

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**40-69 YAŞ KADINLAR ARASINDA MEME KANSERİ TARAMA
YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ EĞİTİM ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Salih Zekeriya KARSLIOĞLU

TRABZON 2017

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

40-69 YAŞ KADINLAR ARASINDA MEME KANSERİ TARAMA
YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ EĞİTİM ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Salih Zekeriya KARSLIOĞLU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Turan SET

TRABZON 2017

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında engin bilgi ve tecrübelerini, değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan sayın hocam Doç. Dr. Turan SET'e,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yardımları ile önemli katkıları olan sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ'e teşekkür ediyorum.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığımız tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ayrıca teşekkür ediyorum.

Çalışmalarımın her aşamasında tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan eşsiz ve kıymetli eşim Meltem KARSLIOĞLU'na, ayrıca tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve bu günlere gelmemde en büyük payı olan sevgili aileme de sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr. Salih Zekeriya KARSLIOĞLU

ÖZET

40-69 Yaş Kadınlar Arasında Meme Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmada 40-69 yaş kadınlar arasında meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili eğitimin bilgi düzeyi ve davranış değişikliği üzerindeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı'nda Kasım 2016 ile Mayıs 2017 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya aile hekimliği polikliniğine başvuran ve 40-69 yaş arasındaki 74 gönüllü kadın alındı. Verilerin toplanmasında demografik özellikleri, meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranış durumlarını içeren 42 soruluk bir anket formu kullanıldı. Bu anket formu eğitim öncesi her katılımcıya uygulandı. Katılımcılara 20'şer kişilik gruplar halinde PowerPoint sunumu ve meme muayene eğitim maketinin de kullanıldığı yarım günlük eğitim verildi. KKMM (kendi kendine meme muayenesi), KMM (klinik meme muayenesi) ve mamografi uygulamalarındaki değişiklikleri belirlemek için eğitimden 3 ay sonra katılımcılarla telefon görüşmesi yapıldı.

Bulgular: Kadınların, çalışmanın başlangıcındaki bilgi düzeyi 22 puan üzerinden $12,2 \pm 3,7$ puandı. Eğitim sonrasında bilgi düzeyi puan ortalaması $19,7 \pm 1,8$ puan olup anlamlı derecede artmıştır ($p < 0,001$). Çalışmaya katılan kadınların eğitim öncesinde KKMM yapma oranı %59,5 iken eğitim sonrası %91,9 oldu ($p < 0,001$). Eğitim öncesi mamografi çekirme oranı %37,8 iken eğitim sonrası %90,5 oldu ($p < 0,001$). KMM yaptırılanların oranı da eğitim sonrasında %54,1'den %55,4'e yükseldi ($p = 1.000$).

Sonuç: Kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri konusundaki bilgi, tutum ve davranışları üzerine eğitimin etkili olduğu görülmüştür. Bu konuda risk altındaki bireylere eğitim ve danışmanlık verilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, meme kanseri, davranış değişikliği, mamografi, tarama

SUMMARY

Effect of education about breast cancer screening methods among 40-69 ages women

Aim: In this study, we aimed to evaluate effectiveness of the education on level of knowledge and behavioral change about breast cancer and screening methods among 40-69 year old women.

Materials and Methods: The research was carried out between November 2016 and May 2017 at Karadeniz Technical University Medical Faculty, Department of Family Medicine. 74 volunteer women aged 40-69 who applied to the family medicine polyclinic were included in the study. In the collection of the data, a questionnaire consists of 42 questions including demographic characteristics and information, attitudes and behaviors related to breast cancer and screening methods was used. This questionnaire was applied to each participant before and after the training. A half-day education was given to participants in groups of 20 people using PowerPoint presentation and breast examination training model. A telephone interview was held with participants after 3 months of education to learn about changes in breast self-examination (BSE), clinical breast examination (CBE) and mammography practices.

Results: At the beginning of the study, mean knowledge score of women was 12.2 ± 3.7 . Mean knowledge score was 19.7 ± 1.8 after education, which was significantly increased ($p < 0.001$). The rate of doing BSE increased from 59.5% to 91.9% after education ($p < 0.001$). The rate of having pre-training mammography was 37.8% and post-training was 90.5% ($p < 0.001$). The rate of those who have received a CBE increased from 54.1% to 55.4% after the training ($p = 1.000$).

Conclusions: It has been shown that education on the knowledge, attitudes and behaviors of women about breast cancer and screening methods is effective. It would be beneficial to provide training and counseling to individuals at risk in this regard.

Keywords: Education, breast cancer, behavior change, mammography, screening

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
ÖZET.....	II
SUMMARY	III
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	3
2.2. Meme Embriyolojisi.....	3
2.3. Meme Anatomisi	4
2.3.1. Deri Tabakası	4
2.3.2. Deri Altı Dokusu	4
2.3.3. Meme Bezi (Glandula mammmaria).....	5
2.3.4. Meme Arkası Gevşek Bağ Dokusu	5
2.3.5. Memenin Arteriel ve Venöz Dolaşımı	5
2.3.6. Memenin lenfatik sistemi	5
2.4. Meme Fizyolojisi.....	6
2.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri	7
2.5.1. Yaş ve Cinsiyet.....	7
2.5.2. Aile Öyküsü.....	7
2.5.3. Üreme Faktörleri ve Steroid Hormonları	9
2.5.4. Kişisel Meme Hastalığı Öyküsü.....	11
2.5.5. Yaşam Tarzı Riskleri.....	12
2.6. Meme Kanseri Belirtileri.....	14
2.6.1. Memede Kitle	14
2.6.2. Aksillada Kitle.....	14
2.6.3. Meme Başı Akıntıları	15
2.6.4. Mastalji.....	16
2.7. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	16

2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	17
2.7.2. Klinik Meme Muayenesi	20
2.7.3. Mamografi	21
2.8. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırma Evreni	25
3.3. Örneklem	25
3.4. Veri Toplama.....	25
3.5. İstatistiksel Analiz	27
3.6. Etik Konular	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR.....	39
8. EKLER	48

KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
ACOG: Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği
AKB: Amerika kanser birliği
BH: Büyüme hormonu
BRCA: Breast Cancer Gene
DCIS: Duktal karsinom in situ
DHEA: Dehidroepiandrosteron
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FDA: Food and Drug Administration
HRT: Hormon replasman tedavisi
IGFP-I: İnsülin benzeri büyüme faktörü
KETEM: Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi
KKMM: Kendi kendine meme muayenesi
KMM: Klinik meme muayenesi
LCIS: Lobular karsinoma in situ
MBA: Meme başı akıntısı
MRG: Manyetik rezonans görüntüleme
OKS: Oral kontraseptif
ÖR: Östrojen reseptörü
PRL: Prolaktin
PTEN: Phosphatase and Tensin Homolog
SERM: Selektif östrojen reseptör modülatörleri
T.C.: Türkiye Cumhuriyeti
TRH: Tirotropin relasing hormon
TSH: Tiroid Stimulation Hormone
UKAA: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği tarama önerileri
VAS: Vizüel analog skala
VKİ: Vücut kitle indeksi
WHI: Women's Health Initiative

ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. Çalışmaya katılan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyi puan ortalamaları

Grafik 2. Çalışmaya katılan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası meme kanseri tarama yöntemlerini uygulama oranları

Şekil 1. Kendi kendine meme muayenesi şekilleri



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Meme kanseri ve tarama yöntemleri eğitim programı

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri



1. GİRİŞ

Meme kanseri Türkiye’de ve dünyada kadınlarda en sık görülen ve aynı zamanda en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Kadınlardaki toplam kanser vakalarının %25’ini ve kanserden ölümlerin %15’ini oluşturmaktadır. Meme kanserlerinin yaklaşık yarısı ve ölümlerin ise %60’ının gelişmekte olan ülkelerde olduğu tahmin edilmektedir (1). Dünyada ortalama insidansı yüz binde 38 iken, Avrupa’da bu oran yüz binde 66’dır. Kanser Kontrol Dairesi Başkanlığı'na (Sağlık Bakanlığı) ait 2009 istatistiklerine göre meme kanseri ülkemizde yüz binde 40,6 oranında görülmektedir. Ülkemizdeki meme kanseri vakalarının %43,6’sı 1. evrede, %56,4’ü ise 2-4. evrededir (3).

Meme kanseriyle ilgili tanımlanan risk faktörleri etiyojolojiyi aydınlatmakta yetersizdir ve korunma henüz olanaklı değildir. Tarama yöntemleri kullanılarak meme kanseri tanısı erken evrede koyulabilmekte ve kanser yayılmadan daha basit müdahalelerle tedavi edilebilmektedir. Bunun yanında meme kanserinde hastanın on yıl yaşama şansı, metastaz yapmamış küçük tümörlerde daha yüksek orandadır. Bu nedenle meme kanserinde erken tanı çok önemlidir.

Meme kanserinde erken tanı için önerilen ve birbirini tamamlayan üç tarama yöntemi vardır. Bunlar “Kendi Kendine Meme Muayenesi” (KKMM), “sağlık personeli tarafından yapılan klinik muayene” (KMM) ve “mamografidir”. KKMM yöntemi, mamografi ve fizik muayene kadar duyarlı olamamakla birlikte bütün kadınlar için uygulanması kolay, ekonomik, özel araç gerektirmeyen, güvenli, non-invaziv bir işlem olup ayrıca meme kanseri için etkili bir erken tanı yöntemi olabilmektedir (2). Erken yaşlardan itibaren düzenli olarak meme muayenesi yapan kadınlar, memelerinin dokusunu daha iyi tanıyabilmekte ve en küçük değişikliklerin farkına varabilmektedir (3). KKMM yapan kadınların meme kanserini % 95, erken evre meme kanserini ise % 65 oranında kendilerinin tespit ettiklerini ve bu sayede mortalitede %18 oranında azalma sağladıklarına yönelik çalışmalar mevcuttur (4, 5).

Mamografinin meme kanserini erken belirlemede ve mortalite azalmasında önemli bir rolü vardır (6, 7). Bu nedenle periyodik sağlık muayeneleri kapsamında mamografi uygulaması önemlidir. Mamografi uygulama önerileri ülkeden ülkeye değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği 50

yaşından sonra her kadının 2 yılda 1 mamografi çekmesini önermektedir. Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği (ACOG) 40 yaşından sonra her kadının yılda 1 mamografi çekmesini önermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ise 40 yaşından sonra 69 yaşına kadar 2 yılda bir yapılmasını önermektedir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında meme kanseri ve tarama yöntemleri konusunda ülkemizde ve dünyada bilgi ve pratik eksikliği olduğu görülmektedir (8, 9). Bilgi düzeyindeki eksiklik tarama yöntemlerine olan ilgiyi azaltmakta ve kanserin erken evrede yakalanmasını engellemektedir. Bu durum eğitim programları ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Ülkemizde eğitimin mamografi uygulaması üzerinde etkili olduğunu gösteren az sayıda çalışma vardır. Ayrıca ülkemizde yapılan çalışmalar kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin ve tarama yöntemlerine katılım oranlarının yetersiz olduğunu göstermiştir (9-14).

Kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemlidir. Bu çalışmada meme kanseri tarama yöntemleri ile ilgili eğitimin bilgi ve davranış değişikliği üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

ABD'de meme kanseri kadınlarda cilt kanseri sonrası ikinci sırada görülen kanserdir. Hem kadınlarda hem erkeklerde görülebilir fakat erkeklerde daha nadirdir. Her yıl kadınlarda meme kanseri vakaları erkeklerden yaklaşık 100 kat daha fazla görülmektedir.

2014 yılında ABD'de 3 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmuş. 2017'de 252.710 kadına meme kanseri tanısı konulacağı ve 40.610'unun bu hastalıktan öleceği tahmin edilmektedir (15).

2013 yılında belirlenen istatistiklerimize göre ülkemizde bir yıl içinde yaklaşık 174000 kişiye kanser tanısı konulmaktadır. Türkiye'de görülmekte olan kanserin sıklığı Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre daha düşüktür (16).

Ülkemizde 103.070 erkek ve 71.233 kadın kansere yakalanmaktadır. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 2013 yılı içerisinde tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i 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 (16).

2.2. Meme Embriyolojisi

İnsan memesi, embriyolojik gelişmenin 6. haftasında maksilladan kasığa dek uzanan ektodermal bir kalınlaşma şeklindedir. Buna süt çizgisi denir. 5. ayda insan memesi deri altı bağ dokusu içinde yelpaze şeklinde dağılan 15-20 adet uçları topuz şeklinde genişlemiş süt kanalları şeklinde izlenir. 7. ve 8. aylarda kanal boşlukları lümen şekline dönüşür. Aynı zamanda meme başının gelişmesini sağlayacak küçük bir içe çökük bölge belirir.

Doğumda areola deriden hafifçe kalınlaşma gösterir ve az miktarda bez kapsar. Doğumdan kısa bir süre sonra areola hafif derecede artan pigmentasyonla etraf dokudan kolayca ayrılır.

Yeni doğanda anneye ait yüksek östrojen seviyesinin etkisi ile glandlarda duktus sisteminde hipertrofi, asinilerde belirginleşme ve stroma damarlanmasında artma izlenebilir. Doğumun 2. ve 3. haftasında değişiklikler kendiliğinden geriler (17). 20. haftanın sonuna kadar memede meydana gelen değişimler hormonal etkilerden bağımsızdır (18-20). 20.haftadan sonraki gelişimler ise fetusun cinsiyetine, steroid hormonlarına ve human plasental laktojene bağlıdır. Üçüncü trimestırda memede süt kanalları gelişir. 32. ve 40. haftalarda bağ dokusu, yağ dokusu ve damarlarda artış olur (20, 21).

2.3. Meme Anatomisi

Meme parasternal çizgi, orta aksiler çizgi ve 2.-6. kostalar arasında kalan alanda büyük kısmı musculus pektoralis major üzerine oturmuş bir bezdir. Derinliği musculus pektoralis majörün aponevrozuna kadardır. Ter bezlerinin apokrin sınıfındadır.

2.3.1. Deri Tabakası

Merkezde görülen koyu renkli kısım areola adını alır. Areola altındaki yağ bezlerinin yaptığı kabartılar, morgagni tüberküllerini meydana getirirler. Papillaların ucunda 15-20 adet kadar delik vardır. Bu deliklere porilactiferi denir. Bunlar süt kanallarının açıldıkları deliklerdir. Papilla derisinin altında düz kas lifleri bulunur.

2.3.2. Deri Altı Dokusu

Meme bezini çepeçevre sardığı için memenin yağ kapsülü de denilir. Doku areoladan dışa doğru gittikçe kalınlaşır ve deriden başlayan fibröz yağ dokusu bölmeleri ile bölümlere ayrılır. Bu bölümlere panniculus adipozus denir. Meme bezinin yerinde meydana gelen kapsüle yüzeyel fasyanın yüzeyel yaprağı, meme bezi ile musculus pektoralis major arasında bulunan, arka yüzü kaplayan kapsüle yüzeyel fasyanın derin yaprağı denir. Meme derisinden başlayan bir kısım fibröz lifler, meme loblarını sardıktan sonra meme altındaki derin fasyaya yapışmaktadır, bunlara cooper ligamanları denir. Meme bezi asinuslarında herhangi bir patolojik nedenle genişleme olursa, fibröz septumlar gerilip tutundukları deriyi içeriye çeker ve portakal kabuğu görünümü meydana getirirler.

