeye %92,6'sı hayır dediği görülmüştür. Hobbs'un 1972'de yaptığı çalışmada ise kadınların KKMM'ni sürekli ve düzenli aralıklarla yapmama oranlarının, meme dokusunun nodüllü bir yapısının olması nedeniyle kitleyi bulmada güçlük çekmeleri ve neyi aradıklarını tam olarak bilmemelerinden kaynaklandığını belirtmiştir(14). KKMM'nin düzenli yapılmamasının memelerdeki asimetri, akıntı, nodül gibi farkların geç fark edilmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir(Tablo 8).

Öğretim elemanları KKMM sırasında göğüslerinde %5,2'si kitle, %1,2'si diğer

şikayetleri(asimetri, büyük, küçük, sarkık) olduğunu ifade etmiştir. Bölükbaşı ve ark.(46) 2006'da olguların 21'i (%45.6) mamografi de kitle saptanması üzerine tanı alırken, 23'ü (%50) ele gelen kitle, biri (%2.2) ağrı ve biri (%2.2) akıntı şikayetleri ile başvurmuştur(46). Ele gelen kitlenin önemsenmesi meme ca. açısından çok önemlidir. Öğretim elemanlarının %5.2'sinin kitle şikayetinin olması KMM ve mamografi ile değerlendirilmesi gereken bir bulgudur.

Öğretim elemanlarının; %25,5'i mamografi çektiğini, %74,5'i çekmediğini; %75,3'i 'kaç kez çektiniz?' sorusuna cevap vermezken, %15,3'ü 1-2 kez, %4,8'i 3 kez, %4,7'si 4 kez ve daha fazla çektiğini belirtmiştir. Açıkgöz ve ark.(99) çalışmasında kadınların %44,1'i hiç mamografi yaptırmamıştır. Merey(44) çalışmasında grubun daha önce mamografiye yönelik bilgi aldığını (n:133) ifade edenlerin oranı %25.1 olup, %12.6'sı (n:67 kişi) mamografi yaptırmıştır, mamografi yaptırmaları istenenlerin oranı ise %15.7'dir. Koçyiğit ve ark.(105) 2006 Ankara çalışmasında kadınların %71,5'inin hiç mamografi çekmedikleri görülmüştür. Canbulat'ın(50) çalışmasında sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı (%87.5, n=231) hiç mamografi çekmemiştir. Düzenli olarak yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve bazen de tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Çalışmamızda mamografi çekme oranının düşük olduğu, kadınların erken tanının önemini bilmeleri ve bu yönde bilgilendirilmeleri gerektiği ve bu sonucun yaşla bağlantılı olabileceğini düşünmekteyiz.

Öğretim elemanlarının; %17,6'sı meme muayenesi için düzenli doktora gittiğini belirtmiştir. Kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelik beklenen davranışları sergilemelerinde Merey(44) çalışmasında kadınların %18.9'unun düzenli olarak doktora gittiğini bulmuştur. Ekici ve ark.(91) çalışmasında öğretim elemanlarının 14'ü(%20.9) doktor tarafından meme muayenesi yaptırmış, 7'si (%10,4) meme dokusu ile ilgili sorun yaşadığını belirtmiş, yaşanan sorunların fibrokistik yapıda olduğunu belirtmiştir. Alpteker ve ark.(51) çalışmasında kadınların %13.3'ünün daha önce meme muayenesi yaptırdığını ifade etmiştir. Canbulat'ın(50) çalışmasında düzenli olarak meme muayenesi için hekime gitmemiştir(%85,n=226). Gençay(12) çalışmasında deneklerin doktor tarafından %37,4'sinin hiç meme muayenesi olmadığını belirtmiştir. Yaş ilerledikçe meme muayenesi olma durumu artmaktadır. Bu da 50 yaş ve üzerinde kanser riskinin daha fazla olması açısından önemli bir bilgidir. Meme kanserinin erken belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir(39). Klinik meme muayenesi için doktora gitme oranının çok düşük olması sağlığı geliştirici davranışların henüz istendik düzeyde olmadığını ancak geliştirilebileceğini göstermektedir(Tablo 9).

Öğretim elemanlarının meme ca. olduklarını düşündükleri zaman hissettikleri duygular; %59,8'i tedirginlik, %38,3'ü üzüntü, %18,1'i depresif duygular, %25,1'i gerginlik, %12,7'si kalp çarpıntısı, %36,4'ü huzursuzluk, %19,7'si panik hissettiğini belirtmiştir. Öğretim

elemanlarının meme ca. olduklarını düşündükleri zaman hissettikleri duygular arasında en yoğun hissettikleri duygunun tedirginlik olduğu görülmektedir. Meme ca.'nin düşüncesinin bile tedirginlik yaratmasının meme ca. tarama davranışlarını olumlu yönde arttıracaklarını düşündürmektedir.(Tablo 10).

Beck anksiyete ölçeği ortalamaları değerlendirildiğinde öğretim elemanlarının; %51.9'unun anksiyetesi olmadığı, %22.2'sinin hafif, %18.5'inin orta, %7.4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu görülmektedir. Çağımızın en önemli sorunlarından biri olan stres ve stresin çalışma yaşamındaki etkileri çalışanlar üzerinde ciddi sıkıntılara yol açmakta ve bu rahatsız edici, baskıcı durumdan çalışma yaşamının bireyleri kurtulmak istemektedir. Sebepleri ve sonuçları kişiden kişiye değişmekle birlikte iş stresi bireyi normal fonksiyonlarından (örn. zihin-vücut) saptıran psikolojik ve/veya fiziksel davranışlarını değiştiren (dağıtan veya arttıran) işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durumdur(15). İş yaşamında ya da özel yaşamdaki stres, bireyin içinde bulunduğu ortamdan, kişilik özelliklerinden, fiziksel özelliklerinden (yaş gibi) ve psikolojik durumundan kaynaklı olabilir(Tablo 11).

Öğretim elemanlarının son bir hafta içinde yaşadığı belirtiler sorulduğunda; %41,1'i sinirlilik, %34,7 midede hazımsızlık, rahatsızlık hissi, %34,1'i korkuya kapılma, %33,9'u baş dönmesi/sersemlik, %33,5'i kalp çarpıntısını hafif yaşadığını; %29,1'i sinirlilik, % 20,6'sı midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi, %18,1'i gevşeyememe, % 15,6'sı kalp çarpıntısı, %15,2'si çok kötü şeyler olacak korkusunu orta derecede yaşadığını; %10,2'si sinirlilik, %9,1'i midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi, %7,4'ü gevşeyememe, %6,4'ü çok kötü şeyler olacak korkusunu ciddi derecede yaşadığını ifade etmiştir. Öğretim elemanlarının yaşadıkları anksiyetenin sinirlilik, midede hazımsızlık yada rahatsızlık hissi, gevşeyememe, çok kötü şeyler olacak korkusunu ciddi derecede yaşadığını ifade etmesinin çalışma ortamı ve yoğunluğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz(Tablo 12).

Sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınlarda meme ca. tarama davranışlarını sergileme oranlarının yüksek olacağı belirtilmektedir. Çalışmamızda yaş, KKMM yapma, KKMM bilgisi alma, mamografi çekirme, menopoza giren kadınlarda sağlık motivasyon algısının anlamlı bulunmuş olması, kadınların tarama davranışlarını sergilemede daha istekli olduklarını düşündürmektedir. Sağlık motivasyonu ile görev anlamlı bulunmamıştır(Tablo 14).

Çalışmamızda güven algısını etkileyen faktörler incelendiğinde KKMM bilgi alma, yaş, KKMM yapma anlamlı bulunmuştur. Güven algısı yüksek olan kadınlarda bilgilenmenin kendine güveni arttırdığı söylenebilir. Çalışmamızda ciddiyet algısını etkileyen faktörler incelendiğinde KKMM yapma, mamografi çekirme, menopoza girme anlamlı bulunmuştur. Ciddiyet algısının meme kanserine yönelik tehdit algısını oluşturduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda engel algısı ile KKMM yapma, KKMM bilgisi alma görev incelendiğinde anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda meme ca. erken tanısına yönelik algılanan engelleri arasında hekim önerisinin olmaması, bilgi eksikliği, utanma, ağrı, maliyet, vakit

bulamama, radyasyon alma korkusu, işlemleri gereksiz bulma ve kötü bir sonuçla karşılaşma endişesinin yer aldığı belirtilmektedir(105).

Champion Sağlık inanç modeline göre KKMM yapma ve mamografi yaptırmanın yararlarını yüksek, engelleri düşük düzeyde algılayan kadınların gelecekte KKMM yapma ve mamografi yaptırmaya daha olumlu bakması beklenir.

Öğretim elemanlarının; %60,2'si KKMM beni utandırıyor, %42,8' i KKMM muayenesi çok zaman alıyor, %68,3'ü KKMM muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyabileceğim bir yerim yok, %57,1'i KKMM yapmak için memelerim çok büyüktür, %56,3'ü KKMM yapmak için memelerim çok yumruludur, %44,0'ı KKMM yapmaktan daha önemli sorunlarım var şıklarına kesinlikle katılmıyorum; % 37,1'i meme ca olma olasılığım çok yüksek, %41,4'ü birkaç yıl içinde meme ca olma olasılığım çok yüksek, %32,2'si meme ca.'ni düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpıyor, %27,0'ı meme ca olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişki kötüleştirir, %37,2'si meme ca olursam 5 yıldan fazla yaşayamam, %40,5'i sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok, %40,6'sı düzenli mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanıza gerek yok, %33,3'ü haftada en az üç kez egzersiz yaparım, %28,1'i hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırım şıklarına katılmıyorum; %34,6'sı yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum, %36,3'ü KKMM muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum, %37,5'i KKMM muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim, %50,2'si KKMM yaparken kitle varsa bulurum, %40,8'i mememde 2,5 cm(25 bin lira)bir kitleyi bulabilirim, %49,0'ı mememde 1,5 cm(50 bin lira)bir kitleyi bulabilirim, %52,7'si mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi bulabilirim şıklarına kararsızım; %49,3'ü meme ca olma düşüncesi beni korkutuyor, %43,2'si meme ca hakkında düşünmek beni korkutuyor, %46,2'si meme ca olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir, % 36,7'si eğer meme ca olursam tüm hayatım değişebilir, %49,2'si KKMM yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum, %47,0'ı her ay KKMM yapmak meme kanserden ölme olasılığımı azaltabilir, %51,4'ü KKMM yaparken erken dönemde bir kitle saptarsam, meme ca hikayem kötü olmayabilir, %42,2'si her ay KKMM yapmak benim için mememdeki küçük kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur, %36,4'ü KKMM muayenesi yapmayı unuttuyorum, %40,5'i KKMM nasıl yapılacağını biliyorum, %38,9'u KKMM yaparken izlenecek adımları biliyorum, %47,5'i KKMM yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim, %47,5'i aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim, %43,7'si meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim, %42,9'u sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım, %45,6'sı sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum, %46,1'i dengeli beslenirim şıklarına katılıyorum; %57,4'ü sağlık sorunlarını erken saptamak isterim, %58,3'ü sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir, %44,4'i sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum şıklarına tamamen katılıyorum cevabını vermiştir

Meme sağlığı yönünden erken tanıya ilişkin tutum ve davranışları etkileyen faktörlerin sağlık inanç modeli temel alınarak incelenmesi ve sağlık eğitim programlarının model doğrultusunda verilmesi meme sağlığı konusunda olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir(Tablo 15).

Öğretim elemanlarının 1-2 çocuk sahibi olanların %24.0'nın 35-39 yaş aralığında, 3-4 çocuk sahibi olanların %25.0'nın 35-39 yaş ve 40-44 yaş aralığında, 5 ve ↑ çocuk sahibi olanların %100.0'ünün 35-39 yaş aralığında, hamile olanların %42.9'unun 30-34 yaş aralığında, çocuksuz olanların %32.3'ünün 25-29 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Öğretim elemanlarının 3-4 çocuk sahibi olanların 35-44 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Akademik hayatın zorluklarına rağmen kadınların doğurganlıklarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşları ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000) (Tablo16).

Çocuk sayıları ile görevleri arasında; 1-2 çocuk sahibi olanların %34.8'inin, 3-4 çocuk sahibi olanların %40.0'nın, 5 ve üstü çocuk sahibi olanların %100.0'nın yrd.doç., hamile olanların %42.9'unun ve çocuksuz olanların %43.4'ünün araş.gör. olduğu bulunmuştur. Türkiye'de de, her geçen yıl kadınların okuma seviyelerinin yükselmesi ve çalışmalarını nedeniyle evlendikten sonra 2-3 yıl çocuk sahibi olmak istememektedirler. Buda ileri yaş doğumlara ve ortalama çocuk sayısının düşük olmasına neden olmaktadır. Görevleri ile yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında en fazla çocuğa sahip olan grubun araştırma görevlileri ve yrd.doç. olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olma oranının yrd.doçentlerde fazla olmasının nedenini katılım oranlarının yüksek olmasına, araş.gör. yeni akademik hayata atılma ve yaş ortalamalarının düşük olmasına bağlayabiliriz. Görevleri ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Çocuk sayıları ile son doğum şekilleri arasında; 1-2 çocuk sahibi olanların %66.1'inin ve 3-4 çocuk sahibi olanların %65.0'nın sezaryen yaptığı; 1-2 çocuk sahibi olanların %33.1'inin ve 3-4 çocuk sahibi olanların %35.0'nın normal, 5 ve ↑ çocuk sahibi olanların %100.0'ünün normal doğum yaptığı bulunmuştur. Çalışmamızda çocuk sayısından bağımsız olarak sezaryen doğumların fazla olduğu görülmektedir. 1-2 çocuktan sonra sezaryen doğumların yüksek olmasını mükerrer sezaryen oranlarına bağlayabiliriz. Son doğum şekilleri ile yaşayan çocuk sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının 19-24 yaş grubunun %5.3'ünün, 25-29 yaş grubunun %20.3'ünün, 30-34 yaş grubunun %24.1'inin, 35-39 yaş grubunun %28.0'nın, 40-44 yaş grubunun %24.3'ünün, 45-49 yaş grubunun %17.9'unun, 50 yaş ve üstünde %13.7'sinin hormonal yöntemle korunduğu görülmüştür. Kombine hormonal kontraseptif kullananlarda, kullanım sırasında ve bıraktıktan sonra 10 yıla kadar meme ca. riskinde hafif bir artış olduğu belirtilmektedir. Çünkü meme ca. riski yaşla birlikte önemli ölçüde artmaktadır. Ancak kullanımını bıraktıktan sonra bu küçük riskin hızla kaybolduğu belirtmektedir(106).

Çalışmamızda öğretim elemanlarının 35-39 yaş grubunun %28.0'nin hormonal yöntemle korunduğu ve hormonal yöntem kullanımının 45-49 yaş grubunda %24.3'e düştüğü görülmektedir. Öğretim elemanlarının hem yaş hem de hormon kullanılmasıyla riskli grupta buldukları söylenebilir. Hormonal yöntemle korunma ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$) (Tablo17).

Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunma ile yaşları arasında; 19-24 yaş grubunun %0.0'inin, 25-29 yaş grubunun %0.0'inin, 30-34 yaş grubunun %0.2'sinin, 35-39 yaş grubunun %1.5'inin, 40-44 yaş grubunun %3.1'inin, 45-49 yaş grubunun %6.9'unun, 50 ve üstünde %3.8'inin Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunduğu görülmüştür. Çalışmamızda tüpligasyon/vazektomi yönteminin 19-29 yaş grubunda hiç kullanılmadığı, 45-49 yaş grubunda en yüksek kullanım oranına sahip olduğu saptanmıştır. İlerleyen yaşlarda kadınların doğurganlıklarını tamamladıkları ve korunma yöntemlerinin stres yaratması nedeniyle tercih edildiğini düşünmekteyiz. Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunma ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

RİA ile yaşları arasında; 19-24 yaş grubunun %0.0'inin, 25-29 yaş grubunun %1.6'sının, 30-34 yaş grubunun %6.4'ünün, 35-39 yaş grubunun %17.3'ünün, 40-44 yaş grubunun %29.0'inin, 45-49 yaş grubunun %31.8'inin, 5 ve ↑ yaş grubunun %36.6'sının RİA yöntemiyle korunduğu bulunmuştur. Rahim içi araç dünyada oral kontraseptif ve geri çekme yönteminden sonra en sık kullanılan yöntemdir. Kondom ve diafram gibi yöntemlerde olduğu gibi koitus öncesi bir işlem gerektirmemesi sistemik yan etkilerinin olmaması uygulama kolaylığı ve tek bir uygulama sonucu yıllarca koruma sağlaması RİA'nın tercih sebebidir(91). Çalışmamızda RİA kullanım oranının yaşla paralel arttığı görülmüştür. Genç yaşlarda az kullanımını vücuda yabancı bir cisimle müdahale istenmemesi yada RİA'nın kayma riskinin olması genç yaşlarda iş yükü ve sorumlulukların arttığı dönemde kesin çözüm istenmesinden kaynaklı olabileceğini düşünebiliriz. RİA ile yaşları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının hormonal yöntemle korunanların %18.8'i Prof., %21.6'sı Doç. %21.2'sinin Yrd.doç., %21.6'sı Öğr.Gör.%39.4'ü uzman, %22.1'i Araş.Gör.. %22.6'sının okutman olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hormonal yöntemle korunma oranlarının yaklaşık aynı olduğu sadece uzmanlarda kullanımın biraz yüksek olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde en sık kullanılan koruma yöntemi olan doğum kontrol hapları, kardiyovasküler hastalık riski olmayan ileri yaşlardaki kadınlar tarafından menopoza kadar rahatlıkla kullanılabilir. Doğru ve düzenli kullanıldığında yüzde 100'e yakın bir koruma sağlar. İstenildiği süre kullanılabilir ve bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner. 35 yaş sonrası dönemde doğum kontrol hapi kullanımı gebelikten koruma dışında, kanserden koruma, kemik erimesini önleme ve adet dönemini düzenleme gibi ekstra faydalar da sağlamaktadır. Çalışmamızda da öğretim görevlilerinin yaklaşık aynı oranda kullanıma sahip olduğu bunun da kolay ulaşılabilir

kullanımının kolay olması RİA gibi kontrol gerektirmemesi ve koruma oranının yüksek oluşuna bağlayabiliriz. Hormonal yöntemle korunma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,343).

Cerrahi yöntemle korunanların %6.8'i Prof., %2.2'si Doç., %1.9'u Yrd.doç., %1.1'i Öğr.gör., %3.0'nun Uzman, %0.6'sı Araş.gör., %1.9'u Okutmandır. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %20.9'unun tüpligasyon ve histerektomi operasyonu geçirdiğini saptamıştır. Çalışmamızda tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunmanın en fazla profesörler arasında olduğu bulunmuştur. Bu sonucu cerrahi yöntemlerin yaşla birlikte kullanımın artmasına bağlıyoruz. Tüp ligasyon/vazektomi yöntemiyle korunma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

RİA yöntemiyle korunanların %32.5'inin Prof., %29.7'si Doç.dr., %19.0'nun Yrd.doç., %12.9'u Öğr.gör., %21.2'si Uzman, %3.9'u Araş.gör., %17.9'u okutman olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda RİA yöntemiyle korunmanın en fazla profesörler, en az araştırma görevlileri tarafından olduğu bulunmuştur. Korunma yöntemlerinin yaşla beraber kullanımının sınırlandırılması, istenmeyen ileri yaş gebeliklerinin olmaması ve RİA'nın yan etkilerinin az olması nedeniyle kullanıldığını düşünmekteyiz. RİA ile görevler arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000) (Tablo18).

RİA ile korunan öğretim elemanlarının %32.2'si Marmara, %25.3'ünün İç Anadolu, %1.5'inin Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı bulunmuştur. Çalışmamızda RİA yöntemiyle korunmanın en fazla Marmara ve İç Anadolu bölgesinde çalışan öğretim elemanları tarafından tercih edilme sebebinin RİA uygulayan merkezlerin fazlalığı ve gelişmişliği olduğunun düşünmekteyiz. Çalıştığı üniversite ile RİA'lı korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,028).

RİA ile korunan öğretim elemanlarının %33.3'ü Marmara, %24.9'u İç anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür. Çalışmamızda RİA yöntemiyle korunmanın en fazla Marmara ve İç anadolu bölgesinde çalışan öğretim elemanları tarafından tercih edildiği görülmektedir. Yaşadığı bölge ile RİA'lı korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,020).

