

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

**ÇORUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM,
HEMŞİRE VE EBELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**Tezi Hazırlayan
Yeliz YELEN AKPINAR**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ekim 2008
KAYSERİ**

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

**ÇORUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM,
HEMŞİRE VE EBELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

**Tezi Hazırlayan
Yeliz YELEN AKPINAR**

**Tezi Yöneten
Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ekim 2008
KAYSERİ**

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA Danışmanlığında **Yeliz YELEN** tarafından hazırlanan “**Çorum İl Merkezinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

13/10/2008

JÜRİ :

İmza

Başkan : Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA (Danışman)

Üye : Yrd.Doç.Dr.Alper AKÇAN

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŞEKKÜR

Bana bu konuda çalışma fırsatı sağlayan, çalışmamın her aşamasında yol gösterici ve destekleyici olan, özveri ile emeğini esirgemeyen Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Danışman Hocam Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans öğrenimim esnasında manevi yardımlarını esiremeyen, yorumları ve eleştirileriyle meslek hayatımda her zaman yol gösterici olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK'e , tezimin her aşamasında yanımda olan ve özellikle istatistiki analizinde sabırla bana destek veren değerli hocam Yrd .Doç. Dr.İskender GÜN'e ve Halk Sağlığı Anabilim Dalında çalışan bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Benden sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bugünlere gelmemi sağlayan aileme, bu sürecin zorluklarına göğüs germemi sağlayan eşime, sağlık müdürlüğünde bana destek veren emeği geçen bütün arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÇORUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM, HEMŞİRE VE EBELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

ÖZET

Sağlık personelinin meme kanserinden korunma konusundaki farkındalığı önem taşıyan bir konudur. Sağlık personelinin tutum ve davranışları diğer kadınları etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı; Farklı bayan sağlık çalışanlarının meme kanseri riski konusunda bilgi ve tutumlarını araştırmak ve aynı zamanda kendi kendine meme muayenesi (K.K.M.M), klinik meme muayenesi, mamografi gibi tarama davranışlarını ortaya koymaktır. Kesitsel olarak yapılan bu çalışmada Çorum il merkezinde farklı kurumlarda çalışan toplam 485 kadın sağlık çalışanına (hekim:67, hemşire: 236, ebe: 141) anket uygulanmıştır (cevap verme oranı % 80.6 dır).

Bayan doktorların yaş ortalaması 34.2 ± 5.1 hemşirelerin 32.5 ± 6.6 ve ebelerin 33.5 ± 6.0 'dır, önemli bir kısmı evlidir (%81.0). Araştırma grubuna katılanların %27.1'i meme kanseri açısından kendisinin risk altında olduğunu düşünmektedir. Grubun çoğunluğu (%98.4) K.K.M.M'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyordu. K.K.M.M yapma oranı %81.3, olup düzenli yapanların oranı ise %23.3'tür. (her ay ve adet 5-7. günü) K.K.M.M.'yi düzenli yapma oranı hekimlerde (%31.3), ebe (%24.1) ve hemşirelerden (%20.4) daha yüksektir. K.K.M.M yapmama nedenleri arasında ihmal ve önemsememe (%45.8) ilk sırada belirtilmiştir. Tüm sağlık personelinin yalnızca %10.2'si mamografi yaptırmış ve %24.8'i klinik meme muayenesi için doktora gitmiştir. Klinik meme muayenesi yaptırma oranı en yüksek hekimlerdedir.

Sağlık personeli toplumda tıbbi bilgilerin asıl kaynağıdır. Bu kişilerin sağlık personeli olduğu düşünülürse çalışmamızda K.K.M.M ve mamografi yaptırma oranı beklenenden düşük çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Meme Kanseri, Bilgi, Tutum, Davranış

THE KNOWLEDGE ATTITUDE AND BEHAVIOURS OF FEMALE HEALTH PROFESSIONALS REGARDING THE BREAST CANCER IN ÇORUM, TURKEY

ABSTRACT

The awareness of health professionals about breast cancer prevention has a vital importance, since health professionals beliefs and behaviors may have an impact on other women. The aim of this study is to investigate the knowledge, attitudes on risk factors of the breast cancer as well as screening programs such as breast self-examination (BSE), clinical breast examination and mammography among different groups of female health professionals. In this cross-sectional study a total of 485 people (including female physicians n=67, nurses n=236 and midwives n=141) in various health centers located in Çorum Province, Turkey. They were interviewed using a self-administered questionnaire (overall response rate was 80.6%).

The mean age was 34.2 ± 5.1 in female physicians, 32.5 ± 6.6 in nurses and 33.5 ± 6.0 in midwives, and most were married (81.0%). Approximately 27.1 % of the respondents believed that 'Like every other woman I am at risk of breast cancer. Majority of the group (98.4 %) was believed that BSE was a beneficial method to identify to earl detection of breast cancer. Although 81.3 % of the group reporting performed BSE, only 23.3 % reported doing so on a regular basis (performed monthly or once per menstrual cycle). The rate of doing BSE regularly was higher in physicians (31.3 %) than nurses (20.4 %) and midwives (24.1 %). The most common reason for not doing BSE was the belief that it was not necessary (45.8 %). Of the entire group, only 10.2 % of them had gone for a screening mammogram and 24.8 % had gone for clinical breast examination. The rate of application to clinical breast examination is the highest in physicians.

Health professionals are a direct source of medical information to the public. The use of BSE and mammography were found lower than expected when considering the fact that participants were health care professionals.

Key words: Breast cancer, knowledge, attitude, behaviour

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. MEMENİN FİZYOLOJİSİ	4
2.1.1. Meme Gelişmesi ve Fonksiyonunda Etkili Hormonlar.....	4
2.1.2. Çeşitli Fizyoloji Durumlarda Meme Dokusu	5
2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	7
2.3. MEME KANSERİ KLİNİK BULGULAR, ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	11
2.3.1. Meme Kanserinin Klinik Özellikleri.....	11
2.3.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	12
2.4. MEME KANSERİNDE TANI, TEDAVİ VE PROGNOZ.....	19
2.4.1. Meme Kanserinde Tanı	19
2.4.2. Tanı Yöntemleri.....	21
2.4.3. Görüntüleme Yöntemleri	22
2.4.3.1. Mamografi	22
2.4.3.2. Ultrasonografi.....	23
2.4.3.3. Manyetik Rezonans	23

	<u>Sayfa no</u>
2.4.4. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri	24
2.4.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	25
2.4.4.2. Mamografi.....	31
2.4.4.3. Klinik/Fizik Muayene.....	33
2.5. MEME KANSERİNDE TEDAVİ	34
2.6. MEME KANSERİ RİSKİNİ BELİRLEME VE DEĞERLENDİRME.....	34
2.6.1. Risk ve Risk Ölçümü	34
2.6.2. Risk Belirleme.....	35
2.6.3. Sağlık İnanç Modeli.....	36
2.6.3.1. Sağlık İnanç Modeli 'nin Tarihçesi	36
2.6.3.2. Sağlık İnanç Modeli'nin Major Kavramları	37
2.6.3.3. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	59
6. KAYNAKLAR	73
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa no

Tablo 2.1.	Türkiye’de bölgelere ve cinsiyete göre kanser vakaları (Yüzbinde), 2000(20).....	10
Tablo 2.2.	Türkiye’de kadınlarda görülen meme kanseri olgularının görüldüğü organa göre dağılımı (Yüzbinde), (2000)(20).....	11
Tablo 2.3.	2198 hastada semptom dağılımı (26).....	13
Tablo 2.4.	Meme kanserinde risk faktörleri (25, 29,32).....	14
Tablo 2.5.	Etkilenen aile bireylerine göre risk faktörü dağılımı (39)	15
Tablo 2.6.	Bening meme hastalıkları varlığında meme kanseri riski: (42,43).....	16
Tablo 2.7.	Meme kanserinde amerikan kanser birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi (13, 24, 26, 32)	25
Tablo 4.1.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin bazı özelliklerine göre dağılımı	43
Tablo 4.2.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini bilme durumları.....	44
Tablo 4.3.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin doğum yapmanın meme kanseri üzerine etkisini bilme durumları	45
Tablo 4.4.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M.’ye başlama yaşını bilme durumları.	45
Tablo 4.5.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. uygulama sıklığını bilme durumları	45
Tablo 4.6.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M.’nin meme kanserinin erken tanısında önemli olup olmadığı konusunda düşünceleri.	46
Tablo 4.7.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapma durumları	47
Tablo 4.8.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapmama nedenleri	47
Tablo 4.9.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. uygulama zamanları.....	48
Tablo 4.10.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M.’yi doğru yapıp yapmadığına inanma konusundaki düşünceleri	49
Tablo 4.11.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapılırken doğru duruş pozisyonlarını bilme durumlarına göre dağılımı	49
Tablo 4.12.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yaparken yatış pozisyonunu bilme durumuna göre dağılımı	50
Tablo 4.13.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin memedeki doktora gitmeyi gerektiren değişiklikleri bilme durumları.....	50
Tablo 4.14.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme muayenesi için doktora gitme sıklığını bilme durumları	51
Tablo 4.15.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme muayenesi için doktora gitme durumları	52

Tablo 4.16.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin klinik meme muayenesine başlama yaşını bilme durumları	52
Tablo 4.17.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi çektirmeye ilişkin bazı bilgilerin değerlendirilmesi	53
Tablo 4.18.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi çektirme durumu.	53
Tablo 4.19.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi muayenesine başlama yaşına ilişkin bilgileri	54
Tablo 4.20.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini değerlendirme durumu	55
Tablo 4.21.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili hizmet içi eğitime katılma durumu.....	55
Tablo 4.22.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanser ile ilgili yayınları takip etme durumu	56
Tablo 4.23.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili hastalara eğitim verme durumu.....	56
Tablo 4.24.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili yakınlarına eğitim verme durumu.....	57
Tablo 4.25.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri görülme sıklığını bilme durumları.....	57
Tablo 4.26.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin overlerin alınmasının meme kanseri riskine etkisi konusundaki görüşleri	58
Tablo 4.27.	Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri açısından risk grubunda olduğunda düşünme dururumu.....	58
Şekil 2.1.	K.K.M.M.'de memelerin eller kalçadayken gözlenmesi.....	27
Şekil 2.2.	K.K.M.M.'de memelerin eller havadayken gözlemlenmesi	28
Şekil 2.3.	Yukarıdan – aşağı, aşağıdan yukarı tarama yöntemi	29
Şekil 2.4.	Yukarıdan – aşağı, aşağıdan yukarı tarama yöntemi.....	29
Şekil 2.5.	Elle muayenede tarama yöntemi	30
Şekil 2.6.	Yatar pozisyonda memenin değerlendirilmesi.....	30
Şekil 2.7.	Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi	31
Şekil 2.8.	Mamografi çekiminde hastanın pozisyonu.....	33
Şekil 2.9.	Mamografi çekiminde hastanın pozisyonu	33
Şekil 2.10.	Klinik meme muayenesinin yapılması	33
Şekil 2.11.	Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar	39

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanserinde erken tanı, kanserin tedavisini kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Meme kanserinin erken tanısı ile tedavi başarısı ve prognoz arasındaki önemli ilişkiler dikkat çekmektedir. Son yıllarda özellikle yüksek riskli gruplara yönelik olarak meme kanserinden korunma amaçlı genetik çalışmaların sürdürüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle; henüz meme kanserinden birincil korunma önlemlerinin yaygın uygulamalar arasında yer almaması, mortalite oranlarını azaltmada temel strateji olarak erken tanı yoluyla ikincil koruma önlemlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Toplumun, meme kanseri konusunda duyarlılığının artmasına rağmen, meme kanseri toplumda yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehdidin azaltılmasında atılacak en önemli adımlardan birisi; her toplumun kendi içinde meme kanseri riskini ortaya koymasını, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırmasıdır. Çünkü meme kanserinde tek bir etyolojik faktörden söz etmek olası değildir. Doğurganlık yaşı, çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, sosyo-ekonomik durum, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin önemi de göz ardı edilmemelidir.

Meme kanserinin erken tanısında; mamografi, klinik meme muayenesi ve **Kendi Kendine Meme Muayenesi (K.K.K.M)** önerilmektedir. Düzenli aralıklarla doğru olarak yapılan KKKM meme kanserinin erken tanısında kullanılan, uygulaması kolay, ekonomik bir yöntemdir. Her ay bir kez K.K.M.M. yapması, kadının kendi memesinin normalde nasıl hissedildiğini, normal durumun ne olduğunu öğrenmesini ve gelişen herhangi bir değişikliğin en kısa sürede fark edilmesini sağlamaktadır.

Dünyanın gelişmiş ülkeleri ve gelişmekte olan ülkeleri arasında kanser sorununun değerlendirilmesi ve bu konuya yaklaşım oldukça önemli farklılıklar göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerde kanser kayıt merkezlerinde kanser kayıtlarının düzenli tutulması ve bu olguların değerlendirilmesi konusundaki başarıdan dolayı, kanser sorununun boyutları daha iyi değerlendirilebilmektedir. Sonuçta bu ülkelerdeki kanser savaşı daha planlı ve başarılı olmaktadır. Ülkemizde de kanser sıklığını belirlemek amacıyla kanser kayıt merkezleri kurulmuştur. Ancak kanserli hasta bildirim ve veri değerlendirilmesi kısıtlı olarak yapılabilmektedir.

Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavi edilebilmesi ve sağ kalım oranının çok yüksek olması sağlık çalışanlarının, özellikle de ebe ve hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır. Hasta ya da sağlam bireyle birçok ortamda karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarının, kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları ve bu bilgileri kullanıma sunmaları gerekmektedir. Bireysel ve toplu eğitim programları erken tanı açısından önem taşımaktadır. Sağlık eğitiminde tüm sağlık ekibinin katılımı ile ilgili problemler yaşanmaktadır. Sağlık çalışanlarının, etkin iletişim ve eğitim becerilerini kullanarak kadınlara meme muayenesinin önemini anlatması ve kadınları bu muayeneyi yapma konusunda ikna ve teşvik etmesi hedeflenmektedir. Ebe/hemşirelerin, kadın olması ve sağlık ekibi içinde kolay ulaşılabilir bir eleman olması, meme kanserine ilişkin eğitimde diğer sağlık personellerine göre daha etkin görev almasını gerektirir. Ebe/hemşireler toplumdaki meme kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi eksiklerini bildiğinde, bu konuda eğitici rolünü daha iyi gerçekleştirebilirler.

Ayrıca kadınların bir sağlık çalışanının verdiği bilgiyle daha güvenli olarak meme muayenesini yapabilecekleri ve gerekliliğini daha gerçekçi olarak algılayabilecekleri düşünülmektedir. Sağlık çalışanları, meme kanseri gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren bulguları

tanımlayabilmelidir. Sağlık çalışanlarının bireyleri risk durumlarından haberdar etmeleri kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemeleri gerekmektedir. . Tüm bunların etkin bir şekilde yapılabilmesi için, sağlık çalışanlarının, toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ile toplumun sağlık eğitim gereksinimleri, bireylerin değer yargıları, kültürleri, yaşam tarzları ve sağlık-hastalık algıları, ayrıca sağlık inançları konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekmektedir. Bu özelliklerin bilinmesi, topluma olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında sağlık çalışanlarına yardımcı olacaktır.

Ebeler / hemşirelerin toplum için eğitim programlarını hazırlarken ve uygularken konu ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir. Bu bilgi ya okulda ya da hizmet içi eğitimlerle kazanılabilir. Bu konuda ideal olan okul döneminde meme kanseri konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olarak mezun olmalarıdır.

Özellikle birinci basamak sağlık eğitiminde; hem rol model olarak hem de eğitim olarak etkinliği yüksek olan ebe/ hemşire grubunun konuyla ilgili bilgi ve uygulama başarısının yüksek olması, hizmet verdiği bölgedeki kadınlara yansıtacaktır. Her bölgenin de kendi içinde risk gruplarını belirlemesi, risk faktörlerini ortaya koyması ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir. Bu ise; ancak sağlık personelinin bilinçlendirilmesiyle mümkün olacaktır.

Bu çalışma; Çorum ilinde sağlık personelinin meme kanseri konusundaki bilgi ve davranışlarını ortaya koyarak bundan sonraki çalışmalara öncülük etmek amacıyla yapılmıştır. Sağlık personelinin rol - model ve eğitim donanımı açısından etkin hale getirilmesi meme kanseriyle savaşta ilin çalışmalarına önemli oranda etki edecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEMENİN FİZYOLOJİSİ

2.1.1. Meme Gelişmesi ve Fonksiyonunda Etkili Hormonlar

Meme gelişmesi ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile olur. Bu hormonların en önemlileri; östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid, kortizol ve büyüme hormonudur (1,2).

Östrojen: Etkisini sitoplazma ve çekirdekdeki reseptörlere bağlandıktan sonra gösterir. Sitoplazmadaki reseptörlerin yoğunluğu adet siklusunda değişiklik gösterir, hamileliğin son döneminde ve lohusalığın ilk döneminde artar. Östrojen reseptörlerinin sentezini hem östrojen hem de progesteron uyarır (2,3).

Prolaktin olmadan östrojenin meme gelişimini başlatamayacağı düşünülmektedir. Ancak; hipofizi olmayan dişilerde, östrojen replasmanı ile normal meme gelişimi sağlanmıştır. Fakat laktasyon için prolaktin gerekir. Hamilelik sırasında yüksek östrojen ve progesteron düzeyleri prolaktin salgısını baskılar, plasenta çıktıktan sonra ani progesteron ve östrojen düşüşü laktasyonu başlatır. Östrojen memedeki prolaktin reseptörlerinin yoğunluğunu da kontrol eder. Östrojen meme epiteli, özellikle duktal epitelin gelişmesinde etkilidir. Memedeki bol miktarda bulunan yağ dokusu dolaşımdaki androjenlerden östrojen yapabilir, fakat bunun önemi henüz aydınlatılamamıştır (1,3).

