

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Tayfun YILMAZ

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER**

**ANKARA
2018**

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı, Soyadı	: Tayfun YILMAZ	Sınav tarihi: 05/ 12/ 2018
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Dr.Öğr.Üyesi A.Gülşen Ceyhun PEKER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları.

Tezin Niteliği: Ana Dal Uzmanlık Tezi Yan Dal Uzmanlık Tezi

Kaçıncı tez sınavı olduğu: 1 2 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

Kabulüne

Reddine

Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

Oy birliği Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Altuğ KUT

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez hazırlık sürecimin en başından itibaren bana yol gösteren, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER'e, bize her zaman anlayışla yaklaşan, her zaman yanımızda olduğunu hissettiğim Anabilim Dalı başkanımız Dr. Öğr. Üyesi A. Selda TEKİNER'e, uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen, yapıcı eleştirileri ile yol gösteren Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a,

İhtiyaç duyduğum her konuda yardım ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Zehra DAĞLI'ya, Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU'na, Uzm. Dr. Filiz AK'a, Dr. Şenay Gürel'e ve özveriyle çalışan bölümümüz sekreteri Hatice POYRAZ'a ve diğer tüm personelimize,

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım birçok güzel anılar biriktirdiğim Uzm. Dr. Ozan ŞENGÜL'e, Uzm. Dr. Gökçen Ülkü ŞİMŞEK'e, Dr. Merve Nur SİVLİM'e ve diğer tüm arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren, hiçbir desteğini esirgemeyen, her zaman bana inanan, güvenen, yanımda olan annem ve babam Nilgün YILMAZ ve Ahmet YILMAZ'a ve kardeşim Selim YILMAZ'a,

Bana en büyük sabrı gösteren, her durumda bana yanımda olduğunu ve olacağını gösteren hayatımın anlamı, biricik eşim Sueda BAYAZİT YILMAZ'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tayfun YILMAZ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanserin Tanımı	3
2.2. Meme Kanserinin Tanımı	3
2.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	3
2.4. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	4
2.4.1. Yaş ve Cinsiyet	4
2.4.2. Irk.....	5
2.4.3. Aile Öyküsü.....	5
2.4.4. Genetik	5
2.4.5. Reprodüktif Dönem	5
2.4.6. Kişisel Meme Hastalığı Öyküsü	6
2.4.7. Doğurganlık Öyküsü	6
2.4.8. Emzirme.....	6
2.4.9. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	7
2.4.10. Oral Kontraseptif Kullanımı (OKS)	7
2.4.11. Sigara	7
2.4.12. Alkol	8
2.4.13. Beslenme Alışkanlığı	8
2.4.14. Egzersiz	8
2.4.15. Obezite	8
2.4.16. İyonize Radyasyon	9
2.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	9
2.5.1. Memede Kitle	9

2.5.2. Aksillada Kitle.....	10
2.5.3. Meme Başı Akıntısı	10
2.5.4. Memede Ağrı	11
2.5.5. Meme Derisinde Ödem, Kalınlaşma ve Renk Değişikliği	11
2.5.6. Meme veya Meme Başında Retraksiyon	11
2.5.7. Üst Kolda Anormal Şişlik.....	11
2.6. Meme Kanserin Tanı Yöntemleri	11
2.6.1. Anamnez.....	12
2.6.2. Fizik Muayene.....	12
2.6.3. Görüntüleme Yöntemleri	12
2.6.3.1. Mamografi.....	12
2.6.3.2. Ultrasonografi (USG)	14
2.6.3.3. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).....	14
2.6.4. Biyopsi	15
2.7. Meme Kanserin Gelişimi ve Yayılımı	15
2.8. Meme Kanserin Tedavisi	16
2.8.1. Lokal tedavi Yöntemleri.....	16
2.8.1.1. Cerrahi Tedavi	16
2.8.1.2. Radyoterapi	17
2.8.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri.....	17
2.8.2.1. Kemoterapi	17
2.8.2.2. Hormonal Tedavi	18
2.8.2.3. İmmunoterapi.....	18
2.9. Meme Kanserinden Korunma.....	18
2.9.1. Birincil Korunma.....	19
2.9.2. İkincil Korunma	19
2.9.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	19
2.9.2.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	22
2.9.2.3. Mamografi.....	22
2.9.3. Üçüncül Korunma	23
2.10. Meme Kanserin Erken Tanısında Sağlık Çalışanlarının Önemi	23

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1. Araştırma Projesi.....	25
3.2. Araştırma Bölgesi	25
3.3. Araştırmanın Evreni.....	25
3.4. Araştırmanın Kabul ve Dışlama Kriterleri.....	25
3.5. Araştırmanın Türü	25
3.6. Araştırmanın Örneklemi	25
3.7. Yaklaşım ve Yöntemler	26
3.7.1. Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT).....	27
3.8. İstatiksel Değerlendirme.....	27
3.9. Araştırmanın Kapsamı ve Süresi.....	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
ÖZET	46
SUMMARY	48
KAYNAKLAR	50
EKLER.....	61
Ek-1: Etik Kurul Karar Örneği	61
Ek-2: Ölçek İzni	62
Ek-3: Anket Formu.....	63
Ek-4: Anket Bilgilendirme Metni.....	66

SİMGELER VE KISALTMALAR

BIRADS	: Breast Imaging Reporting and Data System
DCIS	: Duktal Karsinoma İn Situ
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
GKMKBT	: Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Derneği
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
LCIS	: Lobüler Karsinoma İn Situ
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKS	: Oral Kontraseptif
USG	: Ultrasonografi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Yaş grupları	29
Tablo 4.2. Eğitim durumu	29
Tablo 4.3. Çalışılan bölümler.....	29
Tablo 4.4. Çalışma yılı.....	30
Tablo 4.5. Meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinme yolları	30
Tablo 4.6. Meme hastalıkları öyküsü ve aile öyküsü	31
Tablo 4.7. KKMM davranışı.....	31
Tablo 4.8. KKMM uygulama ve mamografi tarama zamanı.....	31
Tablo 4.9. GKMKBT ölçek puanları	32
Tablo 4.10. Sorulara verilen doğru cevap yüzdesi.....	32
Tablo 4.11. Yaş gruplarına göre GKMKBT ölçeği puanları.....	32
Tablo 4.12. Medeni duruma göre GKMKBT ölçeği puanları	33
Tablo 4.13. Eğitim durumlarına göre GKMKBT ölçeği puanları	33
Tablo 4.14. Çalışılan bölüme göre GKMKBT ölçeği puanları	34
Tablo 4.15. Çalışma yılına göre GKMKBT ölçeği puanları	34
Tablo 4.16. Hemşirelik okulundan bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları	35
Tablo 4.17. Hizmet içi eğitime göre GKMKBT ölçeği puanları.....	35
Tablo 4.18. Kitap-dergi –broşürlerden bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları	36
Tablo 4.19. Televizyon-radyo-internetten bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları	36
Tablo 4.20. Doktordan bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları.....	37

Tablo 4.21. Meme hastalığı öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları	37
Tablo 4.22. Ailede meme kanseri öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları	38
Tablo 4.23. KKMM davranışına göre GKMKBT ölçeği skorları.....	38
Tablo 4.24. KKMM uygulama zamanı sorusuna göre GKMKBT ölçeği puanları	39
Tablo 4.25. Mamografi tarama zamanı sorusuna göre GKMKBT ölçeği puanları	39



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. KKMM'de memelerin eller serbest, havada ve kalçadayken gözlemlenmesi	20
Şekil 2.2. Yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya, dairesel veya ışınsal olarak yapılacak muayene	21
Şekil 2.3. Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi	21
Şekil 2.4. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi.....	22

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerine göre dünyadaki tüm ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Yeni kanser verileri, dünyada her yıl kanserden dolayı 18.1 milyon yeni vaka ve 9.6 milyon ölüm olduğu Globocan 2018 verilerinde belirtilmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Dairesi (IARC), dünya genelinde erkeklerin 5'te biri, kadınların 6'da birinin hayatları boyunca kansere yakalanacağını ve kansere yakalanan erkeklerin 8'de biri, kadınların 11'de birinin kanserden öleceğini tahmin etmektedir (1).

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. IARC meme kanserindeki artışa dikkat çekmektedir. Kadınlarda meme kanseri insidansının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir (2).

Meme kanserinin gelişiminde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, ırk, aile öyküsü, ilk gebelik yaşı, daha önce meme kanseri öyküsü, benign meme hastalıkları öyküsü, uzun menstrüel siklus, hiç emzirmeme, alkol tüketimi, yağlı ve yüksek kalorili beslenme, hormon tedavisi, obezite, radyasyon maruziyeti yer almaktadır (3).

Hastalığın prognozunu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır. Meme kanseri erken tespit edildiğinde oldukça başarılı tedavi sonuçları olan ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür. Meme kanserinin erken tanı ve tarama yöntemleri: kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir. Mamografi meme kanserinde mortaliteyi azaltan en önemli tarama yöntemidir (4). Kadınlarda meme kanseri farkındalığını arttırmada KKMM ve KMM'nin yararlı olduğu bilinmektedir. Literatürde, memedeki kitlelerin yaklaşık %80'inin ilk olarak kadınların kendileri saptadığı belirtilmektedir. Bu nedenle kadınların kendi memelerini tanımaları

ve olası değişiklikleri erkenden saptayarak, sağlık kurumuna erken başvuru yapabilmeleri için dzenli olarak KKMM yapması önemlidir (5).

Sağlıklı ve hastalıklı bireylerle daha fazla temas kuran hemşireler, kanserin erken tanısı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak meme kanserini, belirtilerini ve tarama yntemlerini açıklayabilmelidirler (6).

Bu nedenle bizim çalışmamızdaki amacımız Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde alışan kadın hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı

İnsan vücudundaki hücreler, görevlerini Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) kontrolünde yerine getirmektedir. Bazı nedenlerle DNA üzerinde meydana gelen değişiklikler sonucu hücrelerin çoğalmasını denetleyen mekanizma ortadan kalkar ve hücrelerde kontrolsüz aşırı çoğalma başlar. Kontrolsüz aşırı çoğalmayla başlayan bu hücrelerin oluşturduğu klinik tabloya genel olarak 'kansere' denir (7).

2.2. Meme Kanserinin Tanımı

Meme kanseri, memenin süt bezlerinde ve üretilen sütü meme başına taşıyan kanalları döşeyen hücreler arasında, çeşitli etkenler sonucu kontrolsüz şekilde çoğalan ve başka organlara yayılma potansiyeli taşıyan hücrelerden meydana gelen tümöral oluşumdur (8). Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm on yıllarca sürer. Başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içinde sınırlı olan kanser hücreleri sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar (9).

2.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümördür. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %25'ini oluşturur. Tüm toplumlarda sıklığı giderek artan bir kanser türüdür. Kadın ve erkek birlikte değerlendirildiğinde akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (1). Tüm kadın kanseri ölümlerinin %15'inden meme kanseri sorumludur. İkinci sırayı ise, %13,8 ile akciğer kanseri almaktadır (2). Meme kanserinin görülme sıklığı ülkelere göre değişmektedir. Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme

kanseri tanısı alan kadın bulunmaktadır (3). Meme kanserinin insidansı, Avrupa ve Amerika'da daha yüksek, Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerinde daha düşüktür. Hawaii, Kaliforniya, Kanada da yılda 80-90/100.000 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, Japonya'da sadece 12-15/100.000 arasındadır. 1970'ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki Batı tarzı gelişim ve doğurganlığın Batı'ya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır (10). Ülkemizde ise 2013 yılı içerisinde tanı konulan her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %45'inin 50- 69 yaş arasında olduğu, %40'ının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv vakaların sadece %10'u uzak evrededir (11). Meme kanseri erkeklerde nadir görülmekle birlikte tüm meme kanser vakalarının %0,6'sını, erkeklerde görülen tüm malignitelerinin ise %1'lik kısmını oluşturur (12).

2.4. Meme Kanserinin Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmekte ve bu özelliklere risk faktörü denilmektedir (13).

2.4.1. Yaş ve Cinsiyet

Meme kanseri için kadın cinsiyet ve ilerlemiş yaş risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (14). Sporadik meme kanseri, 40 yaşın altındaki kadınlar arasında nadir görülürken, 40 yaşın üzerinde önemli oranda artar. 50 yaş altı kadınlar için invaziv meme kanseri görülme sıklığı 100.000'de 44 iken, 50 yaş ve üzeri kadınlar için 100.000'de 345 olarak tespit edilmiştir (15). Meme kanseri insidansı 50 yaş ve 70 yaş olmak üzere 2 farklı dönemde en yüksek seviyeye çıkmaktadır (16).

2.4.2. Irk

Meme kanseri çoğu yaş grubunda, beyaz ırkta daha sık görülmektedir. Ancak Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda 40 yaş öncesinde meme kanseri görülme sıklığı daha yüksektir. Ayrıca siyah ırktaki kadınların meme kanserinden ölme oranları da beyaz ırktaki kadınlara göre yüksektir (3).

2.4.3. Aile Öyküsü

Ailede meme kanseri öyküsünün bulunması en yaygın bilinen meme kanseri risk faktörüdür. Özellikle 50 yaşından önce meme kanseri tanısı almış bir akraba varsa risk çok daha fazla artmaktadır. Anne ve kız kardeşlerde meme kanserinin olması hayat boyu riski 4 kat daha arttırır. Eğer birinci derece akrabalarından 2 ve daha fazlası meme kanseri tanısı almışsa hayat boyu risk 5 kat daha yüksektir. 50 yaşın altında over kanseri tanısı almış birinci derece akrabası olan kadınlarda meme kanseri olma ihtimali hayat boyu 2 kat artmıştır. Yükselmiş riski gösteren aile öyküsü olmasına rağmen, bazı ailelerin genetik sonuçları normal çıkmaktadır. (17).