RİA ile korunan öğretim elemanlarının %59.0'nun sezaryen, %38.8'inin normal doğum yaptığı bulunmuştur. Çalışmamızda RİA'nın sezaryen sırasında takılabilmesi, lohusalık bitiminde, emzirme döneminde bebeğe zarar vermeden kullanılabilmesi ve takıldıktan sonra 10 yıl koruması sezaryen doğum yapanlarda kullanım oranının yüksek olmasına bağlayabiliriz. Son doğum şekilleri ile RİA ile korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Hormonal yöntem kullanan öğretim elemanlarının %35.1'inin Marmara, %24.0'nun İç anadolu, %2.2'sinin Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı bulunmuştur. Çalışmamızda hormonal yöntemle korunmanın en fazla Marmara ve İç anadolu bölgesinde çalışan öğretim elemanları tarafından tercih edildiği görülmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan, yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlar ile en yüksek ve yüksek refah düzeyinde yer alan kadınlar, yan etkinin

ortaya çıkması durumunda ne yapılması gerektiği konusunda diğerlerine göre daha çok bilgilendirilmişlerdir. Doğu Bölgesi'nde yaşayan kadınların, aile planlaması konusunda bilinçli seçim için gerekli bilgilere diğer bölgelerde yaşayan kadınlara göre genellikle daha zor ulaştıkları görülmektedir(TNSA 2008)(13). Hormonal yöntem kullanan öğretim elemanlarının yaşadıkları bölgenin gelişmişliğinin bu bölgelerde yonteme özel danışmanlıkların yüksek olması, yöntem kullanma bilinçlerinin yan etki ve kullanımın istenildiği zaman bırakılması kolaylığının farkında olduklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalıştığı üniversite ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,008$).

Öğretim elemanlarının hormonal yöntem kullananların %40.6'sının sezaryen, %18.3'ünün normal doğum yaptığı bulunmuştur. Doğurganlığa birkaç yıl ara vermek istendiğinde geri dönüşümü olan modern yöntemler kullanabilmektedir. Hormonal yöntemler modern yöntemlerdir. Bilinçli kullanıldığında olumlu sonuçları yüksektir. Çalışmamızda Son doğum şekilleri ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunan öğretim elemanlarının; evlenme yaşının %38.7'sinin 21-24 yaş, %35.5'inin 25-29 yaş, %12.9'unun 35 ve üzeri yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Erken evlenme ve çocuk sahibi olmanın kültürümüzden kaynaklandığı düşünülmektedir. Erken evlenen öğretim elemanlarının tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunmasının yüksek olduğu görülmektedir. tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunmanın erken evlenme ile istenilen kadar çocuğa sahip olmanın ve erken korunma yöntemlerine başlamanın sonucu olduğunu düşündürmektedir. Evlenme yaşı ile Tüpligasyon/vazektomi yöntemi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının; tüpligasyon/vazektomi yöntemiyle korunanların %93.5'i sezaryen, %3.2'si normal doğum yapmıştır. Son doğum şekillerine bakıldığında tüplerin bağlanması işleminin kolaylaşması nedeniyle sezaryen ameliyatının tercih edildiği düşünülmektedir. Son doğum şekilleri ile Tüpligasyon/vazektomi yöntemi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Cerrahi yöntemle korunan öğretim elemanlarının %22.6'sının menopoza girdiği, %77.4'ünün girmediği görülmüştür. Kadının doğurganlığı yaşın ilerlemesi ile paralel olarak azalmakta, ancak korunma gereksinimi menopoza kadar devam etmektedir. Öte yandan istenmeyen gebelikler ileri yaşlarda çok önemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. İleri yaş gebelikler, hem anne hem de bebek açısından yüksek ölüm riski taşımaktadır. Bu nedenle öğretim elemanlarının %22.6'sının menopoz öncesi dönemde cerrahi yonteme başvurduğu görülmektedir. Menopoza girme ile tüpligasyon/vazektomi yöntemi ile korunma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$).

Geri çekme kullanan öğretim elemanlarının %17.9'unun 25-29 yaş, %28.2'sinin 30-34 yaş, %18.4'ünün 35-39 yaş, %16.5'inin 40-44 yaş, %11.1'inin 45-49 yaşta olup geri çekmeyi

aile planlaması yöntemi olarak kullandığı görülmüştür. Çalışmamızda geri çekme tercih eden grubun 30-34 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Dünyada, çiftler arasında kısa süreli kullanımda en sık tercih edilen kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de, geri çekme yöntemidir(107). Öğretim elemanlarının 30-34 yaşlarda artan bir oranda geri çekme tercih etmesini bu yaşta gebe kalmanın sorun olmayacağı dönemlerde olmasıyla yorumlayabiliriz. Yaş ile geri çekmeyi kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Geri çekme kullananların %30.9'unun Araş. Gör., %28.5'inin Yrd.Doç. olduğu görülmüştür. Güngör ve ark.(107) 2003 çalışmalarında 12 yıldan fazla eğitim alanlarda, daha kısa süreli eğitim alanlara göre geri çekme yönteminin daha etkin olarak uygulanabildiği ve beklenmeyen gebelik oluşumunun, bu grupta daha az olduğu sonucuna varmıştır. Toplumumuzda geri çekme yöntemi eğitim seviyesi yüksek olan çiftler arasında bile önemli bir oranda kontrasepsiyon yöntemi olarak tercih edilmektedir. Bu yöntemle korunmayı eğitim düzeylerine göre incelediğinde hiç eğitim almamış ve ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında oran %24.8 olup, aynı durum lise ve üzeri eğitilmiş kadınlar arasında %19.3'tür(56). Araş. görevlilerinin geri çekmeyi etkin olarak kullanabildiklerini düşündükleri ve yaş grubunun genç olması nedeniyle diğer modern yöntemleri ilk gebelik öncesi kullanmamak istemelerine bağlayabiliriz. Geri çekmeyi kullanma ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Geri çekme kullananların %35.2'sinin Marmara, %25.5'inin İç Anadolu bölgesinde, Doğu Anadolu'da %4.1'inin çalıştığı görülmüştür. Geri çekme yönteminin kullanım sıklığında Doğu ve Batı bölgelerimiz arasında fark gözlenmemekte, hatta Batı Anadolu'da %26.6, Doğu Anadolu'da da %24 kullanım oranları bildirilmektedir(56). Çalışmamızda batı bölgelerde ulaşım ve aile planlaması malzemelerine erişim olanaklarının yüksek olmasına rağmen geri çekmenin yüksek oluşu dikkat çekicidir. Doğu Anadolu'da geri çekme yönteminin daha az kullanılmasının iyi danışmanlık hizmetleri ve eğitim seviyesiyle açıklayabiliriz. Geri çekmeyi kullanma ile çalıştıkları bölge istatistiksel anlamlıdır($p=0,001$) (Tablo19).

Öğretim elemanlarının prof.lerin %8.9'u, doç. %9.4'ü, yrd. doç. %25.8'inin, ögr.gör. %15.7'si, uzmanların %1.9'u, araş.gör. %32.9'u, okutmanların %5.4'ü KKMM hakkında eğitim aldığı görülmüştür. Çalışmamızda araştırma görevlilerinin KKMM konusunda daha duyarlı olduğu sonucuna varılmıştır. Görev ile KKMM hakkında bilgi-eğitim alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p= 0,000$).

KKMM hakkında bilgi- eğitim alan öğretim elemanlarının %85.5'inin KKMM yaptığı; meme muayenesi hakkında bilgi ve eğitim almayanların %61.8'inin KKMM yaptığı görülmüştür Alpteker ve ark.(51) çalışmasında KKMM hakkında bilgisi olanların yada eğitim verilmişlerin, diğer bilgisi olmayan kişilere göre daha fazla olasılıkla meme muayenesi yaptığı saptandı($p<0,001$). Çalışmamızda Alpteker ve ark.(51) çalışmasına paralel sonuç bulunmuştur. Öğretim elemanlarının meme ca. erken tanısı için KKMM eğitimi almasalar bile KKMM

yapmaları gerektiğinin farkında olduklarını göstermektedir. KKMM yapma ile KKMM hakkında bilgi-eğitim alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,000).

KKMM hakkında bilgi-eğitim alan öğretim elemanlarının %10.0'nin menopoza girdiği, %90.0'nin menopoza girmediği görülmüştür. KKMM hakkında bilgi-eğitim alma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,022).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alanların öğretim elemanlarının %37.0'nın bekar, %63.0'nın evli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda KKMM uygulaması hakkında bilgi alan öğretim elemanlarının çoğunluğu evlidir. Evli öğretim elemanlarının aile sorumluluğu nedeniyle sağlıklarının bilincinde olduklarını ve kendi sağlıklarında olan bozulmanın tüm ailesini etkileyeceğini bilinciyle KKMM eğitimine önem verdiğini düşünüyoruz. KKMM hakkında bilgi, eğitim alma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,047).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alan öğretim elemanlarının %32.2'sinin Marmara, %26.1'inin İç Anadolu bölgesinde yaşadığı görülmüştür. KKMM eğitimi alma oranlarının İç Anadolu ve Marmara'da yüksek olması bölgelerin gelişmişlik seviyeleri ile ilgisinin olduğunu düşündürmektedir. KKMM hakkında bilgi, eğitim alma ile yaşadığı bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,028).

KKMM hakkında bilgi ve eğitim alan öğretim elemanlarının %31.9'unun Marmara, %26.0'nun İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Bu bölgelerde KKMM hakkında bilgi, eğitim almanın kolay olmasının eğitim alma oranlarını yükselttiğini düşünmekteyiz. KKMM hakkında bilgi, eğitim alma ile çalıştıkları bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,019) (Tablo20).

Öğretim elemanlarının prof. %9.5'inin, doç.dr. %12.2'sinin, yrd. doç. %27.9'unun, öğretim gör. %15.6'sının, uzmanların %1.8'inin, araştırma gör. %28.2'inin, okutmanların %4.8'inin şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verdiği; Profesörlerin %5.0'nun; araştırma gör. %47.5'inin KKMM nasıl yapıldığını bilmiyorum cevabını verdiği görülmüştür. Çalışmamızda yrd. doçent ve araştırma görevlilerinin şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verdikleri ve meme ca. değerlendirmesinde KKMM yapma kriterlerini daha çok bildikleri görülmüştür. Görev ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim Elemanlarının KKMM nasıl yapılıyor sorusuna şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verenlerin %32.7'sinin bekar, %67.3'ünün evli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda öğretim elemanlarının KKMM nasıl yapılıyor sorusuna şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verenlerin evli olduğu belirlenmiştir. Evli kadınlar arasında KKMM kriterlerinin ve bilincinin yüksek olduğunu göstermektedir. KKMM nasıl yapıldığını bilme ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verenlerin %18.2'sinin 21-24 yaş, %37.5'inin 25-29 yaş aralığında; bilmiyorum cevabını verenlerin %26.7'sinin 25-29 yaş aralığında evlendiği görülmüştür. Çalışmamızda evlenme yaşı 25-29 yaş aralığında olan

öğretim elemanlarının hepsi değerlendirilir cevabını yüksek oranda verdikleri bu yaş grubunda sağlık bilincinin yükseldiği görülmektedir. Evlenme yaşı ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının KKMM'nin nasıl yapılıyor sorusuna şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verenlerin %11.2'sinin menopoza girdiği, %88.8'inin menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza giren kadınlarda meme ca. riski artmaktadır. Menopoza girmeden önce öğretim elemanlarının meme muayenesi bilincinin yüksek olduğu görülmektedir. Menopoza girme ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının KKMM nasıl yapılıyor sorusuna şıkların hepsi değerlendirilir cevabını verenlerin %81.0'nun KKMM yaptığı, %18.9'unun KKMM yapmadığı; bilmiyorum cevabını verenlerin %93.1'inin KKMM yaptığı görülmüştür. Kadınların uygun yöntemle KKMM yapılmasını bilmemelerinin yanı sıra bu işlemi yapmamalarının farklı nedenleri vardır. Zaman yokluğu, doğru teknikle yapabilecek güçte olunmadığı düşüncesi, herhangi bir kitle bulma korkusu, memelerin elle incelenmesi sırasında sıkıntı duyulacağı gibi nedenler sayılabilir(41,108). Çalışmamızda KKMM yapan öğretim elemanlarının çoğunluğunun değerlendirme basamaklarını bildiği saptanmıştır. KKMM yapma ile KKMM nasıl yapıldığını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$) (Tablo21).

Öğretim elemanlarının profesörlerin %5.2'sinin, doç.%10.9'unun, yrd.doç. %30.7'sinin, ögr.gör. %17.2'sinin, uzmanların %1.6'sının araş.gör. %28.6'sının, okutmanların %5.7'sinin KKMM yapma zamanına adetten 5-7 gün sonra cevabını verdiği; Araş.gör. %37.7'sinin aklıma geldikçe KKMM yapıyorum cevabını verdiği görülmüştür. Çalışmamızda KKMM'yi 5-7 günlerde yapan öğretim elemanlarının çoğunluğunu araştırma görevlileri ve yrd. doçentlerin oluşturduğu saptanmıştır. Görev ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,192$).

Öğretim elemanlarının KKMM yapılma zamanına adetten 5-7 gün sonra cevabını verenlerin %63.0'nun evli olduğu görülmüştür. KKMM yapma zamanını bilmenin evli öğretim elemanlarında artmasını; kadınların cinsellikte memenin önemine bağlı olarak daha çok etkilenmeleri doğru cevap verme oranını artırmıştır diyebiliriz. Evli olma sorumluluğu çocukları için yaşama onları koruma adına kendine dikkat etme, sağlığı etkileyen önemli konuları öğrenme konusunda doğru bilgi edinmeyi de etkilemiş olabilir diye düşünebiliriz. Ayrıca ileri yaşta meme kanserinin artmasına bağlı olarak doğru cevap verme oranının artmasına bağlayabiliriz. Medeni durum ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,014$).

Öğretim elemanlarının yapma zamanına adetten 5-7 gün sonra cevabını verenlerin %97.4'ünün menopoza girmediği; %2.6'sının girdiği saptanmıştır. Menopozdaki kadınlar için her ayın belli bir günü KKMM yapılması önerilmektedir(39). Öğretim elemanlarında menopoz

dönemi öncesi KKMM yapmanın, KKMM'yi doğru zamanda yapmanın sağlık davranış ve bilgilerinin menopoza öncesi dönemde kazanıldığını söyleyebiliriz. Menopozda adetlerin kesilmesiyle birlikte muayenelerini belli günde yapmanın öğretmen elemanlarının %2.6'sında bilinmediği sonucunu çıkarabiliriz. Menopoza girme ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

KKMM yi adetten 5-7 gün sonra yapıyorum diyenlerin %96.9'unun KKMM yaptığı, aklıma geldikçe KKMM yapıyorum cevabını verenlerin %98.9'unun KKMM yaptığı görülmüştür. Literatürde kendi kendine meme muayenesi işlem öğrenilene kadar ilk birkaç ayda haftada bir, daha sonra menopoza öncesi dönemde menstrasyonun başlangıcından sonra 5.-7. günlerde yapılması gerektiği belirtilmektedir. Adet kanamasının başlaması ile birlikte kanda östrojen, progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalır ve meme dokusunu incelemek kolaylaşmaktadır. Bu nedenle de kolay ve etkin muayene yapılabilir. Kendi kendine meme muayenesi her ay bir kez düzenli olarak yapılmalıdır(39). Çalışmamızda 5-7 gün cevabını verenlerin tamamına yakını KKMM yapmaktadır. Öğretim elemanlarında KKMM yapma zamanı doğru olarak bilinmese bile KKMM yapmaya çalışıldığını söyleyebiliriz. KKMM yapma ile zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$) (Tablo22).

Öğretim elemanlarından prof.lerin %4.9'u, doç. %8.4'ü,yrd.doç. %25.0'ı, öğr. gör. %13.4'ü, uzmanların %2'si, araş. gör. %40.7'si, okutmanların %5.6'sı meme ca belirtisi kitledir cevabını verdiği görülmüştür. Ozan(92) çalışmasında kadınların meslek grupları arasında, meme ucundan kanlı akıntı gelmesi ve meme renginde değişiklik olan meme ca. belirtileri ile ilgili bilgi düzeyleri arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Diğer belirtiler ile ilgili bilgi düzeyleri arasında fark saptanmıştır.($p<0,05$). Bu nedenle eğitim durumu sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak düşünülmektedir. Görev ile kitlenin meme ca belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$)

Öğretim elemanlarından meme ca belirtisi kitledir cevabını verenlerin %29.5'i sezaryen, %13.7'si normal doğum yaptığı görülmüştür. Çalışmamızda sezaryen doğum yapan öğretmen elemanlarının genel meme ca. ve belirtileri konularında bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Son doğum şekilleri ile kitlenin meme ca belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$).

Öğretim elemanlarının meme ca. belirtisi kitledir diyenlerin %6.8'inin menopoza girdiği, %93.2'sinin menopoza girmediği görülmüştür. Kitlenin meme ca. açısından bir risk faktörü olması nedeniyle menopoza giren kadınların bunu bilmesi önemlidir. Çalışmamızda ca. belirtisinin kitle olduğunu menopoza girmeyenlerin 9/10 bilmesi kadınların menopoza girmesinin kaçınılmaz olduğu düşünülürse menopoza girenlerin kitle belirtisini bilme oranını paralel olarak yükseltecektir. Menopoza giren öğretmen elemanlarının %6.8'inin bilmesi sağlık bilincine sahip olduklarının göstergesidir. Menopoza girme ile kitlenin meme ca belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,022$).

Öğretim elemanlarının meme ca. belirtisi kitledir diyenlerin %73.3'ünün KKMM yaptığı,%26.6'sının KKMM yapmadığı görülmüştür. Öğretim elemanlarının çoğunluğunun kitleyi bulmak amacıyla KKMM yaptığı düşünülebilir. Kitlenin ca. belirtisi olduğunu bilindiği halde KKMM yapmama durumunu vakit yetersizliği yada sağlık algısının düşük olmasıyla ilişkilendirebiliriz. KKMM yapma ile kitlenin meme ca. belirtisi olduğunu bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,067$) (Tablo23).

Öğretim elemanlarının mamografi çekirme sayısına yrd.doçentlerin %37.9'unun, doçentlerin %16.2'sinin, öğretim görevlilerinin %15.5'inin 1-2 kez cevabını verdiği; prof. ve yrd. doçentlerin %28.6'sının 3-4 kez cevabını verdiği; profesörlerin %40.4'ünün 4'den fazla cevabını verdiği görülmüştür. Ozan(92) çalışmasında kadınların %13,3'ü mamografi çektiklerini belirtmişler. Meslek grupları arasında mamografi çekirme bakımından fark anlamlı bulunmuştur $p<0,05$. Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi erken tanıdır. Mamografi halen erken tanıda en başarılı görüntüleme yöntemi olmanın yanı sıra ucuz, kolay uygulanır ve kolay erişilebilir olma özellikleri ile tarama için en uygun yöntemdir(109). 80 yaş altında teşhis edilen meme kanserlerinden kaynaklanan yaşamdan yıl kayıplarının %40'tan fazlası 35-49 yaşlarında, ki bunlar sıklıkla önemli sosyal sorumlulukların bulunduğu yaşlardır. Mamografik tarama meme kanserli kadınların toplam yönetiminde sadece bir adımdır. Ve eğitim seviyesi de tarama ile pozitif ilişkilidir(72). Görevle beraber mamografi çekirme sayılarının artarak profesörlerde 4'den fazla çekilme oranına ulaşması, ilerleyen yaşla beraber düzenli mamografi çekirmeye önem verdiklerinin göstergesi olabilir. Görev ile mamografi çekirme sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının 1-2 kez cevabını verenlerin %31.4'ünün Marmara, %30.7'sinin İç Anadolu, %1.4'ünün Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı, 3-4 kez cevabını verenlerin %35.2'sinin Marmara, %31.5'inin İç Anadolu, %4.4'ünün Güneydoğu Anadolu bölgesinde çalıştığı; 4'den fazla cevabını verenlerin %43.8'inin Marmara, %30.7'sinin İç anadolu bölgesinde, %3.4'ünün Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Çalışılan ve yaşanan bölgelerin tıbbi donanım gelişmişliği erken tanı tedavi olanaklarının ulaşılabilirliği açısından önemlidir. Çalışmamızda İç Anadolu ve Marmara'da mamografi çekimlerinin sayısının fazla olmasını gelişmişliğe bağlayabiliriz. Kadınlar mamografiye başvurularında, kadın sağlıkçıları yeğleyebilmektedir. Bu durum geleneksel yaklaşımların etkisi olarak yorumlanmaktadır. Bir çalışmada Müslüman kadınların mamografi tetkiki için özellikle kadın çalışanları yeğledikleri vurgulanmıştır(95). Çalıştığı üniversite ile mamografi çekirme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,004$).