2.3.3. Meme Bezi (Glandula mammmaria)

Meme bezi alveolar bir bezdir. Her birinin ayrı kanalı olan 12-20 adet lobdan meydana gelmiştir. Loblar areolar, vasküler ve duktal dokular ile birleşen lobuluslardan oluşur. Lobuluslara sayıları 10-100 arasında değişen asinusların kanalikülleri açılır. Bunlar meme başında toplanacak şekilde birleşerek duktusları ve papillaya yakın kısımda sinus laktiferileri (ampulla) oluşturur. Glandula'daki bu salgı elamanlarının arasında konnektif doku (stroma) ve yağ dokusu bulunur.

2.3.4. Meme Arkası Gevşek Bağ Dokusu

Kapsula adipozanın meme bezi arkasındaki kısmı ile memenin oturduğu musculuspektoralis majörün fasyası arasındaki gevşek bağ dokusudur. Bu doku memenin fasya pektoralis önünde oynamasını sağlar. Memenin kapsülü ile gevşek bağ dokusu arasındaki kısma "fossa retromammaria" denir.

2.3.5. Memenin Arteriel ve Venöz Dolaşımı

Arteria torasika interna: Arteria subclavianın bir dalıdır. Toraksın ön yüzündeki kaslara, cilde ve memelere dağılırlar.

Arteria torasika suprema: Arteria aksillarisin yan dalıdır. Musculuspektoralis majör ve minöre giden dalları vardır.

Arteria torasikalateralis: Arteria aksillarisin dalıdır. Pektoral kaslara dallar verir ve memelere giden mammari lateralis dalları vardır (22).

2.3.6. Memenin lenfatik sistemi

Anterior pektoral lenf nodülleri

Subkapsüler lenf nodülleri

Santral aksiller lenf nodülleri

Subklavikular lenf nodülleri

İnterpektoral lenf nodülleri

İnternal parasternal lenf nodülleri

Tüm meme glandını drene eden en önemli lenfatik yol aksiller yoldur. Bu lenfatikler direkt olarak santral aksiller nodüllere, aksiler ven çevresindeki nodüllere ve subkapsüler lenf nodüllerine boşalırlar.

2.4. Meme Fizyolojisi

Meme, meme başında başlayarak ışınsal olarak yayılmış 15-20 lobdan oluşan tubuloalveolar tipte bir bezdir. Her lob 20-40 lobulus ve her bir lobulus 10-100 asinusdan oluşur. Lobları çevreleyen fibröz doku yoğunlaşarak derialtı fasyasına doğru uzanır ve cooper ligamentini oluşturur. Lobülleri oluşturan en küçük işlevsel bölüm olan asinuslar ise tek katlı kübik epitelle kaplıdır. Bunların etrafında da bazal tabakaya yakın yerleşim gösteren myoepitelyal hücreler vardır. Myoepitelyal hücrelerin kontraksiyonu ile süt meme başına açılan 15-20 adet kollektor kanala dökülür.

Memedeki yağ dokusunun görevi bölgesel olarak östrojen üretmek ve alveol hücreler, kollektor kanallar ve myoepitelyal hücrelerden oluşan kompleksi dış etkilerden korumaktır (18, 19). Meme gelişimi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizol ve büyüme hormonudur (18, 19).

Puberte sonrası ovülasyonla mestruel siklusun başlaması arasındaki luteal fazda, korpus luteumdan yüksek düzeylerde progesteron ve östrojen salgılanmaktadır. Östrojen kız çocuklarında meme de dahil olmak üzere sekonder seks karakterlerinin gelişimini hızlandırır. Progesteron ise uterusu embriyo ve fetusun kabul edilmesi için ve memeyi de laktasyon için hazırlar. Gebelik esnasında östrojen ve progesteron başlıca plasentadan salgılanır. Östrojenin meme üzerine etkileri:

- 1) Stromal dokunun gelişimi,
- 2) Duktal sistemin gelişimi
- 3) Yağ depolamadır.

Prolaktin; Hamileliğin son döneminde doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Hücre yüzeyindeki prolaktin reseptörlerine bağlanarak etki gösterir. Meme gelişiminin her safhasında önemlidir. Memedeki östrojen reseptörlerinin sayısını artırır. Progesteronla birlikte lobulus ve asinus gelişimini uyarır. Süt sekresyonu ve süt proteinlerinin sentezini kontrol eder (22).

Oksitosin; Hipotalamustan salgılanır. Süt verme düşüncesi, meme başı ve areolanın uyarılması ile salgılanır.

Büyüme Hormonu (BH); Etkisinin çoğunu insüline benzer büyüme faktörü (IGFP-I) sentezini uyararak gösterir. BH'nun PRL benzeri etkisi de vardır. Glukokortikoidlerin meme dokusunda reseptörleri vardır. Glukokortikoidler olmadan laktasyon başlamaz veya devam edemez.

Tirotropin-relasing Hormon (TRH); PRL salınımını uyarır. Oksitosin salgısını uyardığı gösterilmiştir. Doğumdan sonra erken dönemde TSH'nun da arttığı gösterilmiştir.

Meme dokusunun fetal gelişimi, plasenta yoluyla iletilen prolaktin, östrojen ve progesteron tarafından uyarılır. Çocukluk döneminde meme fonksiyonel olarak aktif değildir. Adet başladıktan 12-18 ay sonra memeye özgü lobuler gelişim tamamlanır. Adet dönemi boyunca memede gerginlik ve büyüme hissedilir. Bu gerginlik ve büyüme hacim ve yoğunluk artışına bağlıdır. Gerginlik ve hacim adet döneminin ikinci yarısında daha fazlalaşır, en yoğun zamanı da adetten önceki üçüncü ve dördüncü gündür. Bu değişiklikten lüteal fazda yüksek olan progesteron sorumlu tutulmuştur.

2.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Epidemiyolojik çalışmalar sonrasında meme kanseri gelişimine sebep olan birçok risk faktörü tespit edilmiştir. Bir hastanın meme kanseri riskini değerlendirmede yararlı olabilecek çeşitli risk faktörleri bulunmuştur. Bu faktörlerin birçoğu meme kanseri risk değerlendirme çalışmalarının temelini oluşturmaktadır.

2.5.1. Yaş ve Cinsiyet

Kadın cinsiyet ve ilerlemiş yaş meme kanseri için risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (39). 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 (23). Meme kanseri insidansı 50 yaş ve 70 yaş olmak üzere 2 farklı dönemde en yüksek seviyeye çıkmaktadır (24).

2.5.2. Aile Öyküsü

Farklı kanser türlerinde yapılan aile çalışmaları; etkilenmiş olan hasta bireyin birinci ve ikinci derece yakınlarında kanser riskinin normal popülasyona göre artmış

olduğunu göstermektedir (25-27). Kanserin kalıtsal formu; tanı yaşının erken olması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral görülmesi, her iki ebeveynden de kalıtılabilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir (28, 29). Ailede aynı tip kanserin görülmesi kalıtsal kanser, farklı tip kanserlerinin görülmesi ise kanser ailesi olarak tanımlanmaktadır.

Özellikle gelişmiş ülkelerde genel popülasyon riski %10–12 olan meme kanserinde, cinsiyet, yaş, menarş ve menopoz yaşı, nulliparite, meme biyopsisinde atipik hiperplazi, obezite, hormon replasmanı tedavisi, oral kontraseptif kullanımı gibi genel risk faktörlerinin yanı sıra, modifiye edici genler ile epigenetik etkenlerin de önem taşıdığı bilinmektedir (30, 31). Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili tanımlanmış genler arasında en önemlileri herediter meme over kanserisendromundan sorumlu BRCA1/BRCA2, lifraumeni sendromundan sorumlu TP53ve cowden sendromundan sorumlu PTEN genleridir.

Ailede meme kanseri öyküsü olması en yaygın bilinen meme kanseri risk faktörüdür. Anne ve kız kardeş etkilenirse hayat boyu risk 4 kat daha yüksektir. Eğer birinci derece akrabalarından 2 ve daha fazlası meme kanseri tanısı almışsa hayat boyu risk 5 kat daha yüksektir. Birinci derece akrabasında meme kanseri olanlarda meme kanseri riski oldukça artmıştır, özellikle 50 yaşından önce meme kanseri tanısı almış bir akraba varsa risk çok daha fazla artmaktadır. Yükselmiş riski gösteren aile öyküsü olmasına rağmen, bazı ailelerin genetik sonuçları normal çıkmaktadır. 50 yaşın altında over kanseri tanısı almış birinci derece akrabası olan kadınlarda meme kanseri olma ihtimali 2 kat artmıştır. Meme kanseri riskini arttıran aile öyküsü özellikleri şunlardır;

1. İki veya daha fazla akrabada meme ve over kanseri olması
2. Ailede 50 yaşın altında meme kanseri tanısı almış kadın olması
3. Hem over hem de meme kanseri olan akrabaların olması
4. Erkek akrabalarda meme kanseri olması
5. BRCA 1 ve BRCA2 mutasyonu olması
6. Heterozigot ataksi telenjektazili akraba olması
7. Yahudi kökenli Ashkenazi olması

Aşağıdaki maddelerden birisinin varlığı BRCA1/BRCA2 testi için endikasyon oluşturur (32).

1. Ailede BRCA1/BRCA2 mutasyonu olan birey varlığı
2. Meme kanseri olan hastada aşağıdakilerden bir ya da fazlasının varlığı
 - a. 45 yaş ve altında tanı almış olmak
 - b. 50 yaş altında tanı almış olmak ve ailede en az bir yakın akrabanın 50 yaş altında meme kanseri ve/veya over/fallop tüpü/primer peritoneal kanser olması
 - c. Bireyde biri 50 yaş ve altında olmak üzere iki primer meme kanseri varlığı
 - d. Herhangi bir yaşta tanı almış olmak ve ailede en az iki yakın akrabanın herhangi bir yaşta meme kanseri ve/veya over/fallop tüpü/primer peritoneal kanser olması
 - e. Ailede meme kanseri olan 1. derece, 2. ve 3. derece erkek akraba öyküsü
 - f. Kendisinde over/fallop tüpü/primer peritoneal kanseri varlığı
3. Erkek meme kanseri olgusu
4. Over/fallop tüpü/primer peritoneal kanseri olgusu
5. Yukarıdaki koşulları taşıyan bir 1., 2. veya 3. derece akraba varlığı

2.5.3. Üreme Faktörleri ve Steroid Hormonları

Östrojen subtiplerinin (östradiol, östriol, östron) düzenlenmesi over fonksiyonları ile sağlanır (menarş, gebelik ve menapoz). Menapozdan sonra ise östrojenin ana kaynağı adrenal bezlerden salgılanan dehidroepiandrosteron'dur (DHEA) ve periferik yağ dokusunda metabolize edilerek östradiol ve östrona dönüşür. Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir (erken menarş [12 yaşından önce], geç menapoz [55 yaşından sonra]); östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (33, 34). Yüksek seks hormon düzeylerine uzun süre maruz kalma, meme kanseri gelişimi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir, bu durum üreme faktörlerinin meme kanseri riskini arttıran mekanizmasını açıklamaktadır (35, 36).

Meme kanserli kadınlarda yapılan sekonder korumaya yönelik çalışmalar, selektif östrojen reseptör modölatörleri (SERM'ler) ve aromataz inhibitörlerinin meme kanserinin tekrarlamasını ve diğer memeye yayılmasını engellediğini göstermiştir (37). Meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda SERM kullanımı, östrojen reseptör (ÖR) pozitif invaziv kanserleri önlemiştir (38-40). Bu veriler estradiol ve reseptörünün risk azaltmak için kullanılan ilk hedef olduğunu desteklemektedir. Bir dizi epidemiyolojik ve toplanmış çalışmada, yüksek östradiol seviyesi olan kadınlar arasında meme kanseri riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (41, 42). Meme kanseri ve endojen hormon iş birliği grubu estradiol seviyesi yüksek olan kadınlar arasında riskin 2,5 kat fazla olduğunu raporlamıştır (43). İlk doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinde artışa sebep olmaktadır. Nulliparite meme kanseri artışına neden olur (44). Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır.

Meme kanseri etiolojisinde en çok çalışılan faktörlerden biri, oral kontraseptif (OKS) ve hormon replasman tedavisi (HRT) şeklinde eksojen hormonların kullanılmasıdır (45, 46). Epidemiyolojik çalışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir. Geniş katılımlı bir çalışmada 1.24'lük bir rölatif risk artışı gösterilmiş olmakla birlikte (47) yakın tarihli iki çalışmada da bu ilişki ortaya konamamıştır (45, 48).

Vaka kontrol ve prospektif kohort çalışmaları ile elde edilen veriler, postmenopozal HRT kullanımının meme kanseri insidansında ve mortalitesinde artış yaptığını desteklemektedir (49). İlaça maruziyet süresi artmış riskle ilişkilendirilmektedir. Hormon duyarlı lobüler, karışık duktal lobüler ve tübüler kanserlerin riski bu ilaçlarla artmaktadır (49). Gerek WHI (Women's Health Initiative) gerekse de Bir Milyon Kadın Çalışması'nda, HRT alan kadınlarda, verilen tedavinin tipinden ve yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (50, 51). HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol kullanımı, aşırı kilo (VKİ >30 kg/m²), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir. HRT kombinasyonu alan kadınlardaki risk sadece östrojen içeren ilaçları alanlara göre daha fazladır (52). Histerektomi yapılan kadınlarda 5-9 yıl süreyle uzatılmış izlemde (medyan, 11.8 yıl) sadece östrojen tedavisi, invaziv meme kanseri insidansında % 23 azalma ile ilişkilendirilmiş (53). Bu bulgular, yalnızca östrojen

tedavisinin meme kanseri riskini arttırdığını gösteren, gözlemsel, vaka kontrol ve prospektif kohort çalışmalarıyla farklıydı (32). Klinisyen HRT'yi reçete ederken, en güncel kanıtlarla hastanın potansiyel fayda ve zararını değerlendirmelidir. Sadece östrojen içeren ilaçların sebep olduğu endometriyal kanser riski yüzünden ABD Food and Drug Administration (FDA) uterusu normal kadınlara menopoz semptomlarının tedavisinde östrojen-artı-progesteron HRT kullanımını önermektedir. Fakat etkili olduğu en düşük seviyede ve kısa süreli bir tedavi olmasını önermektedir. Halen meme kanseri riski yüksek kadınlarda HRT kullanımına ilişkin resmi bir yönerge bulunmamaktadır. Meme kanseri tanısı konduktan sonra HRT'nin etkisini sadece birkaç çalışma değerlendirmiştir. Bunların en büyüğü olan HABITS (Meme Kanseri Sonrası Hormonal Replasman Tedavisi- Güvenli mi?) çalışması erken durdurulmuş, çünkü 2 yıllık HRT kullanımı sonrası meme kanseri nüksü ve diğer memeye yayılım artmıştır (54). Başka bir randomize klinik araştırmada, kadınlarda 4,1 yıllık takipte meme kanseri tekrarlama riskinde bir artış gözlenmemiştir (55). Progesteron içeren HRT kullanımı kesintili kullanımla sınırlandırılmış ve sürekli maruz kalma önlenmiştir.