2.4.4. Genetik

Kalıtsal meme kanserleri tüm meme kanserlerinin %5-10 kadarını oluşturmaktadır. Kalıtsal meme kanserlerinin en yaygın sebebi BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kalıtsal mutasyondur (18). Özellikle erkeklerde meme kanseri riski ile ilişkili olan BRCA2 mutasyonlarıdır (19). BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olan kişilerde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %40-80 arasında değişmektedir. BRCA1 mutasyonu olan kadınlarda gelişen meme kanserleri karakteristik olarak erken yaşta görülmekte olup kötü diferansiye histopatolojik özellik gösterirler ve prognozları da kötüdür. Ayrıca meme kanseri Li-Fraumeni ve Cowden sendromlarının bir parçası olarak da gelişebilmektedir (20).

2.4.5. Reprodüktif Dönem

Östrojen hormonuna uzun süre maruz kalmak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Bu nedenle erken yaşta adet gören ve geç yaşta menapoz giren kadınlarda meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Siklus sayısı arttıkça,

prolifere olan duktal dokuda DNA hasarına neden olmaktadır. Bu nedenle meme kanserine yol açabilecek mutasyon riskini arttırmaktadır. 55 yaşından sonra menapoza giren kadınlarda, 45 yaşından önce menapoza giren kadınlara göre meme kanseri gelişme riski 2 kat artmaktadır (21).

2.4.6. Kişisel Meme Hastalığı Öyküsü

Proliferatif meme hastalığı veya fibroadenom olmaksızın fibrokistik hastalığı (örneğin fibrokistik değişiklik) içeren iyi huylu meme lezyonları, meme kanseri gelişme riski minimaldir (22). Hiperplazi, karmaşık özelliklere sahip fibroadenom, sklerozan adenoz ve soliter papillom için pozitif meme biyopsi öyküsü, meme kanseri riskinde hafif bir (1.5 ile 2 kat) artış ile ilişkilendirilmiştir (23). Özellikle 45 yaşın altındaki kadınlarda duktal veya lobüler atipik hiperplazi tanısı, meme kanseri riskini 4-5 kat arttırır. Memede birden fazla atipik odağı veya kalsifikasyonu olan kadınlarda risk 8-10 kat artmaktadır (24). Meme kanseri öyküsü olması diğer memede ikinci bir primer kanser riskini 3-4 kat arttırmaktadır. Herhangi bir premalign duktal karsinoma in situ varlığı (DCIS) ve ya lobular karsinoma in situ (LCIS), tedavi edilmemiş preinvaziv lezyonları olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskini 8 ila 10 kat arttırmaktadır (25).

2.4.7. Doğurganlık Öyküsü

Çocuk doğurmayan ve ilk doğurma yaşı geç olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat daha fazladır. İkinci çocuğu da erken yaşta doğurmak meme kanseri riskini azaltır. Term gebelikten sonra geçici olarak meme kanseri riski artmaktadır. İndüklenmiş abortus ve spontan abortus artmış riskle ilişkili değildir (26).

2.4.8. Emzirme

Hamilelikle birlikte meme dokusu bir dönüşüme uğrar. Gebelik emzirme döngüsü memede kalıcı moleküler histolojik değişikliğe neden olur ve meme kanseri riskini etkiler. Çoğu çalışma bir yıl ya da daha fazla emzirmenin kadınlarda meme kanseri riskini hafif azalttığını göstermektedir (27).

Emzirmenin meme kanseri üzerine koruyucu etkisinin diğer bir olası nedeni de menstrüasyonu engellemesi olarak düşünülmektedir. Yaşam boyu görülecek siklus sayısını azaltır (3).

2.4.9. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

HRT perimenopozal ve postmenopozal dönemde belirtilerin kontrolü için verilmektedir. Sadece östrojen içeren veya östrojenle kombine progesteron içeren ilaçlar kullanılabilir. Tek başına östrojen replasman tedavisinin meme kanseri gelişimi üzerine etkisine bakıldığında uzun dönemli kullanımda (10 yıldan daha uzun süre) meme kanseri gelişme riskinin bir miktar arttırdığı saptanmıştır. HRT kullanımı kesildikten 5 yıl sonra ise risk ortadan kalkmaktadır. Kombine östrojen ve progesteron replasman tedavisinde ise meme kanseri riskinde artış saptanmış ve tek başına östrojen kullanımından 2-4 kat fazla olduğu gösterilmiştir (28).

2.4.10. Oral Kontraseptif Kullanımı (OKS)

Oral kontraseptif kullananlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1,24 kat) artmaktadır. OKS kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır. Yirmi yaşından önce ve ilk gebelikten önce OKS kullanan kadınlarda risk biraz daha fazladır. OKS içeriği yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir. Yapılan çalışmaların çoğu, yüksek doz östrojen ve progesteron içeren OKS formları ile ilişkilidir. Daha düşük doz içeren yeni formlar ile meme kanseri arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir (29).

2.4.11. Sigara

Amerikan Kanser Derneği'nin kamuoyu ile paylaştığı yeni bir araştırma, sigara içen genç yaştaki kadınlarda, sık rastlanan bazı meme kanseri türlerine yakalanma riskinin arttığını gözlemlemiştir. Araştırmacıların yaptığı incelemede, 20-44 yaşları arası en az 10 yıl boyunca günde bir paket sigara içen kadınlarda, daha az sigara içen kadınlara nazaran, östrojen reseptörü taşıyan meme kanseri gelişme oranının %60 daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanan kadınlarda, daha nadir rastlanan ve daha agresif olan üçlü negatif meme kanseri gelişme riskinin ise, daha az olduğu

görülmüştür. Sigara içen genç kadınlarda meme kanseri türlerinden birinin gelişme oranı, hiç sigara içmeyen kadınlara göre, yaklaşık %30 daha fazla olarak belirlenmiştir. (30). Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (31).

2.4.12. Alkol

Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Çalışmalar alkol tüketim miktarı ve süresinin meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu düşündürmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (32). Yakın geçmişte yapılan toplum temelli çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (33).

2.4.13. Beslenme A alışkanlığı

Yağ içeriği yüksek besinlerin uzun süreli tüketiminin, serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa neden olduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Akdeniz diyetinin azalmış meme kanseri riski, Batı tarzı diyetin artmış meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (34).

2.4.14. Egzersiz

Özellikle premenapozal kadınlarda fizik aktivitede artış meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (35).

2.4.15. Obezite

Vücut ağırlığı ile meme kanseri ilişkisi menapoz durumuna göre değişmektedir. Premenapozal kadınlarda, vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki vardır. Obezite, anovulatuvar menstrual sikluslarla ilişkili olarak meme kanseri riskini azaltabilir. Postmenapozal kadınlarda ise vücut

ağırlığı ile meme kanseri riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu pozitif ilişkinin en olası açıklaması da hormon düzeyleridir. Menapozla birlikte kadınlarda overlerden salınan östrojen düzeyi düşer. Adrenal bezlerden salınan androjenler yağ dokusunda östrojene dönüşür (36). Menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu östrojenin ana kaynağı olarak işlev görmektedir. Obezite, östrojeni ve dolayısıyla östrojenin neoplazmi uyarıcı etkisini arttırmaktadır (37).

2.4.16. İyonize Radyasyon

Maruz kalınan yaşa göre radyasyonun meme kanseri riskine olan etkisi değişmektedir. 40 yaşından sonra maruz kalanlarda meme kanseri riski düşük iken, yaş azaldıkça risk artmaktadır. En fazla risk 20 yaşından önce maruz kalanlardadır. Kadınlarda mamografi çekimi esnasında maruz kalınan radyasyon ile meme kanseri riski arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Çoğunlukla kadınlarda 40 yaşından sonra mamografi çekilmekte olup radyasyona bağlı meme kanseri gelişme riski düşüktür (38).

2.5. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

2.5.1. Memede Kitle

Meme kanserinin en erken belirtisidir. Meme kanserli kadınların %70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kansere nedeniyle oluşan kitlelerin büyük çoğunluğu %45 üst dış kadrantadır. Bunu %25 ile santral kadrant takip eder. Üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5'tir (39). Kitle içi dolu bir kese ise buna kist denir. Kistler genellikle adet zamanları daha da büyür ve ağrılıdır. Özellikle menopoz öncesi 40'lı yaşlarda daha sık görülür. İçi farklı bir doku ile dolu bir kitle olabilir buna da katı (solid) kitle denir. Bu iki farklı yapıyı ayırmanın en iyi yolu kitlenin ultrasonografi ile incelenmesidir. Kistler genellikle memenin iyi huylu tümörleridir. Boyutları birkaç mm ile birkaç cm arasında değişir. 25 yaş altındaki kadınlarda nadir, menapoza yaklaşmış kadınlarda daha sık görülür. Solid kitlelerin kanser olma olasılıkları kistlere göre daha yüksektir (40). Kitle çoğu kez ağrısızdır ve kadın tarafından rastlantı sonucunda bulunur. Kitle genelde sert ve hareketsizdir; ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket eder ve bu özelliği ile bir

fibroadenomun hareketinden kolayca ayırt edilebilir (41). Memede saptanan kitlelerin mamografi ve ultrasonda değerlendirilerek kanser olma olasılığı araştırılır. Kitleden alınan parçanın patolojide incelenmesi ile kesin tanı konur (40).

2.5.2. Aksillada Kitle

Meme hastalarının lokal muayenesi meme ve aksiler bölgedeki kitlelerin birlikte değerlendirilmesi ile yapılır. Aksiler lenf nodları ile birlikte, servikal, infra ve supraklaviküler lenf bezleri de muayene edilmelidir. Yaygın aksiller tutulum varsa supraklaviküler lenf nodu tutulumu görülebilir ve bu durum meme kanserinin geç evresini yansıtır ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Aksiller lenf nodlarının durumu, invazif meme kanseri olan kadınlarda prognozu tayin eden en önemli faktördür. Aksiller lenf nodu diseksiyonu, prognozun belirlenmesi dışında, adjuvan tedavilerin (kemoterapi, radyoterapi) kararında da önemli rol oynar. Primer tümöre yönelik olarak birçok prognostik faktör incelenmiş ve lenf nodlarının sağladığı prediktif değere eşdeğer bir faktör bulunamamıştır. Aksiler alanın palpasyonunda lenf bezlerinin çapları, sayıları, birbirine veya aksiller ciltle olan ilişkisi, mobil olup olmadıkları, sertlikleri, ağrılı olup olmadıkları değerlendirilmelidir. Sert ve fiske olan lenf nodlarının metastaz olma olasılığı yüksektir. Ancak fizik muayeneyi radyolojik yöntemlerle desteklemek gerekir (42).

2.5.3. Meme Başı Akıntısı

Meme başı akıntısı fizyolojik ve patolojik sebeplere dayanabilir. Meme başı akıntısının patolojik bir anlam taşıması için kendi morfolojik değişikliğine bağlı hiçbir zorlanma olmadan kendiliğinden akıntı olması gerekir. Akıntının görünüşüne ve rengine çok dikkat edilmelidir. Meme kanserli hastaların ortalama %10'unda ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Meme başında akıntıya pek sık rastlanmaz, memede bir kitle palpe edilir ve bu kitlenin üzerine bastırıldığında akıntı başlarsa kanserle ilişkisi olduğu düşünülür. Özellikle akıntının koyu kahverengi, siyah veya kan rengi olması önemlidir. Birde su kıvamında berrak akıntı önem taşır. Böyle bir durumda meme başından gelen akıntıdan örnek alınarak incelenmesi gerekir (41).

2.5.4. Memede Ağrı

Meme kanserinde ağrı pek görülmez seyrek olarak tümör bölgesinde keskin aralıklı, hastanın “bıçak saplanır gibi” diye tanımladığı bir ağrıdan söz edilebilir. Hızlı büyüyen kitlelerde akut ağrı ve duyarlılık artışı olabilir. Meme kanseri başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur (41).

2.5.5. Meme Derisinde Ödem, Kalınlaşma ve Renk Değişikliği

Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır, tıkanma meydana gelir, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. Deride lenf akımındaki yavaşlama deri ve deri altı yağ dokusunun aşırı beslenmesine neden olur, deri kalınlaşır. Kıl folikülleri içeri çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur. Deri kızarır ve ülserasyon oluşur (41).

2.5.6. Meme veya Meme Başında Retraksiyon

Meme içerisinde büyüyen tümör, cooper bağlarını infiltre ettiğinde bu bağların kışalmasına yol açmaktadır. Cooper bağlarının kışalması ise deriyi tümöre doğru çekip retraksiyon belirtilerine neden olmaktadır. Deri retraksiyonu memede kanser olma olasılığını artırmaktadır. Retraksiyon belirtileri başlangıç döneminde hasta yatar ya da oturur pozisyonda iken görülemeyebilir, ancak kollar yukarı kaldırıldığında ya da öne doğru eğildiğinde ortaya çıkabilmektedir. Memenin üst dış ve üst iç kadranındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesine forgue belirtisi denir. Önden bakıldığında kanserli memenin başı daha yüksektedir (41).