Öğretim elemanlarının 1-2 kez cevabını verenlerin %24.8'inin bekar, %75.2'sinin evli; 3-4 kez cevabını verenlerin %80.2'sinin bekar, %19.8'inin evli; 4'den fazla cevabını verenlerin %22.5'inin bekar, %77.5'inin evli olduğu görülmüştür. Sağlık personelinin çekinmek, mahremiyet duygusu, erkek doktorlara gitmemek, bedenine dokunmamak gibi etkenler

nedeniyle kadınlar meme ca. ve serviks ca. erken tanılama davranışlarını erteleyebilmektedir(110). Çalışmamızda evli öğretim elemanlarının mamografi çekirtme oranı yüksek bulunmasının çekinme duygusuna bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Medeni durum ile mamografi çekirtme sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının mamografi çekirtme sayısına; 1-2 kez cevabını verenlerin %24.8'inin 21-24 yaş, %36.9'unun 25-29 yaş; 3-4 kez cevabını verenlerin %22.0'inin 21-24 yaş, %36.3'ünün 25-29 yaş, 4'den fazla cevabını verenlerin %41.6'sının 25-29 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Evlenme yaşı 30 yaş altı olan grupta mamografi çekilme oranlarının her grupta yüksek olduğu erken aile kurmayla birlikte sağlığa verilen önemin arttığını düşündürmektedir. Evlenme yaşı ile mamografi çekirtme sayıları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının 1-2 kez diyenlerin %83.4'ünün menopoza girmediği, 3-4 kez diyenlerin %37.4'ünün menopoza girdiği, 4'den fazla diyenlerin %56.2'sinin menopoza girdiği görülmüştür. Görsel ve yazılı basında meme kanserinin geniş yer bulması, hastanelerde meme hastalıklarına yönelik polikliniklerin açılması sonrasında tarama mamografilerinin daha çok kullanılması neticesinde saptanan, palpe edilemeyen meme lezyonu sayısında artış olmuştur(111). Meme kanseri tarama programlarının artmasıyla yaş ve menopozun önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmamızda menopoza giren öğretim elemanlarının mamografi çekirtme oranının yüksek olmasını menopoz sonrası artan meme kanseri insidansının yükselmesi ve taramaların sıklaşmasına bağlayabiliriz. Menopoza girme ile KKMMYapılma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$) (Tablo24).

Smear aldırma öğretim elemanlarının %0.2'sinin 19-24 yaş, %22.6'sinin 30-34 yaş, %22.1'inin 35-39 yaş, %19.0'inin 40-44 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Doğan'ın(100) çalışmasında kadın sağlık çalışanlarının yaş durumlarına göre pap smear test yaptırma durumları incelendiğinde 30-34 yaş grubunda %36,2'sinin pap smear testini yaptırmış, 30-34 yaş grubundaki kadın sağlık çalışanının %24,1'inin pap smear testini hiç yaptırmamış olduğunu belirtmiştir. Yaş ile smear aldırma artan evlenme, doğum oranı ve serviks kanserinin cinsel aktiflikle bağlantılı olmasıyla doğru orantılı olduğunu düşünmekteyiz. Yaş ile smear aldırma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Smear aldırma öğretim elemanlarının %9.9'unun Prof., %31.6'sının Yrd.doç. %24.8'inin Araş.Gör. olduğu görülmüştür. Ozan(92) çalışmasında kadınların % 10,6 pap smear yaptıklarını belirtmişler, meslek grupları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur($p<0,05$). En çok %19,7'i ile polisler, en az %7,5 ile avukatlar pap smear yaptırdıklarını belirtmiştir. Kadınların %89,3'ü hayatları boyunca hiç pap smear yaptırmadıklarını, kadınların çok küçük bir kısmı ise düzenli aralıklarla pap smear yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Doğan'ın(100) çalışmasında kadın sağlık çalışanların eğitim durumlarına göre pap smear yaptırma durumları incelendiğinde ise önlisans mezunlarının %54,6 oranla, lise mezunlarının %4,9 oranla pap

smear test yaptırdıkları görülmektedir. Çalışmamızda eğitimle ve meslekle paralel olarak diğer çalışmalarla benzer şekilde smear aldırmanın yükseldiği görülmektedir. Görev ile smear aldırma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Smear aldırma öğretmen elemanlarının %35.0'nin Marmara, %28.5'inin İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Yeterli düzeyde olmamakla birlikte smear aldırma oranlarının bu bölgelerde yüksek oluşunu olanaklarının fazla olmasıyla açıklayabiliriz. Smear aldırma ile çalıştıkları bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Smear aldırma öğretmen elemanlarının %82.3'ünün evli olduğu görülmüştür. Doğan'ın(100) çalışmasında kadın sağlık çalışanların medeni duruma göre evli olanların %94,6'sının pap smear test yaptırdıkları, bekarların %53,3'ünün pap smear test yaptırmamış oldukları görülmektedir. Smear aldırmanın gebelik kontrolleri, doğum sırasında yada jinekolojik muayene sırasında sıklıkla alınması nedeniyle evli olanlarda smear aldırma oranı yükselmektedir. Doğan'ın(100) çalışmasında sağlık çalışanlarının sağlık bilinçlerinin meslekleriyle orantılı olarak çalışmamızdan yüksek çıkmış olması beklenen bir sonuçtur. Smear aldırma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Smear aldırma Öğretim elemanlarının %44.1'inin 25-29 yaşta, %6.0'nin 35 ve üstü yaşta evlendiği görülmüştür. Erken evlenen öğretmen elemanlarının geç evliliklere göre doğum yada pelvik muayene sıklığı artmaktadır. Bu nedenle smear aldırma oranları yükselmektedir. Smear aldırma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarından menopoza girenlerin %12.2'sinin smear aldırma görülmüştür. Menopozal dönem cinsel aktifliğin azaldığı ve gebelik doğum gibi olayların sonlandığı dolayısıyla jinekolojik muayenelerin yakınmalar olmadığında yapılmadığı dönemdir. Smear aldırmanın düşük olmasının menopoz dönemindeki sağlık bilincinin düştüğünün göstergesi olarak görmekteyiz. Smear aldırma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Smear aldırma kadın öğretmen elemanlarının %77.8'sinin KKMM yaptığı, %22.1'inin KKMM yapmadığı görülmüştür. Smear aldırma kadın öğretmen elemanlarının KKMM'yi yüksek oranda yapmalarının beden imajının ve sağlık bilincinin yüksek olmasıyla açıklayabiliriz. Smear aldırma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$) (Tablo 25).

Öğretim elemanlarının hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırım durumuna kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %26.7'si 25-29 yaş, %26.7'si 30-34 yaş; katılmıyorum diyenlerin %29'u 30-34 yaş; karasızım diyenlerin %24.7'si 30-34 yaş; katılıyorum diyenlerin %24'ü 30-34 yaş; tamamen katılıyorum diyenlerin %18.4'ü 30-34 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda genç yaş grubunda sağlık kontrollerini düzenli yaptırmanın akademik kariyere paralel olarak iş yoğunluğunun artmasıyla düzenli kontrolleri aksatılmasına bağlayabiliriz. Öğretim elemanlarının sağlıklı iken düzenli klinik meme muayenesi yaptırmaya ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Öğretim elemanlarının hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırıma kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %37.6'sı; katılmıyorum diyenlerin %46.1'i karasızım diyenlerin %37.5'i, katılıyorum diyenlerin %30.8'i; tamamen katılıyorum diyenlerin %24.7'si araş. gör. olduğu; kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %31.6'sı yrd. doç. olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılımın araş.gör. ve yrd.doçentlerin katılımının fazla olması ve sağlık bilinçlerinin yüksek olmasıyla açıklayabiliriz. Sağlıklı iken Düzenli Kontrol Yaptırma ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının sağlıklı iken kontrolleri düzenli yaptırma ile KKMM yapma arasında; hasta olmasam bile düzenli sağlık kontrollerimi düzenli yaptırıma kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %56.2'sinin, katılmıyorum diyenlerin %68.9'unun, karasızım diyenlerin % 78.5'inin, katılıyorum diyenlerin %84.4'ünün, tamamen katılıyorum diyenlerin %86.7'sinin KKMM yaptığını, tamamen katılıyorum diyenlerin %13.3'ünün KKMM yapmadığı görülmüştür. Hasta olmasam bile düzenli sağlık kontrollerimi düzenli yaptırım diyenlerin KKMM yapma oranlarının yüksek olduğu ve sağlık kontrollerini düzenli yaptıran öğretim elemanlarının sağlıklı iken erken tanı ve tarama açısından kendi bedenlerinin kontrolünü ve sağlık personeline sağlık kontrollerini düzenli yaptırmanın bilincinde olduğunun göstergesi olarak algılayabiliriz. Sağlıklı olmada kontrolleri düzenli yaptırma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının sağlıklı olma durumunda kontrolleri düzenli yaptırma ile evlenme yaşı arasında; hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli yaptırıma kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %29.1'inin, katılmıyorum diyenlerin %33.5'inin, karasızım diyenlerin %38.0'ının, katılıyorum diyenlerin %34.4'ünün, tamamen katılıyorum diyenlerin %38.0'ının 25-29 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Sağlıklı olma durumunda kontrolleri düzenli yaptırma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004).

Öğretim elemanlarının sağlıklı olma durumunda kontrolleri düzenli yaptırma ile menopoza girme arasında; KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %3.1'inin menopoza girdiği, %96.9'unun girmedeği; tamamen katılıyorum diyenlerin %14.6'sının menopoza girdiği, %85.4'ünün girmedeği görülmüştür. Sağlıklı iken kontrolleri düzenli yaptıran öğretim elemanlarının menopoz öncesi artmış duyarlılığa sahip olduğunu ve bu duyarlılığın menopozda artan risklere karşı olumlu sonuçlanacağını düşünmekteyiz. Sağlıklı olma kontrolleri düzenli yaptırma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının sağlıklı olma durumunda kontrolleri düzenli yaptırma ile medeni durum arasında; KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %45.7'sinin bekar, %54.3'ünün evli, tamamen katılıyorum diyenlerin %30.4'ünün bekar, %69.6'sının evli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyen öğretim elemanlarının medeni durumları arasında fazla fark

olmadığı görülmüştür. KKMM'yi doğru yapabildiğini düşünen öğretim elemanlarının yaklaşık 2/3'ünün evli olduğu için eş, çocuk gibi sorumlulukları bulunması nedeniyle sağlıklarına önem verdiklerini göstermektedir. Sağlıklı olma durumunda kontrolleri düzenli yaptırma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,004) (Tablo 26).

Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %2.7'sinin 19-24 yaş, %2.9'unun 25-29 yaş, %3.9'unun 30-34 yaş, %5.5'inin 35-39 yaş, %4.2'sinin 40-44 yaş, %6.9'unun 45-49 yaş, %20.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Hormon tedavisinin kullanılma amacı eksik olanı yerine koymaktır. Yaşamın her döneminde hormon tedavisi uygulanabilmektedir. Çalışmamızda 50 yaş ve üzerinde hormon tedavisi kullanımının yaş ile artan fizyolojik ihtiyaçların artmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Yaş ile Hormon tedavisi alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarından meme ca belirtisi kitledir diyenlerin %78.7'sinin 19-24 yaş, %76.8'inin 25-29 yaş, %70.5'inin 30-34 yaş, %68.1'inin 35-39 yaş, %61.8'inin 50 ve üstü yaş, %61.3'ünün 45-49 yaş aralığında %61.0'mın 40-44 yaş, olduğu görülmüştür. Kitle meme kanserinin en önemli belirtisidir. Meme ca. belirtisi kitledir diyen öğretim elemanları tüm yaş gruplarında yüksek oranda görülmektedir. Yazılı, basılı yayınlarda ve KKMM eğitimlerinde en fazla üzerinde durulan konu olması sebebiyle olduğunu düşünmekteyiz. Yaş ile Meme ca belirtisi kitle diyenler arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının KKMM eğitimi alanların %72.5'inin 50 ve üstü yaş, %63.6'sının 45-49 yaş, %56.9'unun 30-34 yaş, %54.7'sinin 35-39 yaş, %54.1'inin 40-44 yaş, %52.0'mın 19-24 yaş, %43.8'inin 25-29 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Çalışmamızda KKMM eğitimi alma oranının menopoza yaklaşma ve orta yaş sendromunda sağlığa eğilim olarak yükseldiğini söyleyebiliriz. 19-29 yaş grubunun yaklaşık 1/2'sinin eğitim aldığı ve yaş ilerledikçe bu grupta eğitim alan kişi sayısının artacağı düşünülmektedir. Sağlık algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Her kadının 20 yaş sonrasında meme kanseri eğitimi aldığı ve KKMM yapmaya başladığı düşünülürse eğitim seviyesi yüksek olan öğretim elemanlarının ilerleyen yaşla beraber KKMM eğitimi alma oranlarının yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Yaş ile KKMM eğitimi alma arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p= 0,000).

Öğretim elemanları KKMM yapma zamanı adetten 5-7 gün sonra diyenlerin %6.7'sinin 19-24 yaş, %5.8'inin 25-29 yaş, %10.9'unun 30-34 yaş, %13.4'ünün 35-39 yaş, %13.1'inin 40-44 yaş, %15.6'sının 45-49 yaş, %2.3'ünün 50 ve üstü yaş aralığında; KKMM yapma zamanına aklına geldikçe cevabını verenlerin %45.3'ünün 19-24 yaş, %58.0'mın 25-29 yaş, %54.8'inin 30-34 yaş, %52.3'ünün 35-39 yaş, %50.2'sinin 40-44 yaş, %55.5'inin 45-49 yaş, %62.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Yaş ile KKMM yapma zamanını bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM yapmayı bilmeyen öğretim elemanlarının %25.3'ü 19-24 yaş, %15.6'ı 25-29 yaş, %9.7'si 40-44 yaş, %9.1'i 35-39 yaş, %8.9'u 30-34 yaş, %7.6'sı 50 ve üstü yaş %5.8'i 45-

49 yaş, aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. 20 yaşının üstündeki tüm kadınların, KKMM yapması gerekir. Her kadın memesini en iyi kendisi tanıdığı için meme kitleleri, en kolay ve en erken kişinin kendisi tarafından tespit edilir. KKMM, ayda bir kez yapılan ve 10 dakikalık zaman alan bir işlemdir. Birkaç ay düzenli olarak KKMM yapılması hâlinde meme özelliğini tanı ve farklılıkları kolayca tespit eder(18). KKMM yapmayı bilmeyen ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının; koltuk altı dairesel hareketle taranır cevabını verenlerin %60'ı 19-24 yaş, %56.0'ı 25-29 yaş, %48.2'si 30-34 yaş, %44.1'i 35-39 yaş, %34.7'si 40-44 yaş, %23.1'i 45-49 yaş, %16.8'i 50 ve üstü yaş aralığında; hepsi cevabını verenlerin %20'si 19-24 yaş, %33.9'u 25-29 yaş, %43.7'si 30-34 yaş, %48.3'ü 35-39 yaş, %58.7'si 40-44 yaş, %67.1'i 45-49 yaş, %72.5'i 50 ve üstü yaş aralığında yoğunlaştığı görülmüştür. Kırdök(112) 2002 Ankara çalışmasında yaş gruplarına göre KKMM'nin nasıl yapıldığını bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulmuştur(p=0,013). 30 – 39 yaş grubundaki yaklaşık her üç kişiden ikisinin KKMM uygulamasını bilmediğini, 20-29 yaş grubundakilerin yeni mezun olduğundan bilgileri hatırladığını, 40 yaş ve üzerindeki risk grubu olduğundan konunun önemini bildiği ancak 30 – 39 yaş grubundakilerin bilgileri untabileceğini bu bulgunun nedeni olarak düşünmüştür. Yaş ile KKMM nasıl yapıldığı bilme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanlarının; 1-2 kez mamografi çektirenlerin %4.0'ı 19-24 yaş, %4.7'si 25-29 yaş, %5.4'si 30-34 yaş, %16.4'ü 35-39 yaş, %32.0'si 40-44 yaş, %39.3'si 45-49 yaş, %26.7'si 50 ve üstü yaş aralığında; 4'den fazla çektirenlerin %4.2'si 40-44 yaş, %16.8'i 45-49 yaş, %34.4'ü 50 ve üstü yaş aralığında olduğu görülmüştür. Özer ve ark.(104)'in çalışmasında kadınların %20,9'u (322 kadın) mamografi çektirdiklerini ifade etmişlerdir. Yaş ilerledikçe mamografi çektirme oranları anlamlı olarak artmaktadır (p<0,05). Bin dokuz yüz seksenlerden beri pek çok ülkede meme kanserine ait mortaliteyi azaltmak amacı ile meme kanseri tarama programları organize edilmektedir. Tarama ile değerlendirilen özellikle 50 yaş ve üzeri kadınlarda potansiyel yararları açıkça gösterilmiştir. Bu nedenle, yapılan randomize, kontrollü çalışmaların sonuçlarına göre mortaliteyi azaltması açısından ortalama risk taşıyan 50 yaşın üzerindeki kadınlara mamografi tavsiye edilmektedir. Tüm yaşlar dikkate alındığında mamografinin duyarlılığı % 39 ile 89 arasındadır. Eğer 50 yaşındaki kadınlar değerlendirme dışı bırakılırsa, duyarlılık % 39 ile 66 olarak hesaplanmıştır(109). Çalışmamızda Özer ve ark. çalışmasına benzer şekilde yaş arttıkça mamografi çektirme sayısı artmaktadır. Bu artışı ilerleyen yaşla birlikte artan kanser riskinin öğretim elemanlarında duyarlılık yaratması ve artan tarama programlarına bağlanabilir. Yaş ile mamografi çektirme sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000) (Tablo 27).

Öğretim elemanlarından meme ca. cevabını verenlerin %29.2'sinin Marmara, %27.6'sının İç Anadolu bölgesinde, rahim ca. diyenlerin %35.1'inin Marmara bölgesinde,

meme ve rahim ca cevabını verenlerin %29.6'sının iç anadolu bölgesinde, meme ca. ve diğer kanserler cevabını verenlerin %40'ının, diğer kanser türleri cevabını verenlerin %40'ının Marmara ve Karadeniz bölgesinde yaşadığı görülmüştür. En sık görülen kadın canı bilme ile yaşadığı bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,051).

Öğretim elemanlarından meme ca. diyenlerin %34.3'ünün, rahim ca. diyenlerin %32.2'sinin, meme ve rahim ca. diyenlerin %37.9'unun, meme ca. ve diğer kanserler diyenlerin %26.7'sinin 25-29 yaş aralığında olduğu görülmüştür. En sık görülen kadın kanserini bilme ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,704).

Öğretim elemanlarından meme ca diyenlerin %92.8'inin menopoza girmediği, rahim ca. diyenlerin %4.6'sının, meme ve rahim ca. diyenlerin %11.1'inin, meme ca. ve diğer kanserler diyenlerin %6.7'sinin menopoza girdiği görülmüştür. Menopozla sağlık algısının ve kanser bilgisinin arttığını düşünebiliriz. En sık görülen kadın kanserini bilme ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,042) (Tablo 28).

Öğretim elemanlarının meme ca olmaktan korkanların %25.4'ünün 19-24 yaş, %25.5'inin 30-34 yaş %17.1'inin 35-39 yaşta olduğu görülmüştür. Meme ca. kişinin narşistik bütünlüğünü tehdit eder. Yaşam amaçları bedensel-ruhsal özgüven zedelenir. Kayıp yaşantısına neden olur. Kişinin işlevlerini, imajını, kendi vücudunu algılayışını, ruhsal durumunu, çevre ilişkilerini etkiler(36). Meme sağlığı konusundaki farkındalığı etkileyen bir faktör de kanser korkusudur ve bu durum etnik özellikler ile de ilişkili bulmuştur(113). 19-39 yaşlarda meme ca. korkusunun yüksek olmasının beden imajı ve bütünlüğüne verdikleri önemden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Yaş ile meme ca olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,017).

Meme ca olmaktan korkanların %5.7'sinin prof., %24.4'ünün yrd.doç. %40.2'sinin; korkmayanların %30.7'sinin araş.gör. olduğu görülmüştür. Araş.gör. meme ca olmaktan korkma oranlarının diğer öğretim elemanlardan düşük olmasının genç yaşta kariyer, aile gibi sorumlulukların az olmasının neden olduğunu düşünebiliriz. Meme ca olmaktan korkması ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,005).