Menopoz semptomları için birçok yeni tedavi önerilmiştir (örn. Klonidin, venlafaksin, gabapentin ve kombine venlafaksin ve gabapentin). Bugüne kadar hiçbir randomize kontrollü çalışmada meme kanseri riski yüksek ya da meme kanseri öyküsü olan kadınlarda, bu tedavilerin genel etkinliği veya riskleri değerlendirilmemiştir (56). Bu ajanların kullanımı tartışmalıdır ve bunlar menopoz semptomlarının şiddetini hedef almalıdır.

2.5.4. Kişisel Meme Hastalığı Öyküsü

Meme kanseri öyküsü, diğer memede ikinci bir primer kanser riskini 3-4 kat arttırmaktadır (57, 58). Herhangi bir premalign duktal karsinom in situ varlığı (DCIS) veya lobular karsinoma in situ (LCIS), tedavi edilmemiş preinvaziv lezyonları olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskini 8 ila 10 kat arttırmaktadır.

Hiperplazi, kompleks 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 (59, 60). Aksine, duktal veya lobüler atipik hiperplazi tanısı, özellikle 45 yaşın altındaki kadınlarda, meme kanseri riskini 4-5 kat artırır. Memede birden fazla atipik odağı veya kalsifikasyonu olan kadınlarda risk 8-

10 kat artmaktadır (61). Proliferatif meme hastalığı veya fibroadenom olmaksızın fibrokistik hastalığı (örneğin fibrokistik değişiklik) içeren iyi huylu meme lezyonları, artmış risk ile ilişkili bulunmamıştır (62).

İntraduktal ve invaziv karsinomlar tipik olarak az differansiye (grade 3) özelliktedir. Ayrıca nükleer dereceleri de yüksektir (63, 64). Bu hastalarda meduller kanserler ve meduller benzeri özellikler gösteren invaziv duktal karsinomaların gelişme oranı da fazladır (65).

Son dekatta “kolumnar hücre değişiklikleri” muhtemel bir risk faktörü olarak gündeme gelmiştir. “Kolumnar hücre değişikliği” ve “kolumnar hiperplazi” terminal duktus lobuler üniteyi döşeyen hücrelerin kolumnar özellikte olmasını ifade eder. Bu durum genellikle multifokaldır ve tipik olarak 35-50 yaşları arasındaki premenopozal kadınlarda meydana gelir. Mamografideki mikrokalsifikasyonlar ile ilişkili olması nedeniyle cerrahi patoloji materyallerinde rastlanma sıklığı artmaktadır.

2.5.5. Yaşam Tarzı Riskleri

Tütün kullanımı (hem aktif hem de pasif maruz kalma): Tütünü aşırı kullananlarda, invaziv meme kanseri gelişme riski %24 daha yüksektir. Eski sigara bağımlıları %13 oranında bir risk taşımaktadır. Daha erken bir yaşta sigaraya başlamak ciddi bir etkiye sahiptir. Hiç sigara içmeyenlere göre, menarştan önce tütün kullanımına başlayanlarda meme kanseri riski %61 daha fazladır (66). Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (67-69).

Radyasyon maruziyeti: Özellikle ergenlik döneminde göğüs bölgesine yüksek dozlarda iyonlaştırıcı radyasyon maruziyeti, yetişkinlikte meme kanseri risk artışı ile net bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Hiroşima ve Nagasaki'ye atılan atom bombasından sonra hayatta kalanların arasında meme kanseri riski, tahmini olarak göğüs bölgesine radyasyon maruziyeti ile kuvvetli bir şekilde ilişkilidir (70).

İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalma ile meme kanseri riski arasındaki kuvvetli ilişki nedeniyle, tıbbi tanı yöntemleri, ergenlik döneminde göğüs bölgesine radyasyon maruziyeti en aza indirecek şekilde yapılmalıdır.

Hodgkin lenfoma tedavisi gören bir hastanın meme bölgesini de içeren radyasyon alması, meme kanseri riskini 5 kat arttırmaktadır. Bu risk ergenlik çağında tedavi edilen kadınlar için belirgin bir şekilde artmaktadır (71); kanıtlar

kümülatif riskin, yaşla birlikte maruz kalınan süreye ve tedavinin türüne göre arttığını göstermektedir (71).

Alkol kullanımı: Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (72). Yakın geçmişte yapılan toplum-bazlı çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (73).

Egzersiz: Fizik aktivitede artış özellikle premenapozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir (74-76). Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir.

Beslenme alışkanlığı: Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Batı tarzı diyetin artmış meme kanseri riski, akdeniz diyetinin azalmış meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (77). İki kohort çalışmanın kullanıldığı bir analizde patates ve kırmızı etten zengin beslenmenin meme kanseri riskinde artışa sebep olduğu gösterilmiştir (78). Soya yağı tüketiminin artırılması ile meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki belirsizdir. Bu nedenle batılı toplumlarda yaşayan kadınlara meme kanserini önlemek amacıyla soyadan zengin diyet önerilmesi konusunda güçlü kanıtlar yoktur. Ancak bir zararı olduğu da düşünülmemektedir.

Son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur (79, 80). Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların alımının meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur (81), vitamin A ile ilgili veriler ise tartışmalıdır. Yapılan çalışmalarda kafein ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir (82, 83).

Vücut kitle indeksi (VKİ): Aşırı kilolu veya obez kadınlarda postmenapozal meme kanseri daha sık görülmektedir (84). HRT kullanmayan postmenapozal

kadınlar menapozdan sonra 10 kg veya daha fazla kilo verirlerse, kilo vermeyenlere oranla daha az risk taşımaktadır (85).

Gece vardiyalı çalışma: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı ve Dünya Sağlık Örgütü (UKAA / DSÖ) gece vardiyasının muhtemel bir kanserojen olarak kabul etmektedir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında gece vardiyalı çalışma ile meme kanseri arasındaki ilişki araştırılmış ve riskin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (86).

2.6. Meme Kanseri Belirtileri

2.6.1. Memede Kitle

Prelinik evrede meme kanserini saptayacak meme görüntüleme programlarının eksikliğinde meme kanserlerinin çoğu, memede ele gelen kitle, deri değişiklikleri, meme ucu çekilmesi ya da daha nadir olarak meme ucu belirginleşmesi olarak kendini gösterir. Hastalığın doğal seyrinde daha sonra aksiller lenf adenopati görülebilir.

Teorik olarak 40 yaş üstü kadında fizik muayenede saptanan bir kitle aksi kanıtlanıncaya kadar olası karsinom olarak kabul edilmeli ve bu aşamadan sonra yapılacak her tanısal işlem bunu ekarte etmeye yönelik olmalıdır. Bununla birlikte meme kanserlerinin yaklaşık %30'unun 50 yaş ve altında görülebileceği de akılda bulundurulmalıdır. Yaşa ve memedeki kitlenin özelliklerine göre yapılacak doğru ve yeterli bir inceleme kanseri erken saptama oranını artırırken, gereksiz test ve girişimleri de en aza indirger (87). Meme kanserli hastaların %70'inde çoğu kez ağrısız ve şans eseri tespit edilen kitleler mevcuttur. Yaklaşık olarak bir cm çapa ulaşmış bir kitle, eğer yüzeye de yakınsa ele gelebilir. Özellikle kitlelerin birçoğu üst dış kadranda el ile muayene edilebilir. Memedeki kötü huylu kitleler genellikle ağrısız, sert, düzensiz sınırlı, cilt ve fasyalara yapışık olma eğilimi gösterirler. Bu kitlelere herhangi bir tedavi yapılmadan önce iyi huylu veya kötü huylu ayrımı yapılmalıdır. Memedeki kitlelerin tek veya çift taraflı, tek memede multifokal veya multisentrik özelliklere sahip olup olmadıkları mutlaka değerlendirilmesi gereken durumlardır (88).

2.6.2. 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 (88). 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.

2.6.3. Meme Başı Akıntıları

Meme başı akıntısı (MBA) doğrudan meme duktuslarından olan ve meme başının yüzeyinde görülen akıntıya denir. MBA meme ile ilgili yakınmaların %3-10'unu oluşturur. Memede kitle ve ağrıdan sonra en sık görülen üçüncü yakınmadır. MBA iyi huylu meme hastalıklarının %10-50 sinde mevcuttur. Çoğu zaman benign nedenlere bağlı olmasına rağmen kadınlarda %2-15, erkeklerde %20 oranında malign sebeplere bağlı oluşmaktadır (88).

Memenin glandüler yapısı, meme başı areola kompleksinden aşağı ve dışa doğru ışınal tarzda dallanan duktuslardan oluşur. Retroareolar bölgede duktuslar birleşerek lakteferöz sinüsü oluşturur. Duktal sistemin diğer ucunda dallanma artar ve kanallar terminal duktus veya asini ile sonlanır. Bu yapılar duktal lobuler ünit olarak bilinir. Premalign ve malign meme lezyonların çoğunluğunun duktal lobuler ünitteki epitelden kaynaklandığı düşünülmektedir (88).

Meme başı akıntıları klinik özelliklerine göre benign ve patolojik olarak sınıflandırılabilir. Benign MBA tipik olarak kendiliğinden olmayan ve genellikle memenin manipulasyonu sonucu oluşan akıntıdır. Genellikle bilateraldir. Multiple duktal yapıdan kaynaklanır. Beyaz, sarı ve yeşil renkli olabileceği gibi kahverengi ve siyah da olabilir ve apokrin glandüler sekresyon nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Fizyolojik olarak değerlendirilir.

Patolojik meme başı akıntısı tipik olarak tek taraflıdır, kendiliğinden oluşur ve dirençlidir. Tek bir duktustan kaynaklanır. Berrak, seröz, seroanjinoz veya hemorajik olabilir. Patolojik MBA artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Cerrahi olarak tedavi edilmeyen benign MBA etyolojisi fizyolojik, endokrin patolojiler, farmakolojik ve idiopatik olabilir (4,6). Peripartum dönemde görülen MBA herhangi bir renkte olabilir, epitelyal proliferasyona bağlıdır. Genellikle hamileliğin 4-6. aylarında başlar ve doğumdan sonra 2 yıl kadar devam edebilir. Kronik meme başı uyarılması, hastanın kendi kendine meme muayenesi, iç çamaşırlarının özellikle pubertede ölçüsünün ayarlanamaması MBA'na yol açar. Bu durumun normal olduğu hastaya bildirilmelidir (88).

2.6.4. Mastalji

Mastalji, çok sık karşılaşılan bir durumdur. Günümüzde hala değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımı tartışmalıdır. Kadınların %21'inde şiddetli olmak üzere %66'sında mastalji şikayeti mevcuttur. 55 yaş altında %70 civarında görülmektedir (89).

Mastalji hastasının değerlendirmesini yaparken mastaljinin ağrı şiddetine ve menstrel siklusla ilişkisine göre gruplara ayrılır. En az 2 menstrel siklus süresi içinde, ağrı şiddeti için vizüel analog skala (VAS) skoru kullanılır. Eğer VAS değeri ≥ 3 ve siklus öncesi 5 günden az süren ağrı söz konusu ise mastalji normal olarak değerlendirilir. Yaklaşık %15'lik hasta grubunda görülen ve günlük aktiviteyi etkileyen ağrı ise şiddetli ağrı olarak kabul edilmelidir. Ayrıntılı bir değerlendirme; anamnez, fizik muayene, mamografi ve meme ultrasonografisi yapılmasını gerekli kılmaktadır (90, 91).

2.7. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Hiçbir semptomu olmayan insanlarda kanseri kontrol etmek için yapılan müdahalelere (veya kansere neden olabilecek durumlar için) tarama adı verilir. Doktorlar tarama programları sayesinde birkaç kanser türüne erkenden tanı koyabilmekte ve hastalık ilerlemeden tedaviye başlayabilmektedir. Erken teşhis önemlidir, çünkü anormal doku veya kanser erkenden tesbit edilirse, tedavisi daha kolay olabilmektedir. Belirtiler ortaya çıktığında, kanser yayılmaya başlamış olabilir. İlerlemiş kanserlerin tedavisi daha zordur ve maliyetlidir. Çeşitli tarama testlerinin

kanseri erkenden tespit ettiği ve bu sayede kanserlerin sebep olduğu mortalite oranlarında azalma olduğu gösterilmiştir (92).

Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinin kullanıldığı hastalıklardandır. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), mamografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kullanılan yöntemlerdir.

Kılavuzlar, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi taramasını sonlandırma yaşı ile ilgili önerilerde farklılık göstermektedir. Her üç kılavuz, 50-74 yaşları arasındaki, asemptomatik, orta riskli kadınlara mamografi taraması önermektedir. Bununla birlikte, kılavuzlar tarama sıklığına göre farklılık göstermektedir.

2.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Amerikan Kanser Birliği, kendi kendine meme muayenesine 20 yaşında başlanması gerektiğini ve aynı zaman da hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir. Aylık yapılan kendi kendine meme muayenesi bir zaman sonra mevcut meme içi oluşumların yerlerinin ve karakterlerinin hasta tarafından tanınmasını ve meydana gelebilecek her türlü değişimin erken fark edilmesini sağlar.

Meme muayenesi adetten sonraki bir hafta içinde yapıldığında iyi sonuç vermektedir. T.C. sağlık bakanlığı KKMM'nin adet gören kadınlar için adet başladıktan 7-10 gün sonra, adet görmeyen kadınlar için her ayın belirli günü yapılmasını önermektedir. Emziren kadınların ise emzirme sonrasında memedeki süt tamamen boşaldıktan sonra, muayene yapmasını önermektedir.

Her bilinçli kadın kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğrenmeli ve bu muayeneyi düzenli olarak yapmayı alışkanlık haline getirmelidir.

Memedeki kitlelerin %80'i, iyi huylu veya kötü huylu olsun, kadınların kendisi tarafından tesadüfen ya da kendi kendine meme muayenesi esnasında fark edilmektedir. Bu kitleler genellikle çok büyük kitleler olmaktadır. Fakat usulüne uygun olarak yapılan kendi kendine meme muayenesinde daha ufak çaptaki kitleler ve meme kanserine işaret edebilecek bazı bulgular keşfedilmektedir. Meme kanserlerinin yaklaşık %90'ı hastaların kendi tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle 20 yaşın üzerindeki kadınlarda klinik meme muayenesi ile desteklenen kendi kendine

meme muayenesi erken tanıda önemli yer tutmaktadır. KKMM kolay, herkes tarafından uygulanabilen ve maliyeti olmayan bir tarama yöntemidir.

Amerika Kanser Birliği (AKB) tarama önerileri

Orta riskli kadınlarda düzenli KKMM yapılması önerilmemektedir.

Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği (USPSTF) tarama önerileri

KKMM yapılması önerilmemektedir.

Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği (ACOG) tarama önerileri

Kadının meme yapısındaki değişiklikleri fark edebilmesi için, kadına meme öz-farkındalığı teşvik edilmesi ve yüksek riskli kadınların KKMM yapması önerilmektedir. Kadınların KKMM esnasında fark ettiği değişiklikleri sağlık görevlilerine bildirmesi gerektiği önerilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti sağlık bakanlığı önerileri

20 yaşımdan sonra her ay KKMM yapılmasını önermektedir.