2.5.7. Üst Kolda Anormal Şişlik

Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödemi oluşur (41).

2.6. Meme Kanserinin Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde tanı anamnez, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve biyopsi yardımıyla konur (43).

2.6.1. Anamnez

Tanısal değerlendirme iyi bir anamnez ile başlar. Hastanın yaşı, hangi şikayetler ile başvurduğu, ailesinde meme kanser varlığı, menarş yaşı, adet düzeni, menopoz yaşı, ilk doğumunu kaç yaşında yaptığı, oral kontraseptif kullanıp kullanmadığı ve daha önceden meme hastalığı geçirip geçirmediği gibi konular sorgulanmalıdır (44).

2.6.2. Fizik Muayene

Premenopozal kadında fizik muayene için en uygun zaman menstrüasyonu takip eden haftadır. Bu dönemde meme dokusu en az gergin durumdadır. Fizik muayenede palpasyonla kitle benign, malign ya da kuşkulu olarak tanımlanabilir. Benign kitleler genellikle iyi sınırlı, hareketli, sert ya da yumuşak olup, üzerindeki deride değişikliğe yol açmazlar. Malign kitleler ise sert, hareketsiz, çevre yumuşak doku ve deriye fikse olup sınırları düzensizdir (45). Kanlı akıntı, meme başında çekilme, deride çöküntü maligniteyi düşündüren bulgulardır. Kızarıklık, gergin ve dokunmakla ağrılı lezyonlar mastit gibi enfeksiyöz nedenleri düşündürür. Ancak benzer semptomların inflamatuvar meme karsinomlarında da olabileceği akılda tutulmalıdır. Değişik serilere göre tek başına meme muayenesi ile doğru tanı konma oranı %44-85 arasında değişmektedir (46).

2.6.3. Görüntüleme Yöntemleri

2.6.3.1. Mamografi

Memenin temel görüntüleme yöntemi mamografidir. Etkin bir tarama aracı olması yanında tanısal amaçla da çok sık kullanılır. Tanısal mamografi, ele gelen kitle, meme başı akıntısı, lokalize ağrı, tarama mamografisinde anormallik gibi klinik durumlarda kullanılır. Biyopsiden önce mamografinin amacı klinik anomaliyi daha iyi ortaya koymak ve multifokal karsinom ya da invazif karsinomun intraduktal komponenti gibi lezyonları tespit etmektir (47). Mamografinin tanı değeri memenin yapısına göre değişir. Yağlı bir memede mamografinin duyarlılığı %100'e yaklaşır, parankim ve stromadan zengin dens bir memede ise tanı değeri düşer. Kalsifikasyonlar, mamografide seçilebilen en küçük yapılardır. Meme kanserinde genellikle çok küçük oldukları için (150-

200 mm) mikrokalsifikasyon olarak tanımlanırlar. Erken meme kanserinin en duyarlı mamografik bulgusu mikrokalsifikasyonlardır. Ele gelmeyen kitlelerde meme kanserlerinin %40-50'sinin sadece mikrokalsifikasyon ile tespit edildiği bilinmektedir. Mikrokalsifikasyonların pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetrik özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi kuvvetli malignite bulgularıdır (48). Mamografi raporlarındaki terminolojinin standardizasyonu, lezyonların standart kriterlere göre kategorizasyonu ve tarama mamografilerinde saptanan nonpalpabl lezyonların izlem protokollerinin belirlenmesi amacıyla 1993 yılında Amerikan Radyoloji Derneği tarafından "Breast Imaging Reporting and Data System" (BIRADS) geliştirilmiştir.

BIRADS Sınıflaması

Kategori 0: İlave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var.

Kategori 1: Normal mamogram (Memeler simetrik olup, kitle, yapısal distorsiyon, şüpheli mikrokalsifikasyon içermezler).

Kategori 2: Benign bulgular (Bu da, negatif bir mamogramdır. Kalsifiye fibroadenomlar, yağ kisti, lipom, galaktosel, hamartom gibi lezyonlar görülebilir).

Kategori 3: Muhtemelen benign bulgular (Büyük olasılıkla benign özelliklere sahip, ancak çok düşük olasılıkla malign olma ihtimali olduğu için stabil olduğunu göstermek için izlem gerektiği düşünülen bulgulardır).

Kategori 4: Şüpheli bulgular (Meme kanseri açısından karakteristik görünüme sahip değildir ancak malign olmaları kuvvetle olası lezyonlardır).

4A: hafif derecede şüpheli

4B: orta derecede şüpheli

4C: ileri derecede şüpheli

Kategori 5: Yüksek olasılık ile malignite düşündüren bulgular (Mamografi histolojik tanı vermese de morfolojisi tipik olup malign olma olasılığının çok yüksek olduğu bulgulardır, doku tanısı elde edilmelidir).

Kategori 6: Malign olduğu bilinen (biyopsi ile verifiye) ancak henüz kesin tedavi uygulanmamış olgular (49).

2.6.3.2. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi, palpabl ve nonpalpabl lezyonların saptanması ve karakterizasyonu, klinik ve mamografik bulguların ileri değerlendirilmesi, girişimsel işlemlere kılavuzluk, meme implantları ile ilişkili problemlerin değerlendirilmesinde kullanılır. 30 yaş altı kadınlardaki palpabl kitlelerde, laktasyondaki kadınlarda, erkek memesi değerlendirmesinde ilk görüntüleme yöntemidir. İyonizan radyasyon kullanılmaması, ağrısız ve pratik olması, girişimsel işlemlerde kolaylık sağlaması gibi avantajları mevcuttur. USG'nin sınırlamaları ise uygulayıcıya bağımlılığı, mikrokalsifikasyonlar ve 5 mm'den küçük lezyonları göstermekte sınırlı olmasıdır (50).

2.6.3.3. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Meme görüntülemesinde kullanılan birincil yöntemler mamografi ve ultrasonografidir. MRG ise hem yapısal hem de fonksiyonel bilgi vermesi ile diğer yöntemlerden ayrılır. İnvaziv meme kanserinde duyarlılığı en yüksek yöntemdir. MRG, mamografik olarak memeleri yoğun olan ve meme koruyucu cerrahi girişim düşünülen hastalarda operasyon öncesi tümör varlığının gösterilmesinde kullanılır. Özellikle genetik çalışmalarla meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilen ve mamografide meme parankimi yoğun olan kadınlarda malignite varlığını araştırmada kullanılır. Mamografide saptanan düzensiz, silik, sınırlı, asimetrik yoğunluklar gibi şüpheli görünümünün daha iyi değerlendirilmesinde kullanılır. Kemoterapi alan hastalarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde tümörün yayılımını daha doğru göstererek tümörün tedavi öncesi ve sonrası boyutlarının regresyon ya da progresyon açısından karşılaştırılmasına olanak sağlar. Silikon implantların değerlendirilmesinde de kullanılır (51).

2.6.4. Biyopsi

Meme kanserinin kesin tanısı biyopsi ile konulmaktadır. Dört tip biyopsi vardır.

Bunlar;

-İnce iğne aspirasyon biyopsisi: İnce iğne vasıtası ile kitleden alınan parçanın incelenmesidir.

-İnsizyonel biyopsi: Memedeki kitleden bir parça alınarak patolojik incelemesinin yapılmasıdır.

-Eksizyonel biyopsi: Memedeki kitlenin tamamının çıkarılıp patolojik incelemenin yapılmasıdır (52).

-Core biyopsi (tru-cut biyopsi): Kor biyopsi iğnesi ile memedeki lezyonun değişik yerlerinden küçük doku örnekleri alınır. Doku örnekleri yaklaşık 2 cm uzunluğunda ve 1 mm kalınlığındadır. Bu doku örnekleriyle kanserli dokunun tipini, grade'ini (hücresel aktivite düzeyini) ve tedavi kararını etkileyecek reseptör bilgilerini öğrenmek mümkün olmaktadır. Yumuşak doku tümörlerinde açık biyopsi yerine tru-cut biyopsi uygulaması, özellikle tümör merkezlerinde son yıllarda giderek artmaktadır. Yüksek özgüllük ve duyarlılık oranına sahiptir (53).

2.7. Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı

Meme kanseri en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. %40-50 oranında üst dış kadrandan başlamakta, yavaş büyümektedir. Hastaların %70'inde 2-9 ayda hacmini ikiye katlamaktadır. Meme kanseri gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma in situ gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm süreci yıllarca sürer. Başlarda duktus içinde sınırlı olan kanser sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle taşınarak metastaz yeteneğine sahip olurlar (9). Bazı tümörler daha çok küçükken metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3-4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Organ metastazları

nedeniyle ölümler olmaktadır. En sık metastaz yaptığı organlar; kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30), beyindir (%20). Perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon, lenfödem, spinal kord basısı ve hiperkalsemi meme kanserinin başlıca komplikasyonlarıdır (54).

2.8. Meme Kanserinin Tedavisi

Tedavinin amaçları, hastalığı iyileştirmek tedaviden sonra normal hayata uyumu sağlamak ve hastanın yaşamını korumaktır. Hastalığın evre ve tipine bağlı olarak tedavi farklılık gösterir. Tedavi için evre çok önemlidir. Uygulanacak tedavi yöntemi hastalığın bulunduğu evreye, hastanın içinde bulunduğu psikolojik duruma ve sosyal duruma göre cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin çeşitli kombinasyonlarından oluşur. Meme kanserinin tedavisinde tedavinin şekli, tümörün özellikleri, tedaviye başlama zamanı ve hastanın tümöre direnci etkilidir. Kişiler arasında tedaviye direnç açısından farklılıklar görülmektedir. Hasta için en uygun tedavi yöntemi seçilip uygulanmalıdır (41). Meme kanserinin primer tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılabilir.

2.8.1. Lokal Tedavi Yöntemleri

2.8.1.1. Cerrahi Tedavi:

Özel bir durum olmadıkça meme kanserinde tedavinin ilk basamağı cerrahidir. Yaygın olarak modifiye radikal mastektomi yöntemi uygulanmaktadır. Ancak günümüzde meme koruyucu ameliyatlar daha fazla yapılmaya başlanmıştır. Tüm dünyada meme koruyucu ameliyatlara doğru eğilim vardır. Erken evre meme kanserinde meme koruyucu ameliyatlar uygulanmaktadır. Erken evre meme kanserinde tedavi multidisipliner bir çalışma gerektirir. Meme kanserinde iki tür cerrahi işlem söz konusudur. Bunlar; meme koruyucu cerrahi ve mastektomidir (41).

1. Meme Koruyucu Cerrahi:

Memenin bütün dokusunun çıkarılmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyattır. Meme koruyucu cerrahi içinde; tümör dokusunun bir miktar normal

meme dokusu ile birlikte çıkarılması (lumpektomi), tümörün yer aldığı kadranın çıkarılması (kadranektomi) ve memenin dörtte birinin tümörle birlikte çıkarılması (parsiyel mastektomi) yer alır (41).

2. Mastektomi:

Basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olmak üzere 3 yöntemle gerçekleştirilir.

Basit Mastektomi: Meme dokusunun tümünün çıkarıldığı, altındaki kas tabakası ile koltuk altı lenf bezlerinin korunduğu yöntemdir.

Modifiye Radikal Mastektomi: Günümüzde yaygın olarak yapılan, meme dokusunun tümü ile meme derisinin, koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı bir yöntemdir.

Radikal Mastektomi: Memenin tümünün, pektoralis minör ve majör kasları ile koltuk altı lenf bezlerinin tümünün çıkarılması işlemidir.

I. evre ve II. evrede hastalık henüz metastaz yapmadığından ve iyileşme şansı yüksek olduğundan basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük ameliyatlara uygulanacağı gibi lumpektomi ve parsiyel mastektomi de uygulanmaktadır. III. Evrede daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi, IV. evrede ise metastazlar olduğu için kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedavi uygulanmaktadır (41).

2.8.1.2. Radyoterapi:

Ameliyattan önce tümörün boyutunu küçültmek, ameliyattan sonra memede, göğüs duvarında ya da koltuk altında kalmış olabilecek ya da yeniden çoğalabilecek kanser hücrelerini yok etmek için uygulanan tedavi yöntemidir (55).

2.8.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri

2.8.2.1. Kemoterapi:

Vücuda yayılmış kanser hücrelerinin yok edilmesi amacıyla meme kanserinin ilaçla tedavisidir. İlaçlar damar içine ya da oral yolla kullanılabilir. Kemoterapi protokollerinin uygulanması ile meme kanseri

nüks ve mortalite riskinde %15- 30 azalma sağlandığı bildirilmektedir. Adjuvan, neo-adjuvan ve palyasyon amaçlı olarak kullanılabilir(55) .

1. Adjuvan Kemoterapi:

Primer tümörün çıkarılmasından sonra lokal lüks veya metastaz riskini azaltmak için mikrometastazların ortadan kaldırılmasına yönelik tedaviye denir (55).

2. Neo-adjuvan Kemoterapi:

Uzak metastazları bulunmayan yalnızca lokal nedenlerle inoperabl olan meme kanserleri uygun kemoterapik ilaçların verilmesi ile çıkarılabilir hale gelebilmesi için uygulanan bu tedaviye neo-adjuvan kemoterapi denir (55).

3. Palyatif Kemoterapi:

Lokal ya da uzak metastazları, asiti, plöral efüzyonu olan hastalara uygulanır (55).