Meme ca olmaktan korkan öğretim elemanlarının %29.2'sinin Marmara, %27.5'inin İç Anadolu bölgesinde çalıştığı görülmüştür. Meme kanseri kansorejen maddelerle temas, stres, yoğun çalışma, kentleşme ve çevre şartlarına bağlı olduğundan gelişmiş bölgelerde çalışan öğretim elemanlarının kanser korkularının yüksek olduğunu düşünmekteyiz. Meme ca olmaktan korkma ile çalışılan bölge arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,651).

Meme ca olmaktan korkan öğretim elemanlarının %60.6'sının evli, %39.4'ünün bekar olduğu görülmüştür. Kanserli hastalarda hastalığın ilerlemesi, tekrarlaması ya da belirsizliği, alınan ilaçların yan etkileri, beden ve benlik imajında bozulma, hastalığın yol açtığı iş ya da evdeki rol kayıpları ve ilişkilerin kesintiye uğraması, bağımlı hale gelme veya şiddetli ağrı, acı yaşama ve ölüm ile ilgili korkular sık rastlanan sorunlardır(77). Öğretim elemanlarının meme ca

olmaktan korkmalarını evli olmaları ve sorumluluklarının fazla olmasına bağlayabiliriz. Meme ca olmaktan korkma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,575$).

Menopoza girenlerin %6.6'sinin ve girmeyenlerin %93.4'ünün meme ca olmaktan korktuğu görülmüştür. Öğretim elemanlarının menopoza girme oranının %7.8 olduğu düşünülürse menopoza girenlerin çoğunluğunun ilerleyen yaşın menopoz semptomları ile birlikte korkuyu arttırdığı düşünülebilir. Menopoza girme ile meme ca olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %74.8'inin KKMM yaptığı, korkmayanların %74.7'sinin KKMM yaptığı görülmüştür. her ay düzenli olarak KKMM yapmada meme sorunu yaşama, meme kanseri olma korkusu, meme kanserinin yaygınlığı konusunda bilgi sahibi olma gibi durumların etkili olduğu düşünülebilir. Meme ca. olmaktan korkma ile KKMM yapma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,647$).

KKMM bilgisi alanların %52.9'unun ve almayanların %47.1'inin meme ca olmaktan korktuğu görülmüştür. Öğretim elemanlarının KKMM eğitimi alması ve riskleri öğrenmesi sonucu korkularının arttığını söyleyebiliriz. KKMM bilgisi alma ile meme ca olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,030$) (Tablo 29).

Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna ailemle diyenlerin aile ve sağlıkçı diyenlerin %35.0'inin 35-39 yaş; aile diyenlerin %33.5'inin 30-34 yaş; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %33.3'ünün 35-39 yaş; herkesle diyenlerin %28.6'sının 40-44 yaş aralığında; arkadaş diyenlerin %28.2'sinin 25-29 yaş; aile ve arkadaşla diyenlerin %27.3'ünün 25-29 yaş; sağlıkçı diyenlerin %23.3'ünün 40-44 yaş; paylaşmadım diyenlerin %22.3'ünün 30-34 yaş, %21.8'inin 35-39 yaşta yoğunlaştığı görülmüştür. Orta yaş grubunda en fazla aile ve sağlıkçı ile korkuların paylaşıldığı, ileri yaşta ise sağlıkçı ve herkesle paylaşıldığı görülmektedir. Yaş ile meme ca. korkunuzu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %64.8'inin araş.gör.; Profesörlerin %10.3'ünün paylaşmadım, %7.7'sinin ailemle; doçentlerin %15.1'inin ailemle; yrd.doç %11.3'ünün paylaşmadım, %11.1'inin ailemle; öğretim gör. %14.0'ının ailemle, %0.0 herkesle; uzmanların %15.2'sinin ailemle, %0.0 herkesle; araş.gör. %12.5'inin ailemle, %7.9'unun paylaşmadım; okutmanların %8.5'inin paylaşmadım, %5.7'sinin sağlıkçı ile paylaştım dediği bulunmuştur. Meme kanseri olan bir kişi, kanser korkusunun yanında çok önemli bir cinsellik objesi ve süt üretme dokusu olan memesini de kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalır. Kanserin tedavi sürecinde, memesinin alınmış olmasının getirdiği psikolojik sorunlarla da başa çıkmak durumundadır. Mastektomi (memenin alınması) kadınları duygusal olarak kötü yönde etkiler ve kişiler kendilerini çirkin, kadın olarak eksik ve hastalıklı hissederler. Çalışmamızda korkunun sıklıkla aile ile paylaşıldığı yada kimseyle paylaşılmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak kendilerini en iyi anlayacak ve destek olacak kişilerin aile

bireyleri olmasında kaynaklandığını düşünmekteyiz. Görev ile meme ca. korkunuzu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,001$).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna akdeniz bölgesinde çalışanların %13.7'si paylaşmadım, %12.6'sı ailemle; güneydoğu bölgesinde çalışanların %21.6'sı ailemle; doğu anadolu bölgesinde çalışanların %12.7'si paylaşmadım, ailemle; iç anadolu bölgesinde çalışanların %11.5'inin ailemle; ege bölgesinde çalışanların %13.7'si ailemle; Marmara bölgesinde çalışanların %10.6'sının ailemle; karadeniz bölgesinde çalışanların %11.7'sinin ailemle dediği saptanmıştır. Bölgelere göre bakıldığında meme ca. korkusunun en fazla aile ile paylaşıldığı görülmektedir. Çalıştığı üniversite ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,014$).

Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna ailemle diyenlerin %71.4'ünün evli; aile ve arkadaşla diyenlerin %68.2'sinin evli; aile ve sağlıkçı diyenlerin %60.0'mın evli; arkadaş diyenlerin %56.4'ünün evli; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %83.3'ünün bekar; paylaşmadım diyenlerin %61.5'inin evli; sağlıkçı diyenlerin %65.6'sının evli; herkesle diyenlerin %52.4'ünün evli olduğu görülmüştür. Evli olan öğretim elemanlarının meme ca. korkularını en fazla aileleri ile paylaştığı bulunmuştur. Medeni durum ile meme ca korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,007$).

Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna ailemle diyenlerin %7.0'ının, aile ve arkadaşla diyenlerin %9.1'inin menopoza girdiği; aile ve sağlıkçı diyenlerin %90.0'ının; arkadaş diyenlerin %91.5'inin; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %100.0'ının; paylaşmadım diyenlerin %88.3'ünün; sağlıkçı diyenlerin %85.6'sının; herkesle diyenlerin %71.4'ünün menopoza girmediği görülmüştür. Menopoza girme ile meme ca korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,001$).

Meme ca. korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %72.6'sının KKMM yaptığı; ailemle diyenlerin %82.4'ünün KKMM yaptığı; aile ve arkadaşla diyenlerin %87.9'unun KKMM yaptığı; aile ve sağlıkçı diyenlerin %85.0'ının KKMM yaptığı; arkadaş diyenlerin %80.3'ünün KKMM yaptığı; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %100.0'ının KKMM yaptığı; paylaşmadım diyenlerin %64.2'sinin KKMM yaptığı; sağlıkçı diyenlerin %80.0'ının KKMM yaptığı; herkesle diyenlerin %90.5'inin KKMM yaptığı görülmüştür. Ekonomik, kolay ve kadınların kendileri tarafından rahatlıkla yapılabilecek bir uygulama olması gibi özelliklerinin KKMM'nin kadınların yaşamında önemli olduğu düşüncesini kuvvetlendirmektedir. KKMM yapma ile meme ca korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Meme ca korkunuzu kimle paylaştınız sorusuna cevap vermeyenlerin %52.4'ünün; ailemle diyenlerin %59.5'inin; aile ve arkadaşla diyenlerin %53.0'ının; aile ve sağlıkçı diyenlerin %75.0'ının; arkadaş diyenlerin %53.0'ının; arkadaş ve sağlıkçı diyenlerin %100.0'ının; paylaşmadım diyenlerin %43.0'ının; sağlıkçı diyenlerin %86.7'sinin; herkesle

diyenlerin %61.9'unun KKMM bilgisi aldığı görülmüştür. Meme ca. korkusunu en fazla sağlıklıyla paylaşanların KKMM bilgisi aldığı görülmektedir. Bu paylaşımın bilgi alış verişi sırasında olduğunu düşünebiliriz. KKMM yapma ile meme ca. korkusunu paylaşma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$) (Tablo 30).

Öğretim elemanlarının meme muayenesi için düzenli kontrole gitme durumuna kesinlikle katılmıyorum cevabını verenlerin %18.7'si 19-24 yaş, %15.4'ü 25-29 yaş, %16.1'i 35-39 yaş aralığında; katılmıyorum cevabını verenlerin %48.0'ının 19-24 yaş, %16.0'ının 50 ve üstü yaş aralığında; kararsızım cevabını verenlerin %33.5'inin 45-49 yaş aralığında; katılıyorum cevabını verenlerin %8.0'ının 19-24 yaş, %18.5'inin 25-29 yaş, %20.6'sının 30-34 yaş, %20.7'sinin 35-39 yaş, %27.4'ünün 40-44 yaş, % 23.1'inin 45-49 yaş, %36.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında; tamamen katılıyorum cevabını verenlerin % 11.2'sinin 40-44 yaş, % 12.7'sinin 45-49 yaş, %14.5'inin 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin daha çok 41-50 yaş grubunda bir uzman tarafından meme muayenesi olduklarını belirlemiştir. Yaş grupları ile bir uzman tarafından meme muayenesi olma durumları arasındaki ilişki istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0.05$). Çalışmamızda Kabataş'ın çalışmasına benzer şekilde 40 yaşından sonra doktora meme muayenesi için gitme oranı artmıştır. Bunu ilerleyen yaşla birlikte belirtilerin gözden kaçırılmaması ve sağlığa gösterilen özenin artmasıyla ilişkilendirebiliriz. Meme muayenesi için düzenli kontrole gitme ile yaş arasında istatistiksel ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

KKMM'de elin hangi parmakları kullanıldığı sorusuna 19-24 yaş grubunun %24.0'ı bilmiyorum, % 69.3'ünün elin üç parmağı, %5.3'ünün tüm el, %1.3'ünün baş parmak; 25-29 yaş grubunun, % 68.3'ünün elin üç parmağı, %7.4'ünün tüm el; 30-34 yaş grubunun %78.4'ünün elin üç parmağı, %4.9'unun tüm el; 35-39 yaş grubunun, %77.8'inin elin üç parmağı, %4.3'ünün tüm el cevabını verdiği; 40-44 yaş grubunun % 81.1'inin elin üç parmağı, %5.8'inin tüm el cevabını verdiği; 45-49 yaş grubunun %76.3'ünün elin üç parmağı, %4.0'ının tüm el cevabını verdiği; 50 ve üstü yaş grubunun % 80.2'sinin elin üç parmağı, %5.3'ünün tüm el cevabını verdiği görülmüştür. KKMM'de elin hangi parmakları kullanıldığı yaşla beraber artan bir ivme göstermektedir. Bunun yaşla beraber artan KKMM eğitimlerinden kaynaklandığını düşünebiliriz. KKMM'de elin hangi parmakları kullanıldığı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

KKMM'de meme ucu sıkılmalıdır sorusuna evet cevabını verenlerin % 5.3'ünün 19-24 yaş, % 2.9'unun 25-29 yaş, %6.4'ünün 30-34 yaş, %7.9'unun 35-39 yaş, %8.1'inin 40-44 yaş, % 13.3'ünün 45-49 yaş, %9.2'sinin 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. KKMM'de meme ucu sıkılmalı diyenlerin yaşla beraber arttığını görmekteyiz. Bunun kanser korkusu nedeniyle yaşla beraber sağlık bilincinde artma görülmesinden kaynaklanabilir. KKMM'de meme ucu sıkılma ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Memelerinizle ilgili şikayetiniz var mı sorusuna evet cevabını verenlerin % 13.3'ünün

19-24 yaş, % 13.8'inin 25-29 yaş, %18.1'inin 30-34 yaş, %18.2'sinin 35-39 yaş, %22.0'ının 40-44 yaş, % 23.7'sinin 45-49 yaş, %21.4'ünün 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Memeleriyle ilgili şikayeti olan öğretim elemanlarının bu şikayetin yaşla birlikte arttığı, bu artışın çocuk emzirme, menopoza girme gibi sebeplerden olduğunu düşünmekteyiz. Memelerinizle ilgili şikayet varlığı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,032).

Kronik hastalığınız var mı sorusuna evet cevabını verenlerin %4.0'ının 19-24 yaş, % 10.5'inin 25-29 yaş, %13.6'sının 30-34 yaş, %11.2'sinin 35-39 yaş, %15.4'ünün 40-44 yaş, % 21.4'ünün 45-49 yaş, %33.6'sının 50 ve üstü yaş aralığında cevabını verdiği görülmüştür. Kronik hastalıkların yaklaşık yarısının 45 yaşın altında başladığı düşünüldüğünde yaklaşık 20 yılın kronik bir hastalıkla mücadele gerektirecek bir dönem olduğu görülür(98). Buradan yola çıkarak öğretim elemanlarının kronik hastalıklar açısından tehdit altında olduğunu söyleyebiliriz. Kronik hastalığınız varlığı ile yaş arasında istatistiksel açıdan tam anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000) (Tablo 31).

Öğretim elemanlarının meme şikayetiniz var mı sorusuna evet cevabını verenlerin %39.0'ının 1-2 kez gebe kaldığı; hayır %41.5'inin cevabını verenlerin 1-2 kez gebe kaldığı görülmüştür. Çalışmacılar sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlarda meme ca. daha fazla görülmesini bu kadınların üreme yaşamındaki değişim ile açıklamıştır(53). Meme şikayeti varlığı ile gebelik sayısı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,024)(Tablo 32).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmak beni endişelendiriyorsa kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %15.4'ünün; katılmıyorum diyenlerin %36.4'ünün; kararsızım diyenlerin %17.0'ının; katılıyorum diyenlerin %24.9'unun; kesinlikle katılıyorum diyenlerin %6.3'ünün meme ca olmaktan korktuğu görülmüştür. KKMM yapmak beni endişelendiriyor ile meme ca olmaktan korkma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca olmaktan korkan öğretim elemanlarının %22.2'sinin meme şikayeti olduğu görülmüştür. Meme kanseri olmaktan korkan öğretim elemanlarının KKMM gibi erken tanı yöntemlerini kullanması sonucu diğer kadınlara göre meme şikayetlerini daha erken tespit etmeleriyle açıklayabiliriz. Meme ca korkusu ile meme şikayeti arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Öğretim elemanları %69,8'i meme ca. olmaktan korktuğunu belirtmiş ve meme ca. olmaktan korkanların %52.9'unun KKMM bilgisi aldığı görülmüştür. Meme ca olmaktan korkan öğretim elemanlarının KKMM bilgisi alma oranların düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan öğretim elemanlarının zaman kısıtlılığı, eğitim hizmetlerine ulaşım zorluğu yada KKMM bilgisi almamasını korktuğu için meme muayenesi yapmak istememesi ile açıklayabiliriz. Meme ca korkusu ile KKMM bilgisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,030).

Meme ca. olmaktan korkan öğretim elemanlarının %24.3'ünün meme ca olduğunu

düşününce panik hissediyorum kesinlikle katıldığı görülmüştür. Kişiler kanser hakkında kötü şeyler duyduklarında yada ailesinde çevresinde kansere yakalanmış kişileri gördüklerinde yoğun kaygıya kapılırlar. Meme ca. olmaktan korkan öğretmen elemanlarının meme kanserini düşündükleri zaman vücut bütünlüğünün bozulması yada yaşamın yitirilmesi kaygısı ile panik hissetmiş olabileceklerini düşünebiliriz. Meme ca korkusu ile meme ca. olduğumu düşününce panik hissediyorum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca olmaktan korkan öğretmen elemanlarının %27.4'ünün hafif, %11.8'inin orta, %4.7'sinin ciddi ölüm korkusu yaşadığı görülmüştür. Günümüzde kanser, fiziksel yetersizlikler, psikolojik, mesleki ve seksüel sorunları içeren, iyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum zorlukları yaratan, kronik bir hastalık olarak algılanmaktadır. İlk tepkiler kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlardır(78). Çalışmamıza katılan öğretmen elemanlarının yarıya yakını hafif dereceden şiddetliye doğru ölüm korkusu yaşamaktadır. Bu korkunun nedenini; aile yaşamının etkilenmesi, beden imajı ve aile kaybı olduğunu düşünebiliriz. Meme ca korkusu ile ölüm korkusu arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Meme ca. olmaktan korkan öğretmen elemanlarının %28.6'sının KKMM doğru yaptığını sanmıyorum katılıyorum; %8.3'ünün kesinlikle katılıyorum dediği görülmüştür. Öğretim elemanlarını KKMM'yi kesinlikle doğru yaptıklarını söyleme oranlarının düşük olduğunu görmekteyiz. Bunu KKMM yaparken tedirgin olmalarından yada bedenlerinde tam olarak ne aradıklarını bilmemelerinden kaynaklı olabileceğini düşünebiliriz. Meme ca. korkusu ile KKMM doğru yaptığını sanmıyorum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,006).

Meme ca. olmaktan korkan öğretmen elemanlarının %18.9'unun haftada en az üç kez egzersiz yapıyoruma katılıyorum, %7.9'unun tamamen katılıyorum dediği görülmüştür. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %8'inin düzenli egzersiz yaptığını belirtmiştir. Haftada en az 3 gün 30 dakika süreyle yoğun yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme, aerobik gibi aktivitede bulunan kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir(39). Çalışmamızda öğretmen elemanlarının meme kanseri olmaktan korkanların ¼'ünün meme kanseri riski açısından egzersizin öneminin farkında oldukları ve beden kitle indeksinin artmasının kanser riskini arttıracığını düşünerek egzersiz yaptıklarını düşünebiliriz. Çalışmamızın sonuçlarının Kabataş'ın sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Meme ca korkusu ile haftada en az üç kez egzersiz yapıyoruma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,008) (Tablo 33).

KMM için düzenli kontrole gitmeye profesörlerin %32.5'inin katılmıyorum; doçentlerin %26.5'inin katılmıyorum; yrd.doç.'lerin %28.2'sinin kararsızım; öğretim görevlilerinin %27.3'ünün kararsızım; uzmanların %36.4'ünün katılmıyorum; araş.görevlilerinin %34.6'sının katılmıyorum; okutmanların %26.4'ünün kararsızım dediği görülmüştür. Kişiler, KKMM

yapabileceği gibi klinik meme muayenesini bu konuda eğitim almış hekim, ebe ve hemşireye yaptırılabilir(18). Ülkemizde ise, 20-64 yaş arasında yılda 1 kez; 65-70 yaş arasında 2 yılda bir kez KMM yaptırılması önerilmektedir(67) Profesörlerin KMM için doktora gitmeye diğer öğretim elemanlarına göre yüksek oranda katılıyorum cevabı vermelerinin yaşları ile bağlantılı sağlık bilinçlerinin ve erken tanı için istekli olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. KMM için düzenli kontrole gitme ile görev istatistiksel anlamlıdır(p=0,000).

Haftada en az üç kez egzersiz yaparım profesörlerin %29.1'inin katılıyorum; profesörlerin %25.6'sının, doçentlerin %31.4'ünün, yrd. doçentlerin %33.2'sinin, öğretim görevlilerinin %32.6'sının, uzmanların %36.4'ünün, araş. görevlilerinin %35.5'inin, okutmanların %32.1'inin katılmıyorum dediği görülmüştür. Yılmaz(53) 2005 Sivas çalışmasında kadınların %89.1'inin düzenli egzersiz yapmadığı, %61.4'ünün sedanter (masa başı oturma) çalıştığı belirlemiştir. Oysa bu konuda yapılan birçok çalışmada düzenli fiziksel egzersiz yapan kadınların meme kanseri gelişme riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Meme kanserini azaltmada fiziksel aktivitenin yoğunluğu, süresi, sıklığı ve zamanının (premenapozal ya da postmenapozal dönem) önemli olduğu, her hafta 3-4 saat orta düzeyde etkin şekilde egzersiz yapan kadınlarda riskin %30-40, ileri düzeyde aktif kadınlarda %10-70 oranında azalma gösterdiği belirlenmiştir(53). Çalışmamızda düzenli fiziksel egzersiz yapılmadığı bunun akademik yaşamın zorluklarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Haftada en az üç kez egzersiz yapma ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,045).