Progesteron: Tek başına memeye bir etkisi yoktur. Östrojen reseptörlerinin sentezini uyarır. Prolaktin ile sinerjik etki gösterir ve epitelyum hücrelerinin diferansiyasyonunda ve lobulus ve asinus gelişiminde etkilidir. Laktasyonu inhibe eder. Memede bulunan progesteron reseptörlerini de östrojen kontrol eder (1,3).

Prolaktin: Hipofizde yapılır. Hamileliğin son döneminde, doğumdan hemen sonra yükselir ve lohusalık döneminde yüksek kalır. Meme hücre yüzeyindeki reseptörlere bağlanarak etkisini gösterir. Meme gelişiminin her safhasında önemlidir. Memedeki östrojen reseptörlerinin sayısını artırır. Progesteron ile birlikte lobulus ve asinus gelişimini uyarır. Süt sekresyonunu ve süt proteinlerinin sentezini kontrol eder. Prolaktin salınması için en önemli uyarıcı, memenin emilmesi, yani meme başının doğrudan uyarılmasıdır (1,3).

İnsan plasental laktojeni: Hamilelik sırasında dolaşımda yüksek miktarda bulunur. Etkisi prolaktine benzer fakat daha güçsüzdür (3).

Oksitosin: Hipotalamustan salgılanır. Süt verme düşüncesi ve meme başı ve areolanın uyarılması ile salgılanır. Alveolleri saran miyoepitelyal hücrelerde kasılmaya yol açar. Alveollerin sıkıştırılması ile süt, süt kanallarına atılır. Oksitosin salgısını süt verme ile ilgili duyma, görme ve koklama duyuları uyarır.

Büyüme Hormonu (GH) ve İnsüline Benzer Büyüme Hormonu: GH'nun prolaktine benzer etkisi vardır. Etkisini insüline benzer büyüme hormonunun sentezini uyararak yapar.

İnsülin: Meme gelişmesi üzerine yapılan çalışmalarda prolaktin, östrojen ve progesteron yanında insülinin de gerekli olduğunu göstermiştir.

Glikokortikoidler: Süt veren meme dokusunda sitoplazmada glikokortikoid reseptörleri bulunur. Glikokortikoidler olmadan laktasyon başlamaz veya devam etmez (4).

2.1.2. Çeşitli Fizyoloji Durumlarda Meme Dokusu

Meme bezi nöroendokrin sistemin kontrolündedir. Bu nedenle fizyolojik olarak meydana gelen pek çok değişiklik hastalık olarak kabul edilmemelidir.

Meme dokusunda fetal yaşamda, çocukta adölasanda, pubertede, hamilelikte, lohusalık döneminde menopozda ve her ay adet dönemi boyunca değişiklik görülür (3,5,6).

Fetusta görülen değişiklikler: Embriyoda meme dokusu, koltuk altı lenf bezleriyle aynı epitelden oluşur. Altıncı haftada bir çizgi olarak başlar. Dokuzuncu haftada meme başı ve meme tomurcuğu oluşur. Beşinci ayda meme bağ dokusu gelişir. Meme dokusunun fetal gelişimini plesenta yoluyla gelen prolaktin, östrojen ve progesteronu uyarır.

Yenidoğanda görülen değişiklikler: Dünyaya geldiğinde bebeğin meme dokusu süt kanalları ve birkaç alveol- sinüsten oluşur. Yenidoğan kız ve erkek çocuklarında 1-7 hafta devam edebilen kolostruma benzeyen, berrak bir sıvı bir sıvı sekresyonu oldukça sık görülür. Bu durumun plesantadan gelen hormonların kesilmesi ile düzeyin ani düşüşüne ve yenidoğan hipofizden fazla salgılanan prolaktine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çocukluk döneminde görülen değişiklikler: Fetus ve yenidoğana benzer şekilde çocukluk döneminde de meme gelişimi cinsiyete göre farklılık göstermez. Vücut büyümesi ile orantılı olarak stromal doku proliferasyonu ve duktusların uzaması görülür. Lobular gelişme görülmez. Hipolamahipofizer yol ve cinsiyet hormonlarının düzeyinin düşük olması ile negatif feedback'e cevap vermez. Meme fonksiyonel olarak inaktiftir.

Pubertede görülen değişiklikler: Meme dokusu artar, areolanın rengi koyulaşır, meme başı büyür ve adet kanaması başlar. Pubertenin başlangıcında ipotalamus uyarılır ve düşük östrojen ve progesteron düzeyine cevap verir. Böylece; GnRh, sonra FSH, LH ve overlerden östrojen ve progesteron salgılanır. Meme kanalları uzar ve dallanır, uçlarında tomurcuklanma, parankim ve yağ dokusunda artma görülür.

Adet Döneminde Görülen Değişiklikler

Adet dönemi: Adet görmeye başlanınca östrojen ve progesteron düzeylerindeki sıklık değişiklikler duktuslarda gelişmeyi ve lobulus ve asinusların oluşumunu artırır. Bu hormonlar aynı zamanda gelişen kanalları destekleyecek bağ dokusunun proliferasyonunu da artırır. Adet dönemi boyunca gerginlik ve büyüme hissedilir. Bu gerginlik ve büyüme hacim, yoğunluk ve nodülarite artışına bağlanır ve aynı zamanda hassasiyet de artabilir. Gerginlik ve hacim adet döneminin 2. yarısında fazlalaşır, en yoğun olarak adetten önceki üç, dört günde hissedilir.

Menapozda görülen değişiklikler: Overlerden östrojen ve projesteron salgısının azalması memenin duktal ve glandüler elemanlarının da progresif involüsyonuna yol açar. Fibroz dokunun yoğunluğu artar, parankimin yerini yağ dokusu alır. Bazı lobüllerde süt kanalları genişler, Silindir epiteli olmayan asinusların genişlemesi ile makro kistler oluşabilir. Menapozdaki kadının memeleri asimetrik ve palpasyonla düzensiz yapıda olabilir. Yaşlanma ile birlikte yağ dokusu ve destek dokusu azalır, memeler küçülür, şeklini kaybeder ve sarkar.

Hamilelik ve lohusalık döneminde görülen değişiklikler: Hamilelik başladıktan sonraki birkaç hafta içinde memelerdeki etkisi görülmeye başlanır. Bu overlerden ve plasentadan salgılanan yüksek miktardaki östrojen, progesteron ve plamenta laktojenlerinin etkisine bağlıdır. Doğum ve plasentanın çıkması ile östrojen ve progesteron seviyesi ani olarak düşer ve prolaktinin laktojenik etkisi tam olarak görülür. Laktasyonun devamı; hipotalamus – hipofiz ilişkisinin normal olmasına annenin uygun ve yeterli beslenmesine ve psikolojik stresin olmamasına bağlıdır.

2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olup sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle de bir halk sağlığı sorunudur. Tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kanser vakası teşhis edilmektedir. Ayrıca; enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin kullanıma girmesi ve yaşam standardının yükselmesi ile ortalama yaşam süresinin uzaması dolayısı ile yaşlı nüfusun artması, toplumun bilgi seviyesinin yükselmesi ve kanser tedavisindeki gelişmeler sebebi ile daha çok hastanın hekime başvurması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artışı kanser sıklığını arttıran etkenlerdir.

Epidemiyolojik çalışmaların sonucunda; dünya üzerinde kanser görülme ve ölüm oranlarındaki değişim özelliklerini, bazı kanserler için özgün risk faktörlerinin, potansiyel korunma stratejileri ile kanser etyolojisindeki genetik farklılıkların rolü ortaya çıkar (7).

Kanser dünyada hemen her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7- 8. sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (8). Akciğer, meme ve mide kanseri, tüm dünyada en sık görülen kanserlerdir. Kanser tiplerinin dağılımı gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, aynı ülke içinde de farklı şehirlerde kanser tiplerinin dağılımı değişebilmektedir (9).

Dünyada her yıl 10 milyon kişi kansere yakalanmakta, 6 milyon kişi de kanserden ölmektedir (10). Kanser her yıl tüm dünyada 10 milyon kişiyi etkilemektedir. Eğer bugün yeterli mücadele verilemez ise; önümüzdeki 10 yılda tüm dünyada 84 milyon kişi kanser nedeni ile yaşamını yitirecektir (11).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, 2020 yılında her yıl yeni kanser tanısı konan hasta sayısı 17 milyona, 2050 yılında 24 milyona yükselecektir. Bu artışın % 70.0'inden fazlası az veya orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olacaktır (11).

Dünyada kanser hastaları ile ilgili sayım yapma ve veri toplama 1728 yılında Londra'da genel nüfus sayım idaresince yapılan bir çalışma ile başlamış ve bu tarihten itibaren de çeşitli ülkelerde çalışmalar devam etmiştir.

Danimarka'da 1943, Macaristan'da 1952, Finlandiya ve Almanya'da 1953 yıllarında toplum tabanlı kanser kayıt sistemleriyle veri toplanmaya başlanmıştır. DSÖ tarafından yapılan standardizasyon çalışmaları ve 1948 yılında yayınlanan ICD (International Classification of Diseases)'nin 6. baskısı sonrasında kodlama sisteminin çeşitli ülkelerde benimsenmesi ile 1992 yılı itibariyle 52 ülkede 266 adet toplum tabanlı kanser kayıt sistemi oluşmuştur. Bu ülkelerdeki çalışmalar düzenli olarak "5 Kıtada Kanser İnsidansı" (Cancer Incidence in Five Continents) isimli WHO yayınında özetlenmektedir. En son olarak 50 ülkeden 150 toplum tabanlı kanser kayıt sisteminin verileri 1997'de yayınlanmıştır (12).

Memelerin en önemli hastalığı meme kanseridir. Meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan malign tümörlerin tümü genel olarak meme kanseri olarak adlandırılmaktadır (13). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Batı toplumlarında yaklaşık her 8 kadından biri hayatının bir döneminde bu hastalığa yakalanmaktadır (14).

Meme kanseri kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Avrupa'da yılda 180.000 Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 184.000 yeni olgu saptanmaktadır. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Havai, Kaliforniya ve Kanada'da yılda yüzbinde 12-15 arasındadır. 1975'ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomide batı tarzı gelişme ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır. Görülme sıklığında en büyük artış Kanada, ABD, İspanya ve İsveç'te ortaya çıkmıştır (7).

Bilinçli programlarla tüm kanserlerin 1/3'ü önlenebilir niteliktedir. Tespit edilen kanser vakalarının 1/3'ünün tam olarak tedavi edilebilir olması, çocukluk çağında ortaya çıkabilen tüm kanserlerin en az % 65'inin tam olarak tedavi edilebilmesi ve kanser ağrıları ile yaşam kalitesini tehdit eden kanserle ilişkili sıkıntıların çoğunun kontrol edilebilir nitelikte olması gerçeğine rağmen birçok ülkede arzulanan sonuçlar elde edilememektedir (11)

Türkiye'de kalp damar hastalıkları ile birlikte en önemli ölüm nedenlerinden biri olan kanserler içinde en sık rastlanan ilk 10 kanserden yedisi tüm kanserlerin neredeyse 2/3'ünü oluşturmaktadır ve bunların tamamına yakını çok ucuz, etkin ve kolay uygulanabilen halk sağlığı yaklaşımları ile önlenebilecek durumdadır. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün birlikte yürüttükleri çalışmada kanser kontrolünde ana hedefler şu şekilde belirtilmiştir (11);

Önümüzdeki 10 yılda ortaya çıkacak kanserlerin en az 1/3'ünün önlenmesi,

larinks, meme ve seviks kanserlerinde tamamen iyileştirme oranının önümüzdeki 10 yılda % 15'ten % 80'e çıkarılması hedeflenmektedir (11).

Türkiye'de kanserle ilgili istatistiki bilgiler "Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı" aracılığı ile toplanmakta ve bu bilgiler ülke genelinde yürütülen çalışmalara öncülük etmektedir. Ülkemizde kanserle savaş için kurulmuş olan ilk örgüt 1947 yılında kurulan "Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu"dur. İlk kanser hastanesi 1962 yılında hizmete giren "Ankara Ahmet Andıçen Onkoloji Hastanesi"dir. Kansere belirtilerini kendisinde fark eden ya da erken tanı testlerinin yapılmasını isteyen kişilerin başvurabileceği merkezler ilk kez 1965 yılında İstanbul'da, 1972 yılında Ankara'da, 1973 yılında İzmir'de "Kanser Erken Tanı ve Kontrol Dispanseri" adıyla kurulmuştur (15).

Kanser, 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununun 57.maddesi gereğince; Bildirimi Zorunlu Hastalıklar listesine alınmıştır ve bu bildirimler 1983 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı bünyesinde toplanmaya başlanmıştır. Bu kuruma bildirilen kanser olguları her yıl artmakla birlikte olgu sayısı henüz beklenenin çok altında olup Türkiye genelini yansıtmamaktadır (16).

Türkiye’de 1999 yılında 8.879 olan meme kanserli kadın sayısı 2003 yılında 12.772’ye yükselmiştir. Ayrıca; ülkemizde tüm kanserlerin %24.1’ini meme kanserlilerin oluşturduğu belirtilmektedir (17). Türkiye’de meme kanseri %0007.32 görülme sıklığı ile kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü içinde birinci sırada yer almaktadır (18).

Türkiye’de kadınlarda görülen kanserler içerisinde meme kanseri 1999 yılı sağlık istatistiklerine göre %24.10 ile ilk sırada yer almaktadır (19).

Tablo 2.1. Türkiye’de bölgelere ve cinsiyete göre kanser vakaları (Yüzbinde), 2000(20)

Bölgeler	Toplam		Erkek		Kadın	
	Sayı	İnsidansı	Sayı	İnsidansı	Sayı	İnsidansı
Marmara Bölgesi	7.627	43.96	4.450	50.28	3.177	37.33
Ege Bölgesi	6.300	70.48	3.922	86.98	2.378	53.68
Akdeniz Bölgesi	6.376	54.92	3.710	63.49	2.666	46.24
İç Anadolu Bölgesi	3.099	36.72	1.954	46.71	1.145	26.90
Karadeniz Bölgesi	4.872	55.96	2.889	65.68	1.983	46.04
Doğu Anadolu Bölgesi	3.270	53.28	1.948	61.26	1.322	44.70
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	1.784	27.00	1.068	31.58	716	22.19
Adresi Bilinmeyen	91		41		50	
Toplam	33.419	49.29	19.982	58.18	13.437	40.16

Tablo 2.2. Türkiye’de kadınlarda görülen meme kanseri olgularının görüldüğü organa göre dağılımı (Yüzbinde), (2000)(20)

Organlar	Sayı	Yüzde	İnsidans (Yüzbinde)
Meme	3.354	24.96	10.02
Mide	836	6.22	2.50
Deri	797	5.93	2.38
Akciğer	692	5.15	2.07
Yumurtalık	634	4.72	1.89
Kolon	572	4.26	1.71
Beyin	536	3.99	1.60
Endometriyum	432	3.22	1.29
Serviks	417	3.10	1.25
Rektum	417	3.10	1.25
Diğerleri	4.750	35.35	14.35
Toplam	13437	100.0	40.16

Dünya Sağlık Teşkilatının “Herkesin Sağlık Programı” çerçevesinde ülkemizdeki hedefi; 2020 yılına kadar 65 yaş altı nüfusta tüm kanserlere bağlı ölümleri % 15 azaltmaktır (10).

2.3. MEME KANSERİ KLİNİK BULGULAR, ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

2.3.1. Meme Kanserinin Klinik Özellikleri

Meme kanseri teşhisi konulan hastalar genelde hastalıklarını kendileri bulurlar (21). Ancak; son zamanlarda rutin olarak kontrole gelen veya başka bir hastalık nedeniyle müracaat eden hastalarda dikkatli yapılan fizik muayene sonucunda, hekimler gittikçe artan bir sıklıkta meme kanseri tespit etmektedir. Meme kanserli hastalarda memede saptanabilen semptom ve bulgular şöyledir;

a) Kitle: Kitleler şekil, sınır ve yoğunluklarına göre değerlendirilmektedir. Oval ve yuvarlak şekilli kitleler genellikle benidir. İrregüler şekil ise genelde maligniteyi destekleyebilir (22). Meme kanserli hastaların % 70’ e yakınında ilk bulgu memede çoğu kez ağrısız ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunan bir kitlenin varlığıdır (23).

Haagensen'a göre hastaların % 65.3'ü kitle şikayeti ile başvurmaktadır. Kitleler serttir, hareketsizdir, sınırları kısmen belirlenebilir, şekilsiz ve zor palpe edilebilir.

b) Ağrı: Başlangıçta % 90 ağrısızdır.

c) Meme Başı Akıntısı: Meme kanseri görülen kadınların % 10'unda ilk belirti meme başı akıntısıdır (23). Akıntı tek taraflı ve seröz, kanlı-seröz, kanlı niteliktedir (24).

d) Forgue Belirtisi: Tümör taşıyan göğsün yukarıda dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadrantlarındaki kanserlerinde, meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur.

e) Meme Üzerindeki Deride Ödem: Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.

f) Meme Başında Retraksiyon ve Çökme: Tümörün büyüüp meme başının tutulması sonucu oluşur.

g) Deride Ülserasyon ve Eritem: Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada M. Pectoralis Majör ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.

h) Lenf Nodüllerinde Büyüme: Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda oluşur.

i) Kolda Anormal Şişlik: Lenflerin tıkanması sonucunda lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenfödem oluşur (22, 25).