KKMM yapma yöntemi

1) Duruş şekli

KKMM doğru yapılabilmesi için dört farklı duruş şekli mevcuttur;

Kollar iki yana sarkık ve gevşek olacak şekilde

Eller belde olacak şekilde

Kollar her iki yanda başın üzerine doğru kaldırılmış şekilde

Kollar iki yanda, gövde öne eğik veya eller belde, gövde öne eğik olacak şekilde

2) Aynanın karşısına geçilerek üstteki dört pozisyonda her 2 meme gözlemlenir.

Memede kitle görünümü

Memelerin birinde anormal büyüme

Memelerinin birinin diğerinden sarkık olması

Meme cildinde buruşukluk

Meme ucunda çukurlaşma

Meme ucunda kanlı akıntı

Meme ucu renginde değişiklik

Memeye komşu lenf nodlarında büyüme

Üst kolda anormal şişlik gibi belirtiler izlenir.

3) Muayene edilmesi gereken bölgenin belirlenmesi ve bölgenin elle muayenesi

Muayene edilecek beşgen şeklindeki meme alanının lateral kısmını orta koltuk altı çizgisi, alt kenarını inframammarian çizgi (5.-6. kostalar hizası), medial kısmını sternumun lateral sınırı, üst kenarını klavikula boyunca omuz başına ve omuz başından orta koltuk altı çizgisine uzanan çizgi oluşturur. Bu bölgenin tamamı muayene edilir.

Memenin elle muayenesine esnasında ayakta durulur. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile tüm meme muayene edilir.

Bu işlem sağ meme içinde aynı şekilde yapılır. Ardından sırtüstü yatar pozisyona gelinir ve her iki meme tekrar muayene edilir.

Muayene esnasında sırt üstü yatma, muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma, muayene edilecek taraftaki kolu başın altına yerleştirme önemlidir.

4) Muayene Şekli

Dairesel (Sirküler), dikey (Vertikal) ve tekerlek (Işın tarzında) şeklinde olmak üzere 3 şekilde yapılabilir.

Elin ortasındaki 3 parmağın iç yüzeyleri yapışık olacak şekilde kullanılır. 3 farklı şiddette kuvvet uygulamasıyla muayene yapılır.

Hafif: cilt üzerine yüzeysel bir şekilde

Orta: O bölgedeki dokuya

Güçlü: Kaburgalara doğru

İki meme de doğru bir şekilde 5 dakika kadar muayene edilmelidir.



Şekil 1.KKMM şekilleri

5) Meme başı muayenesi

Meme başı parmak uçlarının arasına alınır ve hafifçe sıkılır. Akıntı gelip gelmediğine bakılır. Bireyler muayenenin elle yapılması gereken bölümünü banyoda da yapabilirler. Sıcak su ve sabun kasları gevşetir ve kayganlık oluşturur. Bu da el ile yapılan muayeneyi kolaylaştırır.

6) Koltuk altı muayenesi

Birey sırt üstü yatar. Koltuk altı bölgesinin her tarafı doğru bir şekilde muayene edilir.

2.7.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi memenin değerlendirilmesinin en önemli kısmıdır. Genellikle 1 cm den küçük derin lezyonların el ile muayenede belirlenmesi güçtür, ancak yüzeysel olan 0,5 cm ya da daha küçük lezyonlar KMM ile belirlenebilir. KMM mümkünse menopoz öncesi kadınlarda menstruasyonun ilk gününden 7. ile 10. günleri arasında yapılmalıdır. Muayene gözlem ve elle muayeneyi kapsamalıdır. Elle muayene hem ayakta hem yatarak yapılmalıdır.

Amerikan kanser birliği (AKB) tarama önerileri

ACS, 2015 yılında güncellediği kılavuzda orta riskli kadınlarda düzenli klinik meme muayenesi yapılmasını önermemektedir. Yine de, tüm kadınlar memelerinin normal yapısını bilmeli ve memelerinde herhangi bir değişik fark ettiklerinde bir sağlık uzmanına başvurmalıdır.

Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği (USPSTF) tarama önerileri

40 yaş ve üstündeki kadınlarda mamografi taramasının yanında KMM yaptırmanın yararlarını ve zararlarını değerlendiren mevcut kanıtların yetersiz olduğunu bildirmektedir.

Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği (ACOG) tarama önerileri

20-39 yaş arasındaki kadınlara 1-3 yılda bir, 40 yaş ve üstü kadınlara yılda bir kez klinik meme muayenesi yapılması önerilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti sağlık bakanlığı önerileri

Türkiye’de sağlık bakanlığı tarafından 20-40 yaş arasındaki kadınlara 2 yılda bir, 40-69 yaş arasındaki kadınlara yılda bir KMM yapılması önerilmektedir.

2.7.3. Mamografi

Mamografi x-ray kullanılarak memenin görüntüsünün alınmasıdır. Mamografi ile belirti veya bulgu olmadan meme kanserinin erkenden tanısı koyulabilmektedir. Bu tür mamografiler tarama mamografisi olarak adlandırılmaktadır. Tarama amaçlı genellikle her memenin 2 veya daha fazla görüntüsü alınmaktadır. Röntgende muayene ile hissedilmeyen, küçük boyutlu kitleler tespit edilebilmektedir. Mamografide ayrıca meme kanserinin bulgusu olan mikrokalsifikasyonlar da görülebilmektedir.

Mamografi, memede şişlik veya herhangi bir belirti fark edildiğinde meme kanserini araştırmak için de kullanılır. Bu tür mamografiler tanısal mamografi olarak adlandırılmaktadır. Şişliğe eşlik eden meme ağrısı, meme cildinde kızarıklık ve kalınlaşma, meme başı akıntısı, meme boyut ve biçim değişikliği gibi belirtiler olabilir. Fakat bu belirtiler iyi huylu bir durumda da görülebilmektedir.

Tanısal mamografi, tarama mamografisi esnasında görülen değişiklikleri araştırmak içinde kullanılır. Ayrıca tarama mamografisi kullanılmayacak özel durumlarda da direk tanısal mamografi yapılabilir. Özellikle daha önceden meme kanseri geçirmiş ve memesinde protez bulunan kadınlara farklı açılardan görüntü alınması gerekir. Bu durumlarda tanısal mamografi tercih edilir.

Her iki mamografide de aynı cihaz kullanılır. Bununla birlikte, tanısal mamografi tarama mamografisinden daha uzun sürer. Memenin çeşitli açılardan görüntülenmesi için daha fazla röntgen görüntüsü gerektiği için tanısal mamografide kullanılan radyasyon dozu daha yüksektir. Teknisyen, şüpheli bir alanı büyütüp ayrıntılı bir görüntü hazırlayabilmektedir.

Tarama mamografisiyle meme kanseri tanısı erken evrede koyulabilmekte ve kanser yayılmadan daha basit müdahalelerle tedavi edilebilmektedir. Randomize

linik çalışmalardan elde edilen sonuçlar ve diğer çalışmalar, tarama mamografisinin, 40 ila 74 yaş arasındaki kadınlarda, özellikle de 50 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri ölümlerinin azaltılmasına yardımcı olabileceğini göstermektedir (93).

Amerikan kanser birliği (AKB) tarama nerileri

Orta risk taşıyan kadınlara şunları önermektedir;

- 1) Kadınlara, 45 yaşından sonra düzenli mamografi taramasına başlamalıdır (güçlü öneri).
- 2) 45-54 yaş arasındaki kadınlara her yıl taranmalıdır (nitelikli öneri).
- 3) 55 yaş ve üstü kadınlara 2 yılda bir taranmalıdır.
- 4) Kadınlara 40-44 yaşlarında yıllık taramaya başlama fırsatı bulmalıdır (nitelikli neri).
- 5) Kadınlara, yaşam beklentisi 10 yıl veya daha uzun olduğu sürece mamografi taramasına devam etmelidir (nitelikli neri).

Yüksek riskli kadınlarda her yıl mamografi ve MRG çekilmesini önermektedir. Yüksek riskli gruba dahil edilen bireyler şunlardır;

- 1) zellikle aile öyküsüne dayanan risk değerlendirme araçlarına (Claus modeli gibi - aşağıya bakınız) göre, ömür boyu meme kanseri riski yaklaşık %20 ile %25 arasında veya daha fazla olması,
- 2) Bilinen BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip olması
- 3) BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip birinci derece akrabası (anne-baba, erkek kardeş, kız kardeş veya ocuk) olan ve kendileri için genetik test yaptırmamış olması
- 4) Göğüs bölgesine 10-30 yaşları arasında radyasyon tedavisi uygulanması
- 5) Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu veya Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu olması ya da birinci derece akrabasında bu sendromlardan birinin olması

Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği (USPSTF) tarama önerileri

USPSTF, meme kanseri tarama önerilerini 2016 yılında güncellemiştir (7). 50-74 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir mamografi çektilmesi önerilmektedir. 50 yaşından önce kadınlarda mamografi taramasına başlama kararı kişinin durumuna göre verilmelidir. Mamografi çektilmenin yararı eğer zararından fazla ise 40-49 yaş arasındaki kadınlara da 2 yılda 1 mamografi çektilmesi önerilmektedir.

40-49 yaşlarındaki kadınlarda mamografi taraması meme kanseri ölüm riskini azaltmaktadır. Fakat yanlış pozitif sonuçların sayısı ve gereksiz biyopsi sayısı daha fazladır. Genç yaşlarda mamografi çektilmeye başlamak ve bunu sık tekrarlamak gereksiz tanı ve tedavi sayısını arttırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı bu yaş grubundaki her kadına tarama önerilmemektedir.

Annesinde, kardeşinde veya çocuğunda meme kanseri olan kadınlar meme kanseri riski altındadır. Bu kadınların 40 yaşından sonra düzenli mamografi çektilmeleri önerilmektedir.

75 yaş üstündeki kadınları mamografi tarama kararı vermek için yeterli çalışmalar mevcut değildir.

Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği tarama önerileri

Meme kanseri tarama önerileri 2011 yılında güncellenmiştir. 40 yaşın üzerindeki kadınlara her yıl mamografi çektilmesi önerilmektedir. Bazı kadınlar için 2 yılda bir tarama daha uygun olabilir bu nedenle tarama kararı verirken hastanın bireysel risk ve değerleri dikkate alınmalıdır.

Türkiye Cumhuriyeti sağlık bakanlığı önerileri

Türkiye’de sağlık bakanlığı tarafından 40-69 yaş arasındaki kadınlara 2 yılda 1 mamografi çektilmesi önerilmektedir. Birinci derece akrabalarında meme kanseri tanısı olan bir kadının, akrabasının tanı aldığı yaştan 10 yıl öncesinde mamografi çektilmeye başlaması önerilmektedir.

2.8. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık ve erken ölümü önlemek için verilen hizmetlere koruyucu sağlık hizmetleri

denilmektedir. Bu sağlık hizmetleri primordiyal korunma, birincil korunma, ikincil korunma ve üçüncül korunma olmak üzere dört ana gruptan oluşmaktadır.

Primordial korunma: Amaç, toplumda hastalık riskinin artmasına neden olan etmenlerden kaçınmaktır. Bu koruma yöntemine yasal düzenlemeler, genel sağlık koşullarının iyileştirilmesi, ekonomik durumun iyileştirilmesi ve gelir dağılımının dengelenmesi, obezitenin engellenmesi, çocukların sigara kullanmalarını engelleyici okul eğitimleri verilmesi gibi örnekler verilebilir.

Birincil korunma: Amaç, hastalıkların risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlemektir. Bu korunma yöntemine obez kişilerde koroner arter hastalığı veya diyabet gelişimini engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, bağışıklama gibi örnekler verilebilir.

İkincil korunma: Amaç, hastalıkların erkenden saptanarak tedavi edilmesi ve ciddi sonuçlarının azaltılmasıdır. Bu gruba kanserlerin (meme, serviks, kolon, prostat) erken tanı yöntemleri, tüberkülin deri testi, kan basıncı ölçümleri örnek olarak verilebilir.

Üçüncül korunma: Amaç, önceden oluşan hastalığın ilerlemesinin ve komplikasyonlarının önlenmesidir. Bu gruba diyabeti olan hastalarda retinopati ve nöropati gelişimini engellemek, atriyal fibrilasyon ile takipli hastada emboli atmasını önlemek örnek olarak verilebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda girişimsel tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı.

3.2. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, Trabzon ili Ortahisar ilçesinde yaşayan 40 ile 69 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır.

3.3. Örneklem

Aile hekimliği polikliniğine başvuran 40-69 yaş arasındaki gönüllü kadınlar çalışmaya dahil edildi. Çalışma 74 gönüllü kadın ile yürütüldü.

Çalışmaya alınma kriterleri:

1. 40-69 yaş arasında olmak
2. Kadın olmak

Çalışmadan çıkarılma kriterleri:

1. Meme kanseri tanısı almış olmak
2. Hamile olmak
3. Emziriyor olmak

3.4. Veri Toplama

Araştırmacılar tarafından demografik bilgiler, meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumları sorgulayan 42 soruluk bir anket oluşturuldu (Ek 1).

Katılımcılar 20'şer kişilik gruplar halinde eğitime davet edildi. Eğitim öncesinde katılımcılara bilgi verildi ve onayları alınarak araştırma anketi uygulandı.

Sonrasında meme kanseri ve tarama yöntemleriyle ilgili yarım günlük bir eğitim yapıldı (Tablo 1). Bu eğitim teorik ve uygulama şeklinde gerçekleştirildi.

Eğitimin ilk bölümünde konuyla ilgili bir PowerPoint sunumu yapıldı (Ek 2). Daha sonra Limbs&things 40100 modeli meme muayene eğitim maketi üzerinde KKMM'de uygulanabilecek üç farklı yöntem demonstrasyon ile gösterildi.

Tablo 1. Meme kanseri ve tarama yöntemleri eğitim programı

		Amaç	Yöntem
09.00-09.15	Katılımcıların eğitimden beklentileri	Katılımcıların bu eğitimden beklentilerini saptamak ve daha sonraki kurslarda dikkate almak	Gruptaki herkes sırayla kurstan beklentilerini sözel olarak söyleyecek
09.15-09.45	Ön test	Katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını saptamak	Eğitiminin hazırladığı demografik özellikleri de içeren 42 sorudan oluşan bir anket uygulanacak
09.45-10.00	Meme kanseriyle ilgili kendisinin veya çevresinin yaşadığı önemli olaylar	Katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemlerinin önemini farketmesini ve öğrenmeye istekli hale gelmesini sağlamak	Eğitici, gruba “Hepimizin meme kanseriyle ilgili yaşadığı olumlu ve olumsuz olaylar olabilir. Lütfen bu deneyimlerinizi gözünüzün önüne getiriniz. Tecrübesini bizimle paylaşmak isteyen var mı?” yönergesiyle grubu harekete geçirir ve zaman yettiği kadar önemli birkaç olay analiz edilecek
10.00-10.45	Sunum	Meme kanseri ve tarama yöntemleri konulu bir sunum anlatılacak	Görsel içeriklerle desteklenmiş PowerPoint sunumu yapılacak
10.45-11.00	Çay-kahve arası		
11.00-11.20	Pratik eğitim	Katılımcılara kendi kendine meme muayene becerisi kazandırabilmek	Meme muayenesi eğitim maketi üzerinde kendi kendine meme muayenesi pratiği yapılacak
11.20-11.50	Son test	Eğitim sonunda gelinen nokta değerlendirilecek	Ön testteki bilgi soruları tekrar uygulanacak
11.50-12.00	Kapanış ve geribildirimler	Eğitimde öğrenilenlerin özetlenmesi ve geribildirim alınması	Eğitimde öğrenilenler özetlenecek

Sonrasında araştırmacının gözlemi altında katılımcıların hepsinin tek tek eğitim maketi üzerinde her üç KKMM yöntemini uygulamaları sağlandı. Eğitimin sonunda araştırma anketinin bilgi sorularını içeren kısmı tekrar uygulandı.