Meme ca. olduğumu düşününce kendimi gergin hissediyordum okutmanların %41.5'inin, araş. görevlilerinin %27.5'inin, öğretim görevlilerinin %24.6'sının, yrd.doçentlerin %23.3'ünün; prof.lerin %22.2'sinin, doçentlerin %15.7'sinin; uzmanların %15.2'sinin kesinlikle katılıyorum dediği görülmüştür. Öğretim elemanlarının meme kanserini düşündüklerinde gergin hissetmelerinin görev ve dolayısıyla yaşla bağlantılı olduğunu, ilerleyen yaşlarda korkunun yerini meme kanseri tarama ve korunma davranışlarının aldığını söyleyebiliriz. Meme ca olduğumu düşününce kendimi gergin hissetme ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000) (Tablo 34).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %44.8'inin bekar, %55.2'sinin evli; bilmiyorum diyenlerin %52.7'sinin evli, %47.3'ünün bekar; unutuyorum diyenlerin %61.9'unun evli, %38.1'inin bekar olduğu görülmüştür. Medeni durum ile hormonal yöntem kullanma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,046).

Öğretim elemanlarının KKMM yapmama nedenine korkuyorum diyenlerin %10.4'ünün, bilmiyorum diyenlerin %2.4'ünün, unutuyorum diyenlerin %5.5'inin menopoza girdiği görülmüştür. Menopoza girme ile KKMM yapmama nedeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,017)(Tablo 35).

Doğru şekilde KKMM yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %30.8'i 25-29 yaş; katılmıyorum cevabını verenlerin %28.3'ü 25-29 yaş, %19.3'ü 35-39 yaş grubunda;

katılıyorum cevabını verenlerin %27.9'u 30-34 yaş grubunda; tamamen katılıyorum cevabını verenlerin %27.7'si 30-34 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Doğru şekilde KKMM yapabilme ile yaş arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %40'ı araş.gör., %25'i yrd. doç. %3.3'ü prof.; katılmıyorum cevabını verenlerin %43.9'u araş.gör.. %25.7'si yrd.doç.; karasızım cevabını verenlerin %41.7'si araş.gör., %25.7'si Yrd.doç.; katılıyorum cevabını verenlerin %33.7'si araş.gör. %26.6'si yrd.doç.; tamamen katılıyorum cevabını verenlerin %28.3'ü yrd.doç. olduğu bulunmuştur. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında KKMM yapan öğretmenlerin KKMM nasıl yaptıklarını anlatıp göstermeleri istendiğinde sadece %17.9'unun doğru bildiği saptanmıştır. KKMM doğru yapabilenler ile görevleri arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,114).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %92.5'inin menopoza girmediği, %7.5'inin girdiği; tamamen katılıyorum diyenlerin %89.0'nın girmediği, %11.0'nın menopoza girdiği bulunmuştur. KKMM doğru yapabilme ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,027).

KKMM doğru şekilde yapabilmeye kesinlikle katılmıyorum diyenlerin %70.8'i KKMM yapmadığı; katılmıyorum cevabını verenlerin %56.1'i KKMM yapmadığını; karasızım cevabını verenlerin %25.5'i KKMM yapmadığını; katılıyorum cevabını verenlerin %87.5'i KKMM yaptığını, tamamen katılıyorum diyenlerin %74.7'si KKMM yaptığını söylemiştir. KKMM doğru yapabilme ile KKMM yapma istatistiksel anlamlıdır(p=0,000) (Tablo 36).

Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %19.6'sı prof.%8.8'i doç. %29.4'ü yrd.doç. %15.7'si öğr.gör.%2.0'ı uzman, %19.6'sı araş.gör. %4.9'unun okutman olduğu bulunmuştur. Kabataş(39) 2005 İzmir çalışmasında öğretmenlerin %14.2 'sinin hormon tedavisi aldığı belirlenmiştir. Hormon tedavisi alma ile görev arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %35.3'ünün bekar, %64.7'sinin evli olduğu bulunmuştur. Hormon tedavisi alma ile medeni durum arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %29.4'ü 25-29 yaş, %18.6'sı 21-24 yaş arası aralığında; Hormon tedavisi almayanların %36.5'i 25-29 yaş aralığındadır. Hormon tedavisi alma ile evlenme yaşı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000).

Hormon tedavisi alan öğretim elemanlarının %29.4'ünün menopoza girdiği, %70.6'sının menopoza girmediği; hormon tedavisi almayan öğretim elemanlarının %93.1'inin menopoza girmediği, %6.9'unun menopoza girdiği bulunmuştur. Hormon tedavisi alma ile menopoza girme arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,000)(Tablo 37).

Öğretim elemanlarının anksiyetesi olmayanların %24.9'unun, hafif olanlar %26.6'sının 30-34 yaş; orta düzeyde olanların % 26.4'ü 25-29 yaş; ciddi olanların %30.7'si 30-34 yaş

aralığındadır. Yaşları ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,544$).

Menopoza girenlerin %48.0'nin anksiyetesi olmadığı, %26.4'ünün hafif, %18.2'sinin orta, %7.4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu; menopoza girmeyenlerin %18.6'sinin orta, %7.4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Menopoza girme ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,622$).

Kronik hastalığı olanların %40.1'inin anksiyetesi olmadığı, %24.5'inin hafif, %23.0'minin orta, %12.4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu; kronik hastalığı olmayanların %53.9'unun anksiyetesi olmadığı bulunmuştur. Kronik hastalıklar, her yaş grubunda görülmelerine rağmen genellikle orta yaşlarda başlar ve ömür boyu sürer, genellikle kalıcı sakatlıklar bırakır, zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar ayrıca yaşam beklentisi arttıkça daha güncel hale gelir(98). Kronik hastalığı olanlar zamanla ömür boyu sürecek bu durumla başa çıkamazlar. Çalışmamızda anksiyete bulgusu olan öğretim elemanlarının anksiyete sebebinin kronik hastalıkları nedeniyle yaşamla başa çıkamama ve kötü şeyler olacak korkusundan kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Kronik hastalık ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,000$).

Meme ca. olmaktan korkanların %49.1'inin anksiyetesi olmadığı, %22.6'sinin hafif , %20.0'minin orta, %8.2'sinin ciddi anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Meme ca. olmaktan korkma ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,006$).

Meme şikayeti olanların %43'ünün anksiyetesi olmadığı, %24.3'ünün hafif, %23.7'sinin orta, %9.0'nin ciddi anksiyetesi olduğu; meme şikayeti olmayanların %53.9'unun anksiyetesi olmadığı bulunmuştur. Kronik hastalık teşhisi almak travmatik bir yaşam olayıdır. Kişinin hastalık tarafından tehdit edilmesi ve bu tehdidin şimdiki durumla sınırlı kalmayıp hayatının sonuna kadar devam etmesi ya da kişiyi daha kötü duruma sokması travmatik bir durumdur(98). Öğretim elemanlarının meme şikayetleri olması bu şikayetlerin önemli bir hastalık yaratacağı korkusuna kapılarak %57'sinin anksiyete yaşadığı düşünülebilir. Meme şikayeti ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır($p=0,002$).

Meme hastalığı olanların %49.6'sinin anksiyetesi olmadığı, %21.9'unun hafif, %21.5'inin orta, %7.0'minin ciddi anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Hasta hastalığını öğrendiği süreçte korku ve dehşet tepkileri yükselir. Bir süre sonra bu duygular yerini çaresizliğe bırakır. Bu negatif duygular hastalığın belirtileri ve tedavi sürecindeki ortaya çıkan yan etkilerle birleşince hastanın yavaş yavaş kendini eski yaşam tarzından soyutlayıp içe çekilme süreci yaşamasın neden olabilir(98). Meme hastalığı olan öğretim elemanlarının yaklaşık yarısının farklı derecelerde anksiyetesi olduğu ve bunun sebebinin hastalıklarından kaynaklı olduğunu düşünebiliriz. Meme hastalığı ile anksiyete arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır($p=0,668$).

Meme ca. olduğunu düşündüğü zaman **depresif** hissedirim diyenlerin %45.2'sinin anksiyetesi olmadığı, %21.0'minin hafif, %22.7'sinin orta, %11.1'inin ciddi anksiyetesi

olduğu(p=0,001); **gergin** hissederim diyenlerin %47.6'sının anksiyetesi olmadığı, %20.3'ünün hafif, %21.8'inin orta, %10.3'ünün ciddi anksiyetesi olduğu(p=0,003); **tedirgin** hissederim diyenlerin %54.6'sının anksiyetesi olmadığı, %21.5'inin hafif, %17.4'ünün orta, %6.5'inin ciddi anksiyetesi olduğu(p=0,026); **huzursuz** hissederim diyenlerin %52.0'mın anksiyetesi olmadığı, %19.4'ünün hafif, %19.1'inin orta, %9.5'inin ciddi anksiyetesi olduğu(p=0,012); **panik** hissederim diyenlerin %45.1'inin anksiyetesi olmadığı, %18.4'ünün hafif, %22.7'sinin orta, %13.9'unun ciddi anksiyetesi olduğu(p=0,000) bulunmuştur. Meme kanseri tedavisi zorlu süreçleri beraberinde getirir. Hastalıkla birlikte hastalığın hastada neden olduğu fiziksel kayıplar hastanın işlevselliğini azaltmakta bununla birlikte hastada ruhsal bir çöküntü oluşturabilmektedir. Meme ca. düşüncesinin anksiyeteyi tetiklemiş olabileceğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda öğretim elemanlarının görevi ile kkmm yapma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,065). Yılmaz(53) 2005 Sivas çalışmasında eğitimin ve KKMM uygulama durumu ile ilişkili olduğu gözlemiştir(p<0.05). İlkokul ve daha az eğitilmiş olanların %87.7'sinin ve ortaokul ve daha fazla eğitilmiş olanların % 73.1'inin KKMM'ni hiç uygulamadığı ve arada bir uygulayanların oranının ortaokul ve daha fazla eğitim alanlarda daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir. Ozan(92) çalışmasında kadınların farklı meslek gruplarında olan kadınların %42,3'ü KKMM yaptığını ifade etmiştir ve meslek gruplarındaki kadınlarda KKMM yapma bakımından fark saptanmıştır (p<0,05). Alpteker ve ark.(51) çalışmasında eğitim durumu ile meme muayenesi yapma arasındaki ilişki incelendiğinde üniversitelilerin ilk ve orta derece eğitimi olanlara göre meme muayenesi yapma olasılığı daha yüksek bulunmuştur(p<0,001). Çalışmamızda öğretim elemanlarının eğitim seviyesinin yüksek olduğunu düşünürsek KKMM yapmalarının görevlerinden bağımsız olduğunu düşünebiliriz.

Araştırmaya katılan öğretim elemanlarının KKMM doğru şekilde yapma ile medeni durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır.(p=0,270), Alpteker ve ark.(51) çalışmasında KKMM ile arasındaki ilişki karşılaştırıldığında dulların, evli ve bekarlara göre meme muayenesini daha az yaptığı sonucu ortaya çıkmıştır(p<0,05) (Tablo 38).

6. SONUÇLAR

- Kadın öğretim elemanlarının %50,5'i 13-14 yaşlarında ilk menarşını olmuş; %38,8'i ilk kez 25-34 yaş arasında gebe kalmıştır. Akademisyenlerin büyük çoğunluğu bebeğini emzirmiştir ve %7,8'i menopoza girmiştir. Hormon tedavisi alma oranı %5,4 bulunmuş ve 9/10'undan fazlası smear aldirmiştir. Çalışmamızda HRT kullanma oranı düşüktür.
- Çalışmamızda tüpligasyon/vazektomi yöntemi 19-29 yaşta hiç kullanılmamış, 45-49 yaşta en yüksek kullanım oranına sahiptir.
- Araştırmaya katılan kadın öğretim elemanlarının %14,4'ünün kronik hastalığı vardır. En sık görülen kadın kanserine %67,2'si meme ca. cevabını vermiştir.
- Öğretim elemanlarının %18,2'sinin meme şikayeti bulunmakta, şikayetlerin %8,5'i kitle ve konulan tanının %7'si iyi huylu tümördür.
- Katılımcıların çoğunluğu meme ca. olmaktan korktuğunu ve %24,3'ü akrabasında meme ca. olduğunu, %52,0'ı kendisinin meme ca. olma riski taşıdığını; %11,9'u aile üyeleri ile meme ca. korkusunu paylaştığını; %91,1'i ailesinde meme ca. hastası yakının bulunmasının risk olduğunu söylemiştir. Kadın öğretim elemanlarının meme ca. korkusunun yüksek olduğu bulunmuştur. Kanser riskleri konusunda bilgi eksikleri fazladır.
- Meme ca. korkusunu ailesiyle paylaşan öğretim elemanlarının %33,5'i 30-34 yaşta; %15,1'i doçent; %71,4'ü evli; %82,4'ü KKMM yapmakta; %69,3'ü KKMM'de elin üç parmağını kullanmaktadır.
- Öğretim elemanlarının yarısı KKMM eğitimi almış; %74,7'si KKMM yapmaktadır. KKMM eğitimi almayan öğretim elemanlarında muayene yapmaktadırlar.
- KKMM uygulaması hakkında bilgi alan öğretim elemanlarının çoğunluğu evlidir.
- KKMM hakkında eğitim alan öğretim elemanlarının %85,5'i KKMM yapmaktadır. KKMM eğitimi alanların %32,9'u araş. görevlisidir.
- Öğretim elemanları meme ca. riski sorulduğunda çoğunlukla ailede meme ca. öyküsü risktir, meme kanseri belirtisi sorulduğunda %69,2'si memede koltuk altında ele gelen kitle belirtidir demiştir. Meme ca. belirtileri hakkında bilgi eksikleri vardır.
- Meme ca. belirtisi kitle diyen öğretim elemanlarının %40,7'si araş. görevlisi ve kitle diyenlerin %73,3'ü KKMM yapmaktadır.
- Yapma zamanına %10,1'i adet 5-7 günü, %54,7'si aklına geldikçe yapıyorum demiştir. Öğretim elemanları KKMM'yi doğru zamanda yapmamaktadır. KKMM neden yapmadığı sorulduğunda %10,9'u bilmediği için; nasıl yapılır'a %43,5'i koltuk altı dairesel hareketle muayene edilir cevabını vermiştir. Muayene basamakları hakkında bilgi eksigi mevcuttur.
- Adetten 5-7 gün sonra KKMM yapılır diyen öğretim elemanlarının %30,7'si yrd. doçent; %63,0'ının evli; %2,6'sı menopozda; %96,9'u KKMM yapmaktadır.

- Meme ucu sıkılmaya yaklaşık yarısı bilmiyorum, %6.8'i sıkılmalı demiştir. Çoğunluğu meme uçlarının sıkılması gerekliliğini bilememiştir.
- Meme ucu sıkılmalı diyen öğretim elemanlarının 13.3'ü 45-49 yaş aralığındadır.
- Öğretim elemanlarının %75,8'i elle muayenede elin üç parmağı kullanılır cevabını vermiş; %92,6'sı KKMM sırasında göğüslerinde fark tespit etmediğini söylemiş; %25,5'i mamografi yaptırmış; %15,3'ü 1-2 kez yaptırmış; %17,6'sı KMM için doktora gitmiştir.
- Profesörlerin %40.4'ü 4'den fazla mamografi yaptırmıştır.
- Beck anksiyete ölçeğine göre öğretim elemanlarının; %51.9'unun anksiyetesi olmadığı, %22.2'sinin hafif, %18.5'inin orta, %7.4'ünün ciddi anksiyetesi olduğu bulunmuştur. Öğretim elemanlarının yaklaşık yarısının çeşitli seviyelerde anksiyetesi vardır.
- Öğretim elemanları yaşadıkları anksiyeteden dolayı sinirlilik, midede hazımsızlık/rahatsızlık hissi, gevşeyememe, çok kötü şeyler olacak korkusunu ciddi derecede yaşamaktadırlar.
- Öğretim elemanları meme ca. olduklarını düşününce; %59,8'i tedirginlik, %38,3'ü üzüntü, %18,1'i depresif duygular, %25,1'i gerginlik, %12,7'si kalp çarpıntısı, %36,4'ü huzursuzluk, %19,7'si panik hissettiğini, %4.7'si ciddi ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir.
- Öğretim elemanlarının %34.4'ü haftada en az üç kez egzersiz yapmaktadır.

7. ÖNERİLER

- Öğretim elemanlarının meme kanser korkusunun olumlu sağlık davranışına çevirmek için bilgilendirmek,
- Öğretim elemanlarından riskli veya yüksek riskli (uzun eğitim hayatı ve bunun sonucunda geç evlilik ve geç çocuk sahibi olma ya da hiç çocuk olmaması, yakın kadın akrabalarında meme kanseri görülmesi) grupta olanların belli aralıklarla kontrole (mamografi ve KMM) gitmeleri yönünde bilgilendirmek,
- Öğretim elemanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenerek, fiziksel aktivite düzeyleri düşük olanları fiziksel aktiviteye yönlendirilmesinin sağlanması,
- Çalışmamızda mamografi çekirme oranının düşük olduğu, kadınların erken tanının önemini bilmeleri ve bu yönde bilgilendirilmeleri gerektiği,
- KKMM'nin en önemli basamaklarından meme ucunun sıkılarak akıntı kontrolü yapılması konusunda eğitim eksikliği olduğundan dolayı bunun eğitimler sırasında öneminin belirtilmesi,
- Sonuç olarak, çalışma grubunun yaklaşık yarısından fazlası KKMM yaptığını ifade etmiş, yapanların sadece 1/10 adetini 5. ve 7. günü KKMM yaptığını belirtmiştir, bu sonuçlar yapanların da düzenli KKMM yapmadığını ve KKMM eğitimlerine önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

➤ 8. KAYNAKLAR

1. Cancer <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297> (Erişim Tarihi:Nisan 2012).
2. Tuncer A.M.(ed).Türkiye’de Kanser Kontrolü Ankara,2007.
3. National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, Released April 2007. Underlying Mortality Data Provided By NCHS (www.cdc.gov/nchs).
4. Aslay I. Meme Kanseri: Biyoloji Tanı Evreleme, Topuz,E.(ed).İstanbul Üniversitesi: Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 1997.
5. DevCan:Probability of Developing or Dying of Cancer Software SEER Cancer Statistics Review 1975-2009 (Vintage 2009 Populations).Updated August 20,2012. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/index.html (Erişim Tarihi:Ekim 2012)
6. Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Summary, <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp> (Erişim Tarihi:Haziran 2012).
7. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin İyi Huylu Tümörleri: Fibroadenomlar, Ankara Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD, Ankara, STED 2002;11,(3),102.
8. Dandash K.F, Al-Mohaimeed A. Knowledge, Attitudes, and Practices Surrounding Breast Cancer and Screening in Female Teachers of Buraidah, Saudi Arabia. International Journal of Health Sciences.[Electronic Journal]. QassimUniversity,Vol.1,No.1. (January2007/Muharram428H) <http://ijhs.org.sa/index.php/journal/article/download/113/88> (ErişimTarihi:Haziran2012)
9. Karakuş F. Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemsirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları. 2008, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
10. Probability of Developing or Dying of Cancer <http://srab.cancer.gov/devcan> (erişim tarihi:haziran 2012)
11. Tuncer M.(eds).T.C. SB Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015, Nisan,2009,bakanlık yayın no:760.
12. Gençay T. Hasta Ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması. 2007,Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Doktora Tezi, İstanbul.
13. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2009.
14. Akyolcu N, Uğraş GA. Kendine Meme Muayenesi:Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?, Meme Sağlığı Dergisi, 2011;7,(1).
15. Boyle P, Lyon LV(eds). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu 2008, Dünya Sağlık Örgütü, Lyon, 2008.