Haagensen'in 1943- 1980 yılları arasında Colombia Presbyterian Medical Center'da primer meme karsinomlu 2198 hastada saptadığı ilk semptom ve bulguların sıklık oranı Tablo 2.3'de gösterilmiştir (26).

Tablo 2.3. 2198 hastada semptom dağılımı (26)

Memede şişlik	% 65.3
Ağrı	% 5.4
Meme cildinde retraksiyon	% 3.1
Meme cildinde ülserasyon	% 0.2
Meme cildinde ödem	% 0.0
Meme başı akıntısı	% 1.8
Meme başında kabuklanma	% 1.1
Aksiler tümör	%2.0
Semptom yok	% 14

2.3.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin kesin nedeni bilinmemekle birlikte hastalığın ortaya çıkmasında bazı risk faktörlerinin olduğu anlaşılmaktadır (27). Meme kanserinde genetik, çevresel hormonal sosyo-psikolojik etkenlerin rol aldığı kabul edilmektedir (28).

Tablo 2.4. Meme kanserinde risk faktörleri (25, 29,32)

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
Cinsiyet Kadın olmak	Artırır	Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür
Yaş (50 yaş üzerinde olmak)	Artırır	Yaş ilerledikçe risk artar. Yeni vakaların %77'si, meme kanserinden ölümlerin %84'ü 50 yaş ve üzerinde oluşur.
Daha önce maling ya da bening meme kanseri öyküsünün olması	Artırır	Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre diğer memede kanser riskini 2-6 kez artırır. Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırır. Bening meme hastalığının (Fibrokistik meme hastalığı) kanser riski tartışmalıdır.
Aile öyküsü Anne veya kız kardeş veya her ikisinde meme kanseri bulunması BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olması P53 geninde mutasyon olması	Artırır	Anne veya kız kardeşlerden herhangi birinde meme kanseri riski %2 ile %3 kez artırırken her ikisinde kanser olması riski %8 artırır. Menapoz öncesinde tanı konmuş ve kanser çift taraflı ise risk daha da artar. Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10 ile %30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Normalde BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin DNA tamirinde ve kopyalanmasında önemli rolleri vardır.
İrk		Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir.

Tablo 2.4. Meme kanserinde risk faktörleri (25, 29,32) (Devamı)

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
Menstrüal öykü (Erken menarş 12 yaştan önce) (Geç menapoz 55 yaştan sonra)	Artırır	Menarş ve menapoz arasındaki interval'in uzaması meme kanseri riskini yükseltir. Kısılması riski azaltır.
Doğum öyküsü (Hiç doğum yapmayanlar, ilk çocuğunu 30 yaştan sonra doğuranlar)	Artırır	Doğum yapmamış kadınlar meme kanseri açısından yüksek riskli gruba girerler.
Emzirme	Tartışmalı	Meme kanseri riskini azaltma da emzirmemenin etkisini inceleyen çalışmalarda bulgular tartışmalıdır.
Östrojen alımı (Oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisi)	Tartışmalı	Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımı ve uzun süreli (10-15 yıl üzeri) östrojen replasman terapisinin riski artırdığı saptanmıştır. Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskini etkilemediği saptanmıştır.
Alkol	Artırır	Günde iki bardak'tan fazla alkol alınması riski artırmaktadır. Etiyolojisi kesin açıklanamamakla birlikte, araştırmacılar alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanmaktadır. Diğer olası bir nedenin ise; alkolün meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açması olduğuna inanılmaktadır.
Yağlı diyet	Tartışmalı	Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Bazı araştırmacılar da bunun tümörün büyümesini stimüle ettiğine inanmaktadır.
Obesite	Tartışmalı	Meme kanseri riskini artırdığı bildirilmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır.
Radyasyon	Artırır	Özellikle 30 yaş'ın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski artırır.

1. Yaş: Meme Kanserinin %1'den azını 25 yaşın altındaki kadınlar oluşturur (33). Kansere yakalanma riski yaşla beraber artar ve her 10 yılda bir iki katına çıkar (34). Otuz yaşından sonra meme kanseri insidansı keskin bir şekilde artar (33). Amerika'da meme kanserinin %95'i 40 yaşından sonra ortaya çıkmıştır (28). Yirmi yaşın altında bir kadında meme kanseri riski %0.05 iken, bu oran 40 yaşında % 1.49 'a 60 yaşında ise ; % 3.45'e yükselmektedir (35).

2. Aile Hikayesi: Meme kanserinde ailesel yatkınlık ilk olarak 1866'da Paul Boraca tarafından kendi eşinin ailesinde dört nesil süresince 24 kadının 10'unda meme kanserinin ortaya çıkmasından sonra ileri sürülmüştür (36). Meme kanseri riskini artıran önemli nedenlerden biri de; 1.derece bir akrabada meme kanseri olmasıdır. Anne ya da kız kardeşte meme kanseri öyküsü, riski 2-3 kat artırır (37). Aile öyküsü olanlarda meme kanseri ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olma eğilimindedir. Hastalığın erken ortaya çıkışı özellikle annesinde meme kanseri olanlarda daha belirgindir. Tüm bu çalışmalara ve sonuçlarına karşın artmış ailesel riskin ne kadarının genetik olarak geçmiş etkenlere, ne kadarının ailenin ortak yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğunu söyleyebilmek pek mümkün değildir (34).

3. Genetik Faktörler: BRCA 1, BRCA 2, P 53 genlerindeki mutasyonun meme kanserine yol açtığı düşünülmektedir. Gen mutasyonları agresif seyretmekte ve yüksek grade sahiptir (37). Aile hikayesi olan kadınlarda meme kanseri riski genel nüfusun 2-3 katıdır. Bu risk 1.derece veya 40 yaşından önce meme kanseri gelişen akrabada en yüksek düzeye ulaşmaktadır (38).

Tablo 2.5. Etkilenen aile bireylerine göre risk faktörü dağılımı (39)

Etkilenen Aile Bireyi	Rölatif Risk
45 yaşından küçük anne ve kız kardeş	2.2 – 3.8
45 yaşından büyük anne ve kız kardeş	1.4 – 1.6
Anne veya kız kardeşte bilateral Ca	5
İki veya daha çok 1.derece akrabada Ca	2.5 – 8
1.derece erkek akrabada Ca	Kadın için 2.3 Erkek için 6.1

Kalıtsal mutasyonlarla BRCA 1 birikmesiyle %100 kalıtsal meme kanseri oluşumundan sorumludur. Bu tiplerde hastalık erken yaşlarda ortaya çıkar. Son olarak kromozom 13'te BRCA 2 saptanmış ve bunun kalıtsal meme kanserinin %70'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir (39).

4. Cinsiyet: Meme kanserinde cinsiyet önemlidir. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (33).

5. Diyet: Meme kanseri insidansında belli bölgelerde görülen farklılıklar özellikle yağ alımı ile ilgili olmak üzere diyet ile ilgilidir (33). Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obeziteye yol açmakta ve insülin düzeyini artırmaktadır. Bazı araştırmacılar da bunun tümörün büyümesini stimüle ettiğine inanmaktadır (29). Öte yandan pek çok çalışmada diğer risk faktörlerinden obezite tamamen ayırdedilemediği için yüksek yağlı diyetin spesifik risk faktörü olduğu konusu açık değildir (33).

Amerika'da yapılan büyük kapsamlı, prospektif bir çalışmada, boya göre ağırlığının %40'ından daha fazlasına sahip kadınların, ortalama ağırlığa sahip olanlara göre %50 daha fazla meme kanseri mortalitesine sahip oldukları gösterilmiştir (40).

6-Alkol: Günde iki bardaktan fazla alkol alımı riski artırmaktadır. Doza bağlı bir ilişki saptanmıştır. Etiyolojisi kesin olmamakla birlikte alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanılmaktadır. Alkol meme kanseri riskini %30 artırmaktadır (41).

7. Bening Meme Lezyonları: Proliferatif meme hastalıklarında meme kanseri riski normal popülasyona göre daha yüksektir.

Tablo 2.6. Bening meme hastalıkları varlığında meme kanseri riski: (42,43)

Risk Artışı Yok (Proliferatif hastalık yok)	Hafif Derecede Artmış Risk (1.5-2 Kat)	Orta Derecede Artmış Risk (4-5 Kat)	Yüksek Risk (8-10 Kat)
<ul style="list-style-type: none"> • Adenozis • Apokrin Değişiklik • Duktal Ektazi • Tipik hafif Şiddette epitel hiperplazi 	<ul style="list-style-type: none"> • Atipisiz proliferatif hastalık • Orta şiddetli epitel hiperplazi • Papillom • Sklerozan adenozis 	<ul style="list-style-type: none"> • Atipik hiperplazi ya da sınır lezyonları • Atipik duktal hiperplazi • Atipik Lobular Hiperplazi 	<ul style="list-style-type: none"> • Karsinoma İnsitu • Lobular karsinoma insitu • Duktal karsinoma İnsitu

8. Obezite: Meme kanseri riskini arttığı bilinmesine rağmen hala tartışmalıdır. Östrojen adipos dokuda birikmekte bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır (29). Obez kadınlar obez olmayan kadınlara göre meme kanseri yönünden 1,5- 2 kat riskli durumdadırlar (44).

9. Irk: Aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplar ve ırklar arasında meme kanseri görülme sıklığında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Beyaz kadınlarda görülme riski yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalılarda bu hastalıktan ölme riski yüksektir (29).

11. Fertilité İnfertilite: Hiç gebe kalmayan ve doğum yapmayan kadınlar sürekli östrojen etkisinde olduklarından, bu kişilerin de meme kanseri riski doğum yapan kadınlara göre daha yüksektir. 18 yaşından önce doğum yapanlarda meme kanseri riski 35 yaşından sonra doğum yapanlara göre 3 kat daha azdır (22).

12. Menstural Öykü: Bir kadının doğurganlık çağı ne kadar uzun ise meme kanseri riski o kadar fazladır (33). Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesiyle meme kanseri riskinin %20 azaldığı kabul edilmektedir (33).

Geç menapoz meme kanseri risk faktörüdür. Doğal ya da yapay erken menapoz meme kanseri gelişmesine karşı koruyucudur (33).

55 yaşından önce menapoza giren kadınlarda meme kanserine yakalanma riski 45 yaşından önce menapoza giren kadınlara göre 2 kat daha fazladır (33).

13. Emzirme: Laktasyon ve meme kanseri arasındaki ilişki konusunda henüz tam bir fikir birliği olmamakla birlikte laktasyonun toplam ovulatuvar dönem sayısını azaltarak koruyucu etki yaptığı düşünülmektedir (45).

14. Hormon Kullanımı: İlk defa George Basten tarafından 1896 yılında meme kanseri ve hormonlar arasındaki ilişkiden bahsedilmiştir. BRCA1 gen mutasyonu olan olgularda profilaktik ooferektomi uygulamışlardır ve bu olgularda meme kanseri gelişiminde önemli oranda azalma saptanmıştır. Bu bulgular östrojenle meme epiteli üzerinde uyarıcı etkide bulunduğunu ve neoplastik büyümeye neden olduğunu düşündürmüştür (33).

Östrojenin meme kanseri riskini yükselttiğini düşündüren sebepler biyolojik deneylerdir. 1950'li yıllarda laboratuvar koşullarında farelere östrojen verilerek meme tümörleri oluşturulmuştur. Bu konuda kesin görüş olmamakla birlikte hafif bir risk artışı olduğu ileri sürülmektedir. Oral kombine hormonların meme kanseri riskini artırdığı görülmüştür. Ayrıca beş yıldan uzun süre oral kombine hormon kullananlarda riskin daha fazla olduğu gözlenmiştir (46,47).

Yüksek östrojen seviyesine sahip kadınların meme kanserine yakalanma oranları daha fazladır. Örneğin; Amerikalı beyaz kadınların meme kanserine yakalanma ihtimali Japonya'daki kadınlardan daha fazladır (48). Yılda her 10.000 ilaç kullanmayan kadında 30 kanser olgusu gözlenirken, ilaç kullananlarda 38 olguya yükselmiştir.

Women's Health Initiative (WHI) çalışmasında değişik tipteki hormon tedavilerinin İngiltere'de yaşayan post menapozal dönemdeki yaklaşık 1 milyon kadında meme kanseri sıklığı üzerine etkisini incelemeyi amaçlayan çalışma 2003 yılında yayınlanmıştır. 1996-2001 yıllarında İngiltere'de yaşayan 50-64 yaşlar arasında "Ulusal Meme Kanseri Tarama Programına Dahil" 1 milyon kadında inceleme yapılmıştır. Hormon tedavisiyle rölatif riskin arttığı bildirilmiştir. Hormon tedavisi kullanımı ile görülen meme kanseri risk artışının, tedavinin kesilmesinden 5 yıl sonra kesildiği görülmüştür (48). Tedavi için en düşük dozlar tercih edilmektedir. Hormonal kontraseptiflerin, 54 epidemiyolojik çalışmanın analizinde meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olduğu gösterilmektedir (20).

Türkiye Menapoz ve Osteoporoz Derneği konsensus sonuçlarına göre ; post menapozal dönemde östrojen + projesteron tedavisinin kullanım süresi konusunda eldeki verilere göre görüş birliği yoktur. Türkiye Meme Vakfı menopoz nedeniyle 10 yıldan uzun süre östrojen tedavisi görenlerde meme kanseri riskinin arttığını belirtmiştir.

Hormon tedavisi kullanımı sonucunda oluşan meme kanseri risk artışı alkol kullanımı, obezite, 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum ve geç menapoz risk etmenlerinden daha fazla değildir. Tedavi için küçük dozlar tercih edilmelidir (49).

15. Radyasyon: Özellikle 30 yaş altında ve puberteden önce ister nükleer savaş ister tıbbi nedenlerle olsun, radyasyona maruz kalma riski artırır.

16. Daha Önce Meme Kanseri Geçirmiş Olmak: Bir memede kanser öyküsü olan kadınlarda diğer memede kanser gelişme riski %50'dir (33). Daha önce endometrium, over ve kolon kanseri öyküsü olanlarda meme kanseri oluşması açısından ilişki vardır.

16. Virüsler: Virüsler birçok kanserle yakından ilişkilidir. Meme kanserinde olası viral nedenler arasında; fare meme tümörü virüsü (MMTV) üzerinde özel bir ilgi ile durulmaktadır. 1936'da Britner'in gözlemleri sonucu MMTV veya bazen bir virüsün insan meme kanseri oluşumunda rol oynayabileceğini göstermiştir. Farelerdeki viral

ajan örneği meme kanserinde viral etyoloji üzerinde durulması gerektiğini göstermektedir (50).

Majör Risk Faktörleri

1. Yaş
2. Aile öyküsü
3. Cinsiyet
4. Atipik hiperplazi
5. BRCA 1 ve BRCA 2 genlerinde mutasyon

Minör Risk Faktörleri

1. Mens öyküsü
2. Günlük alkol alımı
3. Doğum öyküsü
4. Yağlı diyet

Koruyucu Faktörler

- Emzirme
- İlk çocuğunu 30 yaşından önce doğurmak
- Haftada 3 kez egzersiz yapma: Haftada 3 kez düzenli yapılan egzersiz adipoz dokuyu azaltmakta, dolayısıyla endojen östrojen salınımını azalttığından risk % 35-40 oranında azalmaktadır (29).

2.4. MEME KANSERİNDE TANI, TEDAVİ VE PROGNOZ

2.4.1. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserini kesin önleyen bir yöntem henüz yoktur. Günümüzde bilinen tek yöntem erken tanıdır. Erken tanı sayesinde, meme kanserinin getirdiği sorunlar büyük oranda çözülebilmektedir. Meme kanserine erken evrede tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını önemli oranda artırır. Toplumda yaptığı hasar en aza indirilebilir, yaşam süresi ve kalitesi önemli ölçüde arttırılabilir.

Memede kitlesi olan her 10 kadından 9 'u tümörü kendisi bulur (51). %80- 90 ilk kez hastanın kendi tarafından ortaya konmuştur (52).

Meme hastalıklarında en uygun tedavi yönteminin seçilebilmesi ancak hastalığa doğru ve kesin bir tanının konulması ile mümkündür. Memede lezyon tespit edildiği zaman, her şeyden önce lezyonun yapısının kesin bir şekilde anlaşılması gerekir. Bu da hastanın durumunun iyi değerlendirilmesi ve kesin tanının konulmasıyla gerçekleşir. Hastalığa kesin tanı konamaması; tedavi planlanmasını, uygulanacak tedavinin tipini ve tedavi sonuçlarını etkiler. Erken bir evrede teşhis ve tedavi edilen meme kanserli hastalarda iyileşme ve kanserden kurtulma oranı oldukça yüksektir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde; meme kanseri görülme sıklığında artma olmasına rağmen, meme kanserinde ölüm oranlarında azalma olmuştur. Bunun nedeni; meme hastalıkları ve özellikle meme kanseri konusunda toplumun eğitilmiş olması ve kadınların konunun önemini kavrayarak daha erken evrelerde hekime başvurmalarıdır. Özellikle 1980 sonrasında tanı, nonpalpable, okült meme kanseri tanısına doğru kaymıştır (4). Bununla beraber meme kanseri olasılığı olan için hasta değerlendirilmesi bugün de hasta öyküsü ve fizik muayeneye dayanmaktadır. Bizim ülkemizde ise ; birçok hasta memelerinde bir anormallik farketmelerine rağmen hemen hekime başvurmamakta ve çok önemli bir süreyi boşa harcamaktadır. Tanı gecikmesinin nedenleri 2 grup altında toplanabilir (4).