2.8.2.2. Hormonal Tedavi:

Bu alanda en yaygın olarak kullanılan ilaç tamoksifendir. Östrojen reseptör blokeri olan bu ilaç, hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önler, hem de sitostatik özellik taşır. Nüks ve sağ kalımı doğrudan etkiler. Etkilenmemiş olan memeyi korur (55).

2.8.2.3. İmmunoterapi:

Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. Özellikle c-erB2 onkogenine karşı antikor oluşturmayı hedefler. Tedavinin hastalarda olumlu sonuç verdiği görülmüştür (55).

2.9. Meme Kanserinden Korunma

Kadın bir bireyin hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11-12,57 oranında olduğu için meme kanserinden korunmak önem kazanmaktadır. Bu nedenle riski azaltacak ya da en aza indirgeyecek tutum ve davranışlar yoluyla kanser gelişiminin önlenmesi gerekmektedir. Hastalığın olduğu durumda ise erken tanı-etkili tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin

arttırılması gerekmektedir. Bu durum birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir (56).

2.9.1. Birincil Korunma

Değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta oluşturabileceği hasarların onarılması ile kanserin önlenmesi esasına dayanan yöntemlere birincil korunma denir. Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, alkol ve sigara kullanımından kaçınılması, ilk doğumun 30 yaş altında yapılması, emzirmenin sürdürülmesi, uzun süreli oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisi kullanımından kaçınılması, özellikle puberte döneminde ve 30 yaş altında radyasyondan korunulması önemlidir. Bunların yanında ailesel hikâyesi, genetik yatkınlığı, daha önceden geçirilmiş meme kanseri öyküsü bulunan çok yüksek riskli kadınlarda kanser oluşmadan birincil korunma amaçlı cerrahi yöntem olan bilateral mastektomi ya da antiöstrojen olan “Tamoksifen” de kullanılmaktadır (56).

2.9.2. İkincil Korunma

İkincil korunmada; meme kanserinin erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. Meme kanserinin erken safhada teşhis edilmesi tedavi başarısını arttırmaktadır. KKMM, KMM ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca tarama yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (56).

2.9.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

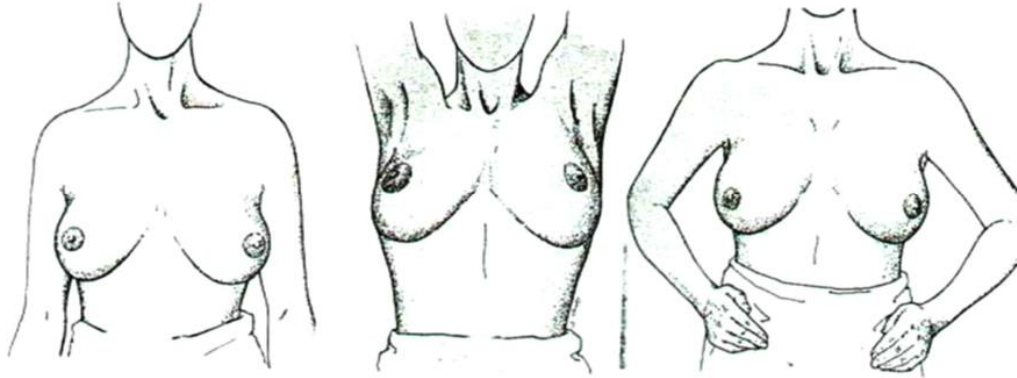
Her ay düzenli olarak KKMM yapılması meme kanseri için etkili, basit, pahalı olmayan, invaziv girişim gerektirmeyen, tehlikesi olmayan ve herhangi bir alet gerektirmeyen bir uygulamadır. KKMM'nin kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması önemli özellikleridir. KKMM, 20 yaşından itibaren premenopozal dönemde her ay menstürasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günlerinde, postmenapozal dönemde ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay

düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. KKMM emzirme döneminde emzirme sonralarında uygulanmalıdır (57).

KKMM, gözle ve elle olmak üzere iki basamakta gerçekleştirilir.

-Gözle Meme Muayenesi:

Gözle değerlendirme KKMM'nin ilk basamağıdır. Bunun için aydınlık bir odada, ayna karşısında belden yukarıdaki kıyafetler çıkarılarak, eller her iki yanda serbest vaziyette iken, havadayken, her iki el kalçanın üzerindeyken ve öne doğru eğilerek gözlemlenmelidir. Meme, meme başı ve etrafındaki dokularda, şişlik, kızarıklık, meme başı akıntısı, renk değişikliği, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan belirginleşme, çekilme, memelerde asimetri, portakal kabuğu görüntüsü, yara, kuruma, pullanma olup olmadığına bakılır (58).



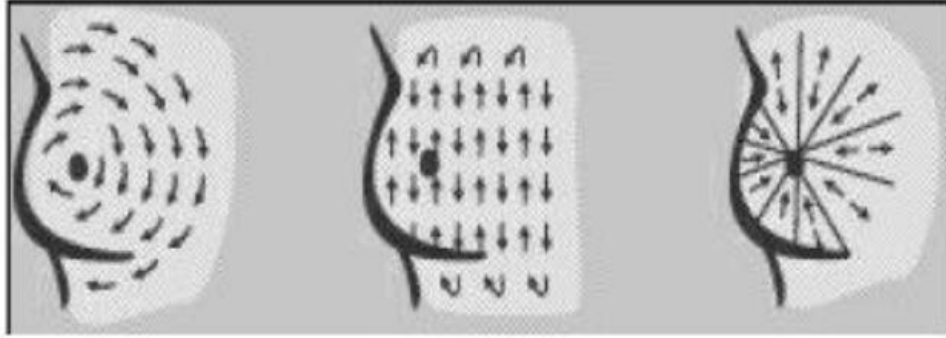
Şekil 2.1. KKMM'de memelerin eller serbest, havada ve kalçadayken gözlemlenmesi (59)

Farklı pozisyonlarda gözle muayenedeki amaç; meme dokusunun arkasında kalan kasların kasılmasına neden olarak meme dokusundaki muhtemel habis oluşumların gözle görülebilir hale gelmesini sağlamaktır (Şekil 1) (59).

-Elle Meme Muayenesi

Muayene edilecek bölgenin yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltına kadar, dikey olarak ise köprücük kemiği ile memenin birkaç cm altının arasında kalan bölge olduğu belirtilmektedir. Elle muayenede elin orta

üç parmağının iç kısımları kullanılmalı, dairesel, dikey ya da merkezden dışa tarayarak yapılmalıdır (Şekil 2). Her memede tarama toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak tekrarlanmalıdır (60).



Şekil 2.2. Yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya, dairesel veya ışınsal olarak yapılacak muayene (60)

Elle muayene, hem yatar pozisyonda hem de ayakta iken yapılmalıdır. Yatar pozisyonda sağ meme incelenecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilerek sağ kol başın altına konulmalıdır (Şekil 3). Daha sonra sol el parmaklarıyla yukarıda anlatıldığı gibi sağ meme muayene edilir ve sol memeye geçilerek aynı işlemler sol memede de tekrarlanmalıdır. Ayakta muayenede ise sağ meme muayene edilecekse sağ el enseye yerleştirilerek yatar pozisyonda elle yapılan işlemler uygulanır (Şekil 4). Sol meme için ise sol kol enseye yerleştirilip aynı işlemler tekrarlanır. Ayakta muayene sırasında kayganlık sağlanıp daha iyi hissedilmesi için ideal olan duşta eller sabunluken yapılmasıdır (60).



Şekil 2.3. Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi (60)



Şekil 2.4. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (60)

Meme kitlelerinin %80'i kadınlar tarafından yapılan muayene ile fazla büyümeden erken dönemde saptanabildiği belirtilmektedir. Meme kanserinin erken evrede tanılanmasına ve daha erken tedavi olanağı sağlamasına rağmen dünyada ve ülkemizde KKMM yapılma oranı çok düşüktür (60).

2.9.2.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme kanserinin erken belirlenebilmesi için, Amerikan Kanser Derneği KKMM ve mamografi ile birlikte 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınlarda, her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından muayenesini önermektedir. Menopoz öncesi kadınlarda, hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden KMM için en uygun zamanın, menstrüasyondan sonraki hafta olduğu belirtilmektedir. KMM'nin, mamografi ile birlikte uygulandığında, kanserin belirlenme oranını %5-20 arttırdığı; yoğun memelerde mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş, mamografi sınırlarına girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynadığı belirtilmektedir (56).

2.9.2.3. Mamografi

Mamografi en etkili tarama yöntemidir. Mamografinin en önemli avantajı, kanser olacak veya olan memede meydana gelen değişiklikleri,

fiziksel semptomların ortaya çıkmasından çok daha önce saptanmasıdır. Diğer taraftan, mamografinin tüm meme kanseri vakalarını belirlemede yetersiz olması, rutin olarak çektirilen mamografiden dolayı maruz kalınan radyasyonun meme kanserini başlatma riski, yanlış negatiflik ve yanlış pozitiflik oranları, yanlış pozitif sonuçlara ilişkin olarak kısa ve uzun dönem anksiyete yaşanması ve iyi huylu lezyonlar için gereksiz tedavilerin yapılması mamografinin potansiyel riskleridir (61). Mamografi uzun yıllardır KMM ve KKMM ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için önerilen bir yöntemdir. Amerikan Kanser Birliğine göre semptomsuz kadınların 40 yaşından itibaren yılda bir kez düzenli mamografi çektirmesi önerilmektedir (62). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından 40 yaş altındaki riskli gruptaki kadınlar için hekimlerin belirleyeceği yaş ve sıklıkta, 40-69 yaşlar arasındaki kadınlar için 2 yılda bir kez olmak üzere mamografi çektirilmesi önerilmektedir (63).

2.9.3. Üçüncül Korunma

Üçüncül korunmanın amacı, tedavi sonrası yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartmaktır. Hastaya tıbbi yardımların yanı sıra, hastalığı konusunda bilgi vermek aynı zamanda hastanın psikolojik dengesini korumak, fiziksel yeterliliğe kavuşturmak gibi medikal ve sosyal rehabilitasyona önem vermektir (64).

2.10. Meme Kanserinin Erken Tanısında Sağlık alışanlarının Önemi

Meme kanserinin erken tanısında tedavisinin olması ve sağ kalım oranının çok yüksek olması sağlık çalışanlarını, özellikle de hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır. Hastalar ve sağlıklı bireylerle daha fazla temas kuran hemşireler, kanserin erken tanısı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak meme kanserini, belirtilerini ve tarama yöntemlerini kadınlara olan önemini açıklayabilmelidirler. Sağlık alışanları, etkin iletişim ve eğitim becerilerini kullanarak kadınlara meme muayenesinin önemini anlatabilir ve kadınları bu muayeneyi yapma konusunda ikna ve teşvik edebilirler. Ayrıca, kadınlar bir sağlık çalışanının verdiği bilgiyle daha güvenli olarak meme muayenesini

yapabilir ve gerekliliğini daha gerçekçi olarak algılayabilirler (6). Sağlık alışanları bireylerin değer yargılarını, kültürlerini, yaşam tarzlarını ve sağlık hastalık algılarını ayrıca sağlık inançlarını bilmelidirler. Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında sağlık çalışanlarına yardımcı olabilir. Sağlık eğitimi veren profesyonellerden bilgi, tutum ve becerilere odaklanan programları uygulamaları yanında, davranışları olanaklı kılan faktörleri ortaya çıkaran ve olumlu sağlık davranışlarını güçlendirmeyi sağlayan yöntemler ve araç-gereç ile donanmış programları uygulamaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra, sağlığı geliştirmede ilginin giderek davranışlar üzerine olduğu, özellikle yaşam biçimi ve sosyal öğrenmenin ağırlık kazandığı durumlara dikkat etmenin önemli olduğu anlaşılmıştır (65).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Projesi

Bu araştırma projesi Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 11.12.2017 tarihinde 20/337 sayılı karar ile onaylanmıştır.

3.2. Araştırma Bölgesi

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde görev yapan kadın hemşire sayısı araştırmanın saha çalışması yapıldığı sırada 1207 kişidir.

3.4. Araştırmanın Kabul ve Dışlama Kriterleri

Çalışma grubuna Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde çalışan 20 yaş ve üstü kadın hemşireler alınmıştır, çalışmaya katılmak istemeyenler ve erkek hemşireler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.5. Araştırmanın Türü

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.6. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma için daha önce Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT) uygulanmadığından, görev yerlerinde çalışmayı kabul eden 22

kişiyeye ön çalışma yapılmıştır. Gerçekleştirilen pilot çalışmada (n=22), hemşirelerin çalışma süreleri ile ölçekten aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın hemşirelerin çalışma süresi ve ölçek puanı arasında ilişki saptayabilmek için ($\rho \neq 0$ olduğunu belirlemek için) %80 güç ve 0,05 anlamlılık düzeyinde çalışmaya en az 250 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir.