Eğitimden 3 ay sonra davranış değişikliğini değerlendirmek için katılımcılar telefon ile aranarak görüşüldü. Meme kanseri tarama yöntemleriyle ilgili davranış değişikliği olup olmadığını öğrenmek için aşağıdaki sorular soruldu:

1. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musun?
2. Hekime muayene oldun mu?
3. Mamografi çektiirdin mi?

Bilgi düzeyinin değerlendirilmesi: Anketteki 22 sorudan oluşan bilgi sorularının her birine 1 puan verildi. En düşük puan sıfır, en yüksek puan 22 olarak belirlendi. Her katılımcının eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları hesaplandı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında SPSS paket programına girilerek analiz edildi. İstatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklemlerde t testi, Ki kare testi ve McNemar testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.6. Etik Konular

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi bilimsel araştırmalar etik kurulundan onay (24.10.2016 tarih ve 2016/154 sayılı) alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir (Ek 4). Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırma kapsamına alınacak olan hastaların istekli olmalarına dikkat edilerek çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

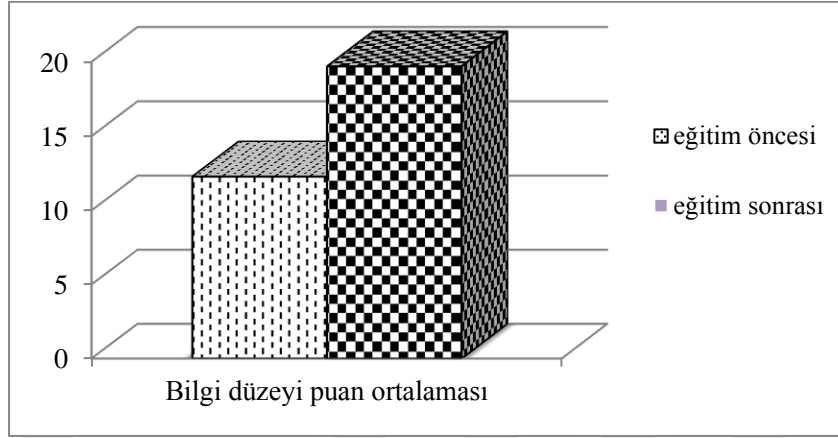
4. BULGULAR

Toplam 74 kadın katılımcının yaş ortalaması 49,5±6,0 yılıdır. Kadınların %93,2'si evli ve %79,7'si ev hanımı idi. Katılımcıların %43,2'si ilkokul, %39,2'si lise veya üniversite mezunu idi. İlçe merkezinde yaşayanların oranı %90,5'tir. Kadınların %24,3'ünün ailesinde meme kanseri öyküsü vardı. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2.Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler		n	%
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	4	5,4
	Okur-yazar	2	2,7
	İlkokul	32	43,2
	Ortaokul	7	9,5
	Lise	12	16,2
	Üniversite	17	23
Medeni Durum	Evli	69	93,2
	Bekar	2	2,7
	Dul	3	4,1
Meslek	Ev hanımı	59	79,7
	Memur-İşçi	13	17,6
	Emekli	2	2,7
Yaşadığı Yer	İlçe merkezi	67	90,5
	Köy	7	9,5
Gelir Durumu	Orta	29	39,2
	İyi	42	56,8
	Çok iyi	3	4,1
Çocuk Sayısı	0	3	4,1
	2	33	44,6
	3	25	33,8
	4 ve üzeri	13	17,6
Sigara İçme Durumu	Hayır	65	87,7
	Evet	5	6,8
	Bıraktım	4	5,4
Ailede Meme Kanseri	Yok	56	75,7
	Var	18	24,3

Kadınların, çalışmanın başlangıcındaki bilgi düzeyi 22 puan üzerinden $12,2 \pm 3,7$ puandı. Eğitim sonrasında bilgi düzeyi puan ortalaması $19,7 \pm 1,8$ puan olup anlamlı derecede artmıştı ($p < 0,001$; Grafik 1).



Grafik 1. Çalışmaya katılan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyi puan ortalamaları

Araştırma kapsamına alınan çalışma grubundaki kadınların %58,1 i KKMM yapmayı bildiklerini belirtti. KKMM'yi yapmayı nereden öğrendiklerini sorduğumuzda katılımcıların %34,6'sı ($n=26$) sağlık personelinde, %32'si ($n=24$) televizyon-radyodan, %22,6'sı ($n=9$) aile-akraba-arkadaştan, %12'si ($n=7$) kitap-dergi-broşürden, %9'u ($n=7$) internetten öğrendiklerini belirttiler.

Araştırmaya katılan kadınların %59,5'i KKMM yaptığını, %40,5'i ise yapmadığını belirtti. KKMM yapmama nedenini sorduğumuzda katılımcıların %46'sı ($n=18$) şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum, %35'i ($n=14$) nasıl yapıldığını bilmiyorum, %17'si ($n=7$) korkuyorum-stres oluyorum şeklinde cevap verdi.

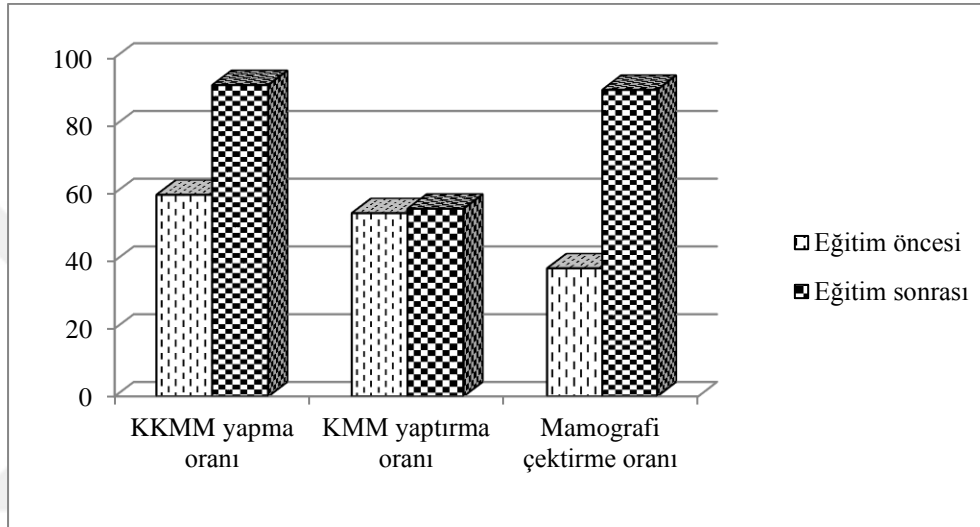
KKMM esnasında kitle veya herhangi bir değişiklik fark ettiğinde katılımcıların %33,8'i aile hekimliği uzmanına, %62,2'si genel cerrahi uzmanına, %4,4'ü arkadaşlarına-akrabalarına başvuracağını belirtti.

Araştırmaya kabul edilen kadınların KMM yaptırmama nedenlerinin dağılımına bakıldığında %37'si ($n=12$) ihmal ettiği-zaman ayırmadığı, %32'si ($n=12$) gerekli olduğunu düşünmediği, %21'i ($n=8$) utandığı, %8'i ($n=3$) doktor önermediği için KMM yaptırmadığını ifade ettiler.

Eğitim öncesinde KKMM yapanların başlangıçtaki bilgi düzeyi ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek olarak bulundu. Fakat bu yükseklik istatistiksel olarak

anlamli değildi ($p=0,138$). Eğitim ncesi KMM yaptıranların başlangıçtaki bilgi düzeyi ortalaması yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamli değildi ($p=0,056$).

Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini uygulama oranlarına bakıldığında, eğitim öncesinde KKMM yapma oranı %59,5 ($n=44$), eğitim sonrası %91,9 ($n=68$)'du ($p<0,001$; Grafik 2). Eğitim ncesi mamografi ektirme oranı %37,8 ($n=28$), eğitim sonrası %90,5 ($n=67$)'ti ($p<0,001$). KMM yaptıranların oranı da eğitim sonrasında %54,1 ($n=40$)'den %55,4'e ($n=41$) yükseldi ($p=1.000$).



Grafik 2. Çalışmaya katılan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası meme kanseri tarama yöntemlerini uygulama oranları

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada meme kanseri ve tarama yöntemleri ilgili bilgi ve davranış değişikliği sağlanmasında eğitimin etkili olduğu görüldü. Erken tanı ve tarama yöntemlerinden KKMM ve mamografi çekirme oranı yapılandırılmış bir eğitim ile anlamlı olarak arttı.

Dünyada meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser tipidir ve erken tanı için tarama testleri olan kanserler arasındadır. Bu nedenle, kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri konusunda yeterli bilgi ve bilinç düzeyine sahip olmaları önemlidir. Denizli’de yurttan kalan öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi puan ortalaması, en yüksek 80 puan alınabilecek bir anket üzerinden değerlendirilmiş ve 39,1 olarak hesaplanmış (10). Üniversite öğrencileri arasında yapılan benzer bir çalışmada KKMM ve meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyi puan ortalaması, en yüksek puanın 100 olduğu bir anket ile değerlendirilmiş ve 41,4 olarak hesaplanmış (9). Sinop ilinde yapılan bir çalışmada da katılımcıların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir (94). Çalışmamızdaki katılımcıların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında başlangıçtaki bilgi düzeyleri, toplam bilgi puanının %50’si civarındaydı. Bu bilgi düzeyi hastalığın yaygınlığı ve erken tanının önemi düşünüldüğünde yetersiz olarak değerlendirilebilir. Bu durum meme kanserine erken tanı konmasındaki en önemli engeldir. Bu bulgu, meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilerek toplumsal düzeyde müdahalelerin artırılması gerektiğini göstermektedir. Birinci basamak sağlık personeli bu anlamda merkezi bir rol oynamaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların başlangıçtaki KKMM yapanların oranı %59,5 idi. Bir çalışmada kadınlar arasında KKMM yapma oranı %61,5 olarak bulunmuştur (12). Kahramanmaraş ilinde yapılan başka bir çalışmada kadınların %53’ünün KKMM yaptığı gösterilmiştir (95). Bu sonuçlar çalışmamızdaki bulgularla benzerdi. KKMM uygulama oranları son yıllarda artış göstermiş olmakla birlikte istenilen düzeyde değildir. KKMM meme kanserinin erkenden saptanmasında maliyeti olmayan, kolay uygulanabilen ve girişimsel işlem gerektirmeyen bir yöntem olması önemli avantajlarıdır. Erken yaşlardan itibaren düzenli olarak meme muayenesi yapan kadınlar, memelerinin dokusunu daha iyi tanıyabilmekte ve en küçük

değişikliklerin farkına varabilmektedir (3). Bu açıdan KKMM'nin düzenli yapılması önemlidir.

Bir sistematik derlemede düzenli KKMM yapmanın iyi huylu lezyonların ve bunlara yapılan gereksiz biyopsilerin sayısını arttırdığını ve bu nedenle faydalı olmadığı belirtilmiştir. Bu araştırmada 388535 kadının verileri değerlendirilmiş ve KKMM yapılmasının önerilmediği sonucuna varılmıştır (96). Bununla birlikte ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 20 yaşından itibaren tüm kadınların her ay KKMM yapmasını önermektedir (97). Bu uygulama sağlık ihtiyaçlarının ve önceliklerinin bölgesel ve ülkeler arasındaki farklılıklarına bağlanabilir.

Çalışmamızın sonuçları KKMM yapmamada bilgi eksikliğinin önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Bu oranların artırılması için eğitim ve danışmanlık verilmesi faydalı olabilir.

KMM, hekim veya yardımcı sağlık çalışanı tarafından yapılan meme muayenesidir. Teknik donanım gerektirmemesi, doktor veya hemşire tarafından uygulanabilir olması, maliyetinin az olması avantajlarıdır. Ancak KMM'nin tek başına meme kanseri mortalitesini azalttığını gösteren klinik çalışmalar yoktur. Bununla birlikte mamografi taraması için gerekli yaş sınırına gelmeyen kadınlarda meme kanserinin erken tanısına katkıda bulunabilir (98). Ayrıca Oestreicher ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ileri evre meme kanseri tanısını koymada tek başına mamografinin sensitivitesi %78, KMM ile birlikte mamografinin sensitivitesi %82 olarak hesaplanmıştır (99). Buna göre KMM invaziv meme kanseri tanısında mamografinin sensitivitesinde %4'lük bir artış sağlamıştır. Başka bir çalışmada da mamografi ile meme kanseri düşünülmeyen kadınlarda, KMM ile %5,1 oranında malignite saptanmıştır (100). Bu nedenle bazı araştırmacılar tarafından KMM mamografiye ek bir tamamlayıcı tarama yöntemi olarak kabul edilmektedir (13). Çalışmamızda katılımcıların başlangıçtaki KMM yaptırma oranı %54,1 idi. Ege bölgesinde yapılan bir çalışmada KMM için başvuru yapanların oranı %61,7 olarak hesaplanmıştır (14). KMM yaptırma oranı 2014 yılında ülkemizde yapılan başka bir çalışmada %52 olarak hesaplanmıştır (101). Elde ettiğimiz sonucun ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmektedir. Farklı bir ülkede yapılan bir çalışmada ise KMM uygulamasına başvuru oranının %80 olduğu gösterilmiştir (102). Bu oran ülkemizdeki diğer çalışmalar ve bizim elde ettiğimiz değerlerin oldukça üzerinde olup, bu konuda farkındalığın artırılmasına yönelik

girişimlerde bulunulması faydalı olacaktır. Bu açıdan meme kanseri ve tarama yöntemlerini içeren eğitim müdahale çalışmaları sosyal farkındalığı ve erken tanı yöntemlerine olan güveni arttırabilir. Bunun sonucunda da kadınlar erken tanı yöntemlerine düzenli bir şekilde katılma konusunda istekli olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların başlangıçtaki tarama amacıyla mamografi çektirenlerin oranı %37,8 idi. İzmir’de yapılan bir çalışmada kadınların mamografi uygulamasına başvurma oranı %57,3 olarak tespit edilmiştir (101). Aydın ilinde yapılan başka bir çalışmada ise bu oranın % 40,6 olduğu gösterilmiştir (14). Kahramanmaraş’ta yapılan benzer bir çalışmadaki oran %20,9 olarak hesaplanmıştır (95). İran’da yapılan bir çalışmada ise bu oranın % 25,8 olduğu gösterilmiş. Bu sonuçlar sağlık ihtiyaçlarının bölge veya ülke değişikliği olduğunda farklılık gösterdiğini düşündürmektedir. Bu sonuçların Türkiye’de doğu ve batı bölgelerinde farklı olması sosyal ve kültürel etmenlere bağlanabilir. Tarama amaçlı yapılan mamografi meme kanseri mortalitesini ve morbiditesini azaltmaktadır (103-105). Bu nedenle periyodik sağlık muayeneleri kapsamında mamografi uygulaması önemlidir. Mamografi uygulama önerileri ülkeden ülkeye değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği 50 yaşından sonra her kadının 2 yılda 1 mamografi çektirmesini önermektedir. ACOG 40 yaşından sonra her kadının yılda 1 mamografi çektirmesini önermektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı ise 40 yaşından sonra 69 yaşına kadar 2 yılda bir yapılmasını önermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların KKMM yapmayı öğrenmek için en fazla kullandıkları bilgi kaynaklarının sağlık personeli (%34,6) ve televizyon-radyo (%32), en az kullandıkları bilgi kaynaklarının ise kitap-dergi-brosür (% 12) ve internet (%9) olduğu görüldü. Türkiye’de 2009 yılında yapılan bir çalışmada tarama yöntemleri konusunda bilgi almak için en fazla kullanılan kaynağın %47,7 oranı ile sağlık ekibi olduğu gösterilmiş (94). Bu oran bizim çalışmamızda daha düşük olmak birlikte benzer şekilde en fazla tercih edilen kaynaktı. Farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda en fazla kullanılan bilgi kaynağının genelde televizyon-radyo olduğu tespit edilmiştir (98, 106-108). Ülkemizdeki çalışmalarda bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarına başvurunun yüksek oranda kullanılmasının sebebi ülkemizin sağlık politikalarıyla bağlantılı olabilir. Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerinin (KETEM) her ilde tarama programları düzenlemesi, aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olması, hekime ulaşılabilirliğin kolaylaşması kadınların sağlık