16. Oyur Çelik G, Tuna Malak A, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesini Uygulama, Mamografi Çektirme Ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. AJCI, 2009;3(3):159-163.
17. 4 Şubat 2012 Dünya Kanser Günü: Kanser Önlenebilir <http://www.turkkanser.org.tr/news.php?id=178> (erişim tarihi:haziran 2012).
18. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Üreme Sağlığı Modülleri T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No.: 722, Ankara, 2008.
19. Breast Cancer, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/breastcancer.html> (erişim tarihi:kasım 2012).
20. Breast, <http://seer.cancer.gov/csr/1975İ2009İpops09/> , November 2011.
21. <http://www.breastcancer.org/symptoms/understandİbc/risk>,14 Mart 2012.
22. Bilge A, Çam O. Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi, Anatolian Journal of Psychiatry, 2008; 9:16-21.
23. EU Public Health Programme Project Global Report On The Health Status İn The European Union 2007(EUGLOREH 2007), 1st Interim Report On The Project Activities (Activity Period: 15 November 2005-14 November 2006).
24. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program,Mortality All COD, Public Use With State, Total U.S. (1969-2004) (www.seer.cancer.gov).
25. Vital Stats,National Cancer Institute, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2007. Underlying mortality data provided by NCHS (www.cdc.gov/nchs).
26. Cancer mortality and morbidity, www.who.int/gho/ncd/mortalityİmorbidity/cancerİtext (Erişim Tarihi:Haziran 2012).
27. Özmen V, Fidaner VC, Aksaz E, Bayol Ü. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”. Meme Sağlığı Dergisi.2009;5,(3).
28. Ergin AB, Şahin NH, Bektaş H, Acar Z, Yaban ZŞ. Türkiye’de 2000-2009 Yılları Arasında Hemşire Ve Ebelerin Meme Kanseri İle İlgili Yaptıkları Çalışmaların Değerlendirilmesi. The Journal of Breast Health. 2011;7,(1).
29. Mollahaliloğlu S, KosdaK M, Eryılmaz Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara, 2011.
30. Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, Akkuş M.A. İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler Meme Sağlığı Dergisi, 2010;6,(3).
31. Kavlak O, Yılmaz H,B, Dülgerler Ş. Emzirme ve Kanser Araştırmalarının İncelenmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 2010; 6,(4).
32. Aslan F.E, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, M.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye Meme Sağlığı Dergisi, 2007;3,(2).

33. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/v2/Icerik/Tibbi-Birimler/Multidisipliner-Klinikler/Meme-Hastal%C4%B1klar%C4%B1-Klinigi.aspx> Evde meme muayenesi nasıl yapılmalıdır? (Erişim Tarihi:kasım 2012).
34. Tuncer, 2006, www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi:Haziran 2012).
35. Meryem K. Türkiye’de Sağlık Coğrafyası Bakımından Kadınlarda Görülen Bir Kanser Türünün İlçe Bazında Dağılımı ve Coğrafi Ortam İle İlişkisinin Belirlenmesi. 2008, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya (Türkiye Coğrafyası) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
36. <http://www.belgeler.com/blg/2m9m/a-dan-z-ye-meme-kanseri> (erişim tarihi:haziran 2012)
37. Güven G,Özden H. Meme Lenfatiklerinin Anatomik Yapısı Ve Klinik Önemi. Dirim Tıp Gazetesi, 2008;82, (7-12).
38. Kurt C, Eyvaz K, Tuncer Y, Balin S, Göktaş S, Eser M, Kurt N. Meme Başı Akıntıları. 2007,Meme Sağlığı Dergisi. 2011;7,(4),216-220.
39. Kabataş S, Kızıl H, Duman D. Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri ve kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, İzmir, Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6,(4).
40. Kum S, Göksu Alp U, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 2006;7,(1).
41. Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları Ve Farkındalık Düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4, (2)
42. Data and Information on Women’s Health in the European Union. Faculty of Medicine Carl Gustav Carus, Research Association Public Health Saxony and Saxony-Anhalt, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany.2009 2007).
http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/women_report_en.pdf
43. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, 2005.T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.
44. Meryem S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. 2002, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
45. Karayurt Ö, Zorukoş S,N. Meme Kanseri Riski Yüksek Olan Kadınların Yaşadıkları Duygular Ve Bilgi–Destek Gereksinimlerinin Karşılanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir. Meme Sağlığı Dergisi, 2008; 4,(2).
46. Bölükbaşı Y, Demirci S, Özşaran Z, İşcan G, Karakoyun Çelik Ö, Haydaroğlu A, Aras A. Duktal Karsinoma İn Situ Tanılı Olgularda Meme koruyucu Cerrahi Ve Adjuvan Radyoterapi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi, Manisa, Türkiye Meme Sağlığı Dergisi, 2009;5,(1).
47. Meme Kanseri ve Mamografi. <http://www.turkkanser.org.tr/news.php?id=109> (Erişim

Tarihi:Haziran 2012)

48. Tümer A, Baybek H. Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Muğla Üniversitesi, Hemşirelik, Fethiye, Meme Sağlığı Dergisi. 2010;6,(1).
49. Cam E. Çalışma Yaşamında Stres Ve Kamu Kesiminde Kadın Çalışanlar Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004;1. www.insanbilimleri.com
50. Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi.2006. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
51. Alpteker H, Avcı A. Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi Meme Sağlığı Dergisi,2010; 6, (2).
52. Koyuncu A, Canbay E. Gebelik ve Laktasyon Döneminde Meme Kanseri C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24 (1): 53-56.
53. Yılmaz M, Seki Z, Gürler H, Çiftçi S. Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi DEUHYO ED 2010; 3,(2),65-71.
<http://www.deuhyoedergi.org> (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
54. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237İturİp1-104.pdf> (erişim tarihi: haziran 2012)
55. Aslan D, Attila S. Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık, Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı. Anabilim Dalı, Ankara sted 2002;11,(5), 169.
56. Tekiner A.S, Çetin F, Ceyhun A.G. Kafkaslı,A.,Planlanmamış Gebelikler ile Kontraseptif Yöntemler Arasındaki İlişki. Dirim Tıp Gazetesi 2010;85,(2),65-71.
57. <http://www.belgeler.com/blg/112d/meme-kanseri-dersi-donem-4>, (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
58. Ungan M. Kendi Kendine Meme Muayenesi Kitapçığı, ODTÜ Sağlık Ve Rehberlik Merkezi Aile Hekimliği,2003.
59. http://www.rsm.gov.tr/sbegitim/meme_ca/meme_ca.html (erişim tarihi: haziran 2012)
60. Aydın Z,D. Toplum Ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bölümü, Isparta S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi. 2006:13(4), 43-48.
61. Kaplan B. 1992-1995 Yılları Arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesine Lokal İleri Meme Kanseri Tanısıyla Başvuran Hastaların Tedavi Ve Takip Sonuçları. 1996. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Kayseri.
62. Avcı B, Altay B, Kocatürk B. Ebe Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Samsun, Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4,(1).
63. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen

- Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Erzurum. Meme Sağlığı Dergisi 2009;5,(4).
64. Çay G. Kadına Özgü Kanserlerden Korunma Ve Erken Tanıda Hemşirenin Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi. Ankara Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.Doktora tezi.1999.
 65. <http://www.nomorebreastcancer.org.uk/breastcancer/profile.f> (erişim tarihi: haziran 2012)
 66. www.who.int/cancer/detection/en (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
 67. Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011: 10,(2), 193-200 www.korhek.org
 68. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4,(1).
 69. Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. International Journal of Health Services 2001; 31(3): 605-615.
 70. <http://www.memeder.org/kkm/itablo.htm> (erişim tarihi:haziran 2012)
 71. Kearney AJ, Murray M. Breast cancer screening recommendations: Is mammography the only answer? Journal of Midwifery & Women's Health. 2009; 54(5): 393-400.
 72. www.cdc.gov/cancer/breast/fact/breasthealth.html (erişim tarihi:01.10.2012)
 73. Joy JE, Penhoet EE, Petitti DB. Saving women's lives. Strategies for improving breast cancer detection and diagnosis. Washington (DC). National Academies Press (US). 2005.
 74. Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009.
 75. <http://www.albertabreast.com/>(Erişim Tarihi:Haziran 2012)
 76. Karayurt Ö, Andıç S. Meme Bakım Hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Meme Sağlığı Dergisi 2011;7,(4).
 77. Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F. Meme Kanserinin Aile İlişkilerine Etkileri Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Trabzon, Meme Sağlığı Dergisi 2007; 3,(3)
 78. Babacan G.A. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar Ve Destekleyici Girişimler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2,(3).
 79. Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumunu Üzerine Etkisinin İncelenmesi Meme Sağlığı Dergisi.2008;4,(3).
 80. Er D. Modern Türkiye’de Kadın Öğretim Üyelerinin Konumuna Ve Sorunlarına Sosyolojik Bir Yaklaşım. 2008, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı Doktora Tezi Elazığ.
 81. Demir F. Tarihsel Süreç İçinde Kadın Hakları Ve Kadının Çalışma Hayatı İçindeki Yeri. TÜHİS

- İş Hukuku ve İktisat Dergisi, mayıs 2008:21,4.
82. Koca B. Çalışma Hayatı ve Kadın. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya.
http://iys.inonu.edu.tr/webpanel/dosyalar/1456/file/Calisma_Hayati_ve_Kadin_Bennur_Koca.pdf
83. Yılmaz Ebru. Akademik hayatta kadınların statüsü, istihdamı ve sorunları (ODTÜ-SDÜ Karşılaştırması). 2005, Süleyman Demirel Üniversitesi ,Sosyal Bilimler, 2005, Masters thesis, Isparta.
84. Özkanlı Ö, Korkmaz A. Kadın Akademisyenler. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını 2000; 586 Ankara.
85. Günay D, Günay A. 1933'den Günümüze Türk Yükseköğretiminde Niceliksel Gelişmeler. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2011;1,(1), 1-22.
86. Arap Kavili S. Türkiye Yeni Üniversitelerine Kavuşurken: Türkiye'de Yeni Üniversiteler ve Kuruluş Gerekçeleri, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 65-1.
http://www.politics.ankara.edu.tr/dergi/pdf/65/1/3_Arap_Sultan_Kavili.pdf (erişim tarihi:Ağustos 2012)
87. Karayurt Ö. Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer Nurs 2007; 30:69-77
88. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Yarılamalarına İlişkin Sonuçlar.
www.Hemargedergi.Org/Dergiler/2004-Vol6-Sayi1-99.Pdf (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
89. Gümüş M. Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması, 1995. Ege Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi,85 sayfa. İzmir.
90. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadıoğlu O. Zihinsel ve/veya Bedensel Engelli Çocukların Annelerinin Anksiyete, Depresyon ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. Klinik Psikiyatri 2004;7:42-47.
91. E Ekici, E Utkual. Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanserine Yönelik Davranışları Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, İzmit, Türkiye Meme Sağlığı Dergisi 2007;3: 3.
92. Durgun Ozan.Y. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15-65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2007.yüksek Lisans Tezi Diyarbakır.
93. Dağdeviren N. Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Trakya Üniversitesi Edirne,2008.
94. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2003

95. TÜİK, Sağlık Araştırması 2007-2011. Türkiye İstatistik Kurumu, Mayıs 2008, Ankara Yayın No:3160
96. Çenesiz E. Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle Olguların Çalışmaların Değerlendirilmesi. 2007, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi ,Ankara.
97. Somunoğlu S. Meme Kanseri Risk Faktörleri, 2007. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:5.
98. Yeşil A. Kronik Hastaların Bilgilendirilmesi. Kronik Bir Hastalık Teşhisi Alan Hastanın Bilgilendirilmesinin Hasta Hakları Ve Etik Açısından İncelenmesi Bursa Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlık Ve Sosyal Hastalıklar Şubesi. <http://www.bsm.gov.tr/ruhsagligi/docs/bilgilendirme.pdf> (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
99. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 25, (3)145-154.
100. Doğan M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi.2008. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
101. Ünal B. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Hasuderi Türkiye Sağlık Raporu 2012.Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı İzmir.
102. <http://sakur.uludag.edu.tr/dosya/FR-HYE-04-301-07.pdf> (Erişim Tarihi:Haziran 2012)
103. Sultan Gerçek S, Duran Ö, Yıldırım G, Karayel H, Demirliçakmak H. Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Sağlık İnançları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4,(3).
104. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer H.Ç, Hüdayioğlu M.R, Özdemir M. Kahramanmaraş’ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler Toplum Hekimliği Bülteni 2009; 28,(1) .
105. Koçyiğit O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu M.Z, Akku M.A. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü, Ankara. Nobel Medicus 20: 7, (2).
106. Öztürk Ö, Kavlak O. Perimenopozal Dönemde Hormonal Kontrasepsiyon Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD, İzmir, STED 2012; 21,(3).
107. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür B, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 8-10.
108. Aydın İ. Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgileri Ve Uygulamaları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2004;7, (3).
109. Haydaroğlu A. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2007; 3,(2).
110. Çelik G.O, Malak A.T, Öztürk A.T, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi

- Kendine Meme Muayenesini Uygulama, Mamografi Çektirme ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009;3(3):159-163.
111. Mentş Ö, Öztürk E, Uğurel Ş, Balkan M, Harlak A, Şenocak R, Akın M, Somuncu S, Tufan T. Palpe Edilemeyen Meme Lezyonlarında Kanser Riskini Belirlemede Bıradı Kategorizasyonu, Yaş Ve Öykünün Önemi Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Abd. Meme Endokrin Cerrahisi Birimi, Ankara. *Meme Sağığı Dergisi*. 2008;4,(3).
112. Kırdök E, Budakoğlu İ, Maral I. Hekim dışı Kadın Sağıık Personelinin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi ve Davranışları. *Sağıık ve Toplum Dergisi*.2004;4.
113. Dişcigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağıığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları, Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliğı, Aydın, Türkiye. *Marmara Medical Journal* 2007;20(1);29-36
114. <http://tarcan.health.officelive.com/Documents/Tarcan1.ppt#280,54,Slayt,54102>. (Erişim Tarihi: Haziran 2012)
115. Utkan Z, Esen G, Yavuz E. Meme Kanserinde Tanı Meme Sağıığı Dergisi 2007;3,(2).
116. <http://www.canersonmez.com/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/Kendi-Kendine-Meme-Muayenesi.gif> (Erişim Tarihi:Haziran 2012)

EKLER

EK 1. Anket Formu

KADIN ÖĞRETİM ELEMANLARININ MEME KANSERİNE BAKIŞI VE KANSER KORKUSUNUN İNCELENMESİ

ANKET FORMU

- Yaşınız.....
- Görev Ünvanınız ()Profesör ()Doçent ()Yrd.Doçent ()Öğr.Görevlisi ()Uzman ()Araş.Görevlisi ()Okutman
- Çalıştığınız Üniv./Fakülte
- Yaşadığınız Şehir?.....
- Medeni Haliniz ()Evli Evlenme Yaşınız?..... ()Bekâr
- Aile Tipiniz ? () Çekirdek Aile B) Geniş Aile C)Parçalanmış Aile
- Doğurganlık Öyküsü: İlk adet görme yaşınız:... İlk gebelik yaşınız :.....Gebelik sayınız :... Düşük sayınız :... Küretaj Sayınız Son çocuğunuzu doğurma şekliniz : Normal () Sezeryan()
- Yaşayan Çocuk Sayınız :.....
- Çocuklarınızı Emzirdiyeniz ne kadar süre emzirdiniz?.....
- Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden hangilerini kullandınız?(Birden fazla şık işaretlenebilir.) a)Hormonal yöntemler b)Bariyer yöntemler c)Emzirme d)RİA(Rahim içi araç) e)Geleneksel Yöntemler f)Geri çekme h)Daha önce yöntem kullanmadım
i) Tüpligasyon,Vazektomi i) diğer
- Menapoza girdiniz mi(adetten kesildiniz mi)? a)Evet/se kaç yaşında..... b)Hayır
- Hormon replasman tedavisi gördünüz mü? a)Evet b)Hayır
- Hiç smear (vajinal akıntı sürüntüsü) aldırmanız mı? a)Evet b)Hayır
- Kronik hastalığınız var mı? a)Evet ?..... b)Hayır
- Sigara kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır Alkollü içki kullanıyor musunuz? a) Evet b)Hayır c)Ara-sıra
- Kadınlarda en sık görülen kanser türü sizce hangisidir?
- Meme kanserine yakalanmada etkili olan risk faktörleri nelerdir? a)Yaş b)Kişisel Meme Kanseri Hikayesi c)Erken adet görme d)Ailede Meme Kanseri Hikayesi e)Doğurganlık Hikayesi f)Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği g)Östrojen Alınması ve Doğum Kontrol Hapı Kullanılması h)Şişmanlık ve Yağlı Beslenme i)Bebek emzirmemesi j)Rahim ve yumurtalık kanseri geçirilmesi j)Kırmızı et yönünden zengin beslenme k)I. Derece Akrabalarında Meme Kanseri Hikayesi l)Hiç doğurmamış olmak veya ileri yaşta doğum yapmak m) Hepsi (Birden fazla şık işaretlenebilir.)
- Sizce meme kanseri belirtileri nelerdir?
a) Memede veya koltukaltında ele gelen kitle (sertlik, şişlik) b)Meme başından akıntı c)Meme başında içe doğru çekilme, çökme veya şekil bozukluğu d)Meme cildinde yara veya kızarıklık e)Meme cildinde ödem, şişlik ve içe doğru çekintiler olması (portakal kabuğu görünümü) f)Memede büyüme veya asimetri g)Hepsi (Birden fazla şık işaretlenebilir.)
- Meme kanseri olmaktan korkuyor musunuz? a)Evet (korkunuzu kimle paylaştınız?..... b)Hayır
- Sizce meme kanseri olma riski taşıyor musunuz ? a)Evet Neden..... b)Hayır
- Memelerinizle ilgili şikayetleriniz var mı? a)Evet (nedir?.....) b)Hayır
- Hiç meme hastalığı geçirdiniz mi? a)Evet (ne zaman:.....tanı:) b)Hayır
- Daha önce meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında eğitim/bilgi aldınız mı? a)Evet b)Hayır
- Kendi kendinize meme muayenesi(KKMM) yapar mısınız? a)Evet b)Hayır
- Cevabınız evetse kendi kendinize meme muayenesini ne zaman yapıyorsunuz? a)Adetten 5-7 gün sonra b)Adet döneminde c)Aynı herhangi bir günü d)Aklıma geldikçe e)Diğer.....
- Kendi kendine meme muayenesi yapmıyorsanız neden? a) Korkuyorum b)Bilmiyorum c)Hatırlamıyorum d)Diğer.....
- Sizce kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılmalıdır? a)Ayna karşısında her iki el belde olacak şekilde durulur ve her iki meme büyüklük ve küçüklük açısından değerlendirilir. b)Meme uçlarında ve diğer bölgelerde portakal kabuğu dönütümü, çökme ve çekilme gibi görünüm olup olmadığına bakılır. c)Her iki meme ve koltuk altları parmak uçları ile dairesel hareketlerle herhangi bir şişlik sertlik açısından muayene edilir.d)Meme uçlarından akıntı gelip gelmediği kontrol edilir e)hepsi
- Meme uçları sıkılmalı mıdır? a)evet b)hayır c)bilmiyorum
- Elle muayenede elin hangi parmakları kullanılır?
a)Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. b)Tüm elle muayane yapılır. c)Baş parmakla muayene yapılır. d)Hepsi
- Kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılır? a)Gözle b)Yatar pozisyonda elle değerlendirme c)Ayakta elle değerlendirme d)Hepsi
- Göğüslerinizde KKMM sırasında herhangi bir fark tespit ettiniz mi? a)Evetse ne fark ettiniz?..... b)Hayır
- Akrabalarınızda meme kanseri olan var mı? a)Evet kim/ler b)Hayır
- Ailenizde meme kanseri hastası bir yakınınızın bulunması sizin açınızdan risk midir? a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum
- Ailenizde diğer kanser türlerinden olan (olmuş) var mı? a)Evet ?..... b)Hayır c)Bilmiyorum
- Şu ana kadar hiç mamografi yaptırdınız mı? a)Evetse kaç kez..... b)Hayır
- Meme muayenesi için düzenli olarak doktor'a gider misiniz? a)Evet ()Evetse neden? ()Meme kanserine önlem, erken tanı ()Hastalık ()Diğer..... b)Hayır ise neden?.....

Meme kanseri olduğunuzu düşündüğünüzde ne hissediyorsunuz?(Size uygun olan seçenekleri işaretleyiniz.)

Tedirgin Oluyorum	Üzüliyorum	Depresif Hissediyorum	Gergin Hissediyorum	Kalbim Daha Hızlı Çarpıyor	Kendimi Huzursuz Hissediyorum	Kendimi Panik Halinde Hissediyorum
()	()	()	()	()	()	()

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ: Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyun. Daha sonra, her maddedeki belirtinin (bugün dahil) son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki maddelerin yanındaki cevabı yuvarlak içine alarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?		Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak / ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme korkusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				
11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklilik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörler (Karayurt, 2003 Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği).