3.7. Yaklaşım ve Yöntemler

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan kadın hemşirelere görev yerlerinde ziyaret edilerek, çalışmayı kabul edenlere iki bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Anketin birinci bölümü kadın hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, meme kanseri öyküsü, meme kanseri aile hikayesi, mamografi uygulaması, kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ve bilgisini içeren 11 sorudan oluşturulmuştur. Anketin ikinci bölümü ise 20 sorudan oluşan Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT) ölçeğinden oluşturulmuştur. Ölçekte 1'den 12'ye kadar yer alan sorular; meme kanseri konusundaki genel bilgileri; 13. sorudan 20. soruya kadar olanlar ise meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgileri içermektedir. Katılımcıların ankete ayıracağı süre ortalama 20 dakika olarak belirlenmiştir. 250 kişiye uygulanacak anket ortalama 5 ay içinde tamamlanmıştır. Ankette herhangi bir kimlik bilgisi sorgulanmamakta olup, katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bu araştırmanın hipotezi olarak; kadın hemşirelerin çalışma süresi arttıkça GKMKBT' den daha yüksek puan alacağı düşünülmektedir. Mesleki çalışma yılı ve tecrübenin kişilere daha fazla bilgi kazandıracağını, bilgi ve davranış yönünden daha iyi olacağı düşünülmektedir. Diğer bir hipotezimiz cerrahi kliniklerde çalışan kadın hemşirelerin dahili kliniklerde çalışan kadın hemşirelere göre GKMKBT' den daha yüksek puan alacağı düşünülmektedir.

Cerrahi kliniklerde çalışan kadın hemşirelerin daha fazla meme kanseri vakasıyla karşılaşmaları nedeniyle böyle bir sonuç öngörmekteyiz.

3.7.1. Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (GKMKBT)

Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (The Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test); Stager tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte toplam 20 adet bilgi sorusu yer almıştır. Ölçek; Doğru-Yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Sorular içinde 8 doğru ve 12 yanlış ifade yer almıştır. Test uygulaması gerçekleştirildikten sonra; ölçeğin cevap anahtarı gereği “doğru” cevaplara 1; “yanlış” ve boş bırakılmış cevaplara ise 0 puan verilmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında ilk etapta, meme kanseri ile ilgili bilimsel literatür taranmış ve bunun sonucunda meme kanserine ilişkin bilinmesi gereken en temel bilgileri içeren 24 madde oluşturulmuştur. Hazırlanan bu 24 soruluk hazırlık testi; kapsam geçerliğini sınamak üzere; ilgili konu üzerinde çalışan akademisyenlere gönderilmiş ve onlardan görüş alınmıştır. Uzmanlardan gelen geri dönüşler sonucu testten 4 madde çıkartılmış ve testin 20 sorudan oluşmasına karar verilmiştir. GKMKBT’de genel bilgi ve tedavi edilebilirlik bilgisi olmak üzere iki boyut yer almıştır. 1’den 12’ye kadar yer alan sorular; meme kanseri konusundaki genel bilgileri; 13. sorudan 20. soruya kadar olanlar ise meme kanserinin tedavi edilebilirliği ile ilgili bilgileri içermektedir (66). Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümünden Şadan Ceren Başak tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve kendisinden izin alınarak ölçek kullanılmıştır (67).

3.8. İstatiksel Değerlendirme

Verilerin analizi SPSS v11,5 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için Ortanca (min – maks), nominal değişkenler ise kişi sayısı ve (%) olarak gösterildi. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile

ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA Varyans Analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar $p < 0,05$ için istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Çalışmanın Kapsamı ve Süresi

Bu çalışmanın katılımcı sayısı 250 olup, çalışma süresi 15.12.2017-15.04.2018 tarihleri arasında 5 ayda tamamlanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde çalışan ve çalışmayı kabul eden 250 kadın hemşireye görev yerlerinde ziyaret edilerek yapılmıştır.

Katılımcıların yaş grupları Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Yaş grupları

Yaş grupları	n	%
20-29	60	24
30-39	81	32,4
40 yaş ve üzeri	109	43,6

Katılımcıların medeni durumları; evli 171 kişi (%68,4), bekar 79 kişidir (%31,6).

Çalışmamıza katılan kadın hemşirelerin eğitim durumları Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Eğitim durumu

Eğitim durumu	n	%
Sağlık meslek lisesi	23	9,2
Ön lisans	55	22
Lisans	160	64
Lisansüstü	12	4,8

Katılımcıların hastanelerde çalıştığı bölümler Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Çalışılan bölümler

Çalışılan bölüm	n	%
Dahili bölüm	126	50,4
Cerrahi bölüm	120	48
İdari bölüm	4	1,6

Katılımcıların meslek hayatlarındaki çalışma yılları Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışma yılı

Çalışma yılı	n	%
1-5 yıl	49	19,6
6-10 yıl	29	11,6
11-15 yıl	32	12,8
16-20 yıl	34	13,6
20 yıl ve üzeri	106	42,4

Meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinme yolları Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. Meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinme yolları

Bilgi edinme yolları	n	%
Hemşirelik okulu	182	72,8
Hizmet içi eğitim programları	89	35,6
Kitap-dergi-broşür	100	40
Televizyon-radyo-internet	100	40
Doktor	30	12
Genel cerrahi uzmanı	21	
İç hastalıkları uzmanı	4	
Kadın ve doğum uzmanı	2	
Aile hekimi	2	
Plastik cerrahi uzmanı	1	

Fibrokist, fibroadenom gibi meme hastalıkları öyküsü ve akrabalarında (anne, kız kardeş, kız evlat, teyze) bulunan meme kanseri aile öyküsü verileri Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Meme hastalıkları öyküsü ve aile öyküsü

	n	%
Meme hastalıkları öyküsü		
Evet	54	21,6
Hayır	196	78,4
Aile öyküsü		
Evet	34	13,6
Hayır	213	85,2
Bilmiyor	3	1,2

Katılımcıların KKMM davranışı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. KKMM davranışı

	n	%
KKMM yapan	176	70,4
Her ay düzenli yapan	38	15,2
Bazen (düzensiz) yapan	111	44,4
Gerekliliğini düşündüğünde yapan	27	10,8
KKMM yapmayan	74	29,6

KKMM uygulama zamanı ve mamografi tarama zamanı bilgi sorularına verilen cevaplar Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. KKMM uygulama ve mamografi tarama zamanı bilgisi

	n	%
KKMM uygulama zamanı		
Doğru	160	64
Yanlış	90	36
Mamografi tarama zamanı		
Doğru	38	15,2
Yanlış	212	84,8

Katılımcıların GKMKBT ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. GKMKBT ölçek puanları

	Genel bilgi puanı	Tedavi bilgisi puanı	Toplam puan
n	250	250	250
Ortalama	7,30	6,04	13,34
SS	1,699	1,479	2,301
Ortanca	7,00	6,00	13,00
Minimum	3	1	7
Maximum	11	8	18

Katılımcıların GKMKBT sorularına verdikleri doğru cevap yüzdesi Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Sorulara verilen doğru cevap yüzdesi

	Genel bilgi testi	Tedavi bilgisi testi	Toplam
n	250	250	250
Ortalama	%60,8298	%75,450	%66,68
SS	14,15536	18,5553	11,546
Minimum	%25	%12,5	%35
Maximum	%91,66	%100	%90

Katılımcıların yaş grupları ile GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Yaş gruplarına göre GKMKBT ölçeği puanları

Yaş grupları	20-29 (n=60)	30-39 (n=81)	40 ve üzeri (n=109)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,33±1,602 7 (3-11)	7,28±1,811 8 (4-11)	7,29±1,679 7 (3-11)	0,932
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	5,62±1,932 6 (1-8)	6,23±1,297 6 (3-8)	6,14±1,273 6 (2-8)	0,225
Toplam puan ortalama± ortanca (min-max)	12,95±2,600 13 (7-17)	13,52±2,163 14 (8-18)	13,43±2,221 14 (8-18)	0,475

Hemşirelerin medeni durumları ile GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Medeni duruma göre GKMKBT ölçeği puanları

Medeni durum	Evli (n=171)	Bekar (n=79)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,30±1,722	7,29±1,658	0,926
ortanca (min-max)	7,00 (3-11)	8,00 (4-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	6,05±1,490	6,04±1,463	0,957
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,35±2,310	13,33±2,297	0,888
ortanca (min-max)	13,00 (7-18)	13,00 (9-18)	

Katılımcıların eğitim durumlarına göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Eğitim durumlarına göre GKMKBT ölçeği puanları

Eğitim durumu	Lise (n=23)	Ön lisans (n=55)	Lisans (n=160)	Lisansüstü (n=12)	p
Genel bilgi puanı					
ortalama±SS	7,61±2,017	6,96±1,539	7,36±1,695	7,50±1,784	0,254
ortanca (min-max)	8,00 (4-11)	7,00 (4-10)	7,00 (3-11)	8,00 (3-9)	
Tedavi bilgisi puanı					
ortalama±SS	5,65±1,265	6,11±1,257	6,06±1,597	6,25±1,138	0,397
ortanca (min-max)	5,00 (4-8)	6,00 (3-8)	6,00 (1-8)	6,50 (4-8)	
Toplam puan					
ortalama±SS	13,26±2,615	13,07±2,017	13,42±2,353	13,75±2,491	0,719
ortanca (min-max)	14,00 (9-18)	13,00 (8-16)	13,00 (7-18)	14,50 (8-17)	

Katılımcıların çalıştığı bölümlere göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında Dahili-Cerrahi bölümleri arasında genel bilgi puanı ($p=0,079$) ve toplam puanda ($p=0,038$) anlamlı fark saptanmıştır. Dahili

bölümde çalışanlar cerrahi bölümde çalışanlara göre genel bilgi puanı ve toplam puanda daha yüksek almıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Çalışılan bölüme göre GKMKBT ölçeği puanları

Çalışılan bölüm	Dahili (n=126)	Cerrahi (n=120)	İdari (n=4)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,56±1,652 8 (3-11)	7,08±1,673 7 (4-11)	5,50±2,380 5,5 (3-8)	0,024
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	6,17±1,446 6 (1-8)	5,92±1,526 6 (2-8)	6±0,817 6 (5-7)	0,434
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	13,73±2,236 14 (8-18)	13,00±2,294 13 (7-18)	11,50±2,246 12 (8-14)	0,017

Katılımcıların çalışma yılına göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Çalışma yılına göre GKMKBT ölçeği puanları

Çalışma yılı	1-5 yıl (n=49)	6-10 yıl (n=29)	11-15 yıl (n=32)	16-20 yıl (n=34)	20 yıl ve üzeri (n=106)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,45±1,608 8 (4-11)	6,97±1,395 7 (3-9)	7,75±1,832 8 (4-11)	7,50±1,813 8 84-11)	7,12±1,718 7 (3-11)	0,199
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	5,51±1,905 5 (2-8)	6,31±1,561 7 (1-8)	6,13±1,408 6 (3-8)	6,38±1,181 7 (4-8)	6,08±1,288 6 (2-8)	0,139
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	12,96±2,516 13 (7-17)	13,28±2,282 13 (8-17)	13,88±2,181 14 (10-18)	13,88±2,157 14 (10-18)	13,21±2,267 13 (8-18)	0,339

Hemşirelik okulundan meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinenler edinmeyenlere göre genel bilgi puanından daha yüksek puan almıştır ($p=0,026$). Diğer puanlarda anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hemşirelik okulundan bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları

Hemşirelik okulu	Evet (n=182)	Hayır (n=68)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,44±1,670	6,93±1,730	0,026
ortanca (min-max)	8 (3-11)	7 (4-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	5,98±1,527	6,22±1,337	0,270
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,42±2,306	13,15±2,294	0,334
ortanca (min-max)	13,50 (7-18)	13 (9-18)	

Hizmet içi eğitim ile meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hizmet içi eğitime göre GKMKBT ölçeği puanları

Hizmet içi eğitim	Evet (n=89)	Hayır (n=161)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,33±1,587	7,29±1,762	0,797
ortanca (min-max)	8 (3-11)	7 (3-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	6,07±1,551	6,03±1,442	0,752
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,39±2,294	13,32±2,311	0,740
ortanca (min-max)	14 (8-18)	13 (7-18)	

Kitap-dergi –broşürlerden bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Kitap-dergi –broşürlerden bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları

Kitap-dergi-broşür	Evet (n=100)	Hayır (n=150)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,12±1,585	7,42±1,766	0,227
ortanca (min-max)	7 (3-11)	8 (3-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	6,18±1,493	5,95±1,467	0,215
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,30±2,181	13,37±2,384	0,932
ortanca (min-max)	14 (8-18)	13 (7-18)	

Televizyon-radyo-internetten bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Televizyon-radyo-internetten bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları

Tv-radyo-internet	Evet (n=100)	Hayır (n=150)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,33±1,664	7,28±1,727	0,739
ortanca (min-max)	8 (3-11)	7 (3-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	6,19±1,419	5,95±1,514	0,185
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,52±22,45	13,23±2,338	0,412
ortanca (min-max)	13 (8-18)	13 (7-18)	

Doktordan bilgi edinmeyi göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Doktordan bilgi edinmeye göre GKMKBT ölçeği puanları

Doktor	Evet (n=30)	Hayır (n=220)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,17±1,487 7 (4-11)	7,32±1,728 8 (3-11)	0,489
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	5,93±1,721 6 (1-8)	6,06±1,447 6 (2-8)	0,897
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	13,10±2,383 13 (8-18)	13,38±2,293 13,5 (7-18)	0,531

Meme hastalığı öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Meme hastalığı öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları

Meme hastalığı öyküsü	Evet (n=54)	Hayır (n=196)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,50±1,668 8 (5-11)	7,24±1,707 7 (3-11)	0,572
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	6,31±1,146 6,50 (3-8)	5,97±1,552 6 (1-8)	0,181
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	13,81±2,066 14 (9-18)	13,21±2,350 13 (7-18)	0,157

Katılımcıların ailede meme kanseri öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Ailede meme kanseri öyküsüne göre GKMKBT ölçeği puanları