çalışanlarından bilgi alabilmelerini kolaylaştırmıştır. Yapılan bir çalışmada bizzat doktor tarafından bilgilendirilenlerin, KKMM yapma ve mamografi uygulama oranı daha yüksek olarak tespit edilmiştir (109). Başka bir çalışmada bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin gösteren katılımcıların meme kanseri tarama yöntemlerine katılım oranının daha fazla olduğu gösterilmiştir (14). Bu sonuçlar meme kanseri tarama yöntemlerinin yaygın bir şekilde kullanılmasında sağlık personelinin önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda televizyon-radyonun da azımsanmayacak oranda bilgi kaynağı olarak kullanıldığı görüldü. Bu bulgu sağlık alanında yapılacak bilgilendirmelerde en önemli kitle iletişim aracı olan televizyon ve radyonun kullanılmasının faydalı olacağını göstermektedir.

Çalışmamızda uygulamış olduğumuz yapılandırılmış eğitim programının meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini anlamlı derece artırdığı görüldü. Meme kanseri semptomlarını, risk faktörlerini ve erken tarama yöntemlerini içeren farklı çalışmalarda da eğitim müdahalelerinin bilgi düzeyine olumlu katkıda bulunduğu gösterilmiştir (110-115). Bu bulgu meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili halka yönelik eğitimlerin bu konudaki bilgi düzeyinde artış sağlayabileceğini desteklemektedir.

Çalışmamızda eğitim girişimi ile bireylerin meme kanseri ve tarama yöntemleriyle ilgili tutum ve davranışlarının önemli ölçüde değişerek tarama yöntemlerine olan katılımın arttığı görüldü.

Eğitim sonrasında KKMM yapma ve mamografi çektirme oranlarının anlamlı olarak arttığı görüldü. Bir çalışmada meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili eğitimden sonra, KKMM ve mamografi uygulamasına yönelik farkındalığın arttığı, engellerin azaldığı ve bu yöntemlere olan güvenin arttığı görülmüştür (116). Mermer ve Türk tarafından yapılan benzer bir çalışmada meme kanseri eğitiminden sonra erken tanı yöntemleri uygulanmasındaki engellerin azaldığı ve bu yöntemlere olan katılımın arttığı gösterilmiştir (101). Üniversite öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada KKMM yapma oranı eğitimden sonra %45,5'den %63,2'ye yükselmiştir (9). Mamografi meme kanseri tarama yöntemleri arasındaki en güvenilir seçenektir. Yapılan geniş çaplı çalışmalarda düzenli mamografi uygulamasının meme kanseri mortalitesini azalttığı görülmüştür (6, 7). EUROSCREEN çalışma grubunda yapılan son meta analizde, düzenli mamografi çektiren kadınlarda meme kanseri ölümlerinde yaklaşık % 25 - %31 arasında azalma olduğu gösterilmiştir (6, 7). Bu nedenle aile

hekimlerinin bu tarama yöntemlerini periyodik sağlık muayeneleri kapsamında atlamamaları ve KKMM konusunda risk altındaki nüfusuna eğitim vermeleri önemlidir.

Çalışmamızda eğitim sonrasında KMM yaptırma oranında artış olmak birlikte, bu değişim istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Bazı çalışmalarda çalışmamızın bulgularına benzer şekilde, KMM yaptırma durumunda eğitim ile anlamlı bir artış sağlanamadığı tespit edilmiş (100, 101) olmakla birlikte diğer bazı araştırmalarda ise çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak eğitim müdahalesinin KMM yaptırma oranlarını arttırmada etkili olduğu görülmüştür (13, 117). Çalışmamızda KMM yaptırma oranında anlamlı bir değişiklik olmamasının sebeplerinden biri çalışma sonunda katılımcıların çoğunun mamografi çektirmesi olabilir. Eğitim içeriğinde KMM'ni yılda bir yaptırma gerektiği vurgulanmıştı. Fakat katılımcılara eğitimden 3 ay sonra ulaşıldı ve KMM yaptırıp yaptırmadıkları soruldu. Bu süre dikkate alındığında mamografi çektiren katılımcılar KMM yaptırma gereksinimi duymamış olabilir. Ayrıca, toplumumuzdaki kültürel özellikler, utanma ve çekinme duygusu kadınların meme muayenesi yaptırmasına engel olmuş olabilir. Bu açıdan bireylerin sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınmasının yanı sıra hasta ile iyi bir iletişim kurulması, hasta mahremiyetine dikkat edilmesi ve uygun muayene ortamlarının sağlanması önemlidir. Ayrıca, eğitim ve danışmanlık verilerek KMM'nin meme kanserinin erken tanısındaki önemi hakkında farkındalık oluşturulması faydalı olabilir.

Çalışmanın başlangıcında KKMM yapanların bilgi düzeyi ortalaması, yapmayanlara göre yüksekti, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Gölbaşı ve ark. tarafından halk eğitim merkezinde yapılan bir çalışmada KKMM yapan kadınların bilgi puan ortalamalarının, yapmayanlara göre daha fazla olduğu fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (118). Ülkemizde yapılan araştırmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (12, 119). Arslan ve ark.'nın hemşireler arasında yaptığı bir çalışmada eğitim sonrasında KKMM yapmayanların bilgi puan ortalamalarının, yapanlara göre daha fazla arttığını göstermiştir. Eğitim öncesinde KKMM yapanların bilgi puan ortalamalarının zaten yüksek olmasının bu sonucu doğrulduğu belirtilmiştir (12). Başka bir çalışmada KKMM yapma durumunun bilgi düzeyini etkilediği ve bu muayeneyi yapan katılımcıların bilgi düzeylerinin daha iyi

olduğu saptanmıştır (119). Bu sonuçlar bilginin erken tanı yöntemleriyle ilgili davranışı değiştirme konusunda ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamızdaki kadınların çoğunluğu bilgi sahibi olmadıkları ve herhangi bir şikayetleri olmadığı için KKMM yapmadıklarını belirttiler. KMM yaptırmama nedenleri sorulduğunda ise kadınların %37'si ihmal ettiği-zaman ayırmadığı, %32'si gerekli olduğunu düşünmediği, %21'i utandığı ve %8'i doktor önermediği için KMM yaptırmadıklarını ifade ettiler. Bir çalışmada KKMM yapmama nedeninin bilgi eksikliği ve zaman ayıramama olduğu belirtilmiştir (12). Koç ve Sağlam'ın yaptığı başka bir araştırmada genel popülasyondaki kadınların çoğu bilgi eksikliği olduğu, daha azı utandığı için KKMM, KMM ve mamografi yapmadıklarını/yaptırmadıklarını belirtmişlerdir (11). Farklı bir araştırmada ise katılımcılar meme kanseri tarama yöntemlerini uygulamama nedeni olarak ihmal ve korkuyu göstermişlerdir (120). Bu sonuçlardan bilgi eksikliği sebebiyle erken tanı yöntemlerine gerekli önemin verilmediği anlaşılmaktadır. Kadınların bazıları kanser taramalarının önemli olduğunu düşünmediği için ihmal etmiş, unutmuş ve çoğunluğu da davranış değişikliği oluşturacak kadar bilgiye sahip olmadığı için uygulamadan uzak durmuş olabilir. Bu çalışmalara baktığımızda meme kanseri tarama yöntemlerini uygulamada bilgi eksikliğinin önemli bir engel olduğu görülmektedir. Kadınlara bu konularda yapılandırılmış eğitimler ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Özellikle sağlık çalışanlarının başrolü üstlendiği eğitim programlarında, meme kanserinin ilerlemesinin engellenmesinde ve tedaviye erken başlanmasında erken tanı ve tarama yöntemlerinin önemi vurgulanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri sağlık alanındaki gelişmelere, tanı ve tedavi girişimlerindeki hızlı ilerlemeye rağmen kadınların yaşamını önemli ölçüde tehdit etmeye devam etmektedir. Erken tanı ve tarama yöntemlerinin kullanılması, hastalık ilerlemeden müdahale edilmesini kolaylaştırmakta ve meme kanserinden ölümleri azaltmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri arasında bulunan erken tanı ve tarama yöntemlerinin topluma aktarılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Çalışmamızda meme kanseri ve erken tanı yöntemleri ile ilgili eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

Çalışmadan çıkarılacak sonuçlar ve öneriler şöyle sıralanabilir:

1. Kadınların koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde bulunan meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerine olan katılımı yetersizdi. Yetersiz ve yanlış bilgiye sahip olma tarama yöntemlerine katılımın istenilen düzeye çıkarılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu durum kadınların, meme sağlığına yönelik tarama programlarını uygulama konusundaki tutum ve davranışlarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları buna yönelik eğitim ve danışmanlık vererek katkıda bulunabilir.

2. Çalışmamızda televizyon ve radyonun meme kanseri ve erken tanı yöntemleri konusunda önemli bir bilgi kaynağı olarak kullanıldığı görüldü. Bu doğrultuda KKMM, KMM ve mamografi ile ilgili afişler, radyo ve TV eğitim programları bu konu hakkındaki duyarlılık ve farkındalığa olumlu katkı sağlayabilir.

3. Çalışmamıza katılan kadınlar KKMM konusunda en fazla sağlık çalışanı tarafından bilgilendirildiklerini belirttiler. Birinci basamak sağlık çalışanları KKMM uygulama becerisinin sürdürülmesinde, geliştirilmesinde ve bireylere öğretilmesinde katkı sağlayabilir.

4. Eğitim sonrası kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyinde, KKMM ve mamografi uygulama oranında anlamlı bir artış olduğu görüldü. Bu durum, kadınlar için yapılandırılmış eğitim programlarının meme sağlığı ve tarama yöntemleri üzerinde olumlu etki ettiğini göstermiştir. Bu bağlamda, 20 yaşın üzerindeki tüm kadınlara periyodik sağlık muayeneleri kapsamında meme

sağlığı üzerine danışmalık hizmetleri verilmelidir ve eğitim programları düzenlenmesi yerinde olacaktır. Bu eğitimlerde görsel zenginliği artıran broşur, video ve pratik eğitime katkıda bulunacak maket kullanılması etkinliği artıracaktır.

5. Çalışmamızda kadınların eğitim sonrasındaki KMM yaptırma oranlarında değişiklik olmadığı görüldü. Toplumumuzdaki kültürel özellikler, utanma ve çekinme duygusu kadınların meme muayenesi yaptırmasına engel olmuş olabilir. Bu açıdan biyopsikososyal bir yaklaşım ile bireylerin sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınmasının yanı sıra hasta ile iyi bir iletişim kurulması, hasta mahremiyetine dikkat edilmesi ve uygun muayene ortamlarının sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, eğitim ve danışmanlık verilerek KMM'nin meme kanserinin erken tanısındaki önemi hakkında farkındalık oluşturulması faydalı olacaktır.

6. Üniversitelerde eğitim müfredatına meme sağlığı konusunda derslerin eklenmesi genç yaşlarda farkındalık oluşturabilir ve tarama yöntemlerinin uygulanmasına katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(2):87-108.
2. Rashidi A, Rajaram SS. Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination: needs assessment. *Cancer Nursing*. 2000;23(1):64-70.
3. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2005;8(1).
4. Sørensen J, Hertz A. Cost-effectiveness of a systematic training programme in breast self-examination. *European journal of cancer prevention*. 2003;12(4):289-94.
5. Kamproh S, Fungpong S. Effects of breast self-examination (BSE) program for detection early stage of breast cancer. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*. 2008;91:S147-51.
6. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 US Preventive Services Task Force recommendation. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):244-55.
7. Siu AL. Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):279-96.
8. Demirelöz M, Çeber E, Özentürk G. Midwives roles in women's improvement of protective behaviour against breast cancer whether they have a family history of cancer or not. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(4):1037-43.
9. Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT. Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2009;39(1):59-66.
10. Beydağ K, Karaoğlan H. Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(2):106-11.
11. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009;5(1):25-33.
12. Arslan M, Şahin DA. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2013;1(1).
13. Coleman EA, Stewart CB, Wilson S, Cantrell MJ, O'sullivan P, Carthron DO, et al. An evaluation of standardized patients in improving clinical breast examinations for military women. *Cancer nursing*. 2004;27(6):474-82.
14. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal*. 2007;20(1):029-36.