1. Hastaya bağlı faktörler: Tanı gecikmesine yol açan faktörlerin başında kültür eksikliği gelmektedir. Kadınlar bir kitle hissettiklerinde bunun önemini kavrayamamakta ve erken evrede tedavi olmazsa ne gibi sorunlar çıkacağını düşünememektedirler. Ancak memelerindeki kitle zamanla büyük boyutlara ulaştığı veya ülserasyon gibi başka belirtilere yol açtığı zaman hekime başvurumaktadırlar. Gecikme nedeni olarak da ağrının olmamasını ya da rahatsız olmadıklarını ifade etmektedirler. Meme kanserinde hastaya bağlı tanı gecikmesinin ikinci önemli nedeni; psikolojik nedenlerdir. Kötü bir sonuçla karşılaşmaktan korkma ya da doktora gitmekten utanma ya da kadınlık özelliklerini kaybetmekten korkma sayılabilir (4).

Meme kanserinde tanı gecikmesine neden olan diğer bir neden ise ekonomik faktörlerdir; parasal sorunlar bazı fakir hastaların tedavi için erken dönemde hekime gitmelerini engellemektedir.

2. Hekime bağlı faktörler: Hekime bağlı faktörlerde meme kanseri tanısının gecikmesine yol açabilir. Memedeki karsinomatöz bir tümörün yanlışlıkla meme enfeksiyonuna benzetilmesi, memedeki ağrının ya da akıntının önemsenmemesi gibi nedenler sayılabilir (4).

2.4.2. Tanı Yöntemleri

- a) Meme Muayenesi
- b) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi(İİAB)
- c) Görüntüleme Yöntemleri
 - Mamografi
 - Ultrasonografi
 - Bilgisayarlı Tomografi
 - Manyetik Rezonans

Meme kanseri çok uzun bir zaman subklinik safhada olmasına rağmen görüntüleme yöntemlerinin erken tanıda etkili olduğu tek alan olarak gösterilebilmektedir (53) .

Bazı kanıtlar metastazın çok erken safhalarda ortaya çıktığını, bu nedenle meme kanserinin daha başlangıçta sistemik bir hastalık sayılması gerektiğine işaret etmekteyse de, tarama testleri sayesinde meme kanserinden ölümlerin azaltılabildiğinin gösterilmesi, erken tanı ve tedavi ile metastazların oluşmasının engellenebileceğini, bu nedenle hastaların sistemik hastalıklı sayılmayacağını göstermiştir (7).

Meme kanserinde tanı; anamnez fizik muayene, mamografi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yardımıyla konmaktadır (1,55,57).

a) Hasta Öyküsü (Anamnez): Yakınmaların meme kanseri olabileceğini, hastanın risk gruplarına girip girmediğini değerlendirmeye yönelik olmalıdır. Hastanın yaşı, adet durumu, menopoz durumu, gebelikleri ve doğumları ile hormon ve gebelikten koruyucu ilaç alıp almadıkları dikkatle araştırılmalıdır. Kendisinin daha önce meme kanserinden tedavi görmesi yanında, yakın akrabalarında meme kanseri olup olmadığı da büyük önem taşımaktadır.

Yakınmaları değerlendirirken memede ağrı, meme başı akıntısı, gerginlik hissi her ne kadar benign meme hastalıkları ile ilgili ise de kanser olasılığını tümüyle dışlamaz (56).

b) Fizik Muayene: Çok iyi bir ışık altında hasta belden yukarı çıplakken yapılmalıdır. Memelerin fiziki muayenesi dikkatle ve özenle yapılmalıdır (55).

- **İnspeksiyon:** İnspeksiyonla memelerde büyüklük, şekil ve pozisyon yönünden bir anormallik, şişlik, meme derisinde kızarıklık-retraksiyon-ödem-ülserasyon-ekzema-satellit nodüller, meme başında akıntı, areolada pigmentasyon-şekil, büyüklük ve renk bakımından değişiklik, büyümüş montgomery follükülleri, kolda ödem, aksillada kızarıklık-şişlik-abse değerlendirilir.

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

c) **İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi(İİAB):**Meme hastalıklarında kesin teşhis biyopsi ile konur. Basit bir yöntem olması, hızlı tanıya olanak sağlaması, kistik lezyonları solid tümörlerden ayırması, tümör sınırlarını bozmaması İİAB'nin avantajlarıdır.

2.4.3. Görüntüleme Yöntemleri

2.4.3.1. Mamografi

Mamografi, eksik yanlarının olmasına rağmen, meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemidir. Günümüzde mamografinin meme kanserindeki asıl rolü, tarama amaçlı olarak kullanımındır. Ucuz olması, geniş bilgi vermesi ve radyasyon dozunun düşük olması avantajlarından bazılarıdır (6).

Mamografi;

- Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeniyle palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar.
- Biyopsi alanını belirler
- Aksiler bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulmayan primer lezyonu bulmaya yarar.
- Kanser tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik dönemde birçok kanserli hastayı saptar.

Dijital Mamografi: Palpasyonla ele gelen meme kanserlerinin %10'u mamografi ile görüntülenememekte, görüntülenebilen lezyonların ise %5-40'ı malign tanı almaktadır. Bu nedenle; meme kanserinin saptanmasında elimizdeki en önemli silah olan mamografinin duyarlılığının yükseltilmesi gerekliliğinden yola çıkarak teknolojik gelişmeler sürmektedir. Dijital mamografi de bu amaca yönelik geliştirilen bir yöntemdir. Görüntünün hızlı elde edilebilmesi, bilgisayar destekli tanıya izin vermesi, kaset-karanlık oda-banyo ve film gerektirmemesi, elde edilen görüntüler üzerinde

bilgisayar ortamında büyütme, parlaklık, ayarları yapılabilmesi başlıca avantajlarıdır. Mikrokalsifikasyonları ve düşük dansitedeki lezyonları daha yüksek duyarlılıkla saptayabilmektedir. Cilt ve cilt altını daha iyi değerlendirmektedir. Bu nedenle cilt kalsifikasyonları daha iyi görüntülenebilmektedir. Dijital teknoloji ile film tekrarları en aza inmekte ve daha az ışın alınmaktadır (57).

Sitoloji: Meme başından gelen akıntıdan habis hücre aranmasıdır (57).

2.4.3.2. Ultrasonografi

Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasında yardımcıdır. Doğruluk oranı mamografiden azdır. Küçük lezyonlar izlenemez. Meme doku yoğunluğu yüksek olan gençlerde ve solid- kistik lezyonları ayırmada avantajlıdır (6).

Ultrasonografi; yüksek hasta uyumu olan noniyonize bir tetkiktir. Ancak ; mamografi kadar yüksek rezolusyona sahip değildir. Ultrasonografik inceleme ile cilt-cilt altı yağ dokusu, glandüler yapı, gland arkasındaki yağlı planlar, pektoral adale, kotlar ve anterior göğüs duvarı görüntülenir. USG ile lezyonun solid-kistik ayrımı yapılır (58).

2.4.3.3. Manyetik Rezonans (MR)

Meme kanserinde tek başına kullanılabilecek bir görüntüleme yöntemi değildir. Sadece problemlili olgularda, klinik ve mamografik bulgularla korele edilerek manyetik rezonans görüntülemeyle faydalanılmaktadır (6).

MR, mamografik olarak memeleri yoğun olan ve meme koruyucu cerrahi girişim düşünülen hastalarda operasyon öncesi tümör varlığının gösterilmesinde kullanılır. Özellikle genetik çalışmalarla meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilen ve mamografide meme parankimi yoğun olan kadınlarda malignite varlığını araştırmada kullanılır. Mamografide saptanan düzensiz, silik, sınırlı, asimetrik yoğunluklar gibi şüpheli görünümünün daha iyi değerlendirilmesinde kullanılır. Kemoterapi alan hastalarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde tümörün yayılımını daha doğru göstererek tümörün tedavi öncesi ve sonrası boyutlarının regresyon ya da progresyon açısından karşılaştırılmasına olanak sağlar. Silikon implantların değerlendirilmesinde de kullanılır (58).

2.3.4. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Kanserle mücadelede ülkemizde kanser tanı ve tarama olanaklarının (erken teşhis, eğitim ve koruma) artırılması ile D.S.Ö.'nün Herkese Sağlık Programı çerçevesinde, özellikle kanser konusunda bilinen risk faktörlerini azaltmanın (birincil korunma), erken teşhis önlemlerini ve tarama programlarını yaygınlaştırmanın (ikincil korunma) önemli bir yeri vardır.

İyi düzenlenmiş, hata ihtimalleri ortadan kaldırılmış çalışmalarda meme kanserine yönelik taramanın meme kanserine bağlı ölümleri % 25 oranında azalttığı saptanmıştır (6).

Taramada amaç; hastalığın gelişmesini engellemek, ertelemek ya da hastalığın sonuçları ortaya çıkmadan önlem almaktır. Maliyet ve zaman etkinliği açısından tarama uygulanacak hastalığın insidansının yüksek, sonuçlarının ciddi ve tedavi edilebilir olması gerekir. Meme kanserinin mortalitesinin azalması için risk faktörlerinin tanımlanması, erken teşhis ve tedavi önemlidir (59).

Kitle taramaları ile meme kanserinin erken dönemde saptanması mortaliteyi önemli oranda düşürmeyi mümkün kılmaktadır. Yapılan tüm çalışmalar 50-65 yaş arasındaki kadınlarda taramanın meme kanseri mortalitesini düşürdüğünü göstermektedir (59).

Meme kanserinde erken tanı yöntemleri, hastanın taşıdığı risk etmenlerine göre değişmektedir. Risk etmenleri arasında en başta yaş gelmektedir. Daha genç yaşlarda ortaya çıkabilmesine karşın, ilerleyen yaş gruplarında bu risk artmaktadır. Bu nedenle ; ilerleyen yaş gruplarında erken tanı için alınması gereken önlemler, daha erken yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Meme kanserine erken aşamada tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını önemli oranda artırır. Erken tanı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı üç yöntem vardır (6, 13,25,27,31,32).

- Kişisel (Kendi kendine yapılan) meme kontrolleri
- Klinik meme kontrolleri
- Mamografi

Amerikan Kanser Birliği asemptomatik kadınların olası bir meme kanserinin erken tanısı amacıyla Tablo 2.7'de gösterilen yöntemleri uygulamalarını önermektedir. Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen ve ABD'de yaygın olarak kullanılan ve

ülkemizde de Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından kullanımı önerilen meme kanseri tarama rehberi Tablo 2.7’de gösterilmiştir (13, 24, 26,32).

Tablo 2.7. Meme kanserinde amerikan kanser birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi (13, 24, 26, 32)

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	K.K.M.M. Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49	K.K.M.M. Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	K.K.M.M. Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

2.4.4.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi (K.K.M.M.)

Amerikan kanser topluluğu kendi kendine meme muayenesini 20 yaşında başlaması gerektiğini, aynı zamanda da hemşirelerin kadınları K.K.M.M. konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir (60, 62)

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan K.K.M.M. ile sağlanabilir. Meme kanserinin yaklaşık % 90’ı hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir (60, 61, 63).

Düzenli ve doğru uygulanan kendi kendine meme muayenesi erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir.

Meme kanserinin prognozunda önemli bir faktör tanı konulduğunda hastalığın evresidir. Lokalize olduğu dönemde meme kanseri tanısı alan kadınların 5 yıllık yaşam süresinin %90, metastazı olmaya ve meme dokusu ile sınırlı tümörü olan kadınların % 56, uzak metastazı olan kadınların ise 5 yıllık yaşam süresinin %10 olduğu saptanmıştır (61, 63).

K.K.M.M. ile bir toplumda meme kanserinin evresinin düşeceği ve yaşam süresinin ve sürecinin olumlu yönde etkileneceği bildirilmiştir (63).

Yeni kanser tanısı alan kadınlarda K.K.M.M. ile yaşam süresi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda düzenli ve doğru K.K.M.M. uygulayanlarda tanıdan sonra 5 yıllık yaşam oranının uygulamayanlara göre daha uzun olduğu saptanmıştır. Beş yıllık yaşam oranı K.K.M.M. uygulayanlarda %75-77, uygulamayanlarda ise bu oran %57-61 olarak bulunmuştur (64,65) .

Yapılan çalışmalar kadınların K.K.M.M. uygulama oranının %20 ile %40 arasında değiştiğini göstermektedir (66). Hala kadınların büyük bölümü bu yararlı uygulamayı yapmamaktadır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kadınların meme kanseri ve K.K.M.M. hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz ve her ay düzenli K.K.M.M. uygulama oranının da düşük (%24.5 - 42.6) olduğu saptanmıştır (67-69).

Dahiliye servislerinde kanser tanısı dışında nedenlerle yatan 517 hasta ile yapılan bir çalışmada kadınların tümünün K.K.M.M. yapmadıkları saptanmıştır (70).

Bedük ve Şen hemşirelerin kanserin erken tanısı için yapılan muayenelere ilişkin uygulamalarını ve bu uygulamaları yapmama nedenlerinin saptanması amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin %82'sinin K.K.M.M. yaptığı, ancak önerilen sıklıkta uygulayanların %25'in altında olduğunu saptamışlardır. Hemşireler kendilerinde meme kanseri riski görmedikleri, hiç akıllarına gelmedikleri ve yeterli bilgi ve becerileri olmadığını düşündükleri için K.K.M.M. yapmadıklarını belirtmişlerdir (71).

Kendi Kendine Meme Muayenesi: K.K.M.M.'de amaç kadının kendi meme dokusunu iyi tanımasıdır. K.K.M.M. ideal olarak adet döngüsünün 5.-7. günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır. Menstruasyonun başlamasıyla birlikte kanda östrojen ve progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalır ve meme dokusunu incelemek kolaylaşır. Yukarıda belirtilen günler dışında ve özellikle de adet kanamasına yakın yapılan meme muayenelerinde bu hormonların etkisiyle memeler dolgun ve bastırmakla ağrılı olurlar. Bu da K.K.M.M.'nin etkinliğini önemli derecede azaltır. Menopoz döneminde olan ve adet görmeyen kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde bu muayeneyi yapabilirler (22, 54,72).

K.K.M.M. yapacak kişinin bilmesi gerekenler şunlardır.;

- ✓ Doğru duruş
- ✓ Muayene edilecek olan bölge
- ✓ Palpasyon tekniği
- ✓ Araştırma şekli

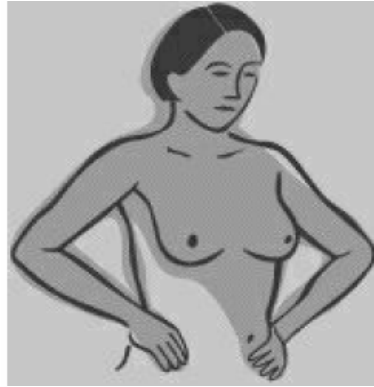
K.K.M.M.'nin iki ayrı aşaması vardır

1. Gözle değerlendirme,
2. Elle değerlendirme,
 - Yatar pozisyonda elle değerlendirme
 - Ayakta elle değerlendirme.

Her bir aşama meme dokusu hakkında çok değerli bilgiler verir ve mutlaka uygulanmalıdır.

Memelerin gözle değerlendirilmesi: Kendi kendine meme muayenesinin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir. İyi aydınlatılmış bir odada ayna karşısına geçerek meme muayenesine başlanır;

Eller kalçalardayken (Şekil 2.1), avuçlar önde sıkılırken, kollar yanlarda serbest sallanır durumdayken, eller havadayken (Şekil 2.1) ve vücut öne serbestçe eğilmiş durumdayken, toplam beş ayrı pozisyonda her iki meme aynada iyice incelenir.



Şekil 2.1. K.K.M.M.'de memelerin eller kalçalardayken gözlenmesi (73)

(Kaynak : www.meme-kanseri.com)

Bu incelemenin toplam beş ayrı pozisyonda yapılmasının amacı, meme dokusunun arkasında kalan kasların çeşitli pozisyonlarda farklı şekilde kasılmasının ve böylece meme dokusundaki muhtemel kötü huylu oluşumların gözle görülebilir hale gelmesinin sağlanmasıdır. Memedeki kötü huylu kitleler çoğu durumda memeye sabit bir duruş kazandıran Cooper bağlarının ve meme arkasındaki kasların işlevlerini bozar ve bu durum memeye çeşitli pozisyonlar verilerek belirgin hale getirilebilir (4,3,26).



Şekil 2.2. K.K.M.M.'de memelerin eller havadayken gözlemlenmesi

(Kaynak:www.meme-kanseri.com) (73)

Gözle değerlendirmede memelerde belirgin şişlik, meme cildinde içe doğru çekilme alanları, renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme hali, ciltte "Portakal kabuğu" manzarası gibi bulgular aranır. Özellikle bir pozisyondan diğerine geçişte bazı değişiklikler belirginleşebilir (19, 51, 76).

Meme ucunun içe doğru çekilmesi, tümüyle içe gömülmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri aranması gereken diğer bulgulardır. Yukarıdaki görsel değişikliklerin varlığı memelerde normal dışı bir durumun varlığını göstermemekle beraber, doktora başvurulmasını gerektiren durumlardır (19, 51, 76).

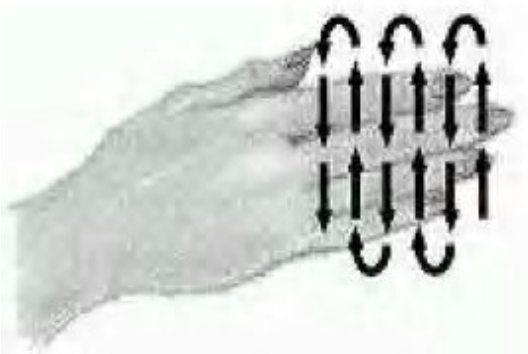
Kendi kendine yapılan meme muayenesinde meme uçlarının sıkılarak sıvı gelip gelmediğinin araştırılmasının gerekli olup olmadığı henüz tartışmalıdır. Genel görüş, doktor tarafından yıllık gerçekleştirilen olağan meme muayenesinde meme uçlarının sıkılarak sıvı akışı olup olmadığının araştırılmasının ve kadının meme uçlarından kendiliğinden gelen sıvı akışını doktoruna haber vermesinin yeterli olduğu yönündedir (19,51,76).