Aile öyküsü	Evet (n=34)	Hayır (n=213)	Bilmiyorum (n=3)	p
Genel bilgi puanı				
ortalama±SS	7,18±1,418	7,32±1,719	7,33±3,055	0,860
ortanca (min-max)	7 (4-11)	7 (3-11)	8 (4-10)	
Tedavi bilgisi puanı				
ortalama±SS	5,59±1,877	6,11±1,400	6,33±1,528	0,374
ortanca (min-max)	6 (2-8)	6 (1-8)	6 (5-8)	
Toplam puan				
ortalama±SS	12,76±2,523	14,43±2,230	13,67±4,509	0,354
ortanca (min-max)	13 (7-18)	13 (8-18)	14 (9-18)	

KKMM davranışı ile GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. KKMM davranışına göre GKMKBT ölçeği skorları

KKMM davranışı	Evet (n=176)	Hayır (n=74)	p
Genel bilgi puanı			
ortalama±SS	7,29±1,703	7,41±1,638	0,664
ortanca (min-max)	7 (3-11)	8 (4-11)	
Tedavi bilgisi puanı			
ortalama±SS	6,10±1,427	5,91±1,606	0,464
ortanca (min-max)	6 (1-8)	6 (2-8)	
Toplam puan			
ortalama±SS	13,39±2,244	13,31±2,392	0,986
ortanca (min-max)	13 (8-18)	14 (7-18)	

KKMM uygulama zamanı sorusu ile GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırdığımızda, genel bilgi puanında soruya doğru yanıt verenler vermeyenlere göre daha yüksek puan almıştır (p=0,006). Diğer puanlarda anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. KKMM uygulama zamanı sorusuna göre GKMKBT ölçeği puanları

KKMM uygulama zamanı sorusu	Doğru (n=160)	Yanlış (n=90)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,52±1,697 8 (3-11)	6,90±1,636 7 (3-10)	0,006
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	5,97±1,485 6 (1-8)	6,18±1,466 6 (2-8)	0,346
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	13,49±2,293 14 (7-18)	13,08±2,304 13 (8-17)	0,151

Mamografi tarama zamanı sorusuna göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Mamografi tarama zamanı sorusuna göre GKMKBT ölçeği puanları

Mamografi taraması	Biliyor (n=38)	Bilmiyor (n=212)	p
Genel bilgi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	7,42±1,388 8 (4-10)	7,28±1,751 7 (3-11)	0,619
Tedavi bilgisi puanı ortalama±SS ortanca (min-max)	5,89±1,586 6 (2-8)	6,07±1,467 6 (1-8)	0,508
Toplam puan ortalama±SS ortanca (min-max)	13,32±2,028 13 (10-18)	13,35±2,351 13 (7-18)	0,741

5. TARTIŞMA

Madanat ve Merrill'in Umman'da hemşireler ile öğretmenlere yapmış oldukları çalışmada genel bilgi testi sorularının doğru bilinme oranı hemşirelerde %62,2 ve Ahmed ve ark.'nın Pakistan'da yaptığı çalışmada %63,34 bulunmuştur (68, 69). Bizim çalışmamızda da katılımcıların GKMKBT ölçeğinden almış oldukları puanlar incelediğinde, genel bilgi testi sorularının doğru bilinme oranı %60,82 olarak bulunmuştur. Bu bulgular her ne kadar çalışmamızla uyumlu ise de genel bilgi testinden alınan puanların % 60 civarında olması düşündürücüdür. Gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerde sık olarak değinilen bu konuda bilginin daha yukarı seviyelere taşınması için gelişen teknolojiler ışığında eğitim yöntemlerinin de değişmesi ve yeni yöntemlere başvurulması gereksinimi olduğunu düşünmekteyiz.

Madanat ve Merrill'in Umman'da hemşireler ile öğretmenlere yapmış oldukları çalışmada genel bilgi puanında, El Asmar ve ark.'nın Beyrut'ta kadınlara yaptığı çalışmasında toplam puanda yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (68, 70). Meme kanseri kadınlarda 40-69 yaş aralığında daha fazla görülmektedir (16). Biz de yaş arttıkça meme kanserinin görülme sıklığı artmasıyla beraber kişilerin farkındalığının ve bilgilenme oranlarının artmasını bekliyoruz fakat bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde ettik, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Farkındalığı arttırmak için akıllı telefonlar ve internet aracılığı ile yaş gruplarına yönelik farklı bilgilendirme mesajları kullanılabilir.

El Asmar ve ark.'nın Beyrut'ta kadınlara yaptığı çalışmada toplam puanda üniversite mezunları ve Amin ve ark.'nın Suudi kadınlara yapmış olduğu çalışmada genel bilgi puanında ortaokul ve üzeri mezunlar daha bilgili olarak görmekteyiz (70, 71). Bizde eğitim seviyesinin artmasıyla meme kanseri bilincinin ve bilgi düzeyinin artmasını bekliyoruz fakat çalışmamızda katılımcıların eğitim durumlarına göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu

durum katılımcıların çoğunluğunun lisans ve lisansüstü programlardan mezun olmasından kaynaklanabilir.

Özdemir ve Bilgili'nin kendi oluşturdukları anket formu ile yapmış olduğu çalışmada cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin dahili bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (72). Cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin polikliniklerde daha fazla meme kanseri hastasıyla karşılaştığı ve meme kanseri operasyonu sonrası daha fazla yatan hastayla ilgilendikleri düşünülürse bilgi düzeylerinin yüksek olmasını bekliyoruz. Beklentimizin aksine çalışmamızda dahili bölümlerde çalışan hemşirelerin daha fazla puan aldığını bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalamasının ve mesleki çalışma yıllarının yüksek olmasından dolayı dahili bölümlerde çalışan hemşirelerin genel bilgi ve toplam puandan daha yüksek almış olabilirler.

Sağlık çalışanlarında çalışma yılı arttıkça meme kanseriyle ilgili bilgi, farkındalık ve duyarlılığın artmasını bekleriz. Andsoy ve Gül'ün yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma yılı arttıkça kanser bilgisinde artış olduğunu saptamışlardır (73). Bizim çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmaya katılanların çoğunluğunun hizmet yılı 20 ve üzeri olmasına rağmen bilgi düzeylerinin yeni başlayanlarla farklılık göstermemesi ileri yaş gruplarına yönelik olarak belki de eğitimlerin zorunlu hale getirilmesini gündeme taşıyacaktır.

Hemşirelik okulundan meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinenler edinmeyenlere göre genel bilgi puanından daha yüksek puan almıştır ($p=0,026$). Hemşirelik okulu sağlık eğitiminin, hemşirelik bilgisinin temelini oluşturur. Bu nedenle meme kanseri ile ilgili hemşirelik okulundan bilgi alanların genel bilgi testimizden yüksek puan alması beklenen bir durumdur. Bu araştırma grubunda hemşirelik okulundan bilgi edinenler %72 olarak bulunmuştur. Mezuniyet öncesi eğitimde bu derslerin neden zorunlu olmadığı da bir tartışma konusudur.

Daha önceki çalışmalarda kişilerde meme hastalığı öyküsü olması meme kanseri bilgisini ve bilgiye ulaşmayı arttırdığını göstermiştir.(74, 75).

Çalışmamıza göre kendisinde meme hastalığı olanlarda bilgi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma grubumuzdaki hemşirelerin %21,6'sında fibroadenom, fibrokist gibi meme hastalığı varlığında bile hastalıklarını önemsememiş veya farkındalık geliştiremediklerini düşünmekteyiz. Amin ve ark.'nın Suudi kadınlara yapmış olduğu çalışmada genel bilgi puanında ailede meme kanseri öyküsü olanlarda bilgi düzeyi daha yüksek saptanmıştır (71). Çalışmamıza göre ailesinde meme kanseri olanlarda bilgi puanlarında bir fark saptanmamıştır ve bu şaşırtıcı bir durumdur. Bu konuyla ilgili sağlık çalışanlarına meme kanseri hakkında ciddiyet, duyarlılık, engel ve yarar algılarını saptayan sağlık inanç modeli rehberliğinde eğitim ve öğretim planlarımızı yeniden gözden geçirebiliriz.

KKMM meme kanseri erken tanısında basit, pahalı olmayan, invaziv girişim gerektirmeyen, tehlikesiz ve evde uygulanan bir yöntemdir(57). Çalışmamıza katılan hemşirelerin %70,4'ü KKMM yapmakta olup, her ay düzenli olarak yapanların oranı ise %15,2 olarak bulunmuştur. Araştırma grubunun sağlık çalışanlarından oluşması, özellikle mesleki eğitimlerinin meme kanseri ile ilgili korunma bilgilerini ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri içermesi, Sağlık Bakanlığı'nın aralıklarla meme kanserine ilişkin hizmet içi eğitim programları düzenlediği düşünülürse araştırma grubunda KKMM düzenli yapanların oranı düşüktür. Türkiye'deki çalışmalara baktığımızda; Canbulat ve Uzun'un Erzurum'da kadın sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada KKMM yapanların oranı %78,1, düzenli yapanların oranı %15,8, Koç ve ark.'nın yaptığı çalışmada KKMM yapanların oranı %76,7, düzenli yapanların oranı ise %13,8, Gençtürk'ün İstanbul'da kadın sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada ise KKMM yapanların oranı %26,3, düzenli yapanların oranı %19,7 olarak bulunmuştur (76, 77, 78). Bu bulgulara göre sonuçlar çalışmamızdaki sonuçlarla benzerdir. Konu ile ilgili olarak sağlık çalışanı olmayan kadınlara yönelik yapılan çalışmalara baktığımızda; Gür ve ark.'nın yaptığı çalışmada düzenli KKMM oranı %14,7, Keten ve ark.'nın yaptığı çalışmadaki oran %17,7, Başak'ın yaptığı çalışmadaki oran ise %20,9 bulunmuştur (79, 80, 81). Bu bulgular incelendiğinde sağlık çalışanı olmayan kadınların, KKMM uygulamasını sağlık çalışanlarından daha yüksek oranda yaptıkları

görülmüştür. Bunun nedeni çalışmamıza katılanların kendilerini risk grubunda görmeme, unutma, ihmal ya da bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklanabilir.

KKMM, 20 yaşından itibaren premenopozal dönemde her ay menstürasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günlerinde, postmenopozal dönemde ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır (57). Öztürk ve ark.'nın hemşirelerde yaptığı çalışmada premenopozal KKMM uygulama zamanı sorusunu doğru yanıtlama oranı %75, Erdem ve Toktaş'ın hemşirelere yaptığı çalışmada %91 olarak bulunmuştur (82, 83). Çalışmamızdaki hemşirelerin %64'ü menopoz öncesi KKMM uygulama zamanı sorusunu doğru bilmiştir. Mamografi uzun yıllardır KMM ve KKMM ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için önerilen bir yöntemdir (62). Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri tarama programına göre mamografi ile yapılan tarama sıklığı kadınlarda 40 yaşında başlanarak her 2 yılda bir tekrarlanmalıdır (63). Çalışmamızda mamografi tarama zamanını bilme durumları incelendiğinde hemşirelerin %15,2'si doğru bilmiştir. Bu orana baktığımızda hemşirelerin tarama zamanını düşük oranda bildikleri görülmektedir. Katılımcıların meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edindikleri yer sorusuna doktordan %12, hizmet içi eğitimden %35,6, televizyon-radyo-internetten %40, kitap dergi makaleden %40, hemşirelik okulundan %72,8 oranlarında bilgi edinmişlerdir. Bu oranlara bakıldığında, KKMM uygulama zamanı ve mamografi tarama zamanı bilgisi diğer çalışmalara oranla bizim çalışmamızda düşük çıkmasının bir sebebi; konunun uzmanlarından alınan eğitimin ve hizmet içi eğitim oranının düşük olmasından kaynaklanabilir. Sağlık kurumlarındaki hizmet içi eğitim programları düzenli ve işler hale getirilmeli ve bu eğitimler meme kanseri konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından verilmelidir. Ayrıca her eğitim faaliyeti öncesinde ve sonrasında katılımcıların bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ölçülerek eğitimlerin etkinliği değerlendirilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirildiği bu araştırmanın sonuçlarına göre;

-Hemşirelerin %43,6'sı 40 yaş ve üzeri grupta, %68,4'ü evli, %64'ü lisans mezunu, %50,4'ü dahili bölümde çalışmakta, %42,4'ü 20 yıl ve üzerinde çalışmaktadır.

- Meme kanseri ve KKMM hakkında bilgiyi hemşirelerin %72,8'i hemşirelik okulu, %40'ı kitap-dergi-broşür, %40'ı televizyon-radyo-internet, %35,6'sı hizmet içi eğitim programları, %12'si doktorlardan edinmiştir.

- Hemşirelerin %21,6'sında meme hastalığı öyküsü, %13,6'sında ailede meme kanseri öyküsü mevcuttur.

- Hemşirelerin %70,4'ü KKMM yapmakta olup, her ay düzenli olarak yapanların oranı ise %15,2 olarak bulunmuştur.

-Hemşirelerin %64'ü KKMM uygulama zamanı, %15,2'si mamografi tarama zamanı sorularını doğru bilmiştir.

-Hemşirelerin GKMKBT ölçeğinden almış oldukları puanlar incelediğinde; genel bilgi testi puan ortalaması $7,3\pm 1,699$, tedavi bilgisi testi puan ortalaması $6,04\pm 1,479$ ve toplam puan ortalaması $13,34\pm 2,301$ olarak bulunmuştur. Genel bilgi testi sorularının %60,82'si, tedavi bilgisi testi sorularının %75,45'i ve toplam soruların %66,68'i doğru bilinmiştir.