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
DUYARLILIK ALGISI					
1. Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek					
2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek					
3.Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum					
CİDDİYET ALGISI					
4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor					
5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor					
6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutuyor					
7. Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir					
8. Meme kanseri olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirir					
9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir					
10. Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam					
YARAR ALGISI					
11. Kendi kendime meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum					
13. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir					
14. Kendi kendime meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle(beze)saptarsam, meme kanseri hikayem kötü olmayabilir					
15. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak benim için memedeki küçük kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur					
ENGEL ALGISI					
16. Kendi kendime meme muayenesini doğru olarak yapabileceğimi sanmıyorum					
17. Kendi kendime meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğumu düşündürerek beni endişelendirir					
18. Kendi kendime meme muayenesi beni utandırıyor					
19. Kendi kendime meme muayenesi çok zaman alıyor					
20. Kendi kendime meme muayenesi yapmayı unutuyorum					
21. Kendi kendime meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok					
22. Sağlık personeline meme muayenesi yaptırırsanız kendi kendinize meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
23. Düzenli mamografi (meme filmi) çektiyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
24. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür					
25. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur					
26. Kendi kendime meme muayenesi yaptıktan daha önemli sorunlarım var					
GÜVEN (Öz Yeterlilik)					
27. Kendi kendime meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. Kendi kendime meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
29. Kendi kendime meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulurum					
30. Memede 2,5 cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
31. Memede 1,5 cm (50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
32. Mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitle (beze) bulabilirim					
33. Kendi kendime meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum					
34. Kendi kendime meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığım zaman memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
36. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim.					
SAĞLIK MOTİVASYONU					
37. Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim					
38. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir					
39. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım					
40. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum					
41. Dengeli beslenirim					
42. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım					
43. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım					

EK 2. Etik Kurul Kararı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU ONAY FORMU

BİYOMEDİKAL BİLGİLER	ARAŞTIRMANIN ACIK ADI	Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanserine Bakığı ve Kanseri Korkusunun İncelenmesi.		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	197		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI / UZMAN ADI	Yrd.Doç.Dr. Rabia SOHBET		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI / UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	GAÜN Sag. Bil. Fak.		
	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 <input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

BİYOMEDİKAL BİLGİLER	Belge Adı	Tarifi	Yersiyon Numarası	DİLİ		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	DEĞERLENDİRMEYİ GEREKTİREN ÖZETİ			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 DEĞERLENDİRME			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİYOMEDİKAL BİLGİLER	Belge Adı			Açıklama		
	TURKCE UZMET ÖZETİ	<input type="checkbox"/>				
	İNGİLİZCE UZMET ÖZETİ	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	<input type="checkbox"/>				
	DEĞERLENDİRMEYİ GEREKTİREN ÖZETİ	<input type="checkbox"/>				
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>				
	ULUSAL KARAR GÖRÜŞMELERİ	<input type="checkbox"/>				
	ULUSLARARASI KARAR GÖRÜŞMELERİ	<input type="checkbox"/>				
	YATILIK DEĞERLENDİRME	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10-2011/197	Tarifi: 25.10.2011
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırmaya başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşımları ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmalarına başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan Etik Kurul üyesi tüm sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	
	Sağlık Bakanlığına Bildirececek	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKININ UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mu</i>
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Prof.Dr.Vedat Davutoğlu</i>
Doç.Dr.Ercan SIVANLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan Sivanlı</i>
Doç.Dr.A.Mesut ONAT	İÇ HASTALIKLARI Rumatoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>A.Mesut Onat</i>
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Yasemin Zer</i>
Yrd.Doç.Dr.Neide ADANIR	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Neide Adanır</i>
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Beyhan Cengiz</i>
Yrd.Doç.Dr.Ari TÜRKMEN	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ari Türkmen</i>
Yrd.Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİNFORMATİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Seval Kul</i>
Uzm.Dr. Cahide ERFORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep II Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Cahide Erforhan</i>
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Eyüp Çelik</i>
Baha Günhan GÖNGÖRÜ	İNŞAAT MÜHÜR (Sivil Öye)	GASKİ	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Baha Günhan Gönçörü</i>

* Toplantıda Bulunma

Elden teslim aldım:

Seydi

KARABAŞ

19/12/2011

Seydi Karabaş

EK 3. Kurum İzin Belgesi



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

505-BE

Gaziantep Üniversitesi	
Fvı Arş. İsl. Müd.	
Tarih	25/10/11 Saal 9.02
Görevi	Rektörlük / 7

Sayı: B.30.GZP.0.42.00.00/300/ 320-320
Konu: Tez çalışma izni

24 / 10 / 2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüze bağlı Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Sevgi KARABAŞ'ın "Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Bakışı ve Kanser Korkusunun İncelenmesi" konulu tez çalışmasının anket çalışmasını 01 Kasım 2011-31 Mart 2012 tarihleri arasında e-posta yoluyla Türkiye'deki Devlet Üniversitelerinde çalışan kadın öğretim elemanları ile yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda onaylarınızı arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Eki : 2 sayfa anket formu

25.10.11 19470

Prof. Dr. Mehmet KÖRÜK
Rektör Vekili

Telefon: (0-342) 360 60 60 / 77720 - 77721
E-posta: sagbilssek@gantep.edu.tr

Direkt: (0-342) 360 39 26

Faks: (0-342) 360 39 26
Web: Http://sagbe.gantep.edu.tr

EK 4. Ölçek İzin Belgesi



INDIANA UNIVERSITY
SCHOOL OF NURSING
IUPUI

August 15, 2011

Sevgi Karabas
Department of Public Health
Gaziantep University

Dear Ms. Karabas,

Thank you for your interest in my work. You have permission to revise the fear scale questionnaire as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

Victoria Champion, PhD, RN, FAAN
Mary Margaret Walther Distinguished Professor
Edward W. and Sara Stam Cullipher Endowed Chair
Executive Associate Dean for Research Affairs

VC:dd

Enclosure

ölçek izin - kuvvetsevgi@gmail.com - Gmail - Google Chrome

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&view=bt&ver=lsvjwajrtp4&cat=TEZ&search=cat&th=136082a5629d2816&cvid=2

ölçek izin Gelen Kutusu TEZ Tümünü yönlendir Tümünü genişlet Yazdır

sevgi kuvvet karabaş Sayın hocam izin isteğim ektedir. TEŞEKKÜRLER... 12 Mart

Özgül Karayurt <ozgul.kyurt@deu.edu.tr> 13 Mart

Kime: bana

Sevgi Merhaba,
Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığım Champion sağlık inanç modeli ölçeğini tezinde kullanabilirsin. Ölçek ile ilgili gerekli doküman ekte yer almaktadır. Çalışmada başarılar dilerim.
Sevgilerimle
Doç. Dr. Özgül Karayurt

From: sevgi kuvvet karabaş [mailto:kuvvetsevgi@gmail.com]
Sent: Monday, March 12, 2012 8:28 PM
To: ozgul.kyurt@deu.edu.tr
Subject: ölçek izin

CSİMÖ Türkçe formu.doc
130K Görüntüle İndir

sevgi kuvvet karabaş ----- Yönlendirilmiş ileti ----- Kimden: Özgül Karayurt <ozgul.kyur...> 15 Mart

sevgi kuvvet karabaş <kuvvetsevgi@gmail.com> 2 Nisan

Kime: TANER

----- Yönlendirilmiş ileti -----
Kimden: **sevgi kuvvet karabaş** <kuvvetsevgi@gmail.com>
Tarih: 15 Mart 2012 08:25
Konu: Fwd: ölçek izin
Kime: TANER KARABAŞ <tanerkarabas@gmail.com>

CSİMÖ Türkçe formu.doc
130K Görüntüle İndir

Yanıtla veya Yönlendir için burayı tıklayın

EK 5. 2010 - 2011 Öğretim Yılı Kadın Öğretim Elemanlarının Sayıları**2010 - 2011 Öğretim Yılı Kadın Öğretim Elemanlarının Sayıları**

Sıra No	Üniversite Adı	Kadın Öğretim Elemanı Sayısı	Sağlık Çalışanı Kadın Öğretim Görevlileri	Anket Örnekleme Sayısı
1	Abant İzzet Baysal Üniversitesi	417	106	311
2	Adana Bilim Ve Teknoloji Üniversitesi			0
3	Adıyaman Üniversitesi	142	27	115
4	Adnan Menderes Üniversitesi	495	175	320
5	Afyon Kocatepe Üniversitesi	313	105	208
6	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi	55	5	50
7	Ahi Evran Üniversitesi	152	16	136
8	Akdeniz Üniversitesi	956	416	540
9	Aksaray Üniversitesi	50	7	43
10	Amasya Üniversitesi	70	4	66
11	Anadolu Üniversitesi	958	8	950
12	Ankara Üniversitesi	1865	561	1304
13	Ardahan Üniversitesi	4	0	4
14	Artvin Çoruh Üniversitesi	76	12	64
15	Atatürk Üniversitesi	647	279	368
16	Balıkesir Üniversitesi	310	32	278
17	Bartın Üniversitesi	52	0	52
18	Batman Üniversitesi	43	4	39
19	Bayburt Üniversitesi	7	0	7
20	Bilecik Üniversitesi	47	0	47
21	Bingöl Üniversitesi	52	3	49
22	Bitlis Eren Üniversitesi	14	3	11
23	Boğaziçi Üniversitesi	585	0	585
24	Bozok Üniversitesi	121	22	99
25	Bursa Teknik Üniversitesi			0
26	Celal Bayar Üniversitesi	441	197	244
27	Cumhuriyet Üniversitesi	512	168	344
28	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	403	43	360
29	Çankırı Karatekin Üniversitesi	68	12	56
30	Çukurova Üniversitesi	713	243	470
31	Dicle Üniversitesi	392	182	210
32	Dokuz Eylül Üniversitesi	1570	606	964
33	Dumlupınar Üniversitesi	202	14	188
34	Düzce Üniversitesi	140	92	48
35	Ege Üniversitesi	1723	517	1206
36	Erciyes Üniversitesi	517	240	277
37	Erzincan Üniversitesi	82	12	70
38	Erzurum Teknik Üniversitesi			0
39	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	508	251	257
40	Fırat Üniversitesi	405	159	246
41	Galatasaray Üniversitesi	145	0	145
42	Gazi Üniversitesi	1925	574	1351
43	Gaziantep Üniversitesi	339	145	194
44	Gaziosmanpaşa Üniversitesi	221	64	157
45	Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü	153	0	153
46	Giresun Üniversitesi	52	11	41
47	Gümüşhane Üniversitesi	80	20	60
48	Hacettepe Üniversitesi	2164	672	1492

49	Hakkari Üniversitesi	41	0	41
50	Harran Üniversitesi	145	59	86
51	Hitit Üniversitesi	97	6	91
52	İğdır Üniversitesi	6	0	6
53	İstanbul Medeniyet Üniversitesi			0
54	İnönü Üniversitesi	349	142	207
55	İstanbul Teknik Üniversitesi	1034	0	1034
56	İstanbul Üniversitesi	2483	560	1923
57	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi			0
58	İzmir Yüksek Teknoloji Enstitüsü	292	0	292
59	Kafkas Üniversitesi	173	21	152
60	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	228	71	157
61	Karabük Üniversitesi	130	4	126
62	Karadeniz Teknik Üniversitesi	711	264	447
63	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	83	13	70
64	Kastamonu Üniversitesi	87	9	78
65	Kayseri Abdullah Gül Üniversitesi			0
66	Kırıkkale Üniversitesi	268	104	164
67	Kırklareli Üniversitesi	130	18	112
68	Kilis 7 Aralık Üniversitesi	14	8	6
69	Kocaeli Üniversitesi	879	224	655
70	Konya Üniversitesi			0
71	Mardin Artuklu Üniversitesi	8	5	3
72	Marmara Üniversitesi	1318	323	995
73	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	167	19	148
74	Mersin Üniversitesi	628	217	411
75	Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi	319		319
76	Muğla Üniversitesi	352	47	305
77	Mustafa Kemal Üniversitesi	273	95	178
78	Muş Alparslan Üniversitesi	34		34
79	Namık Kemal Üniversitesi	191	40	151
80	Nevşehir Üniversitesi	48	9	39
81	Niğde Üniversitesi	149	2	147
82	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	626	310	316
83	Ordu Üniversitesi	100	13	87
84	Orta Doğu Teknik Üniversitesi	1357	2	1355
85	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi	28		28
86	Pamukkale Üniversitesi	432	168	264
87	Rize Üniversitesi	47	1	46
88	Sakarya Üniversitesi	415	26	389
89	Selçuk Üniversitesi	1106	121	985
90	Siirt Üniversitesi	12	5	7
91	Sinop Üniversitesi	104	6	98
92	Süleyman Demirel Üniversitesi	630	179	451
93	Şırnak Üniversitesi	14		14
94	Trakya Üniversitesi	629	284	345
95	Tunceli Üniversitesi	32	2	30
96	Türk-Alman Üniversitesi			0
97	Uludağ Üniversitesi	1013	365	648
98	Uşak Üniversitesi	117	6	111
99	Yalova Üniversitesi	27	0	27
100	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi			0
101	Yıldız Teknik Üniversitesi	764		764
102	Yüzüncü Yıl Üniversitesi	325	89	236
103	Zonguldak Karaelmas Üniversitesi	344	143	201
		38.945	9.987	28.958

<https://www.yok.gov.tr>

EK 6. Bölgeler

TÜRKİYE BÖLGELER			
Akdeniz Bölgesi (1)	Doğu Anadolu Bölgesi (3)	Ege Bölgesi (5)	Karadeniz Bölgesi (7)
Adana	Ağrı	Afyonkarahisar	Amasya
Antalya	Ardahan	Aydın	Artvin
Burdur	Bingöl	Denizli	Bartın
Hatay	Bitlis	İzmir	Bayburt
Isparta	Elazığ	Kütahya	Bolu
Kahramanmaraş	Erzincan	Manisa	Çorum
Mersin	Erzurum	Muğla	Düzce
Osmaniye	Hakkari	Uşak	Giresun
	Iğdır		Gümüşhane
	Kars		Karabük
	Malatya		Kastamonu
	Muş		Ordu
	Tunceli		Rize
	Van		Samsun
			Sinop
Güneydoğu Anadolu Bölgesi (2)	İç Anadolu Bölgesi (4)	Marmara Bölgesi (6)	Tokat
Adıyaman	Aksaray	Balıkesir	Trabzon
Batman	Ankara	Bilecik	Zonguldak
Diyarbakır	Çankırı	Bursa	
Gaziantep	Eskişehir	Çanakkale	
Mardin	Karaman	Edirne	
Siirt	Kayseri	İstanbul	
Şanlıurfa	Kırıkkale	Kırklareli	
Şırnak	Kırşehir	Kocaeli	
Kilis	Konya	Sakarya	
	Nevşehir	Tekirdağ	
	Niğde	Yalova	
	Sivas		
	Yozgat		

EK 7. Eğitim Slaytları

**DÜNYADA ve TÜRKİYE'de
KANSER**

Sevgi Karadas
Halk Sağlığı Uzmanı
Yüksek Lisans Öğrencisi

"Göğsünden vurulan kadınlar..."

Dünyadaki her 9 kadından birinin meme kanseri tehdidi altında olduğunu biliyor muydunuz? Avrupa'da her yıl yaklaşık bir milyon kadın meme kanseri nedeni ile tedavi görüyor. Dünyada her 3 dakikada bir kadın bu hastalığa yakalanıyor. Ve ne yazık ki, her 11 dakikada bir kadın, bu yüzden hayatını kaybediyor. <http://www.memekanseri.org>

KANSER NEDİR?

- Normalde hücrelerin büyümesi ve çoğalması bir düzen içerisinde olmaktadır. Buna paralel olarak doku ve organlar da görevlerini normal olarak yapabilmektedirler.
- Ancak bu hücreler anormal genetik ve hızla büyümeye ve çoğalmaya bağlanırsa, tümör adı verilen kitle oluşumuna yol açarlar.
- 1 cm büyüklüğündeki bir tümör kitlesi, yaklaşık 10¹² (1 trilyon) hücreden meydana gelmektedir.

KANSER BÜYÜK BİR SAĞLIK SORUNU MUDUR?

- Her 6 kişiden 2'sinde hayat boyunca kanser ortaya çıkar.

- Yaşam boyu risk:
- Kadınlarda meme kanseri → 1:8
- Erkeklerde prostat kanseri → 1:6

Meme sorunları

Kadınlar:

- Yaşamlarının herhangi bir zamanında,
 - %50'si herhangi bir meme problemi için tıbbi yardım
 - %25'i meme biyopsisi
- Meme kliniklerine başvurularının %90'ında iyi huylu meme patolojisi

Meme kanseri sık görülür.



- Dünyada (2002):
 - 1 033 000 yeni olgu
 - Vübinde 34.9* ile kadınlarda en çok görülen kanser

*Yaşa göre standartize Dünya nüfusuna göre

TÜRKİYE'DE KADINLARDA EN ÇOK GÖRÜLEN ON KANSER TÜRÜ,1998

ORGANLAR	OLGU Sayı	%	İnsidans (Yüzbinde)
TOPLAM	13.707	100	43.71
Meme	5.130	37.42	15.81
Mide	627	4.57	1.97
Yarımsek	771	5.62	2.40
Deri	651	4.75	2.05
Kolon	603	4.40	1.96
Akciğer	671	4.90	2.08
Sarık	528	3.85	1.62
Bayin	608	4.44	1.90
Karın İliği	630	4.60	1.96
Telom	483	3.52	1.51
Dijital	414	3.02	1.47

İnsidans ve Yaş

- Meme kanseri yaş arttıkça daha sık görülür.
 - %90'ı 40 yaş sonrasında
 - 20 yaş altı ender

Mortalite (ölüm)

- 2005 yılında;
 - Toplam 58 milyon ölüm
 - Kanseri: 7.6 milyon ölüm (%13)
 - Meme kanseri: 502 000



Erkeklerde en sık, akciğer, mide, karaciğer, kolonrektal, prostat ve pankreas kanserleri görülürken, kadınlarda meme, akciğer, mide, kolonrektal ve servikal kanserler ilk beş nedendir.

Dünyada meme kanserine bağlı mortalite ülkeden ülkeye değişmektedir. Meme kanserine bağlı ölüm hızının en düşük olduğu ülke ise Güney Kore'dir. Daha sonra sırası ile Çin, Gd, Tayland ve Japonya gelmektedir.

Kanser Ölümleri Tahminleri, ABD, 2006

	Erkek	Kadın	
Akciğer & bronş	33.1	291,270	3.2
Kolon & rektum	3.0	273,560	3.0
Prostat	3.9		3.6
Pankreas	3.6		3.6
Lümen	3.4		3.4
Karaciğer & safra kesesi	3.4		3.4
Östüyağı	3.4		3.3
Non-Hodgkin lenfoma	3.3		3.3
Mesane	3.3		3.2
Böbrek	3.3		3.2
Diğer	3.23		3.23

SSA • Diğer bir sistem
Kaynak: American Cancer Society, 2006

TÜRKİYE'DE KADINLARDA EN ÇOK GÖRÜLEN ON KANSER TÜRÜ, 1999

GRUPLAR	Sayı	%	İnsidans (100/1000)
TOPLAM	8,819	100	30.38
Meme	2,320	26.1	7.32
Mide	650	6.96	2.13
Yumurtalık	550	5.61	1.70
Def	604	6.9	2.10
Kolon	419	4.22	1.30
Akciğer	404	4.07	1.24
Sarık	310	3.13	0.92
Bayin	349	3.52	1.07
Kemik iliği	301	3.44	1.00
Rektum	301	3.44	1.17
Diğerleri	3342	32.68	10.34

Türkiye'de Kadınlarda Görülen Meme Kanseri Ölülerinin Yıllık Artış Değeri

Yıl	Bildirilen Meme Kanseri Sayısı	% (Tüm kanserler içinde)	İnsidans (100/1000)
1991	2933	26.8	10.3
1992	2285	26.9	7.8
1993	1819	21.4	6.1
1994	1838	23.0	6.1
1995	2770	23.8	9.1
1996	3755	23.3	12.1
1998	3190	23.3	9.9
1999	2390	24.1	7.3

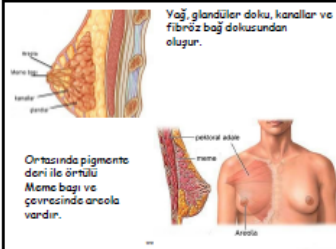
Kaynak: TÜRKİYE SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlıkta Dönüşüm 150 Neden, Ölüm ve Yaş Dönüşümü 2004, Ölümler 1999, Yaşamın Kalitesi

Türkiye'de Kadın Popülasyonunda Meme Kanseri Başlı Ölülerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (1999)

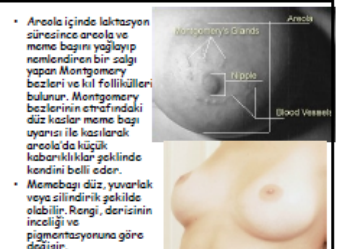
Yaş Grubu	Bildirilen Ölüm Sayısı	%
15-24	4	0.4
25-34	44	4.1
35-44	163	15.4
45-54	287	27.1
55-64	231	21.8
65-74	188	17.8
75+	142	13.4
TOPLAM	1059	100.0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm 150 Neden, Ölüm ve Yaş Dönüşümü 2004, Ölümler 1999, Yaşamın Kalitesi

Meme anatomisi



Yağ, glandüler doku, kanallar ve fibröz bağ dokusundan oluşur.