2. Elle değerlendirme yöntemleri: Üç çeşit muayene şekli vardır.

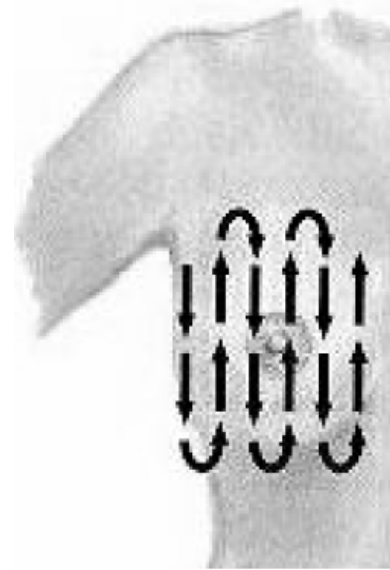
- a) Dairesel
- b) Dikey çizgilerle
- c) Işın tarzında

Elle değerlendirmede, meme dokusunda normalde var olan meme dokusu ile olmaması gereken bir dokunun ayrımı önemlidir. Elle değerlendirmede, meme dokusu asla baş ve işaret parmağı arasında sıkılmamalı, elin baş ve serçe parmakları dışında kalan üç parmağı meme dokusu üzerine yerleştirilerek tarama parmakların hassas olan iç yüzleriyle dokuyu hissederek yapılmalıdır (Şekil 2.3).

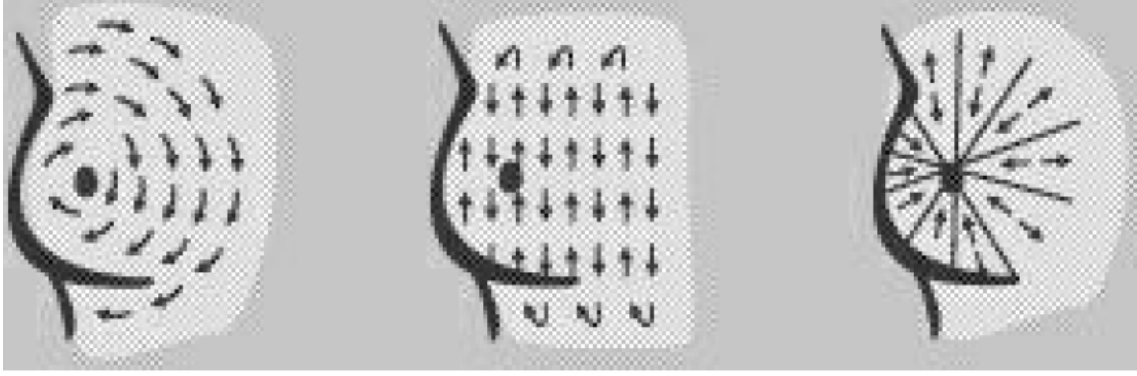
Meme dokusunun tümüyle taranması, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların dikkatlice hissedilerek taranması demektir. Bu amaca yönelik parmak uçları meme üzerinden kaldırılmadan memenin tamamını ya daireler çizerek, ya yukarıdan-aşağı, aşağıdan-yukarı tarayarak ya da merkezden dışa tarayarak değerlendirilebilir (Şekil 2.3, Şekil 2.4 ve Şekil 2.5). Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. Muayeneyi yaparken parmakları yalnızca cilt üzerinde kaydırmak bulgu vermez. Her memede her taramayı toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırarak tekrarlamak gerekmektedir (19, 51, 76).



Şekil 2.3. Yukarıdan – aşağı, aşağıdan yukarı tarama yöntemi (73)
(Kaynak:www.meme-kanseri com)



Şekil 2.4. Yukarıdan – aşağı, aşağıdan yukarı tarama yöntemi (73)
(Kaynak:www.meme-kanseri com)



Şekil 2.5. Elle muayenede tarama yöntemi (73) (Kaynak:www.meme-kanseri.com)

2a-Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi

Memeleri yatar pozisyonda elle değerlendirmek için sırtüstü yatırılır. Sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirdikten sonra sağ el başın altına koyulur. Bu aşamada meme dokusu bir yana doğru kaymamalı, ortada durmalıdır.

Daha sonra sol el parmaklarıyla meme yukarıda anlatıldığı şekilde tümüyle taranır. Sağ memenin değerlendirmesini tamamladıktan sonra aynı işlemler sol memede gerçekleştirilir (Şekil 2.6) (19,51,76).



Şekil 2.6. Yatar pozisyonda memenin değerlendirilmesi (73)
(Kaynak:www.meme-kanseri.com)

2b-Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi

Bu muayene ideal olarak duş altındayken sabunlu elle yapılır. Ayakta muayenede şekilde 2.7.'de görüldüğü gibi önce sağ el enseye yerleştirilir ve yatar pozisyonda elle değerlendirmede yapılan işlemler önce sağ meme için sonra da sol meme için tekrarlanır. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadrındaki kitlelerin daha iyi fark edilmesini sağlar. Meme kanserlerinin %60-70'i meme dokusunun en yoğun olduğu bu bölgede görülür (Şekil.2.7) (19,51,76).



Şekil 2.7. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (73)(Kaynak:www.meme-kanseri.com)

2.4.4.2. Mamografi

Tarama amaçlı mamografi, meme kanserine ilişkin yakınması ya da bulgusu olmayan kadınlarda uygulanan klinik olarak gizli kalmış meme kanserinin tam ya da yüksek bir iyileşme olduğu bir dönemde tedavi edilebilme şansının artırılmasını amaçlayan ve erken tanıda yararı gösterilmiş tek görüntüleme yöntemidir. Ancak; meme muayenesi olmadan yapılan mamografik değerlendirmede duyarlılığın % 10- 15 oranında azaldığı hesaplanmıştır. Tarama amaçlı mamografiyi incelemeye başlama yaşı ile ilgili farklı görüşler olmakla birlikte genel olarak 40 yaşında başlanması, 40-59 yaş arasında 1-2 yılda bir, daha sonra yılda bir uygulanması önerilmektedir. Mamografik tarama ile sağlanan erken tanının mortaliteyi % 20- 70 oranında azaltmasıyla mamografi meme kanserinde “Altın standart” olarak bilinmektedir (73).

Herhangi bir kontrast madde kullanılmadan, memeye uygulanan röntgen tekniğidir. Kuzey Amerika'da 1960 yılından beri kullanılmaktadır. Bu radyolojik tetkikte ışınların zararlı etkisi olabileceği hem hastalar hem de hekimler arasında oldukça yaygındır. Alınan ışın miktarının her çift çekim için 0,002 Gy olduğu saptanmıştır. Bu ışın dozunda taramalarda her 1.000.000 kadında yıllık fazladan 1 kanser oluşabilir. Mikrokalsifikasyonlar, mamografilerin büyük çoğunluğunda rastlanan bir bulgu olup mamografi, mikrokalsifikasyonların saptanmasında kullanılan tek tanı yöntemidir. Tüm kanser olgularının %30-40'ında mikrokalsifikasyon görülmesi erken tanıda mamografinin önemini vurgulamaktadır (72,75).

Mamografi memenin temel görüntüleme yöntemidir. Mamografi düşük dozajlı X ışını, yüksek kontrastlı ve yüksek yoğunluklu filmler ve özel olarak tasarlanmış röntgen cihazları kullanılır. Etkin bir tarama aracı olması yanında tanısal amaçla da yaygın olarak kullanılır. Mamografinin duyarlılığı deneyimli ellerde %85'in üzerinde olmasına rağmen, klinik uygulamada %70-75'e kadar düşmekte, hatta meme parankimi yoğun olan kadınlarda duyarlılık %30-48 olarak bildirilmektedir. Bu nedenle yeni görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Digital mamografi bunlar arasında en ümit veren olarak ortaya çıkmıştır. Digital mamografi ile ilgili en kapsamlı çalışma ACR çatısı altında 2001-2003 yılları arasında çok merkezli olarak gerçekleştirilmiştir (76).

Toplam 49528 asemptomatik olguyu ve farklı cihazları içeren bu çalışmada tüm olgularda hem konvansiyonel, hem digital mamografi çekilmiştir. İlk sonuçlar Eylül 2005'te yayınlanmıştır.

Buna göre ; 50 yaş ve üzerindeki hastalarda ve genel popülasyonda iki yöntem eşdeğer bulunmuş, ancak pre ve perimenopozal dönemde, 50 yaşın altındaki kadınlarda, yoğun meme parankimi varlığında digital mamografinin anlamlı olarak üstün olduğu tespit edilmiştir (76).

Mamografinin gerçek yararını ya da yararlılık derecesini ortaya koymak için 1970 yılında American Cancer Society ve National Cancer İnstitüsü tarafından çok geniş bir tarama programı uygulanmış ve program gereğince ; 275.000 kadın 27 merkezde fizik muayeneleri de yapılarak mamografi ile taranmıştır. Modern iki yönlü mamografi ile hastalar 0.3 cGy ışın almakta ve alınan bu doza göre mamografi yapılan bir milyon kadının kanser olma riski bulunmaktadır.. Bu risk oranı da araba süren kişilerin egzoz gazlarından kanser olma riskinden daha fazla değildir. (6).



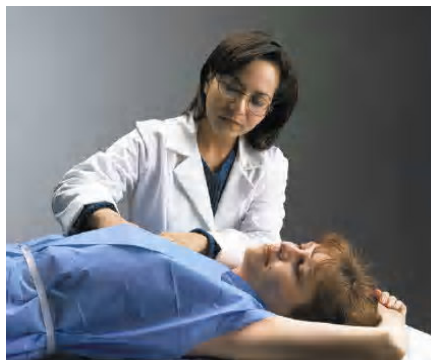
Şekil 2.8. Mamografi çekiminde hastanın pozisyonu (Kaynak:<http://www.meme-kanseri.com>)



Şekil 2.9. Mamografi çekiminde hastanın pozisyonu (Kaynak:<http://www.meme-kanseri.com>)

2.4.4.3. Klinik/Fizik Muayene

Klinik meme kontrolleri memenin bu konuda uzman doktor veya yeterli deneyime sahip hemşireler tarafından incelenmesi ile yapılır (Şekil 2.10). Bu kontrollerde, tüm meme bölgesinin yanı sıra her iki koldaki köprücük kemiğinin altındaki/üstündeki ve kol altındaki lenf bezleri de kontrol edilir. Kişisel meme kontrollerinin yapılma teknikleri ve bu kontrollerin bulguları, klinik meme kontrolünü yapan uzman ile tartışılmalıdır. Her kadın, klinik meme kontrollerini aylık kişisel meme kontrollerinin doğru olarak yapılmasının öğrenileceği bir fırsat olarak değerlendirmelidir. Klinik meme kontrollerinde, incelemeyi yapan uzman, pedler ve parmaklarını kullanarak her iki memeyi de inceler. Memelerin şekline, dokusuna, bulunan kitlenin yerine, kitlelerin deriye ilişik ya da derin dokuda olduğuna özel bir ilgi gösterilir. Koltuk altları ve kolların altları da incelenir (19, 51, 76).



Şekil 2.10. Klinik meme muayenesinin yapılması (Kaynak:<http://www.meme-kanseri.com>)

2.5. MEME KANSERİNDE TEDAVİ

Meme kanserinin sistemik bir hastalık olmasının bilinmesiyle beraber tedavisi başlıca lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavide amaç tümörün kendisinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için; cerrahi tedavi ve radyoterapi uygulanmaktadır. Sistemik tedavinin amacı meme dışına yayılmış kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla; kemoterapi, hormonal tedavi ve immunoterapi uygulanmaktadır. Meme kanserinin tedavisinde en çok cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonal tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca; kemik iliği nakli veya kök hücre nakli ve immunoterapi de uygulanmaktadır (51).

Günümüzde meme kanseri için tek bir tedavi şekli olmaması meme kanserli hastaların pek çok tedavi modalitesine ihtiyaç duymaları, hekimlerin multidisipliner çalışması gereğini ortaya koymuştur (51).

2.6.MEME KANSERİ RİSKİNİ BELİRLEME VE DEĞERLENDİRME

2.6.1. Risk ve Risk Ölçümü

İnsan faaliyetlerinin çoğu bir risk taşır. Yaşamın akışı içinde sürekli var olan riskler, insanları çeşitli yollarla bu risklerden kurtulma ya da bu riskleri hafifletme çabasına yöneltmiştir. Bu çabalar veya tepkiler, “Riske rıza göstererek katlanma”, “Riskli kabul etmeme, umursamama ya da akla getirmeme”, “Hasara engel olmak için kişisel çaba gösterme” gibi psikolojik türdendir. Ancak ; bu çabalar veya tepkiler, basit ve ekonomik kayıpların önüne geçemeyecek özelliktedir (32).

Riski, sağlığın bozulmasına ya da hastalıkların oluşmasına neden olan ekonomik, sosyal, psikolojik, çevresel ve davranışsal etkenler olarak tanımlamak mümkündür (32).

Aynı zamanda, belli bir etkenin etki derecesinin ya da incelenen bir sonucun özellikleri ile ilgili olan risk, epidemiyologlara göre belli bir zaman içerisinde bir hastalığın görülme olasılığıdır. Epidemiyologların bu tanımı kanserin oluşmasına yol açan faktörleri de içermektedir (78).

Risk iki şekilde ölçülebilir: Rölatif risk (göreceli risk-relative risk) ve belirlenmiş risk (atfedilen risk-attributable risk) (79).

Göreceli risk; etken ile sonuç arasındaki ilişkinin gücünü ölçer. Belli bir özelliği ve/veya risk etkeni olan grupta kanser gelişme olasılığı ile herhangi bir özelliği ve /veya risk etkeni olmayan grupta kanser olma olasılığı arasındaki oran göreceli kanser riskini verir (79).

Belirlenmiş risk; bir etkenle karşılaşan bireylerde, bu etkene bağlı sorunun oranı olup, risk etkeninin halk sağlığına etkisini göstermektedir. Diğer bir deyişle belirlenmiş risk, bir etkenle karşılaşan ve karşılaşmayan gruplar arasındaki kanser oranının aritmetik farkıdır (54).

2.6.2. Risk Belirleme

Meme kanseri gelişme riskinin belirlenmesindeki gereklilik birçok alanda karşımıza çıkmaktadır. Postmenapozal dönemdeki hormon replasman tedavisinin uygulanabilirliği, mamografiye başlama yaşı ve kanser önleme yöntemlerinin gerekliliği gibi sorular riskin belirlenmesini gerekli kılmaktadır (80).

Kadınlar meme kanserine yakalanma konusunda duydukları korku nedeniyle mevcut risklerini abartma eğilimindedir. Meme kanseri ve risk hakkında bilgi eksikliği ve bilgi kaynaklarının yeterince güven vermemesinden kaynaklanan kaygı artışı, sağlık kuruluşlarında net bilgiye ulaşamama ile daha da artabilmektedir. Bu kaygının azaltılmasının yollarından biri, mevcut riskin bilinmesi yani yaşamın bir noktasında meme kanseri olma riskinin kantitatif olarak hesaplanması ile mevcut riskin değerlendirilmesi olabilir. Bir kadının yaşam boyu meme kanseri olma riskinin ölçülmesi, klinik tedavi ile ilgili karar vermeyi ve rehberliği gerektirir. Fakat bu noktada unutulmaması gereken, kişilere risk ölçümlerinin sadece meme kanseri olma olasılığının ölçümü olduğu, hastalıktan dolayı ölüm riskinin ölçümü olmadığını vurgulanmasıdır.

Meme kanserinin gelişme riski, yüzde olarak ifade edilmektedir. Kantitatif risk belirleme; meme kanseri riski yüksek olan kadınların kişisel risk faktörleri baz alınarak yapılmaktadır. Bu yaklaşım genellikle, risk faktörlerinin birleşmesine veya bir kadında yaşam boyu meme kanseri gelişme olasılığının saptanmasına olanak sağlamaz.

Aşağıda yer alan çoğul değişkenli risk modelleri ise, bir kadının bileşik göreceli riskinin ve kümülatif yaşam boyu riskinin saptanmasını sağlar (84). Mevcut risk değerlendirme teknikleri, epidemiyolojik ilkelerle birlikte meme kanseri gelişimi ile ilgili olduğu gösterilmiş olan faktörlere dayanmaktadır (84). Meme kanseri riskinin belirlenmesi için

günümüzde 4 model kullanılmaktadır. Bunlardan, Gail ve Claus en sık kullanılan modellerdir (80).

Gail modelinde, birinci dereceden meme kanserli yakını, menarş yaşı, ilk canlı doğum yaşı ve meme biyopsi sayısı kullanılmaktadır. Bu verilere ilave olarak ırk, meme biyopsisinde atipik hiperplazi saptanması ve diğer sebeplerden ölüm ile meme kanseri oranlarının incelenen yıla ait popülasyondaki bilgileri de eklenmektedir (80).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün geliştirdiği, Gail modeline dayalı bilgisayarda mevcut riski değerlendirme yöntemi, bir kadında 5 yıllık ve yaşam boyu invazif meme kanseri gelişme olasılığını hesaplamakta ve yüksek riske sahip kadınları saptamakta kullanılmaktadır. Bu programla, 1-2 dakikada hastanın risk faktörlerinin verilmesi ile 5 yıllık ve yaşam boyu riskin bir özeti ve risk faktör verilerinin bir açıklaması elde edilebilmektedir (80).