- Hemşirelerin çalıştığı bölümlere göre GKMKBT ölçeği puanları karşılaştırıldığında, dahili bölümde çalışanların cerrahi bölümde çalışanlara göre genel bilgi testi puanı ($p=0,079$) ve toplam puanda ($p=0,038$) daha yüksek almıştır.

- Hemşirelik okulundan meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinenler edinmeyenlere göre genel bilgi puanından daha yüksek almıştır ($p=0,026$).

- KKMM uygulama zamanı sorusu ile GKMKBT ölçeği puanlarını karşılaştırdığımızda, genel bilgi puanında soruya doğru yanıt verenler vermeyenlere göre daha yüksek almıştır ($p=0,006$).

Meme kanseri hem ülkemizde hem de dünyada giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadın kanserlerinin yüzde 25'ini meme kanseri oluşturduğundan meme kanserinin erken tanı ve tedavisi önemlidir. Bu konuda özellikle sağlık çalışanlarına önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin meme kanseri konusunda istenilen düzeyde bilgi ve davranışları sergilemesi ile hizmet verdikleri topluma bu davranışları aktarmaları ve örnek olmaları çok önemlidir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ışığında önerilerimiz;

- Hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası hemşirelere verilen eğitimin içeriği zenginleştirilerek meme kanseri konusunda bilgi, farkındalık ve duyarlılık artırılmalıdır.

- Hemşirelerin meme kanseri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin artırılması ve olumlu sağlık davranış değişiklikleri sağlamak için belirli aralıklarla ve düzenli olarak hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır.

-Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser türü ve mortalitesi yüksek olduğundan tüm sağlık çalışanlarına meme kanserinden korunma ve erken tanının önemi benimsetilmelidir.

-Tüm sağlık çalışanlarına KKMM'sinin nasıl yapıldığı öğretilmeli ve erken tanıdaki yeri vurgulanmalıdır.

ÖZET

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları

Giriş ve Amaç: Meme kanseri, hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Hastalığın prognozunu belirleyen en önemli etken erken dönemde tanı konulmasıdır. Meme kanseri erken tespit edildiğinde oldukça başarılı tedavi sonuçları olan ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür. Meme kanserinin erken tanı ve tarama yöntemleri: kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir. Sağlıklı ve hastalıklı bireylerle daha fazla temas kuran hemşireler, kanserin erken tanısı ve tedavisi ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı ve etkili iletişim tekniklerini kullanarak kadınlara olan önemini açıklayabilmelidirler. Çalışmamızdaki amacımız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci hastanelerinde çalışan kadın hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız, 15.12.2017-15.04.2018 tarihleri arasında çalışmamızı kabul eden ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci hastanelerinde çalışan 250 kadın hemşire ile yapılmıştır. Anketin birinci bölümü kadın hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, meme kanseri öyküsü, meme kanseri aile hikayesi, mamografi uygulaması, kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ve bilgisini içeren 11 sorudan oluşturulmuştur. Anketin ikinci bölümü ise 20 sorudan oluşan Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi ölçeğinden oluşturulmuştur. Verilerin analizi SPSS v11.5 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortalama değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA Varyans Analizi testi ile ortalama değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact testi ile

değerlendirilmiştir. Sonuçlar $p < 0,05$ için istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 250 kadın hemşire katılmıştır. Hemşirelerin %43,6'sı 40 yaş ve üzeri grupta, %68,4'ü evli, %64'ü lisans mezunu, %50,4'ü dahili bölümlerde ve %42,4'ü 20 yıl ve üzerinde çalışmaktadır. %21,6'sında meme hastalığı öyküsü ve %13,6'sında ailede meme kanseri öyküsü mevcuttur. Meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgiyi katılımcıların %72,8'i hemşirelik okulundan, %35,6'sı hizmet içi eğitim programlarından, %12'si doktorlardan edinmiştir. Hemşirelerin %70,4'ü KKMM yapmaktadır ve her ay düzenli olarak yapanların oranı ise %15,2 olarak bulunmuş. Katılımcıların %64'ü KKMM uygulama zamanı ve %15,2'si mamografi tarama zamanı sorularını doğru bilmiştir. Katılımcıların Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi ölçeğinden almış oldukları puanlar incelediğinde; genel bilgi testi puan ortalaması $7,3 \pm 1,699$, tedavi bilgisi testi puan ortalaması $6,04 \pm 1,479$ ve toplam puan ortalaması $13,34 \pm 2,301$ olarak bulunmuştur. Genel bilgi testi sorularının %60,82'si, tedavi bilgisi testi sorularının %75,45'i ve toplam soruların %66,68'i doğru bilinmiştir.

Sonuçlar: Katılımcıların çoğunluğunun lisans ve üstü programlardan mezun olmasına rağmen genel bilgi testi sorularının %60,82'sini doğru yanıtlamışlardır. Dahili bölümlerde çalışanlar, hemşirelik okulundan meme kanseri eğitimi alanlar ve KKMM uygulama zamanını bilenler daha yüksek puan almıştır. Hemşirelerin sağlık çalışanı olmasına rağmen düzenli KKMM yapma oranları ve mamografi taraması bilgisi düşük bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, Hemşire, Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, Kendi kendine meme muayenesi

SUMMARY

Breast Cancer Information and Behaviors of Nurses Working in Ankara University Medical Faculty Hospital

Introduction and Objective: Breast cancer is an important public health problem both in the world and in our country. The most common type of cancer and the most common cause of death in women. The most important factor that determines the prognosis of the disease is the early diagnosis. Breast cancer is a type of cancer that has very successful treatment results and mortality rate can be reduced. Early diagnosis and screening methods of breast cancer: breast self-examination, clinical breast examination and mammography. Nurses who have more contact with healthy and patients should have sufficient knowledge and skills about early diagnosis and treatment of cancer and should be able to explain their importance to women by using effective communication techniques. The aim of this study was to evaluate the knowledge and behaviors of female nurses working in İbn-i Sina and Cebeci hospitals in Ankara University School of Medicine about breast cancer.

Materials and Methods: This research was conducted between the 15.12.2017-15.04.2018 on 250 nurses of Ankara University School of Medicine İbn-i Sina and Cebeci hospitals who participate accepted. The first part of the questionnaire consisted of 11 questions including sociodemographic characteristics of female nurses, breast cancer history, breast cancer family history, mammography practice, self-breast examination behavior and knowledge. The second part of the questionnaire consisted of 20 questions including the Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test. The data were analyzed by using SPSS software (Version 11.5). When the group number was two, the significance of differences between the groups in terms of averages was assessed by the Mann Whitney U test. When the number of groups is more than two, the significance of differences between the groups in terms of averages was assessed by ANOVA, and the significance of differences in terms of median values with the Kruskal Wallis test. Nominal

variables were analyzed by Pearson Chi-Square or Fisher Exact test. Any p value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: 250 female nurses participated in our study. 43.6% of the nurses were 40 years and over, 68.4% were married, 64% were undergraduate, 50.4% were employed in internal departments and 42.4% had a work experience of 20 years and over. 21.6% had a history of breast disease and 13.6% had a family history of breast cancer. 72.8% of the participants obtained the information about breast cancer and BSE from the nursing school, 35.6% from in-service training programs and 12% from physicians. 70.4% of nurses were performing BSE and 15.2% of those who regularly did it every month. 64% of the participants knew BSE practice time and 15.2% mammography screening time correctly. Examining the scores of the participants from the Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test Scale; the mean knowledge test score was 7.3 ± 1.699 , the average of the knowledge of treatment knowledge was 6.04 ± 1.479 and the mean total score was 13.34 ± 2.301 . Of the general knowledge questions 60,82%, of the treatment knowledge questions 75,45% and of the total questions 66,68% were responded correctly.

Conclusions: Although the majority of the participants graduated from the undergraduate and graduate programs, 60.82% of the general knowledge test questions were answered correctly. Those who work in the internal departments, who receive breast cancer education from nursing school and who have time to apply BSE have received higher scores. Although nurses were health workers, regular BSE rates and mammography screening information were low among them.

Key words: Breast cancer, Nurse, Comprehensive breast cancer knowledge test, Breast self-examination

KAYNAKLAR

1. New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018> (Erişim tarihi: 8.10.2018)
2. F Bray, J Ferlay, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2018; 0: 1-31.
3. Breast Cancer Facts & Figures | American Cancer Society. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures> (Erişim tarihi: 04.02.2018)
4. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. *J Breast Health*. 2015; 11: 31-8.
5. Akyolcu N, Altun Uğraş G. Breast self examination: how important in early diagnosis? *J Breast Health* 2011; 7: 10-14.
6. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. *Breast Cancer - Targets and Therapy* 2017; 9: 163–169.
7. Erhan Y, Kumar V, Cotran RS, Robins SL (editörler). *Temel Patoloji*. 9. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 623-635.
8. İlvan Ş. Meme Karsinomu Patolojisi. *İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. Aralık 2006; 54: 65-71.

9. Aydınтуğ, S. Meme kanserinde erken tanı. Sted. 2004; 13 (6): 226-229.
10. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 2011.
11. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf (Erişim tarihi: 08.03.2018)
12. Kim BS, Sung SH. Usefulness of 18F-FDG uptake with clinicopathologic and immunohistochemical prognostic factors in breast cancer. Annals of nuclear medicine. 2012; 26 (2): 175-83.
13. Campbell JB. Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: A Literature Review. Breast Cancer Res Treat. 2002; 74 (2): 187-192.
14. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidou A, et al. Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. J Natl Cancer I. 2005; 97 (22): 1652-62.
15. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). SEER Stat Fact Sheets:Breast. <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html#incidenceandmortality> (Erişim tarihi: 20.03.2018)
16. Jatoi I, Anderson WF, Rosenberg PS. Qualitative age-interactions in breast cancer: a tale of two diseases? Am J Clin Oncol. 2008; 31 (5): 504-506.
17. Speroff L. The million women study and breast cancer. Maturitas. 2003; 46 (1): 1-6.

18. Schwartz GF, Hughes KS, Lynch HT, et al. Proceedings of the International Consensus Conference on Breast Cancer Risk, Genetics, & Risk Management, April, 2007. *Breast J.* 2009; 15 (1): 4-16.
19. Couch FJ, Farid LM, DeShano ML, et al. BRCA2 germline mutations in male breast cancer cases and breast cancer families. *Nat Genet.* 1996; 13 (1): 123-125.
20. Lakhani SR, Jacquemier J, Sloane JP, et al. Multifactorial analysis of differences between sporadic breast cancers and cancers involving BRCA1 and BRCA2 mutations. *J Natl Cancer Inst.* 1998; 90 (15): 1138-1145.
21. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet.* 1997; 350 (9084): 1047-59.
22. Page DL. Breast lesions, pathology and cancer risk. *The breast journal.* 2004; 10 (s1): S3-S4.
23. Ashbeck EL, Rosenberg RD, Stauber PM, Key CR. Benign breast biopsy diagnosis and subsequent risk of breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers.* 2007; 16 (3): 467-72.
24. Degnim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA, et al. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. *Journal of clinical oncology.* 2007; 25 (19): 2671-7.
25. Page DL, Schuyler PA, Dupont WD, Jensen RA, Plummer WD, Simpson JF. Atypical lobular hyperplasia as a unilateral predictor of

- breast cancer risk: a retrospective cohort study. *The lancet*. 2003; 361 (9352): 125-9.
26. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet Lond Engl*. 2005; 365 (9472): 1727-1741.
 27. Faupel-Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, et al. Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk: summary of a National Cancer Institute-sponsored workshop. *J Natl Cancer Inst*. 2013; 105 (3): 166-174.
 28. Salman MC, Gültekin M, Taşkiran Ç, Ayhan A. Hormon ve meme. *Türk Jinekolojik Onkol Derg*. 2005; 8: 37-53.
 29. Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S. Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer. *Mayo Clin Proc*. 2008; 83 (1): 86-91.
 30. Kawai M, et al. Active Smoking and the Risk of Estrogen Receptor-Positive and Triple-Negative Breast Cancer Among Women Ages 20 to 44 Years. *Cancer*. 2014; 120: 1026-34.
 31. Cui Y, Miller AB, Rohan TE. Cigarette smoking and breast cancer risk: update of a prospective cohort study. *Breast cancer research and treatment*. 2006; 100 (3): 293-9.
 32. Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, et al. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Ann Epidemiol*. 2006; 16 (3): 230-40.
 33. Suzuki R, Ye W, Rylander-Rudqvist T, Saji S, Colditz GA, Wolk A. Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen

and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *J Natl Cancer Inst.* 2005; 97 (21): 1601-8.

34. Murtaugh MA, Sweeney C, Giuliano AR, Herrick JS, Hines L, Byers T, et al. Diet patterns and breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic White women: the Four-Corners Breast Cancer Study. *The American journal of clinical nutrition.* 2008; 87 (4): 978-84.
35. Howard RA, Leitzmann MF, Linet MS, Freedman DM. Physical activity and breast cancer risk among pre- and postmenopausal women in the US Radiologic Technologists cohort. *Cancer Causes & Control.* 2009; 20 (3): 323-33.
36. Rinaldi S, Key TJ, Peeters PHM, et al. Anthropometric measures, endogenous sex steroids and breast cancer risk in postmenopausal women: A study within the EPIC cohort. *Int J Cancer.* 2006; 118 (11): 2832-2839.
37. Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, et al. Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Obes Rev.* 2013; 14 (8): 665-678.
38. Hurley SF, Kaldor JM. The benefits and risks of mammographic screening for breast cancer. *Epidemiol Rev.* 1992; 14: 101-130.
39. Değerli Ü. Genel Cerrahi. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 356-371.
40. Gürbüz C. Kadınlar İçin Meme Sağlığı Bilgileri. 1. Baskı, İstanbul: Türkiye Meme Vakfı Yayınları, 2005: 1-56.