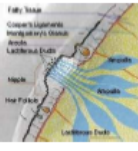


- Areola içinde laktasyon süresince areola ve meme başını yağlayıp nemlendiren bir salgı yapan Montgomery bezleri ve kıllı follikülleri bulunur. Montgomery bezlerinin etrafındaki düz kaslar meme başı uyarısı ile kasılarak areola'da küçük kabarıklıklar gelişinde kendini belli eder.
- Memebaşı düz, yuvarlak veya silindirik şekilde olabilir. Rengi, derisinin inceliği ve pigmentasyonuna göre değişir.

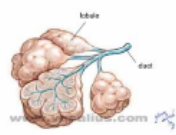
Memenin üst kısmı servikal plexusun 3. ve 4. dallarından, alt kısmı interkostal sinirlerin lateral ve anterior dallarından innerve olur.

Meme başı ve areola derisi sinir dalları yönünden en yoğun yerdir. Meme başını ereksiyonu ve süt akımını sağlayan Ruffini^(*) ve Krause^(**) cisimcikleri areola ve meme derisinde oldukça sık bulunur.

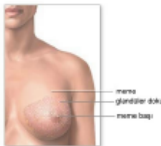
(*) Ruffini's encapsulated sensory mechano receptor II of skin's dermis
 (**) Krause's sensory end-bulb or receptor in skin



Meme parankimi 15-20 kadar radial olarak konumlanmış segmentten oluşur. Her segment meme başına birleşen bir duktus ile drene olur. Bu segment veya lobların her biri 20-40 kadar lobul'den oluşur. Her bir lobul de 10 ila 100 alveol ihtiva eder. Laktasyon esnasında süt salgılayan glandlar bu alveollerin içindedir.



Memenin glandları ve duktuslarının en yoğun bulunduğu yer üst dış kadrandır. Meme dolusunun alçaltıyla doğru yaptığı uzarıma Spence kuyruğu adı verilir.




Lenfatik dolaşım neden önemli?

Erken dönemde ductal kanser hücreleri, kanalı çevreleyen bazal membranın içindedir. (DCIS)



Bu kanalların içinde hücre ölümüyle kalsiyum birikimi ve erken dönemde mamografide mikrokalsifikasyonlar şeklinde görülebilir.

Kanser hücreleri bazal membranı geçtikleri zaman (infiltratif duktal kanserim), lenfatikler yoluyla regional lenf nodlarına giderek orada tutunur ve çoğalmaya devam ederler. (lenf nodu metastazi).



Memenin belli bir noktasından drenajın sentinel lenf nodu adı verilen belli bir ya da iki lenf noduna olduğu gösterilmiştir. Transit zamanı dokülatlarla ifade edilecek kadar kısadır. Bu lokal drenaj olgusu sentinel nod biyopsisinin temelini oluşturur. Eğer sentinel nod tümör kapsamıyorsa, aksillada daha yakını seviyede tümör olması şansı sıfıra yakındır ve hasta için daha geniş bir aksiller disektasiyondan kaçınılabılır.



Risk Faktörleri

- Aile hikayesi (1. derece yakın akrabalarında meme Ca., BRCA1 ve 2)
- Kanser hikayesi (meme, over, endometrium kanseri)
- Yag
- Bazı benign meme hastalıkları
- Oral kontraseptif, hormon replasman tedavisi, eksojen hormon kullanımı

Risk Faktörleri

- Erken menarş geç menapoz
- Reproduktif hikaye (ilk doğum yaşı)
- Laktasyon (riski azaltır)
- Vücut ağırlığı ve diyet (vücut kitle indeksi ile doğru orantılı risk artışı)
- Meme doku paterni (doku yoğunluğu ve mamografide doku yüzdesi artmışa risk artar.)
- İyonize radyasyon
- Alkol kullanımı

Risk Faktörleri

- Erken menarş geç menapoz
- Reproduktif hikaye (ilk doğum yaşı)
- Laktasyon (riski azaltır)
- Vücut ağırlığı ve diyet (vücut kitle indeksi ile doğru orantılı risk artışı)
- Meme doku paterni (doku yoğunluğu ve mamografide doku yüzdesi artmışa risk artar.)
- İyonize radyasyon
- Alkol kullanımı

MEME KANSERİNİN BELİRTİ VE BULGULARI

Ağrı: Ağrı çoğunlukla meme kanserine eşlik eden bir bulgu değildir ve ağrıya daha çok metastazın gelişmesinde rastlanır.

Kitle: Meme kanseri olan hastaların yaklaşık olarak %70'inde ilk bulgu kitledir. Kitle sert ve hareketlidir; ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket ettirilebilir. Kitlenin sınırları zor belirlenir ve ağrıyabilir.

Nöri retraksiyonu: Cooper bağlarına infiltrasyon alan tümörlerde görülür. Başlangıçta hasta normal durumda iken görülmez ancak hasta kollarını yukarıya kaldırdığında fark edilir.

Deride ödem: Bu belirti tümör hücrelerin lenf damarlarını tıkaması sonucu oluşur. Lenf akımı yavaşlayınca deri kalınlaşır ve kol folikülleri iğeri çöker; bu durum derinin portakal kabuğu gibi görünmesine (peau d'orange belirtisi) neden olur.

Enfeksiyon: Lenfatiklerin tıkanması ile derinin beslenmesi bozulur ve deride eritem (kızamıklık) oluşur.

Meme derisinde ilerasyon: Meme derisinin beslenmesinin gittikçe daha çok bozulması sonucu ilerasyonlar meydana gelir.

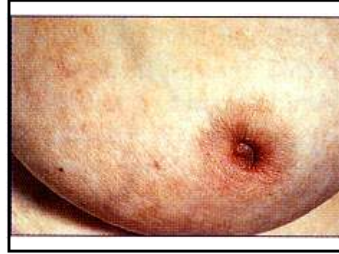
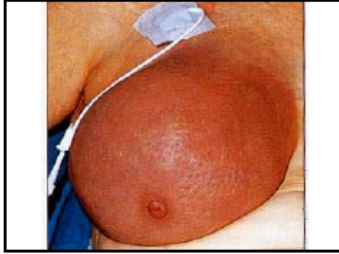
Meme bağ retraksiyonu: Meme bağında iğme batırma, ya da bir yasa çekilme oluşur. Tümörün yerine göre santral tümörlerde meme bağları içe batar, üst dış kadran tümörlerinde yukarı ve dışa döner.

Meme kasında ödem: Meme kanseri olan hastaların %10'unda meme başı altında ilk belirti olarak kızamıkça çıkar. Spontan, tek taraflı ve kelli ya da kelli-serözürdür.

Kol ağrısı: Tümör hücrelerinin koltuk altında bulunan lenf nodlarına yerleşmesiyle bölgenin lenfatik drenajının kalınlaşması sonucu ortaya çıkar.

Enfeksiyöz bulgular: Hastaların %4'ünde kanser kondisi enfeksiyöz bulguları ile ortaya çıkar.

- Meme bütünü ile büyür.
- Derisi kızamık ve ödemlidir.
- Deride portakal kabuğu görünümü hakimdir.
- Kitle bu belirtilere eşlik edebilir de etmeyebilir de.



Meme Kanserinde Yerleşim ve Yayılım Primer meme kanseri lezyonlarının kadranlara göre görülme oranı,

- Üst dış kadranında %60,
- areola bölgesinde %18,
- üst iç kadranında %16,
- alt dış kadranında %11,
- alt iç kadranında %6'dır.

Meme kanseri yayılımını kan ve lenf yolu ile yapar.
En sık metastaz yaptığı organlar;

- kemik (%71),
- akciğer (%69),
- karaciğer (%66),
- plavna (%61),
- adrenal bezler (%49),
- ideri (%30),
- beyin (%20) dir.

Radyolojik tetkikler

ULTRASONOGRAFI

- Solid/kistik ayrımı sağlar
- Kitle natürü hakkında bilgi verir
- 5 mm'den küçük lezyonların saptanması zordur.

Radyolojik tetkikler



MAMOGRAFİ:

- Mikrokalsifikasyonları, nodülf fibroz dokuyu saptayabilmesi nedeni ile erken tanıda değerlidir
- Taramalarda kullanılır.
- -40 yaş:2 yılda 1
- -60 yaş:1 yılda 1 kez
- Meme kanserli hastaların takibinde kullanılır

Biyopsi

- İİAB
- Core Biyopsi
- İnsizyonel biyopsi
- Eksizyonel biyopsi

Ele gelen kitlelerde direkt, ele gelmeyen lezyonlarda USG veya mamografi ile işaretlenerek alınan biyopsiler tanının kesinleşmesinde alın standarttır.

Meme Kanserinde Etiyoloji

Cinsiyet: Kadın olmak meme kanseri için bağlı başına bir etimendir. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür.

Yaş: Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı konan hastaların %77'si, meme kanserinden ölümlerin %84'ü 80 yaş ve üzerindeki kişilerdir.

Daha önce memede kötü yada iyi huylu tümör olması: Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kez; atipik hiperplazi ise 4-8 kez artırmaktadır. Benign (iyi huylu) meme hastalığının (Fibrokistik meme hastalığı) meme kanseri oluşturma riski tartışmalıdır.

Genetik: Ailede meme kanseri yüküü olması, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde ve P53 geninde mutasyon olması meme kanseri riskini artırmaktadır. Birinci derece yakınlarında (annesi, anneanesi, teyzeleri, kız kardeşleri) meme kanseri olanları risk 2-3 kez daha fazladır. Meme kanseri olan bir kişinin annesinde hastalığın ortaya çıkma riski 8,8 iken; bu oran kız kardeşinde 2,7, kızında ise 4,6 dir. Tüm meme kanserlerinin sadece %10-15'i kalıtsal kaynaklıdır.

Türü: Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan öleme riski daha yüksektir.

Menopoz Yaşı: Erken menopoz (adet bağlacı) meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Menopoz takiben düzenli menstruasyon başlama süresi de önemlidir. Menopoz erken (12 yaş öncesi) başlayan ve düzenli menstruasyonlara kısa sürede geçen kişilerde meme kanserine yakalanma riski diğerlerine göre 4 kat daha fazladır.

Menopoz Yaşı: Meme kanseri riski ile menopoz yaşı arasında ilişki bulunmaktadır. 45 yaşından önce menopoz giren kadınlarda meme kanseri riski 85 yaşından sonra bu dönem giren kadınların yarısı kadardır. Postmenopozal dönemde tedavi için kullanılan östrojenin meme kanseri riskini arttırdığı ileri sürülmektedir.

Hamilelik Yaşı: Hiç doğum yapmamış olma ve ilk doğumu 30 yaşın üzerinde yapmış olma meme kanseri riskini artırmaktadır. 30 yaşından sonra doğum yapan kadınlarda kanser riski ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat daha fazladır. Doğum sayısının meme kanseri sıklığı üzerine olan etkisi belirlenememiştir.

Laktasyon Övülmesi: Emzirmenin meme kanseri üzerindeki etkisi henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak laktasyonla birlikte ovulasyon döneminin kısalmasını meme kanseri riskinin azalmasını rol oynadığı düşünülmektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada 8 yıllık emzirme süresinin meme kanseri riskini %30 oranında azalttığı bildirilmiştir.

Dışarıdan Hormon Alınması: Hayvanlarda yapılan çalışmalarda dışarıdan östrojen verilmesinin kanser riskini artırdığı belirlenmiştir. Östrojenler meme dokusundaki normal ve kanserli hücrelerin büyümesini uyarırlar. Östrojen tümör hücreleri üzerine daha da etkili olup bölünerek çoğalmalarını sağlamaktadır. Östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkiye bakıldığında 10 yıl boyunca oral kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanseri riski %36 artmaktadır. Hormon replasman tedavisi alan kadınlarda da aynı şekilde meme kanseri riski artmaktadır (10 yıl süreli kullanımda 1,3 oranında artış söz konusudur).

Beslenme: Yağdan zengin beslenmenin meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir. liften fakir beslenme konusunda ise tartışma söz konusudur.

Vücut Ağırlığı: Meme kanserli kadınlara bakıldığında diğer kadınlara göre kilo olduğu görülmektedir. Premenopoz döneminde düşük vücut ağırlığı, post menopoz döneminde ise artmış vücut ağırlığı meme kanseri riskini artırmaktadır.

Alkol Alımı: Alkol meme kanseri riskini artırmaktadır.

Egzersiz: Adolesan ve erişkin dönemlerde yapılan egzersizlerin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir.

Radyasyona Maruz Kalma: Özellikle 30 yaşın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Toksik duvarının yüksek dozda radyasyona maruz kalması meme kanseri riskini artırmaktadır. Meme kanserinde tanı yöntemi olarak kullanılan mamografinin son yıllarda daha güvenilir hale getirildiği ve düşük dozda radyasyon içerdiği belirtilmektedir.

Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

40 yaşın altındaki kadınlar için her ay kendi kendine meme muayenesi yapılmalıdır. Meme kanserinde **Ameliyat** **Kemoterapi** **İlaçlar** **tarafından oluşan meme kanseri** **tanı yöntemleri** **KEMER KEMER KEMER**

Yaş Grubu	Yöntem	Uzulağı
20 - 29	KKAM*	Her Ay
	KEM* Muayene	2 Yılda Bir
40 - 49	KKAM*	Her Ay
	KEM* Muayene	Her Yı
	Mamografi	1 - 2 Yılda Bir
50 Yaş ve Üzeri	KKAM*	Her Ay
	KEM* Muayene	Her Yı
	Mamografi	Her Yı

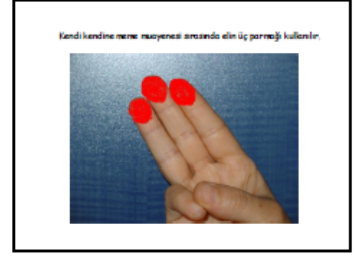
***KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ BASAMAKLARI**

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserlerdendir. Bu nedenle 20 yaşın üzerindeki her kadın ayda bir kez kendi kendine memelerini muayene etmelidir.

Her ay bir kez kendi kendine meme muayenesi yapmayı kadını kendi memelerini normalde nasıl hissettiğini, normal durumunun ne olduğunu öğrenmesini ve herhangi bir değişiklik gözleince bunu en kısa sürede belirlemesini sağlar.


Meme muayenesi için en uygun zaman adet gören kadın için adetinin bitiminden sonraki **5., 6. ve 7. gündür**. Adet görmeyen kadınlar ise ayın belirli bir gününü seçip her ay gün atlamaksızın kendi kendini muayene edebilir.

Bu sayıları yapabilmek için temel part kadının memelerini tanımasıdır.

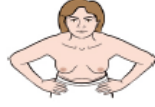


1. Bir ayna önünde durunuz. Her iki memenize bakınız. Meme başından akıntı, meme başında çukurluk, memede gukurlama, buruşma ya da kabuklaşma gibi normal dışı bir durum olup olmadığını dikkatle inceleyiniz.


2. Ellerinizi başınızın arkasında birleştirin ve başınızı öne doğru iterek kasların gerilmesini sağlayınız. Bu süreçte aynaya bakarak normal dışı bir durum olup olmadığını inceleyiniz.



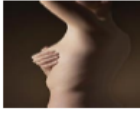
3. Sonra ellerinizi belinize doğru kuvvetlice bastırınız. Öne doğru hafifçe eğiliniz, omuzunuzu ve dirseğinizi öne doğru itiniz. Şekil 2 ve Şekil 3'deki iki hareket memenin boyutlarında ve biçiminde bir değişime olup olmadığını gösterir. Bunu yaparken göğüs kaslarının gerilmiş olması gerekir.



4. Sol omuzunuzu kaldırınız. Sağ elinizin üçüncü ve dördüncü parmakları ile bastırarak diğ uçtan başlayıp meme üzerinde küçük daireler yapacak biçimde elinizi hareket ettirerek bütün memeyi inceleyiniz. Sonunda meme başına varmış olmanız gerekir ve bütün memeyi bu yolla değerlendirmiş olacaksınız. Meme ile koltuk altı arasındaki bölgeyi de inceleyiniz. Aynı işlemleri sırayla diğer memeye de uygulayınız.



5. Memenin başını nazikçe sıkınız ve bir akıntı gelip gelmediğine dikkat ediniz. Aynı işlemleri sırayla diğer memeye de uygulayınız. Eğer bir akıntı varsa doktorunuza başvurmalısınız.



. Resim'de gösterilen işlemleri yaparken de yinelemek gereklidir. Sırt üstü yatınız, sol kolunuzu başınızın altına doğru getiriniz, sol omuz altına ufak bir yastık ya da bütülmüş havlu koyunuz. Bu biçimde yatıp, incelemeyi kolaylaştırır. Daha önce tanımlandığı gibi, dairesel hareketlerle bütün memenizi parmaklarınızın ucu ile hissediniz.


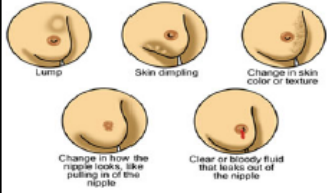


ILLUSTRATION OF SYMPTOMS OF BREAST CANCER.



Lump

Skin dimpling

Change in skin color or texture

Change in how the nipple looks like pulling in of the nipple

Clear or bloody fluid that leaks out of the nipple

Unutmayın!!!
Memede her kitle kanser değildir.

Tüm meme kitlelerinin %80-85'i, özellikle 40-50 yaş altında, kanser dışı nedenlere bağlıdır. Kanser açısından şüpheli kitleler genellikle sert, sınırları düzensiz ve hareketsizdir.

Unutmayın!!! Meme kanserine bağlı kitlelerin %90'ı ağrısızdır.

10. ÖZ GEÇMİŞ

SEVGİ KARABAŞ, 1980 yılında Adana’da doğdu. İlk lise öğrenimini Adana’da tamamladı. 2004’de Çukurova Ün. Sağ.Yük.Ebelik böl. mezun oldu.

Haziran 2004-Şubat 2007 yılları arasında Başkent Üniversitesi Adana Seyhan Hastanesi’nde Kardiyovasküler Cerrahi Anabilim Dalı’nda hemşire olarak,

Şubat 2007- Haziran 2008 yılları arasında Adana Karayusufu Sağlık Ocağında Vekil Ebelik, 2008 -2011 Gaziantep İslahiye Devlet Hastanesi’ne 4/B Ebe kadrosunda çalıştı.

2011 Haziran ayından itibaren Karataş Kavaklık Rotary Aile Sağ. Merk.657 ebe olarak çalışmaya devam etmekte.

Gaziantep Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 2010-2011 yılında yüksek lisansa başladı. Evli ve bir çocuk annesidir.

BİLİMSEL ÇALIŞMALARI

Gaziantep Üniversitesi 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Nisan 2011 Düzenleme Kurulu üyeliği

- Üniversite Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları 10. Ulusal Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi -*Sözel Bildiri*
- Sağlık Çalışanlarının Mobbinge Bakışı Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi Bildiri Özet Kitabı-*sözel bildiri*
- Üniversite Öğrencilerinin Toplumdaki Kadın Profiline Bakışı Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi Bildiri Özet Kitabı-*sözel bildiri*
- Sağlık Çalışanlarının Mobbing’e Bakışı 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı-*Poster Bildiri*
- Gaziantep Verem Savaş Dispanseri’nde 2000-2010 Yılları Arasında İzlenen Tüberküloz Olgularının Değerlendirilmesi 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı- *Poster Bildiri*
- Üniversite Öğrencilerinin Siğara Ve Alkol Kullanımına Bakışı Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi Bildiri Özet Kitabı-*Poster Bildiri*
- Gaziantep Üniversitesi Konservatuvar Bölümündeki Bayan Öğrencilerin Kadın Hakları Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi Bildiri Özet Kitabı-*poster Bildiri*

E-posta: kuvvetsevgi@gmail.com