15. NCI Cancer SEER Erişim Adresi:
<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html> Erişim Tarihi: 15.05.2017
16. Türkiye Kanser İstatistikleri Erişim Adresi:
http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR.pdf Erişim Tarihi: 15.05.2017.
17. Woodruff D:İncidence of endometrial hiperplasia in postmenopausal women taking cojugated estrogens with medroxiprogesteron asetate or conjuated estrogens alone,Am J Obstet Gynecol,170:1213-23 1994.
18. Iglehart J.D.:The Breast Textbook of Surgery,15.Edition Sabiston D.C.; E.B. Saunders Company,Phladelphia 1997,555-584.
19. İnce Ü;Memenin anatomisi. Meme kanseri,(derleyen)Topuz E ,İstanbul, İ.Ü.Onkoloji Enstütüsü Yayınları 1997,1-15.
20. Kerse İ;İnsan embriyolojisine giriş 3. baskı Ankara, Öztekin Matbaacılık 1981,53-55.
21. Göksel H,Nemato t,Onat D:Meme Hastalıkları Temel Cerrahi,(derleyen)Sayek İ,2. baskı 1.cilt, Ankara Güneş Kitabevi 1996,492-552.
22. Cabioğlu N. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Meme Hastalıkları Kitabı. In.Özmen V, editör. Güneş Tıp Kitabevi; 2012. Sayfa 3-16.
23. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). SEER Stat Fact Sheets: Breast. Available at <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html#incidence-mortality>. Accessed: July 30, 2015.
24. Jatoi I, Anderson WF, Rosenberg PS. Qualitative age-interactions in breast cancer: a tale of two diseases? Am J Clin Oncol. 2008;31(5):504-6.
25. Garbe E, Levesque L, Suissa S. Variability of breast cancer risk in observational studies of hormone replacement therapy: a meta-regression analysis. Maturitas. 2004;47(3):175-83.
26. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2002;346(26):2025-32.
27. Endogenous H, Breast Cancer Collaborative G. Free estradiol and breast cancer risk in postmenopausal women: comparison of measured and calculated values. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003;12(12):1457-61.
28. Reeves GK, Beral V, Green J, Gathani T, Bull D, Million Women Study C. Hormonal therapy for menopause and breast-cancer risk by histological type: a cohort study and meta-analysis. Lancet Oncol. 2006;7(11):910-8.
29. Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. JAMA. 2000;283(4):485-91.
30. Key T, Appleby P, Barnes I, Reeves G, Endogenous H, Breast Cancer Collaborative G. Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. J Natl Cancer Inst. 2002;94(8):606-16.

31. Santen RJ, Boyd NF, Chlebowski RT, Cummings S, Cuzick J, Dowsett M, et al. Critical assessment of new risk factors for breast cancer: considerations for development of an improved risk prediction model. *Endocr Relat Cancer*. 2007;14(2):169-87.
32. Speroff L. The million women study and breast cancer. *Maturitas*. 2003;46(1):1-6.
33. 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.
34. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at Menarche, Age at Menopause, Height and Obesity as Risk-Factors for Breast-Cancer - Associations and Interactions in an International Case-Control Study. *Int J Cancer*. 1990;46(5):796-800.
35. Eliassen AH, Missmer SA, Tworoger SS, Spiegelman D, Barbieri RL, Dowsett M, et al. Endogenous steroid hormone concentrations and risk of breast cancer among premenopausal women. *J Natl Cancer I*. 2006;98(19):1406-15.
36. Hankinson SE, Eliassen AH. Circulating sex steroids and breast cancer risk in premenopausal women. *Hormones and Cancer*. 2010;1(1):2-10.
37. Cuzick J, DeCensi A, Arun B, Brown PH, Castiglione M, Dunn B, et al. Preventive therapy for breast cancer: a consensus statement. *The lancet oncology*. 2011;12(5):496-503.
38. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM, Robidoux 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.
39. Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Redmond CK, Kavanah M, Cronin WM, et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer: report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study. *J Natl Cancer I*. 1998;90(18):1371-88.
40. Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, et al. Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. *Jama*. 2006;295(23):2727-41.
41. Key T, Appleby P, Barnes I, Reeves G. Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. 2002.
42. Santen RJ, Boyd NF, Chlebowski RT, Cummings S, Cuzick J, Dowsett M, et al. Critical assessment of new risk factors for breast cancer: considerations for development of an improved risk prediction model. *Endocrine-related cancer*. 2007;14(2):169-87.
43. Hormones E, Group BCC. Free Estradiol and Breast Cancer Risk in Postmenopausal Women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2003;12(12):1457-61.

44. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*. 1994;139(8):819-35.
45. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(26):2025-32.
46. Garbe E, Levesque L, Suissa S. Variability of breast cancer risk in observational studies of hormone replacement therapy: a meta-regression analysis. *Maturitas*. 2004;47(3):175-83.
47. Cancer CGoHFiB. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *The Lancet*. 1996;347(9017):1713-27.
48. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer (Nurses' Health Study, United States). *Cancer Causes & Control*. 1997;8(1):65-72.
49. Reeves GK, Beral V, Green J, Gathani T, Bull D, Collaborators MWS. Hormonal therapy for menopause and breast-cancer risk by histological type: a cohort study and meta-analysis. *The lancet oncology*. 2006;7(11):910-8.
50. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the Women's Health Initiative Randomized Trial. *Jama*. 2003;289(24):3243-53.
51. Collaborators MWS. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *The Lancet*. 2003;362(9382):419-27.
52. Schairer C, Lubin J, Troisi R, Sturgeon S, Brinton L, Hoover R. Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk. *Jama*. 2000;283(4):485-91.
53. Anderson GL, Chlebowski RT, Aragaki AK, Kuller LH, Manson JE, Gass M, et al. Conjugated equine oestrogen and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women with hysterectomy: extended follow-up of the Women's Health Initiative randomised placebo-controlled trial. *The lancet oncology*. 2012;13(5):476-86.
54. Holmberg L, Anderson H. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer—is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *The Lancet*. 2004;363(9407):453-5.
55. Loprinzi CL, Michalak JC, Quella SK, O'fallon JR, Hatfield AK, Nelimark RA, et al. Megestrol acetate for the prevention of hot flashes. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(6):347-52.
56. Bordeleau L, Pritchard K, Goodwin P, Loprinzi C. Therapeutic options for the management of hot flashes in breast cancer survivors: an evidence-based review. *Clinical therapeutics*. 2007;29(2):230-41.

57. Kollias J, Ellis I, Elston C, Blamey R. Clinical and histological predictors of contralateral breast cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 1999;25(6):584-9.
58. 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.
59. Page DL. Breast lesions, pathology and cancer risk. *The breast journal*. 2004;10(s1):S3-S4.
60. 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.
61. 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.
62. Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer Jr WD, Rados MS, et al. Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(1):10-5.
63. Stratton MR. Pathology of familial breast cancer: differences between breast cancers in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations and sporadic cases. *The Lancet*. 1997;349(9064):1505-10.
64. Palacios J, Honrado E, Osorio A, Cazorla A, Sarrió D, Barroso A, et al. Immunohistochemical characteristics defined by tissue microarray of hereditary breast cancer not attributable to BRCA1 or BRCA2 mutations. *Clinical Cancer Research*. 2003;9(10):3606-14.
65. Armes JE, Egan A, Southey MC, Dite GS, McCredie MR, Giles GG, et al. The histologic phenotypes of breast carcinoma occurring before age 40 years in women with and without BRCA1 or BRCA2 germline mutations. *Cancer*. 1998;83(11):2335-45.
66. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(8):515-25.
67. 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.
68. Lissowska J, Brinton LA, Zatonski W, Blair A, Bardin-Mikolajczak A, Peplonska B, et al. Tobacco smoking, NAT2 acetylation genotype and breast cancer risk. *Int J Cancer*. 2006;119(8):1961-9.
69. Al-Delaimy WK, Cho E, Chen WY, Colditz G, Willet WC. A prospective study of smoking and risk of breast cancer in young adult women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2004;13(3):398-404.
70. Land CE, Tokunaga M, Koyama K, Soda M, Preston DL, Nishimori I, et al. Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, Hiroshima and Nagasaki, 1950-1990. *Radiat Res*. 2003;160(6):707-17.

71. Horwich A, Swerdlow AJ. Second primary breast cancer after Hodgkin's disease. *Br J Cancer*. 2004;90(2):294-8.
72. 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.
73. 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.
74. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and Strategies for Breast Cancer Prevention Through Risk Reduction. *Ca-Cancer J Clin*. 2008;58(6):347-71.
75. 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.
76. Tehard B, Friedenreich CM, Oppert JM, Clavel-Chapelon F. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: Results from the E3N cohort study. *Cancer Epidem Biomar*. 2006;15(1):57-64.
77. 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.
78. Catsburg C, Kim RS, Kirsh VA, Soskolne CL, Kreiger N, Rohan TE. Dietary patterns and breast cancer risk: a study in 2 cohorts. *The American journal of clinical nutrition*. 2015;101(4):817-23.
79. Linos E, Willett WC. Diet and breast cancer risk reduction. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2007;5(8):809-16.
80. Bertone-Johnson ER, Chen WY, Holick MF, Hollis BW, Colditz GA, Willett WC, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and 1, 25-dihydroxyvitamin D and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2005;14(8):1991-7.
81. Lin J, Cook NR, Albert C, Zaharris E, Gaziano JM, Van Denburgh M, et al. Vitamins C and E and beta carotene supplementation and cancer risk: a randomized controlled trial. *J Natl Cancer I*. 2009;101(1):14-23.
82. Ganmaa D, Willett WC, Li TY, Feskanich D, van Dam RM, Lopez-Garcia E, et al. Coffee, tea, caffeine and risk of breast cancer: A 22-year follow-up. *Int J Cancer*. 2008;122(9):2071-6.
83. Ishitani K, Lin J, Manson JE, Buring JE, Zhang SM. Caffeine consumption and the risk of breast cancer in a large prospective cohort of women. *Archives of internal medicine*. 2008;168(18):2022-31.
84. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2008;58(6):347-71.

85. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *Jama*. 2006;296(2):193-201.
86. Megdal SP, Kroenke CH, Laden F, Pukkala E, Schernhammer ES. Night work and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer*. 2005;41(13):2023-32.
87. Rezanko T. Meme tümörlerinde tanisal algoritma ve üçlü test. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*. 2008;4(3).
88. Tasdelen İ. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Meme Hastalıkları Kitabı. In: Özmen V, editör. Güneş Tıp Kitabevi; 2012. Sayfa 33-46.
89. Olawaiye A, Withiam-Leitch M, Danakas G, Kahn K. Mastalgia: a review of management. *The Journal of reproductive medicine*. 2005;50(12):933-9.
90. Srivastava A, Mansel R, Arvind N, Prasad K, Dhar A, Chabra A. Evidence-based management of Mastalgia: a meta-analysis of randomised trials. *The Breast*. 2007;16(5):503-12.
91. Gumm R, Cunnick G, Mokbel K. Evidence for the management of mastalgia. *Current medical research and opinion*. 2004;20(5):681-4.
92. National Cancer Institute Erişim Adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening> Erişim Tarihi: 15.05.2017.
93. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, De Koning HJ, Draisma G, et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Annals of internal medicine*. 2009;151(10):738-47.
94. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*. 2009;5(1).
95. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan*. 2009;28:14-8.
96. Kösters JP, Gotzsche P. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(2):1-14.
97. Türkiye Halk Sağlığı Kanser Daire Başkanlığı Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html> Erişim Tarihi: 15.05.2017.
98. Hassanen H, Badw S, Ali Y. Effect of health education/training program for high institute of health students on breast self-examination at Benghazi city in Libya. *Bull High Inst Public Health*. 2006;36:645-66.
99. Oestreicher N, Lehman CD, Seger DJ, Buist DS, White E. The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screening program. *American Journal of Roentgenology*. 2005;184(2):428-32.

100. Ho T-V, editor Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American women. *Oncology Nursing Forum*; 2007.
101. Mermer G, Turk M. Assessment of the effects of breast cancer training on women between the ages of 50 and 70 in Kemalpaşa, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(24):10749-55.
102. Borges Zds, Wehrmeister FC, Gomes AP, Gonçalves H. Clinical breast examination and mammography: inequalities in Southern and Northeast Brazilian regions. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2016;19(1):1-13.
103. Nelson H, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M. US Screening for breast cancer: a systematic review to update the 2009 US Preventive Services Task Force recommendation. Rockville (MD): AHRQ. 2016.
104. Tabár L, Vitak B, Chen TH-H, Yen AM-F, Cohen A, Tot T, et al. Swedish two-county trial: impact of mammographic screening on breast cancer mortality during 3 decades. *Radiology*. 2011;260(3):658-63.
105. Weedon-Fekjær H, Romundstad PR, Vatten LJ. Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study. *Bmj*. 2014;348:g3701.
106. Desouky DE, Taha AA. Effects of a training program about breast cancer and breast self-examination among female students at Taif University. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2015;90(1):8-13.
107. Sarfo LA, Awuah-Peasah D, Acheampong E, Asamoah F. Knowledge, attitude and practice of self-breast examination among female university students at Presbyterian University College, Ghana. *Am J Res Communication*. 2013;1(Suppl 11):395-404.
108. Alwan N, Al-Attar W, Eliessa R, Madfaie Z, Tawfeeq F. Knowledge, attitude and practice regarding breast cancer and breast self-examination among a sample of the educated population in Iraq. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012;18(4):337.
109. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Istanbul Medical Journal*. 2014;15(3).
110. Peacey V, Steptoe A, Davídsdóttir S, Baban A, Wardle J. Low levels of breast cancer risk awareness in young women: an international survey. *European journal of cancer*. 2006;42(15):2585-9.
111. Grunfeld E, Ramirez A, Hunter M, Richards M. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British journal of cancer*. 2002;86(9):1373-8.
112. Masso-Calderón A, Meneses-Echávez J, Correa-Bautista J, Tovar-Cifuentes A, Alba-Ramírez P, Charry-Ángel C. Effects of an Educational Intervention on Breast Self-Examination, Breast Cancer Prevention-Related Knowledge, and Healthy Lifestyles in Scholars from a Low-Income Area in Bogota, Colombia. *Journal of Cancer Education*. 2016:1-7.
113. Ouyang Y-Q, Hu X. The effect of breast cancer health education on the knowledge, attitudes, and practice: a community health center catchment area. *Journal of cancer education*. 2014;29(2):375-81.

114. Moodi M, Mood MB, Sharifirad GR, Shahnazi H, Sharifzadeh G. Evaluation of breast self-examination program using Health Belief Model in female students. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011;16(3):316.
115. El Aziz HMA, Akl OA, Ibrahim HK. Impact of a health education intervention program about breast cancer among women in a semi-urban area in Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2009;84(1-2):219-43.
116. Kocaöz S, Özçelik H, Talas MS, Akkaya F, Özkul F, Kurtuluş A, et al. The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. *Journal of Cancer Education*. 2017:1-12.
117. Ahmad F, Cameron JI, Stewart DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social science & medicine*. 2005;60(3):575-86.
118. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007;3(2):53-7.
119. Erkoç A, Oran F, Yorulmaz H. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011;7:101-5.
120. Rızalar S, Altay B. Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2010;5(14):73-87.