41. Topuz E, Aydiner A, Dinçer (editörler). Meme Kanseri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 90-107.
42. Tasdelen İ. Meme Hastalıklarında Belirtiler. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al (editörler). Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2012: Sayfa 33-46.
43. Topal U. Meme kanseri taraması. Engin K (editör). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 623- 627.
44. Meydan N, Barutça S, Özgün H, Taşkın F, Yüksel H, Boylu Ş. İkiz gebelik sonrası tekrarlayan medüller meme kanseri. Meme Sağlığı Dergisi. 2006; 2: 31-33.
45. Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, Westerhof JP, Grabbe E. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. Eur Radiol. 1999; 9 (3): 470-473.
46. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. Radiology. 2004; 233 (3): 830-849.
47. Van Goethem M, Tjalma W, Schelfout K, Verslegers I, Biltjes I, Parizel P. Magnetic resonance imaging in breast cancer. Eur J Surg Oncol EJSO. 2006; 32 (9): 901-910.
48. Ernst MF, Roukema JA. Diagnosis of non-palpable breast cancer: a review. Breast Edinb Scotl. 2002; 11 (1): 13-22.

49. Başkan S, Atahan K, Arıbal E, et al. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). Meme Sağlığı Dergisi Journal Breast Health. 2012; 8 (3).
50. Özdemir A, Kahraman E, Voyvoda NK. US screening in asymptomatic women with mammographically normal dense breasts. Oral presentation, Chicago RSNA 2005.
51. Tunacı M. Meme radyolojisi: MRG. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al (editörler). Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 125-139.
52. Aksoy G (editör). Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği El Kitabı. 1.Baskı, İstanbul: Birlik Ofset, 1998.
53. Berner A, Davidson B, Sigstad E, Risberg B. Fine-needle aspiration cytology vs. core biopsy in the diagnosis of breast lesions. Diagn Cytopathol. 2003; 29: 344-348.
54. Boğa S. Beyin Metastazı Olan Meme Kanseri Hastalarının Klinikopatolojik Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2010.
55. Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O. Meme kanseri. Değerli Ü, Erbil Y (editörler). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 277-286.
56. Gençtürk N. Meme Kanserinde Korunma. J Anatolia Nurs Health Sci. 2007;10 (4): 72-82.
57. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, et al. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire,

hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gülhane Tıp Derg. 2006; 48: 200-204.

58. İğci A, Asoğlu O. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. Topuz E, Aydın A, Dinçer M (editörler). Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2003:113-123.
59. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Aslan FE (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2017: 919-947.
60. Kendi Kendine Meme Muayenesi. <https://www.jinekoloji.net/kendi-kendine-meme-muayenesi>. (Erişim Tarihi: 28.03.2018)
61. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2010; 60: 99-119.
62. Seçginli S. Meme kanseri Taraması: Son yenilikler neler? TAF Prev Med Bull. 2011;10: 193-200.
63. MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMI ULUSAL STANDARTLARI <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf> (Erişim tarihi: 28.03.2018)
64. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık, 1993.
65. Güler Ç, Akın L (Editors). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

66. Stager, J. L. The comprehensive breast cancer knowledge test: validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18 (7): 1133-1140.
67. Başak, S. C. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Bilgi Seviyesi: Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi' nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü Klinik Sağlık Psikolojisi Programı, 2015.
68. Madanat H, Merill RM. Breast Cancer Risk-factor and Screening Awareness Among Women Nurses and Teachers in Amman, Jordan. *Cancer Nursing*. 2002; 25 (4): 276-282.
69. Ahmed F, Mahmud S, et al. Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 2006 5:6.
70. El Asmar M, ve ark. Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Breast Cancer amongst Lebanese Females in Beirut. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018; 19 (3): 625-631.
71. Amin TT, ve ark. Breast Cancer Knowledge, Risk Factors and Screening Among Adult Saudi Women in a Primary Health Care Setting. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2009; 10: 133-138.
72. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi Ve Uygulamaları. *Taf Preventive Medicine Bulletin*. 2010; 9 (6): 605-612
73. Andsoy II, Gül A. Breast, Cervix and Colorectal Cancer Knowledge among Nurses in Turkey. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*. 2014; 15 (5): 2267-2272.

74. Milaat WA. Knowledge of secondary-school female students on breast cancer and breast self-examination in Jeddah, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J*, 6, 338-44
75. Yanni Seif N, Aziz M. Effect of breast self examination training program on knowledge, attitude and practices of a group of working women. *J Egyptian Natl Cancer Inst*, 12, 105-15.
76. Canbulat N, Uzun Ö. Health Beliefs and Breast Cancer Screening Behaviors among Female Health Workers in Turkey. *European Journal Of Oncology Nursing*. 2008; 12 (2): 148–156.
77. Koç Z, ve ark. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Journal Breast Health*. 2014; 10: 166-173.
78. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *The Journal of Breast Health*. 2013; Vol: 9, No: 1.
79. Gür K, ve ark. İstanbul'da Bir Mahallede Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Riskleri ve KKMM Eğitiminin Etkinliği. *Journal Breast Health*. 2014; 10: 154-160.
80. Keten HS, ve ark. Knowledge, Attitudes and Behavior About Breast Cancer in Women Presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Medical Journal*. 2014; 20 (3): 212-216.

81. Başak F. Knowledge and Behaviors Related to Breast Cancer Screening in Bozkır Konya: A Cross-Sectional Questionnaire Study. *Bezmialem Science*. 2016; 1: 19-24.
82. Öztürk M, ve ark. Isparta'daki Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Ebelerin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi ve Tutumları. *SDÜ Tıp Dergisi*. 2001; 8 (1): 55-62.
83. Erdem Ö, Toktaş İ. Knowledge, Attitudes, and Behaviors about Breast Self-Examination and Mammography among Female Primary Healthcare Workers in Diyarbakır, Turkey. *BioMed Research International* Volume 2016, Article ID 6490156, 6 pages.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Karar Örneği

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 11/12/2017

Toplantı Sayısı : 20

Karar Sayısı : 337

337-Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı **Dr.Arş.Gör.Tayfun Yılmaz**'ın "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili 13/10/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı **Dr.Arş.Gör.Tayfun Yılmaz**'ın "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
11/12/2017


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-2: Ölçek İzni



Tayfun Yılmaz <drtyfnylmz@gmail.com>

Ölçek İzni hk.

3 ileti

Ş.Ceren Başak <scerenbasak@gmail.com>
Alıcı: drtyfnylmz@gmail.com

3 Temmuz 2017 11:38

Merhaba Tayfun Bey,

Ölçeğin kullanımı için iznimi iletmek üzere yazıyorum. Ekte ölçeğin orijinal makalesini iletiyorum. Maddelerin doğru ve yanlış cevapları makalenin sonunda yer alıyor. Puanlama olarak her doğru yanlış 1 puan, yanlış cevap 0 puan olarak değerlendiriliyor. Ekte kendi tezimi de iletiyorum, diğer değerlendirmeler ve alt ölçek yorumlamaları için inceleyebilirsiniz.

Kolaylıklar diliyorum.

İyi çalışmalar,

--
Ş.Ceren BAŞAK ARAZ
Counseling System Specialist
CIAD Counselor
Center for Individual and Academic Development-CIAD
Sabanci University
Phone: +90 216 483 9448
Fax: +90 216 483 9480

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin

Ek-3: Anket Formu

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

ANKET FORMU

Bu anket formu, meme kanseri konusundaki bilgi ve görüşlerinizi belirlemeye yönelik bir çalışmadır. Değerli katılımcı; **anketlere ad ve soyadınızı kesinlikle yazmayınız**. Anket formu bilimsel amaçlarla hazırlanmış ve sadece bu amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Araştırma bulgularının gerçekçi ve yararlı olabilmesi; anketi **doğru ve eksiksiz** biçimde cevaplandırmanıza bağlıdır. Araştırmadan toplanacak bütün veriler **toplu olarak** değerlendirilecektir. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:

1. 20-29 yaş
2. 30-39 yaş
3. 40 yaş ve Üzeri

2. Medeni durumunuz:

1. Evli
2. Bekar

3. Eğitim durumunuz:

1. Sağlık Meslek Lisesi
2. Ön Lisans
3. Lisans
4. Lisansüstü

4. Hastanede hangi bölümde çalışıyorsunuz?

1. Cerrahi Bölüm
2. Dahili Bölüm
3. İdari Bölüm

5. Mesleğinizde kaçınıcı yılınız?

1. 1-5yıl
2. 6-10yıl
3. 11-15yıl
4. 16-20yıl
5. 20 yıl üzeri

6.Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında nereden bilgi edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hemşirelik Okulu
2. Hizmet İçi Eğitim Programları
3. Kitap-Dergi-Broşür
4. Televizyon-Radyo-İnternet
5. Doktorumdan – Branşı yazınız.....

7.Önceden geçirilen meme hastalığınız (fibrokistik hastalık, fibroadenom vb.) var mı?

1. Evet
2. Hayır

8.Birinci derece akrabalarınızda (anne, kız kardeş, kız evlat, teyze v.b.) meme kanseri öyküsü var mı?

1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum

9.Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

Cevabınız EVET ise ne sıklıkla yapıyorsunuz?

1. Her ay (düzenli)
2. Bazen: (düzensiz)
3. Gerekliliğini düşündüğümde

10. Menopoz öncesi ayın hangi dönemlerinde Kendi Kendine Meme Muayenesini uygulamak gerekir?

1. Ayın herhangi bir günü
2. Mens'ten hemen önce
3. Mensturasyon başlamasından 2-3 gün sonra
4. Mensturasyon bitiminden 4-8 gün sonra

11.Tarama amaçlı mamografi uygulamasıyla ilgili hangisi doğrudur?

1. 40 yaşından sonra yılda 1 defa
2. 40 yaşından sonra 2 yılda 1 defa
3. 50 yaşından sonra yılda 1 defa
4. 50 yaşından sonra yılda 2 defa

Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi

		DOĞRU	YANLIŞ
1	Memeye alınan sert bir darbe bir kadının ileriki hayatında meme kanserine yakalanmasına sebep olabilir.		
2	Sıkı bir sütyenin sürekli tahriş etmesi zaman içerisinde meme kanserine sebep olabilir.		
3	Türkiye’de yaşayan her on kadından biri, hayatının herhangi bir evresinde meme kanserine yakalanacaktır.		
4	Bazı kadınlarda fazla kilolu olmak meme kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır.		
5	İlk çocuğunu 30 yaşından önce doğuran bir kadının, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadına göre meme kanserine yakalanması daha muhtemeldir.		
6	Meme kanseri için bilinen hiçbir risk faktörüne sahip olmayan kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar.		
7	Bazı fibrokistik meme hastalıkları (kansersiz olmayan kitle) bir kadının meme kanserine yakalanma riskini artırır.		
8	Türkiye’deki kadınların meme kanserine yakalanma riski Asya ve Afrika’dakilere oranla daha yüksektir.		
9	Meme kanserine 65 yaşındaki kadınlarda, 40 yaşındakilere oranla daha çok rastlanır.		
10	Kadınlarda en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir.		
11	70yaş üzeri kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar.		
12	Memede rastlanan kitlelerin çoğu kanserlidir.		
13	Bugünlerde birçok kadın için meme kanseri memenin alınmamasına (mastektomi) rağmen başarı ile tedavi edilebilir.		
14	Memedeki kanserli bir kitle acı vermeye başladığında başarılı tedavi için artık çok geçtir.		
15	Memeyi çevreleyen ve koltuk altında yer alan lenf bezleri alınmadığı takdirde meme kanseri tedavi edilemez.		
16	Meme kanseri bazen kitlenin alımıyla (lampektomi) ve radyasyon tedavisi ile başarı ile tedavi edilebilir.		
17	Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bir kadının tedavi edilebilme olasılığı ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan bir kadına göre daha düşüktür.		
18	Bir kadın memedeki kanserli kitleyi hissedebiliyorsa etkili tedavi için geç kalınmıştır.		
19	Çok erken evresinde yakalansa bile meme kanserinde tedavi şansı tüm meme alındığı takdirde çok daha iyidir.		
20	Erken teşhis ve tedavi olsa bile, meme kanserine yakalanan bir kadının normal bir yaşam süresine sahip olması olası değildir.		

Ek-4: Anket Bilgilendirme Metni

ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen Ceyhun Peker

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri

Sayın Gönüllü;

Bu anket formu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastanelerinde çalışan kadın hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde 31 sorudan oluşan bu anket formunu doldurmanız yaklaşık 10-15dk alacaktır.

Anketimizde kimlik bilgileriniz (isim, soyisim, TC kimlik no, vb.) istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır.

Tüm sorulara eksiksiz bir şekilde yanıt vermeniz çalışmamız için oldukça önemlidir. Bu ankette elde edeceğimiz bilgiler amacı dışında kullanılmayacağı gibi size ait kişisel bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katılarınız için teşekkür ederiz.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi:

Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

Araş. Gör. Dr. Tayfun YILMAZ

İrtibat:

0506 882 64 94

0532 312 54 77