Claus tarafından geliştirilen ve özellikle genetik geçiş değerlendirmesini esas alan diğer bir model Claus modelidir. Bu modelde, risk belirlemede, akrabalarda görülen kanserler ve bunların ortaya çıktığı yaş kullanılmaktadır (80).

Diğer iki model ise genetik testler ile güçlü aile anamnezine göre geliştirilmişlerdir. Bu modellerde yalnız meme kanserli anne ve kız kardeş kullanılır. Bu modellerle kanser riskinin belirlenmesinde BRCA1 ve BRCA2 genetik testlerinin önemli bir yeri vardır (80-81).

2.6.3. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

2.6.3.1. Sağlık İnanç Modeli 'nin Tarihçesi

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (39). Ancak; bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramından yararlanılmıştır. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini

açıklar. Aynı zamanda model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (78,82,83).

2.6.3.2. Sağlık İnanç Modeli'nin Major Kavramları

1.Duyarlılık algısı: Kişinin kendini belli koşullarda hassas ve incinebilir hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Algıda etkisi olan faktörlerden demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, sosyo-ekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin role sahiptir. Bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Örneğin; ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak algılamazken, hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden ölmüş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek oranda tehdit olarak algılar (78,82,83).

2. Önemseme/Ciddiyet algısı: Hastalığın ciddiyetinin algısı ile bireyin sergilediği koruyucu davranışlar arasında yüksek bir ilişki vardır. Bireyi ilgilendiren özel bir duruma yönelik bireysel tehdidin (hastalığın doğurduğu zararlı sonuçların) algılanmasıdır. Hastalığın ciddiyetinin algılanması; aşılama, düzenli dış muayenesi yaptırma, tüberküloz ve kanser gibi durumlara yönelik tarama programlarına katılma ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin; çocuklarının hastalanma durumunu önemseyen ailelerde çocuklarının tedavi programını ve hekim kontrolünün gerekliliği benimseme oranı yüksektir (83).

3.Yarar algısı: Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesi, davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamada karşılaşacağı sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bu dengeyi yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark belirler. Bireyin, hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlığın sürdürülmesinde koruyucu davranışın yararına olan inancı, koruyucu davranışın sergilenmesinde çok etkilidir. Bireyin sergileyeceği koruyucu davranışın sağlığına olan yararını bilmesi gerekir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir (78,82,83).

4.Engel algısı: Bireyin hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak koruyucu davranışın sergilenmesinde tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında, "Maliyet, ağrı, zahmet ve utanma" olabilir. Sergilenecek davranışa yönelik engeller farklı olabilir, önemli olan bu engellerin algılanması ve ortadan kaldırılması için çaba gösterilmesidir. Koruyucu davranışların sergilenmesinde engel

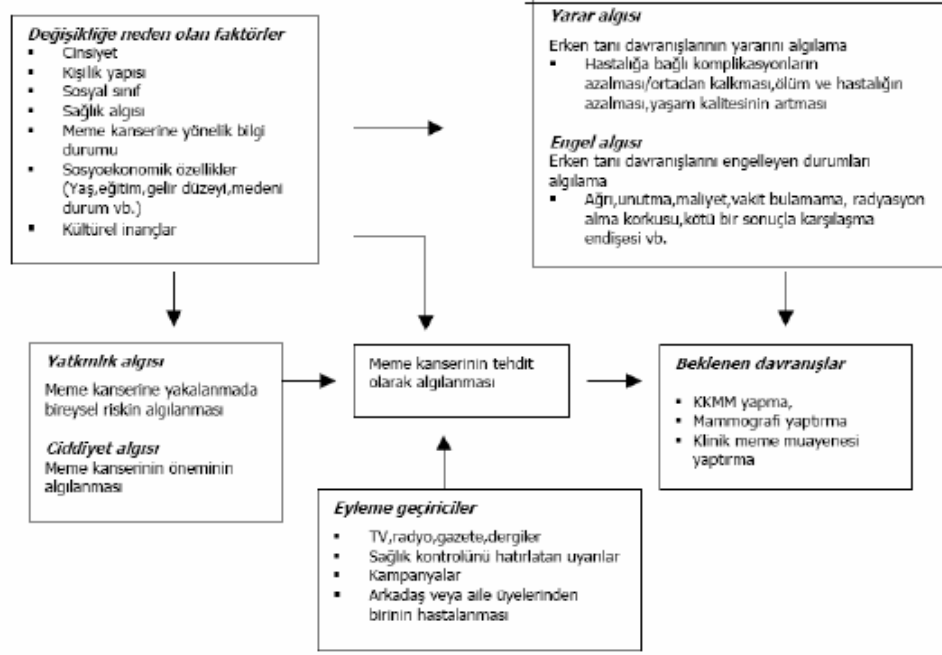
algısı, erken tanı ve tarama programlarına katılım ile doğrudan ilişkilidir. Tarama yöntemi ağırlı, zahmetli, güvensiz ve karmaşık ise; uzun bir zaman alıyor ve yan etkileri var ise, kişinin istenen koruyucu davranışı sergilemesi de güç olacaktır. Engel algısı, yarar algısına üstün geldiği sürece koruyucu sağlık davranışlarının sergilenme oranı azalır (78,82,83).

5.Eyleme yöneltenler: Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol alan ve eyleme yönelten faktörler kapsamında, büyük medya kampanyaları, sağlık kontrolü için hatırlatıcı uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması, gazete ve dergiler yer almaktadır. Eyleme geçiren en etkin faktörlerden biri de eğitimidir (78,82,83).

6.Öz-etkililik/yeterlilik: Kişinin bir eylemi başarıyla yapabilmeye olan inancıdır. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan sorunlar ve engellerle mücadele etme gücünü etkiler. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler eylemi uygulamada veya başarmada öz-etkililik algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve sonuçta eylemi uygulamada daha fazla etkin olurlar (78,82,83).

2.6.3.3. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli

Modelin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesi Şekil 2.11’de gösterilmiştir. Buna göre model, “Bireysel algılara, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara” etkili olan değişkenleri içerir. Bu yönüyle ele alındığında modelin, özellikle bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel algılara temellendiği söylenebilir (83).



Şekil 2.11. Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar (83)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma; tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır. Araştırma Mart- Aralık 2007 tarihleri arasında Çorum İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı; Gazi, Bahçelievler, Mimarşinan, Yavruturna, Kale, Ulukavak, Gülabibey, Şenyurt, Kunduzhan, Buhara Sağlık Ocakları, Çorum Devlet Hastanesi, Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Hasanpaşa Devlet Hastanesi ve Göğüs Hastalıkları Hastanelerinde görev yapmakta olan sağlık personeli üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma grubunu Çorum il merkezinde yer alan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı; 10 merkez sağlık ocağı, 4 devlet hastanesinde görev yapmakta olan 30 uzman, 42 pratisyen, 255 hemşire, 158 ebe olmak üzere toplam 485 kadın sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına bu kişilerin tamamının alınması planlanmış, örnekleme yapılmamıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formları, sağlık personeli görev yerlerinde ziyaret edilerek dağıtılmış ve çalışmaya katılmayı kabul ediyor ise doldurmaları istenmiştir. 27 uzman, 40 pratisyen hekim, 236 hemşire ve 141 ebe olmak üzere toplam 444 kadın sağlık çalışanı araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve anket doldurmuştur. Çalışmaya katılım oranı uzman hekimlerde % 90.0; pratisyen hekimlerde % 95.2; hemşirelerde % 92.6; ebelerde % 89.2 ve genelde % 91.6'dır.

Hekimlere yönelik ve diğer sağlık personeline yönelik olmak üzere iki farklı tür anket formu hazırlanmıştır. Anketlerde; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri (meslek, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı emzirme süresi vb.), meme kanseri risk grupları ve kendi kendine meme muayenesine başlama yaşı, uygulama zamanı, memede ortaya çıkabilecek değişikleri bilme durumu, klinik meme muayenesini yaptırma durumu, mamografiye başlama yaşını bilme ve mamografi ektirme durumu, meme kanseri ile ilgili bilgilerini değerlendirme durumu, meme kanseri ile ilgili eğitim verme durumu ve kendini meme kanseri açısından risk grubunda görme durumunu sorgulayan hekimlere yönelik toplam 36; diğer sağlık personeline yönelik toplam 38 soru yer almıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tablolarda sayılar yüzdelerle, ortalamalar standart sapmalarla birlikte gösterilmiştir. İstatistiksel analizde Khi- kare testi ve varyans analizi kullanılmıştır. $P < 0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma grubuna katılan yardımcı sağlık personelinin % 37.5'i ebe, % 62.5'i hemşiredir. Hekimlerin % 40.3'ü uzman, % 59.7'si pratisyendir

Araştırmaya katılanların % 64.3'ü 10 yıl ve üstü, %16.7'si 7-9 yıl, % 11.1'i 4-6 yıl % 7.9'u 3 yıl ve daha az çalışmıştır. Araştırma grubunun hizmet süresi ortalamasına göre dağılımını incelendiğinde ebelerde 14.3 ± 6.2 ; hemşirelerde 12.3 ± 7.5 ; hekimlerde 10.1 ± 5.3 'dür.

Araştırmaya katılanların ; % 33.4'ü 30 yaş ve altı, % 50.6'sı 30-39, %14.0 40-49, % 2.0'ı 50 yaş ve üzeri yaş grubundadır.

Yaş ortalaması ebeler için 33.5 ± 6.0 yıl, hemşireler için 32.5 ± 6.6 yıl, doktorlar için 34.2 ± 5.1 yıldır.

Araştırmaya katılanların % 81.0'ı evli, % 16.7'si bekar, % 2.3'ü ise duldur. Ebe ve hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında % 41.5'i lise, %50.8'i ön lisans, % 17.7'si lisans ve üstü mezunudur.

Tablo 4.1. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin bazı özelliklerine göre dağılımı

Sağlık personelinin bazı özellikleri (n:443)	Sayı	%
Hizmet Süresi		
3 Yıl ve Az	35	7.9
4-6 Yıl	49	11.1
7-9 Yıl	74	16.7
10 Yıl ve Üstü	285	64.3
Yaş Grupları		
30 Yaş ve Altı	148	3.4
30-39	224	50.6
40-49	62	14.0
50 ve Üstü	9	2.0
Medeni Durum		
Evli	359	81.0
Bekar	74	16.7
Dul	10	2.3
Eğitim Durumu n:376		
Lise	156	41.5
Ön Lisans	191	50.8
Lisans ve üstü	29	17.7

Ebelerde ilk doğum yapılan yaş ortalaması 23.6 ± 2.9 yıl, hemşirelerde 24.3 ± 3.1 yıl ve doktorlarda 28.02 ± 3.1 yıldır ($F=34.401$, $p<0,01$). (Yapılan post hoc teste göre doktorların ilk doğum yaşı ebe ve hemşirelerden farklıdır).

Ortalama emzirme süreleri ebelerde 16.5 ± 11.7 ay; hemşirelerde 15.7 ± 12.4 ay ve hekimlerde 15.4 ± 12.2 aydır ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.195$, $p>0,05$).

Tablo 4.2. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini bilme durumları

Risk faktörler	Ebe (n:141)		Hemşire (n:235)		Hekim (n:67)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yakın akrabada meme kanseri	123	8.2	204	86.8	66	98.5
Bir memede kanser	110	78.0	162	68.9	59	88.1
Radyasyona maruz kalma	103	73.0	183	77.9	49	73.1
Bebeğini az emzirme	98	69.5	172	73.2	51	76.1
30 Yaş üstünde doğum	65	46.1	105	44.7	47	70.1
Alkol kullanma	58	41.1	87	37.0	28	41.8
HRT	58	41,1	108	46.0	45	67.2
İyi huylu meme hastalığı	57	40.7	89	37.9	20	29.9
Şişmanlık ve yağlı beslenme	54	38.3	79	33.6	45	67.2
Oral kontraseptif kullanma	43	30.5	79	33.6	38	56.7
Erken yaşta ilk adet	31	22.0	39	16.6	36	53.7
Geç menapoz	28	19.9	46	19.6	35	52.2
Spor yapmama	26	18.4	41	17.4	23	34.3
Hiç doğum yapmamak	23	16.3	45	19.1	58	86.6
İleri yaşta olma	14	9.9	42	17.9	25	37.3

Tablo 4.2’de belirtildiği gibi Araştırma grubuna katılanlar, yakın akrabasında meme kanseri olanların meme kanserine daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 98.5’i yakın akraba meme kanseri olmasını, % 88.1’i bir memede kanser olmasını en önemli risk faktörü olarak belirtirken, ebelerin % 87.2’si yakın akraba meme kanseri olmasını, %78.0’i bir memede kanser olmasını en önemli risk faktörü olarak belirtmiştir. Hemşirelerin % 86.8 ‘i en fazla “yakın akrabada meme kanseri” olmasını, % 77.9’u radyasyona maruz kalmayı en önemli risk faktörü olarak belirtmiştir. En az risk faktörünü ise; hekimlerin %29.9’u “iyi huylu meme hastalığı” olarak belirtmiştir. Ebelerin % 9.9’u ileri yaşta olmayı, hemşirelerin %16.6’sı ise; “erken yaşta ilk adet” olarak belirtmiştir.

Tablo 4.3. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin doğum yapmanın meme kanseri üzerine etkisini bilme durumları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fikri yok	9	6.4	10	4.3	2	3.0	21	4.7
Olumlu	129	91.5	215	91.5	64	95.5	408	92.1
Olumsuz	3	2.1	10	4.3	1	1.5	14	3.2
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=3.412$; $p>0,05$

Tablo 4.3’de belirtildiği gibi araştırmaya katılanların % 92.1’i doğum yapmanın meme kanseri üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 95.5’i, ebelerin ve hemşirelerin % 91.5’i doğum yapmanın meme kanseri üzerine olumlu etkisi olduğunu söylemiştir. Sağlık personelinin doğum yapmanın meme kanseri üzerine etkisini bilme durumları arasında fark bulunamamıştır.($P>0,05$)

Tablo 4.4. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M.’ye başlama yaşını bilme durumları.

Başlama yaşı	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
15-19	53	37.6	76	32.3	21	31.3	150	33.9
20-29	50	35.5	92	39.1	31	46.3	173	39.1
30-39	37	26.2	64	27.2	15	22.4	116	26.2
40 ve üstü	1	0.7	3	1.3	0	0	4	0.9
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=3.71$; $p>0,05$

Tablo 4.4’de belirtildiği gibi K.K.M.M.’ye başlama yaşı ebeler tarafından 23.1 ± 6.7 ; hemşireler tarafından 23.4 ± 6.5 ; hekimler tarafından 26.8 ± 7.4 olarak belirtilmiştir. Sağlık personelinin K.K.M.M.’ye başlama yaşını bilme durumları arasında fark bulunamamıştır.($p>0,05$)

Tablo 4.5. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. uygulama sıklığını bilme durumları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fikri yok	0	0.0	2	0.9	0	0.0	2,5	0.5
Her gün	7	5.0	6	2.6	5	7.5	18	4.1
Ayda bir	120	85.1	185	78.7	56	83.6	361	81.5
Altı ayda bir	12	8.5	37	15.7	6	9.0	55	12.4
Yılda bir	2	1.4	5	2.1	0	0.0	7	1.6
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=11.76$; $p>0,05$

Tablo 4.5’de belirtildiği gibi araştırma grubuna katılanların % 81.5’i ayda bir, %12.4’ü altı ayda bir K.K.M.M. yapılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin; % 83.6’sı , ebelerin % 85.1’i, hemşirelerin % 78.7’si ayda bir K.K.M.M. yapılması gerektiğini belirtmiştir. Sağlık personelinin K.K.M.M. uygulama sıklığını bilme durumları arasında fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 4.6. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. ‘nin meme kanserinin erken tanısında önemli olup olmadığı konusunda düşünceleri.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	139	98.6	234	99.6	63	94.0	436	98.4
Hayır	2	1.4	0	0.0	3	4.5	5	1.1
Bilmiyor	0	0.0	1	0.4	1	1.5	2	0.5
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=11.827$; $p<0,05$

Tablo 4.6’da belirtildiği gibi araştırmaya katılanların % 98.4’ü K.K.M.M.’nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hekimlerin % 94.0’ü, ebelerin % 98.6’sı, hemşirelerin % 99.6’sı K.K.M.M.’nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu söylemiştir. Sağlık personelinin K.K.M.M.’nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumu farklıdır. ($p<0,05$) En az hekimler önemli olduğunu düşünmektedir.