8. EKLER

Ek 1

Meme Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Anket Formu

Demografik Bilgiler

1. Yaş:
2. Boy: Kilo: BMI:
3. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) okur yazar değil
 - b) okur yazar
 - c) ilkokul
 - d) ortaokul
 - e) lise
 - f) üniversite
4. Mesleğiniz nedir?
5. Medeni durumunuz nedir?
 - a) evli
 - b) bekar
 - c) dul
 - d) boşanmış
6. Yaşadığınız yer:
 - a) ilçe (merkez)
 - b) köy
7. Ekonomik durumunuz nasıldır?
 - a) iyi değil
 - b) iyi
 - c) orta
 - d) çok iyi
8. İlk adet görme yaşı:
9. Adetten kesilme yaşı:
10. İlk doğum yapma yaşı:
11. Kaç tane çocuğunuz var?
12. Ailede meme kanseri tanısı alan akrabanız var mı?
 - a) evet
 - b) hayır
13. Varsa akrabanız kim? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
 - a) annem
 - b) ablam/kardeşim
 - c) teyzem
 - d) halam
14. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) hayır
 - b) evet
 - c) bıraktım

Bilgi Soruları

15. Sizce meme kanserinin erken dönemde tanınması mümkün müdür?
 - a) hayır
 - b) evet
 - c) bilmiyorum
16. Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
 - a) kendi kendine meme muayenesi
 - b) hekimin meme muayenesi yapması
 - c) mamografi
 - d) meme ultrasonu
 - e) bilmiyorum
 - f) diğer (belirtiniz)

17. Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?
a) hayır b) evet c) bilmiyorum
18. Kendi kendinize meme muayenesi yapmasını biliyor musunuz?
a) hayır b) evet
19. Biliyorsanız bunu nereden öğrendiniz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a) kitap-dergi-broşür
b) televizyon-radyo
c) sağlık personeli
d) aile-akraba-arkadaş
e) internet
20. Sizce kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır?
a) 40 yaşından sonra tüm kadınlar
b) 20 yaşından sonra tüm kadınlar
c) ailesinde meme kanseri olanlar
d) şikayeti olan kadınlar
e) diğer (belirtiniz)
21. Sizce kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkla yapılmalıdır?
a) yılda bir kez yapılmalı b) altı ayda bir yapılmalı
c) ayda bir yapılmalı d) haftada bir yapılmalı
e) diğer (belirtiniz)
22. Sizce hangi dönemde kendi kendine meme muayenesi yapılmalıdır?
a) zaman fark etmez
b) adet döneminden önce
c) adet dönemi esnasında
d) adet döneminden sonra / Her ayın belli bir günü
e) şikayet olursa yapılmalı
23. Sizce doktora ne sıklıkla meme muayenesi yaptırılmalıdır?
a) yaptırmaya gerek yok
b) ayda bir kez yapılmalı
c) yılda bir kez
d) 1 kez yaptırmak yeterli
e) şikayetim olduğu zaman yaptırılmalı
f) diğer (belirtiniz)

24.Sizce mamografi ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra çektirilmeli?

- a)30 yaşında sonra yılda bir
- b)30 yaşından sonra iki yılda bir
- c)40 yaşından sonra yılda bir
- d)40 yaşından sonra iki yılda bir
- e)50 yaşından sonra yılda bir
- f)50 yaşından sonra iki yılda bir

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
25. Memede ele gelen şişlik ya da kitle meme kanseri belirtisi olabilir			
26. Meme başından gelen kanlı akıntı meme kanseri belirtisi olabilir.			
27.Meme başının içe çekilmesi meme kanseri belirtisi olabilir.			
28.Memede meydana gelen renk değişikliği meme kanseri belirtisi olabilir.			
29.Meme derisinde portakal kabuğu görüntüsünün olması meme kanseri belirtisi olabilir.			
30.Koltuk altında ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir.			
31.Memede oluşan yara meme kanseri belirtisi olabilir.			
32.Memede ağrı olması meme kanseri belirtisi olabilir.			
33.Çocukluğundan bu yana bir memenin diğer memeden büyük olması meme kanseri belirtisi olabilir.			

Tutum ve Davranış Soruları

34.Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

- a) hayır
- b) evet

35.Cevabınız hayır ise neden yapmıyorsunuz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) kimse yapmam gerektiğini söylemedi
- b) nasıl yapıldığını bilmiyorum.
- c)şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum
- d) ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum
- e) gençlerin kanser olacağını düşünmediğim için yapmıyorum
- f) daha çok stresli oluyorum, korkuyorum

36.Kendi kendinize meme muayenesi yapsaydınız ya da eğer yapıyorsanız kitle ya da herhangi bir değişiklik fark ettiğinizde ilk kime başvurursunuz?

- a) aile hekimime başvururum
- b) genel cerrahi uzmanına başvururum
- c) geçmesini beklerim
- d) arkadaşlarıma ya da aileme danışırım
- e) internetten bilgi edinirim
- f) diğer (belirtiniz)

37.Daha önce hiç doktora meme muayenesi yaptırdınız mı?

- a) hayır
- b) evet

38.Cevabınız evet ise meme muayenenizi kim yaptı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) aile hekimliği uzmanı
- b) genel cerrahi uzmanı
- c) kadın doğum uzmanı
- d) diğer (belirtiniz)

39.Doktora meme muayenesi yaptırmadıysanız nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) meme muayenesi yaptırmam gerektiğini bilmediğim için
- b) gerekli olduğunu düşünmedim
- c) ihmal ettiğim için, zaman ayıramadım
- d) kitle çıkar diye korktuğum için
- e) hekim önermediği için
- f) utandığım için

40.Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?

- a) hayır
- b) evet

41.Kendi kendinize meme muayenesi yaparken hiç kitle tespit ettiniz mi?

- a) hayır
- b) evet

42.Eğer tespit edip doktora başvurduysanız sonuç ne geldi?

- a) kötü huylu kitleb) iyi huylu kitlec) normal

Ek 2

Meme Kanseri ve Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Sunumu

MEME KANSERİ VE MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ

KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araş. Gör.Dr. Salih Zekeriya KARSLIOĞLU

AMAÇ

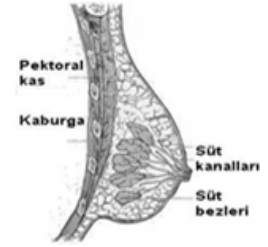
- Meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi vermek ve davranış değişikliği sağlamak

HEDEFLER

- Meme kanserinden şüphelenilecek bulguları sayabilmek
- Meme kanseri risk faktörlerini sayabilmek
- Meme kanserinde kullanılan tarama yöntemlerini sayabilmek
- Kendi kendine meme muayenesi yapabilme becerisi kazanmak
- Meme kanserinde erken tanının önemini kavramak

MEME KANSERİ

- Meme; süt bezleri ve burada üretilen sütü meme başına taşıyan kanallardan oluşur



MEME KANSERİ

- Bu süt bezleri ve kanalları döşeyen hücrelerin, kontrol dışı olarak çoğalmalarına MEME KANSERİ denir.



MEME KANSERİ

- Kadınlar arasında en sık görülen kanserdir.
- Günümüzde ABD'de, yedi kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır.
- Bu oran Avrupa ülkelerinde de on kadında birdir.

MEME KANSERİ

- Her 11 dakikada 1 kadın, meme kanseri nedeni ile hayatını kaybetmektedir.



- Her 3 dakikada 1 kadına, yeni meme kanseri tanısı konmaktadır.

MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

- **Ailesel yatkınlık**



- Eğer bir kadının birinci dereceden bir akrabasında meme kanseri varsa riski **4 KAT** artar.
- Toplumdaki her **10** meme kanseri olgusundan ancak **bir** tanesi ailevidir.

MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

- **Hormonal etkiler**

- İlk adet yaşının 11'den küçük olması
- Menopoz yaşının 55'den büyük olması
- İlk doğumun 40 yaş üstünde yapılması
- Emzirme süresi 2 yıldan az olanlar.

MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

- Obezite, yağlı beslenme
- 50 yaş üzerinde olmak
- Yüksek doz radyasyona maruziyet
- 8-10 yıldan fazla süreli hormon tedavisi almak



MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

- Geçirilmiş iyi huylu meme hastalıkları
- Alkol ve sigara kullanımı



KORUYUCU FAKTÖRLER

- Emzirme (Bebekler 2 yıl emzirilmeli)
- İlk doğumun 30 yaş altında olması
- Haftada 3 gün egzersiz yapmak



KORUYUCU FAKTÖRLER

- Sağlıklı ve dengeli beslenme
- Alkol ve sigaradan uzak durma

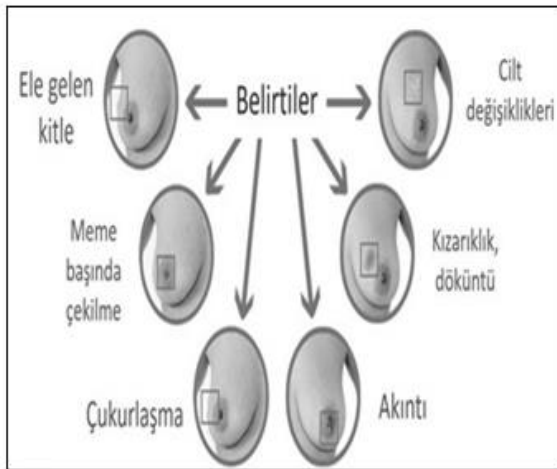


MEME KANSERİ BELİRTİLERİ

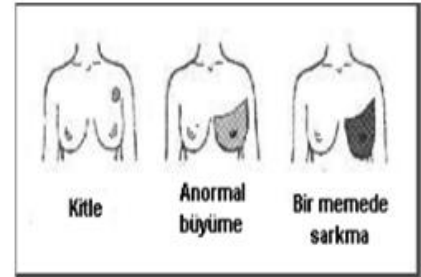
- Meme veya koltuk altında ele gelen kitle (şişlik)
- Meme başı değişiklikleri (çöküntü-içe gömülme)
- Meme başından akıntı gelmesi (bulanık ya da kanlı)
- Meme başında veya meme derisi üzerinde çekilme

MEME KANSERİ BELİRTİLERİ

- Meme cildinde portakal kabuğu görüntüsü
- Memede şekil ve simetri bozukluğu
- Göğüs uçlarının farklı yöne bakması
- Memede şişme ve kızarıklık
- Meme başında iyileşmeyen yara
- Ağrı



MEME KANSERİ BELİRTİLERİ



MEME KANSERİNDE ERKEN TANI

Meme kanserinde
ölüm oranını düşürmek ve
kaliteli yaşam elde etmenin en iyi yolu;

ERKEN TANI VE
TEDAVİDİR

MEME KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMLERİ

- A- Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)
- B- Klinik Meme Muayenesi (KMM)
- C- Mamografi

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

- 20 yaşından itibaren her kadın, her ay düzenli olarak KKMM yapmalıdır.



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

- Menstrüasyon (adet) gören;
-20 yaş üzeri kadınlarda aylık olarak adet başlangıcından sonraki **5. ve 7. GÜNDE** yapılması
- Adet görmeyen kadınlarda;
-(gebelik, laktasyon, menopoz) **her ayın belirli bir günü** (her ayın ilk günü vb.) yapılması önerilir.

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ



MEME
MUAYENESİNDE EN
ÖNEMLİ
ARAÇLARDAN BİRİ
!!!

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ



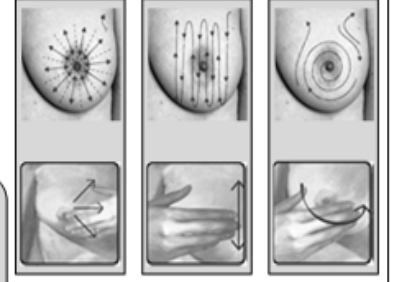
1. Doğru şekilde
durma

- Kollar iki yanda sarkık ve gevşek
- Kollar belde
- Kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış
- Kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

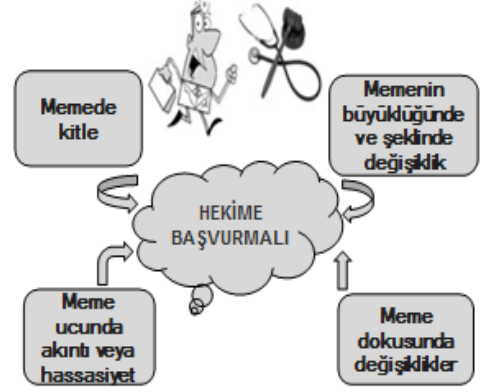


Basıncı
Hafif – alttaki dokuyu
hareket ettirmeden cilt
üzerine
Orta – o bölgedeki dokuya
Güçlü – kaburgalara doğru

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ



Sırtüstü yatılır
□ Sağ meme muayenesi;
Sağ omzun altına bir yastık
veya katlanmış bir havlu
yerleştirilir.
Sağ el başın altına konur.
Sol el parmak iç yüzeyleri
ile meme tümüyle taranır



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

- Kolaydır
- Herkes tarafından uygulanabilir
- Maliyeti yoktur
- Herhangi bir malzeme gerektirmez
- Bir sağlık kuruluşuna gitmeyi gerektirmez



KLİNİK MEME MUAYENESİ

- 20-40 yaş arası; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir klinik meme muayenesi
- 40-69 yaş arası; Ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi gerekmektedir.

MAMOGRAFİ

- Ele gelmeyen kitleleri saptar.
- Biyopsi alanını belirler.
- Tarama amacıyla yapıldığında çok erken evrede kanserli kitleyi saptar.



MAMOGRAFİ

- 40 yaşından sonra 2 yılda 1 mamografi çekimi önerilmektedir.
- Ailede meme kanseri varsa, hastalığın ortaya çıktığı yaştan 10 yıl önce mamografi çekimine başlanmalıdır
- Tanıda En değerli yöntem MAMOGRAFİ'dir

MAMOGRAFİ

- Ne zaman?
 - 40-69 YAŞ
 - 2 YILDA 1
- Zararı var mı?



Tedavide başarı sağlamada en önemli etken,
hastalığın erken evrede yakalanmasıdır !!



AYDA 1 KEZ SADECE 5 DAKİKA...

**SAĞLIĞINIZ PARMAKLARINIZIN
UCUNDA...**



KAYNAKLAR

- <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/49-meme-kanseri.html>
- Kanser erken teşhis,tarama ve eğitim merkezi(KETEM) meme kanseri sunumu

Ek 3

Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI


Sayı : 24237859- **619**
Konu: Etik kurul onay belgesi

25/10/2016

Sayın; Doç.Dr.Turan SET
Aile Hekimliği ABD.

"40-69 Yaş Kadınlar Arasında Meme Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı etik kurul 2016/154 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**



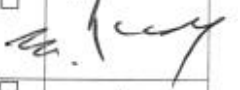


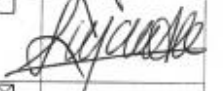

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"40-69 Yaş Kadınlar Arasında Meme Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2016/ 154		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Turan SET		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Salih Zekeriya KARSLIOĞLU		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 3	Tarih: 24/10/2016
	Doç.Dr.Turan SET'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Salih Zekeriya KARSLIOĞLU'na ait "40-69 Yaş Kadımlar Arasında Meme Kanseri Tarama Yöntemleri ile İlgili Eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı 2016/154 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	


KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raporör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek 4

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<p style="text-align: center;">BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</p>	
---	---	---

Araştırmanın Adı: 40-69 yaş kadınlar arasında meme kanseri tarama yöntemleri ile ilgili eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi

Bu çalışmada meme kanseri tarama yöntemleriyle ilgili eğitim verilerek kadınlar arasında farkındalık ve davranış değişikliği oluşturulması amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel özelliklerinizi, meme kanseri tarama yöntemleriyle ilgili bilgi düzeyinizi ve tutumunuzu belirleyen anket uygulanacaktır. Daha sonrasında meme kanseri tarama yöntemleriyle ilgili bir günlük eğitim verilecektir. Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz. Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı/Soyadı/Telefonu:

Salih Zekeriya KARSLIOĞLU / 0 542 616 6102

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.” “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı Soyadı : _____

İmzası : _____

Araştırmacının

Adı Soyadı: _____

İmzası : _____

Tarih: _____ / _____ / _____