Tablo 4.7. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapma durumları

K.K.M.M.	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Düzenli	34	24.1	48	20.4	21	31.3	103	23.3
Düzensiz	79	56.0	140	59.6	38	56.7	257	58.0
Yapmıyor	28	19.9	47	20.0	8	11.9	83	18.7
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=4.899$; $p>0,05$

Tablo 4.7’de araştırmaya katılanların % 58.0’ı K.K.M.M. yi düzensiz yapıyor, % 23.3’ü K.K.M.M.’yi düzenli yaptığını belirtmişlerdir. Hekimlerin %31.3’ü, ebelerin % 24.1’i, hemşirelerin % 20.4’ü K.K.M.M.’yi düzenli yaptıklarını; hekimlerin % 56.7’si, ebelerin % 56.0’sı, hemşirelerin % 59.6’sı ise K.K.M.M.’yi düzensiz yaptıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 11.9’u, ebelerin % 19.9’u hemşirelerin % 20.0’si K.K.M.M.’yi yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin K.K.M.M. yapma durumları arasında fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 4.8. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapmama nedenleri.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Emziriyor	0	0.0	1	2.1	0	0.0	1	1.2
Korkuyor	2	7.1	7	14.9	2	25.0	11	13.3
İhmal,önemsememe	12	42.8	21	44.8	5	62.5	38	45.8
Adet düzensizliği	0	0.0	1	2.1	0	0.0	1	1.2
Kanser olmaz düşüncesi	5	17.9	7	14.9	1	12.5	13	15.7
Şikayeti olmaması	5	17.9	5	10.6	0	0.0	10	12.0
Erken olduğunu düşünmesi	4	14.3	5	10.6	0	0.0	9	10.8
Toplam	28	100.0	47	100.0	8	100.0	83	100.0

$X^2=6.95$; $p>0,05$

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 45.8’i ihmal ve önemsememe, % 15.7 si kanser olmaz düşüncesiyle ve % 13.3’ü korktukları için K.K.M.M. yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimler için ihmal ve önemsememe % 62.5, % 25 korku, % 12.5’i kanser olmaz düşüncesi K.K.M.M. yapmama sebebini oluşturmaktadır. Ebeler ihmal ve önemsememe % 42.8, kanser olmaz düşüncesi ve herhangi bir şikayet olmaması %17.9’u ikinci sırada belirtmişlerdir. Hemşireler için; ihmal ve önemsememe % 44.8 ve kanser olmaz düşüncesi, korku % 14.9 bulunmuştur. Sağlık personelinin K.K.M.M. yapmama nedenleri arasında fark bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 4.9. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. uygulama zamanları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Her hangi bir gün	5	4.4	9	4.8	7	11.9	21	5.8
Adetin 5-7. günü	72	63.7	95	50.6	33	55.9	200	55.6
Her banyoda	11	9.7	29	15.4	12	20.3	52	14.4
İstediği zaman	24	21.3	54	28.7	7	1.9	85	23.6
Sabahları	1	0.9	1	0.5	0	0.0	2	0.6
Toplam	113	100.0	188	100.0	59	100.0	360	100.0

$X^2=16.254$; $p<0,05$

Tablo 4.9’da belirtildiği gibi araştırmaya katılanların % 55.6’sı K.K.M.M.’yi adetin 5-7. günü, % 23.6’sı ise istediği zaman yaptığını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 55.9’u, ebelerin % 63.7’si, hemşirelerin % 50.6’ sı adetin 5-7. günü K.K.M.M. yaptığını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin uygulama zamanlarını bilme durumları arasında fark anlamlıdır. ($p<0,05$) Uygulama zamanı en doğru oranda ebeler, daha sonra hekimlerdir.

Tablo 4.10. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. 'yi doğru yapıp yapmadığına inanma konusundaki düşünceleri

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	90	79.6	126	6.0	45	76.3	261	72.5
Hayır	1	0.9	2	1.1	0	0.0	3	0.8
Emin değil	22	19.5	60	31.9	14	23.7	96	26.7
Toplam	113	100.0	188	100.0	59	100.0	360	100.0

$$X^2=6.633; p>0,05$$

Tablo 4.10 da görüldüğü gibi Araştırmaya katılanların % 72.5'i K.K.M.M.'yi doğru yaptığını inanıyor, % 26.7'si K.K.M.M.'yi doğru yaptığınan emin olmadıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin % 76.3'ü, hemşirelerin % 67.0'si K.K.M.M.'yi doğru yaptığını andıklarını, %31.9'u ise emin olmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin K.K.M.M.'yi doğru yaptığını inanma konusundaki düşünceleri arasında fark bulunmamıştır.(p>0,05)

Tablo 4.11. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yapılırken doğru duruş pozisyonlarını bilme durumlarına göre dağılımı

	Ebe(n:141)		Hemşire(n:235)		Hekim(n:67)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ayakta, kollar baş üstünde	123	8.2	211	89.8	51	76.1
Ayakta, kollar belde	5	41.8	73	31.1	24	35.8
Ayakta, kollar sarkık	52	36.9	64	27.2	16	23.9
Ayakta, gövde öne eğilmiş	36	25.5	55	23.4	11	16.4
Oturarak, kollar belde	18	12.8	35	14.9	10	14.9

Tablo 4.11 de görüldüğü gibi araştırmaya katılanlar K.K.M.M. yapılırken doğru duruş pozisyonlarından en fazla ayakta kollar baş üstünde pozisyonunu bilmişlerdir. Hekimlerin %76.1'i, ebelerin % 87.2'si, hemşirelerin % 89.8'i 'Ayakta, kollar baş üstünde' pozisyonu bilmişlerdir.

Tablo 4.12. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin K.K.M.M. yaparken yatış pozisyonunu bilme durumuna göre dağılımı

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç bilmiyor	35	24.8	67	28.5	27	40.9	129	29.2
Eksik biliyor	97	68.8	158	67.2	31	47.0	286	64.7
Tam biliyor	9	6.4	10	4.3	8	12.1	27	6.1
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2=13.114, p<0,05$$

Tablo 4.12’de belirtildiği gibi araştırmaya katılanların % 64.7’si K.K.M.M. yaparken yatış pozisyonunu eksik biliyor. Hekimlerin % 47.0’si eksik biliyor, % 40.9’u hiç bilmiyor, Ebelerin % 68.8’i eksik biliyor, % 24.8’i hiç bilmiyor. Hemşirelerin % 67.2 si K.K.M.M.’yi eksik biliyor, % 28.5’i hiç bilmiyor. Sağlık personelleri arasında K.K.M.M. yi yaparken yatış pozisyonunu bilme durumu farklılık göstermektedir. ($p<0,05$) K.K.M.M. yaparken doğru pozisyonu en fazla hekimler bilmişlerdir

Tablo 4.13. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin Memedeki doktora gitmeyi gerektiren değişiklikleri bilme durumları

	Ebe(n:141)		Hemşire(n:235)		Hekim(n:67)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Memedede kitle	139	9.6	221	94.0	67	100.0
Memedede anormal büyüme	128	90.8	203	86.4	58	86.6
Meme ucunda kanlı akıntı	127	90.1	210	89.4	65	97.0
Meme renginde değişiklik	108	76.6	180	76.6	52	77.6
Lenf nodu şişmesi	94	66.7	146	62.1	53	79.1
Memedede çukurlaşma	90	63.8	145	61.7	61	91.0
Memedede anormal sarkma	78	55.3	111	47.2	30	44.8
Üst kolda anormal şişme	77	54.6	129	54.9	51	76.1
Memedede buruşukluk	71	50.4	93	39.6	48	71.6

Tablo 4.13 de gösterildiği gibi araştırmaya katılan hekimlerin % 100'ü memede kitle, %97.0'ı meme ucunda akanlı akıntı, % 86.6'sı mememde anormal büyüme olduğunda doktora başvurulması gerektiğini belirtmiştir. Ebelerin %98.6 sı memede kitle, %90.8'i memede anormal büyüme ve % 90.1'i meme ucunda kanlı akıntı olduğunda, hemşirelerin % 94.0'ü memede kitle, % 89.4'ü kanlı akıntı olduğunda ve % 86.4'ü memede anormal büyüme olduğunda doktora başvurulması gerektiğini söylemiştir.

Tablo 4.14 Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme muayenesi için doktora gitme sıklığını bilme durumları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Şüphede durumunda	13	9.2	21	8.9	5	7.5	39	8.8
Yılda	77	54.6	119	50.6	19	28.4	215	48.5
Hiç	6	4.2	5	2.1	4	6.0	15	3.4
20 yaşından itibaren 2-3 yılda	45	31.9	90	38.3	39	58.2	174	39.3
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2=17.927; p<0,05$$

Tablo 4.14'de belirtildiği gibi araştırmaya katılanların % 48.5'i yılda, % 39.3'ü 2-3 yılda doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin % 58.2'si 20 yaşından itibaren 2-3 yılda meme muayenesi için doktora gidilmesi gerektiğini, % 28.4'ü yılda meme muayenesi için doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ebelerin % 54.6'sı yılda, % 31.9'u 20 yaşından itibaren 2-3 yılda bir doktora başvurulması gerektiğini, hemşirelerin % 50.6'sı yılda, % 38.3'ü 20 yaşından itibaren 2-3 yılda bir doktora gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sağlık personelinin meme muayenesi için doktora gitme zamanını bilme durumları arasında fark vardır. ($p<0,05$) Doktora gitme sıklığını bilme oranı hekimlerde anlamlı ölçüde yüksektir.

Tablo 4.15. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme muayenesi için doktora gitme durumları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	36	25.5	55	23.4	19	28.4	110	24.8
Hayır	105	74.5	180	76.6	48	71.6	333	75.2
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2 = 0.739, p > 0,05$$

Tablo 4.15 de gösterildiği gibi araştırmaya katılanların % 24 .8'i meme muayenesi için doktora gittiğini belirtmiştir. Hekimlerin %28.4'ü, ebelerin % 25.5'i ve hemşirelerin % 23.4'ü meme muayenesi için doktora başvurmuşlardır. Sağlık personelinin doktora gitme durumlarındaki fark anlamlı değildir. (p>0,05)

Tablo 4.16. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin klinik meme muayenesine başlama yaşını bilme durumları

Başlama yaşı	Ebe		Hemşire		Doktor		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
15-19	15	10.6	32	13.6	5	7.5	52	11.7
20-29	51	36.2	108	46.0	34	50.7	193	43.6
30-39	64	45.4	85	36.2	18	26.9	167	37.7
40 ve üstü	11	7.8	10	4.3	10	14.9	31	7.0
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100,0	443	100.0

$$X^2 = 17.884, p < 0,05$$

Tablo 4.16'da gösterildiği gibi araştırmaya katılanların % 43.6'sı klinik meme muayenesine 20- 29 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin % 50.7'si 20- 29 yaş grubunda, % 26.9'u 30-39 yaş grubunda başlaması gerektiğini, ebelerin; % 36.2' si 20- 29 yaş grubunda, % 45.4'ü 30- 39 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 46.0'sı 20-29 yaş grubunda, % 36.2' si 30- 39 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Klinik meme muayenesine

başlama yaşını bilme durumu açısından sağlık personeli arasında anlamlı fark saptanmıştır.($p<0,05$)En fazla hekimler bilmişlerdir.

Kanserde memeden gelen akıntının özelliğini ebelerin %73.0'ı biliyor Bu oran hemşirelerde ise %62.6 dır. Kanserde memeden gelen akıntının özelliğini bilme durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark vardır ($X^2= 15.402$, $p<0,001$). Ebeler hemşirelere göre daha fazla memeden gelen akıntının özelliğini doğru olarak bilmişlerdir.

Tablo 4.17. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi çektirmeye ilişkin bazı bilgilerin değerlendirilmesi

	Ebe		Hemşire		Hekim	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
50 yaşından sonra yılda bir defa çektirilmesi gerektiğini biliyor	22	15.6	41	17.4	19	28.4
40 yaşından sonra yılda iki defa çektirilmesi gerektiğini biliyor	52	36.9	83	35.3	20	29.9

$X^2=4.34$; $p>0,05$

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hekimlerin % 29.9'u, ebelerin % 36.9'u, hemşirelerin % 35.3'ü 40 yaşından sonra yılda iki kez mamografi çektirilmesi gerektiğini, hekimlerin % 28.4'ü, ebelerin % 15.6'sı, hemşirelerin % 17.4'ü; 50 yaşından sonra yılda bir defa mamografi çektirilmesi gerektiğini biliyordur. Sağlık personellerinin mamografi çektirmeye ilişkin bilgileri arasındaki fark anlamlı değildir.($p>0,05$)

Tablo 4.18. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi çektirme durumu.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çektirdi	13	9.2	25	10.6	7	10.4	45	10.2
Çektirmedi	127	90.8	210	89.4	60	89.6	37	89.8
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2= 0.181$, $p>0,05$

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi araştırma grubuna katılanların % 89.8’i mamografi yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 89.6’sı, ebelerin % 90.8’i ve hemşirelerin % 89.4’ü mamografi yaptırmadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık personellerinin mamografi yaptırmaları arasındaki fark anlamlı değildir.($p>0,05$)

Tablo 4.19. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin mamografi muayenesine başlama yaşına ilişkin bilgileri

Başlama yaşı	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
15-19	25	17.7	44	18.7	12	17.9	81	18.3
20-29	6	4.3	11	4.7	1	1.5	18	4.1
30-39	79	56.0	107	45.5	27	40.3	213	48.1
40-49	29	20.6	63	26.8	26	38.8	118	26.6
50 ve üstü	2	1.4	10	4.3	1	1.5	13	2.9
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2= 13.044, p>0,05$$

Tablo 4.19 da görüldüğü gibi araştırma grubuna katılanların % 48.1’i 30-39 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir, % 26.6’sı 40- 49 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin % 40.3’ü 30-39 yaş grubunda, % 38.8’i 40-49 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Ebelerin % 56.0’sı 30-39 yaş grubunda, % 20.6’sı 40-49 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin % 45.5’i 30- 39 yaş grubunda, % 26.8’i 40- 49 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin mamografi muayenesine başlama yaşına ilişkin bilgileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.($p>0,05$)

Tablo 4.20. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini değerlendirme durumu.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yeterli	30	21.3	42	17.9	22	32.8	94	21.2
Orta	87	61.7	153	65.1	42	62.7	282	63.2
Yetersiz	24	17.0	40	17.0	3	4.5	67	15.1
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2= 11.59, p<0,05$$

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 21.2’si meme kanserini önleme konusunda ki bilgilerini yeterli buluyor, % 15.1’i yetersiz buluyor. Hekimlerin % 32.8’i yeterli, % 4.5’i yetersiz buluyor, ebelerin % 21.3’ü yeterli, % 17.0’si yetersiz buluyor, hemşirelerin ise % 17.9’u yeterli, % 17.0’si yetersiz buluyor. Sağlık personellerinin meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini değerlendirmeleri arasındaki fark saptanmıştır.($p<0,05$) Bilgilerini en fazla oranda hekimler yeterli bulmaktadır.

Tablo 4.21. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili hizmet içi eğitime katılma durumu.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Katıldı	48	34.0	65	27.7	27	40.3	140	31.6
Katılmadı	3	66.0	170	72.3	40	5.7	303	68.4
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2= 4.423, p>0,05$$

Tablo 4.21 ’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 68.4’ü meme kanseri ile ilgili hizmet içi eğitime (HİE) katılmadığını belirtmişlerdir. Hekimlerin % 40.3’ü, ebelerin % 34.0’ü hemşirelerin % 27.7’si hizmet içi eğitime katılmışlardır. HİE katılma oranı hekimlerde daha yüksek olmakla birlikte, fark istatistikî açıdan anlamlı değildir.($p>0,05$)

Tablo 4.22. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanser ile ilgili yayınları takip etme durumu

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sürekli	7	5.0	7	3.0	2	3.0	16	3.6
Zaman zaman	117	83.0	182	77.4	58	86.6	357	80.6
Hayır	17	12.1	46	19.6	7	10.4	70	15.8
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2= 6.317, p>0,05$$

Tablo 4.22'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 3.6'sı meme kanseri ile ilgili yayınları sürekli takip etmekte, % 80.6'sı zaman zaman takip etmekte % 15.8'i takip etmemekte. Hekimlerin % 3.0'ü, ebelerin % 5.0'i ve hemşirelerin % 3.0'ü meme kanseri ile ilgili yayınları sürekli takip etmektedir. Sağlık personelinin meme kanseriyle ilgili yayınları takip etme durumu farklıdır, fakat fark anlamlı değildir.(P>0,05)

Tablo 4.23. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili hastalara eğitim verme durumu.

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	44	31.2	55	23.4	31	46.3	130	29.3
Hayır	53	37.6	98	41.7	16	23.9	167	37.7
Bazen	44	31.2	82	34.9	20	29.9	146	33.0
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$$X^2= 6.317, p>0,05$$

Tablo 4.23'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %37.7'si meme kanseri ile ilgili hastalarına eğitim vermediğini, % 33.0'ü ise bazen eğitim verdiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin %23.9'u eğitim vermiyor, % 29.9'u bazen eğitim veriyor. Ebelerin %37.6'sı eğitim vermiyor, % 31.2'si bazen eğitim veriyor. Hemşirelerin % 41.7'si eğitim vermiyor, % 34.9'u bazen eğitim veriyor. Sağlık personelinin hastalarına eğitim verme durumları arasında anlamlı fark yoktur. (P>0,05)

Tablo 4.24. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili yakınlarına eğitim verme durumu

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	46	32.6	80	34.0	30	44.8	156	35.2
Hayır	29	20.6	65	27.7	7	10.4	101	22.8
Bazen	66	46.8	90	38.3	30	44.8	186	42.0
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2=10.992$; $p<0,05$

Tablo 4.24'de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 22.8'i meme kanseri ile ilgili yakınlarına eğitim vermediğini, % 42.0'si ise bazen eğitim verdiğini belirtmiştir. Hekimlerin % 10.4'ü eğitim vermiyor, % 44.8'i bazen eğitim veriyor. Ebelerin % 20.6'sı eğitim vermiyor, % 46.8'i bazen eğitim veriyor. Hemşirelerin % 27.7'si eğitim vermiyor, % 38.3'ü bazen eğitim veriyor. Sağlık personelinin yakınlarına eğitim verme durumları farklıdır. ($P<0,05$) Bu fark hekimlerde anlamlı ölçüde yüksektir.

Tablo 4.25. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri görülme sıklığını bilme durumları

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Doğru biliyor	7	5.0	14	6.0	10	14.9	31	6.9
Yanlış biliyor	80	56.7	137	58.3	30	44.8	247	55.8
Bilmiyor	54	38.3	84	35.7	27	40.3	165	37.3
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100

$X^2= 9.31$, $p>0,05$

Tablo 4.25'te görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 6.9'u meme kanserinin görülme sıklığını doğru biliyor, % 37.3'ü meme kanseri görülme sıklığını bilmiyor. Araştırmaya katılan ebelerin % 5.0'i doğru biliyor, % 38.3'ü bilmiyor. Hemşirelerin % 6.0'sı doğru biliyor, %35.7'si bilmiyor. Sağlık personelinin meme kanserinin görülme sıklığını bilme oranı farklıdır, fakat aradaki fark anlamlı değildir. ($P>0,05$)

Tablo 4.26. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin overlerin alınmasının meme kanseri riskine etkisi konusundaki görüşleri

	Ebe		Hemşire		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Arttırır	77	54.6	120	51.1	17	52.4
Azaltır	13	9.2	2	12.3	42	11.2
Bilmiyorum	51	36.2	86	36.6	137	36.4
Toplam	141	100.0	235	100.0	376	100.0

$X^2= 6.317, p>0,05$

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %52.4’ü overlerin alınmasının meme kanseri riskini arttırdığını, % 11.2’si azalttığını, % 36.4’ü bilmediklerini belirtmişlerdir. Ebelerin % 54.6’sı arttırdığını belirtmiştir. Hemşirelerin % 51.1’i arttırdığını belirtmiş, % 36.6’sı bilmediğini belirtmiştir. Bilme oranı açısından ebe ve hemşireler arasında ki fark anlamlı değildir.($P>0,05$)

Tablo 4.27. Araştırma grubuna katılan sağlık personelinin meme kanseri açısından risk grubunda olduğunda düşünme dururumu

	Ebe		Hemşire		Hekim		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	30	35.5	77	32.8	13	19.4	120	27.1
Hayır	41	21.9	72	30.6	39	58.2	152	34.3
Bilmiyor	49	34.8	85	36.2	15	22.4	149	33.6
Toplam	141	100.0	235	100.0	67	100.0	443	100.0

$X^2= 6.317, p>0,05$

Tablo 4.27’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların % 27.1’i meme kanseri açısından kendisinin risk grubunda olduğunu düşünüyordu, % 34.3’ü risk grubunda olup olmadığını bilmiyor. Hekimlerin % 19.4’ü risk grubunda olduğunu düşünüyor, % 22.4’ü risk grubunda olup olmadığını bilmiyor. Ebelerin % 35.5’i risk grubunda olduğunu düşünüyor, % 34.8’i bilmiyor. Hemşirelerin % 32.8’i risk grubunda olduğunu düşünüyor, % 36.2’si risk grubunda olup olmadığını bilmiyor.

Sağlık personelinin risk grubunda olduğunu düşünme açısından fark bulunmaktadır.($P>0,05$)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada sağlık personelinin meme kanseri ilgili bilgi tutum ve davranışları araştırılmış ve elde edilen bulgular, literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

Araştırma grubunda ortalama emzirme süreleri ; ebelerde 16.5 ± 11.7 ay; hemşirelerde 15.7 ± 12.4 ay ve hekimlerde 15.4 ± 12.2 ay bulunmuştur. Sağlık personelinin ortalama emzirme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Marmara üniversitesinde meme kanseri risk düzeyi ile ilgili kadınlar üzerinde yapılan çalışmaya göre; araştırmaya katılanların %64.7'sinin çocuk sahibi olduğu ve bunların %95'inin çocuğunu emzirdiği belirlenmiştir (84).

Lee ve arkadaşlarının (85), 20 yaş üzeri 110.604 kadın ile yaptıkları çalışmada %51.9'unun çocuklarını emzirdiği; emziren kadınlarda meme kanseri riskinin düştüğünü belirtmişlerdir. Romieu ve arkadaşlarının (86) Meksikalı kadınlarda emzirme ve meme kanseri ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında, 12-24 ay arası emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı tespit edilmiştir. Almanya'da Brinton ve arkadaşları (87), 22 yaşın altında emzirmeye başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi çocuk emzirme meme kanseri riskini azaltmaktadır. Çin'de yapılan bir araştırmada her 5 yıldan daha uzun emzirme sürelerinde meme kanseri sıklığında % 30 azalma saptanmıştır (33).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte meme kanseri sıklığında artış olduğu, birinci derece akrabasında meme kanseri hikayesi olanlarda, yağdan zengin gıdalarla beslenenlerde ve hiç doğum yapmayanlarda meme kanseri görülme olasılığının artmış olduğu bilinmektedir (6). Araştırma grubuna meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini bilme durumu sorulduğunda; yakın akrabasında meme kanseri olanların meme kanserine daha yatkın olduklarını belirtmişlerdir. Hekimler risk faktörleri içerisinde; yakın akrabada meme kanseri olmasını birinci sırada belirtirken, bir memede kanser olmasını ikinci sırada, bebeğini az emzirmeyi üçüncü sırada risk faktörü olarak belirtilmişlerdir. Ebeler yakın akrabada meme kanseri olmasını birinci sırada, bir memede kanser olmasını ikinci sırada, radyasyona maruz kalmayı ise üçüncü sırada risk faktörü olarak belirtmişlerdir. Hemşireler ise en fazla “yakın akrabada meme kanseri” olmayı belirtirken, ikinci sırada radyasyona maruz kalmayı, üçüncü sırada bebeğini az emzirmeyi risk faktörü olarak görmektedir. En az risk faktörü olarak; hekimler “iyi huylu meme hastalığını”; ebeler “ileri yaşta olmayı”, hemşireler ise “erken yaşta ilk adet görme” olarak belirtmişlerdir.

Isparta ilinde Şen ve ark. (88) yaptıkları çalışmada da meme kanseri için risk faktörü olarak en az iyi huylu meme hastalığı geçirme (%27.6), geç menopoza (%28.0) ve oral kontraseptif kullanmanın (%29.1) bulunduğu; en fazla bilinenlerin ise yakın akrabada (anne, kız, kızkardeş, teyze) meme kanseri olması (%64.1), hiç doğum yapmamak (%64.5), bebeğini az emzirme (%67.1) ve sigara kullanmanın (%71.0) olduğu görülmüştür.

Yaşaroğlu'nun (89) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmasında da öğrencilerin % 20.0 si ailesinde meme kanseri olanlarda , % 35 'i hiç evlenmemiş ve emzirmemiş olanlarda meme kanseri riskinin fazla olduğunu belirtmiştir. Odusanya ve arkadaşlarının çalışmasında (90) Nijerya'daki kadınların, risk faktörlerini bilme oranı % 13.8 olarak bulunmuştur.

Hekimlerin % 95.5'i; ebelerin ve hemşirelerin % 91.5 'i doğum yapmanın meme kanserine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir.(tablo 4.3) Sağlık personelinin doğum yapmanın meme kanseri üzerine etkisini bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte bu oran hekimlerde yüksektir. Hekimlerin ebe ve hemşirelere göre daha yüksek oranda doğru yanıt vermelerinde almış oldukları okul eğitiminde

fizyoloji ve hormonların vücut üzerindeki etkisini daha detaylı olarak öğrenmiş olmaları etken olabilir.

K.K.M.M.'ye başlama yaşı; ebeler tarafından 23.1 ± 6.7 ; hemşireler tarafından 23.4 ± 6.5 ; -hekimler tarafından 26.8 ± 7.4 olarak belirtilmiştir. Kayseri ilinde kadınlar üzerinde yapılan araştırmada (91) K.K.M.M.'ye başlama yaşı sorulduğunda % 51.2 'si 20-29 yaş arasında başlaması gerektiğini belirtmiştir. Üniversitede öğrenim gören kız öğrenciler üzerinde yapılan araştırmada (92) kız öğrencilerin K.K.M.M.'ye başlama yaşını doğru bilme oranı % 49.0 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da Kayseri ilinde yapılan araştırma sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ebe ve hemşireler K.K.M.M.'ye doktorlara göre daha erken başlanması gerektiğini düşünmektedirler. Bu da ebe ve hemşirelerin mesleğe daha erken yaşta başlaması ile yine kendileri ve başkalarının sağlığı ile ilgili konularda daha erken yaşlarda sorumluluk taşımaya başlamaları ile ilgili olabilir.

Araştırmaya katılanlara K.K.M.M. uygulama sıklığının nasıl olması gerektiği sorulduğunda; hekimlerin % 83.6'sı, ebelerin % 85.1'i, hemşirelerin % 78.7'si ayda bir K.K.M.M. yapılması gerektiğini belirtmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). Araştırma grubuna katılanların toplam % 81.5'i K.K.M.M. uygulama sıklığını doğru olarak bilmişlerdir.

Uzun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (93) araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin % 72'si muayene yapma sıklığını doğru olarak bilmektedir. Şen ve arkadaşlarının (88) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan ebelerin % 54.2'si K.K.M.M.'nin ayda bir yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Canbulat'ın (94) çalışmasında sağlık çalışanlarının % 21.9'unun K.K.M.M.'yi her ay yaptıkları tespit edilmiştir.

Kayseri ilinde kadınlar üzerinde yapılan araştırmada (91) araştırmaya katılan kadınların % 42.2'si K.K.M.M.'nin ayda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir. Doğan'ın (92) çalışmasında K.K.M.M.'nin uygulama sıklığını bilme oranı % 27.2'dir. Bizim çalışmamızda elde edilen sonuç bu çalışmalardan yüksektir.

Araştırmaya katılanların % 98.4'ü K.K.M.M.'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık personelinde hekimlerin % 94'ü, ebelerin % 98.6'sı, hemşirelerin % 99.6'sı K.K.M.M.'nin meme kanserinin

erken tanısında önemli olduğunu söylemiştir. Sağlık personeli arasında K.K.M.M.'nin erken tanıda önemli olduğunu düşünme konusunda anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu oran hekimlerde anlamlı ölçüde düşüktür.

Hekimlerin K.K.M.M.'nin erken tanıda daha az önemli olduğunu düşünmelerinin sebebi; muayeneyi daha çok kendilerinin yapması ve uzman kişilerce yapılmayan, kişilerin kendilerinin yaptıkları muayeneye yeterince güvenmiyor olmaları olabilir. K.K.M.M. yapma oranları sorulduğunda en fazla hekimlerin K.K.M.M. yapıyor olmaları çelişkili bir sonuç gibi görünmektedir ve düşündürücüdür. Bu sonuçta, hekimlerin K.K.M.M.'nin erken tanıda önemsiz olduğunu düşünmelerinden çok kişilerin kendi muayenelerine güvenmedikleri sonucunu destekler niteliktedir.

Demirhan ve ark. (95) yaptıkları çalışmada, yurtlarda kalan kız öğrencilerin % 74.8 si K.K.M.M.'nin meme kanseri tanısı koymada etkili olabileceğini söylemiştir. KOKTA pilot projesinde meme kanserinin erken tanısında rutin uygulanan K.K.M.M.'nin önemli olduğu ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır (96). Avcı ve ark. Çalışmasında (97) ebelerin % 97.1'i K.K.M.M.'nin önemli olduğunu kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmalardaki sonuçlarda bizim çalışmamızdaki sonuçları destekler niteliktedir.

Buna karşılık Rusya, Şangay ve İsveç çalışmalarında K.K.M.M.'nin meme kanseri evresini düşürmekte ve mortaliteyi azaltmakta etkili olmadığı saptanmıştır (98, 99, 100).

Araştırmaya katılanlara K.K.M.M. yapıp yapmadıkları sorulduğunda %81.3'ü K.K.M.M. yaptıklarını ve % 23.3'ü düzenli yaptıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin %31.3, ebelerin % 24.1'i, hemşirelerin % 20.4 'ü K.K.M.M.'yi düzenli yapıyordu. Sağlık çalışanlarının K.K.M.M. yapma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$)

Canbulat'ın çalışmasında da (94) benzer olarak sağlık çalışanlarının K.K.M.M. yapma oranı % 81.3 olup, uygulamayı her ay düzenli yaptığını belirtenlerin oranı ise %21.9 dur. Ayrıca hekimlerin % 92.2'sinin yaptıkları ve % 40 oranında düzenli olarak K.K.M.M. yaptıkları; hemşirelerin % 78.1'inin , ebelerin ise % 81.2'nin K.K.M.M. yaptıkları ve hemşirelerin % 15.8'nin, ebelerin ise % 22.9'nun bu uygulamayı düzenli yaptıkları belirlenmiştir. Çavdar ve ark. (101) yaptıkları çalışmada hemşirelerin % 93'nün, hekimlerin ise tamamının K.K.M.M.'nin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olduğu, hekimlerin % 65.5'nin, hemşirelerin %72.1'nin K.K.M.M. yöntemini uyguladığı ve bu uygulamayı düzenli yapanların oranının % 25 olduğu bulunmuştur.

Kabalcıoğlu'nun çalışmasında (102) ebe ve hemşirelerin %14.7'si her ay düzenli K.K.M.M. yaptığını belirtilmiştir. Aydın ve Işıklı'nın (103) koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesine yönelik inançlarını inceledikleri çalışmada; ebe ve hemşirelerin % 96.3'nün K.K.M.M. yaptığı ancak % 28.6'sının bu uygulamayı düzenli yaptığı tespit edilmiştir.

Şen ve arkadaşlarının (88) Isparta'da 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerin incelendiği çalışmalarında elde edilen bulgulara göre araştırma grubunu oluşturan ebelerin K.K.M.M. yapmaya ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Konu ile ilgili sağlık çalışanı olmayan kadınlar üzerinde yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde K.K.M.M. uygulama sıklığının sağlık çalışanlarından daha düşük olduğu görülmüştür (104, 105, 106)

Günel'in (104) yaptığı çalışmada da katılımcıların % 42.6'sı K.K.M.M. yapmamaktadır. Bu çalışmada olduğu gibi sağlık çalışanlarının K.K.M.M. yapma oranının normal popülasyondan yüksek olması, bu grubun meslek eğitimleri esnasında müfredat programlarında konu ile ilgili bilgi almaları nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Sağlık çalışanlarının meme kanseri taramaları konusunda eğitim almaları bu uygulamalara karşı duyarlı olmalarını etkilemiş olabilir. Bununla birlikte K.K.M.M. uygulamasını düzenli uygulayanların oranının düşük olması (% 23.3'ü) düşündürücüdür.

Tarama programlarının yürütülebilmesi açısından eğitimli sağlık çalışanlarına gerek duyulması ve eğitimli sağlık çalışanlarının taramaya katılan bireyleri meme kanseri konusunda aydınlatabilmesi açısından bilgili olmaları gerekir. Bu sonuçtan hareketle, sağlık çalışanları gibi toplumun meme kanseri konusunda en duyarlı ve bilgi birikimine sahip olması gereken bu kesimin çok daha yüksek oranda doğru ve düzenli K.K.M.M. uygulaması gerçekleştirmeleri beklenir.

Sağlık personelinin; % 45.8'i ihmal ve önemsememe, % 15.7'si kanser olmaz düşüncesiyle, % 13.3 korktukları için K.K.M.M. yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimler K.K.M.M. yapmama sebepleri arasında ilk sırada; ihmal ve önemsememe, ikinci sırada; korku ve kanser olmaz düşüncesi yer almakta iken; ebeler için ihmal ve önemsememe, kanser olmaz düşüncesi, herhangi bir şikayetin olmama, erken olduğunu düşünme; hemşireler için; ihmal ve önemsememe, kanser olmaz düşüncesi ve korku yer tutmaktadır.

İran'da yapılan bir çalışmada (107) kadın sağlık çalışanlarının büyük bölümü K.K.M.M.'nin zor olmadığına inandıklarını ancak unutma ve zaman yetersizliği gibi nedenlerle yapamadıklarını belirtmişlerdir. K.K.M.M. uygulama ve öğretim durumlarının incelendiği bir araştırmada (108) hemşirelerin %46'sının aylık K.K.M.M. uygulamalarının; yapmama nedeni olarak unutmayı belirttikleri saptanmıştır. Singapur'da da halk sağlığı hemşireleri ve ebelerinin meme kanserinden korunma da bilgi düzeyi ve uygulamalarının incelendiği çalışmada (109) hemşirelerin % 67'sinin K.K.M.M.'yi aylık düzenli olarak yaptıkları ve yapmama nedenleri olarak; unutma, gerekli görmeme, çok meşgul olma gibi nedenler gösterdiklerini belirtmişlerdir.

Bedük ve Şen'in 1992'de yaptıkları çalışmada (71); hemşireler kendilerinde risk görmedikleri, akıllarına gelmediği, yeterli bilgi beceriye sahip olmadıkları, alışkanlık edinmedikleri için K.K.M.M. yapmadıklarını belirtmişlerdir. Kayseri ilinde kadınlar üzerinde yapılan araştırma bulguları (91) bizim çalışmamızı destekler niteliktedir: Kadınların % 53.3'ü ihmal ettikleri için, %10'u da korktukları için K.K.M.M. yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılanların % 55.6'sı K.K.M.M.'yi adet 5-7.günü, % 23.6'sı istediği zaman yaptığını belirtmişlerdir. Araştırmaya grubunda ki hekimlerin % 55.9'u, ebelerin % 63.7'si, hemşirelerin % 50.6'sı adet 5-7. günü K.K.M.M. yaptığını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin K.K.M.M.'yi yapma zamanları açısından fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlık personellerinden en fazla ebelerin daha sonra hekimlerin K.K.M.M.'yi doğru zamanda yaptıkları tespit edilmiştir.

Çadır ve ark. (110) yaptığı çalışmada kadınların % 50.2 si aklına geldikçe, % 34.3'ü adet kanamasının bitiminden 2-3 gün sonra K.K.M.M. yaptıkları tespit edilmiştir. Kayseri ilinde kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (92) araştırmaya katılan kadınların % 38.6'sı adet bitiminden bir hafta sonra K.K.M.M. yaptıklarını belirtmişlerdir. Şen, Öztürk ve Kışilioğlu'nun çalışmasında (88) araştırmaya katılanların % 57.2'si K.K.M.M.'nin uygulama zamanını doğru belirtmiştir. Mialat ve arkadaşlarının araştırmasında (111) öğretmenlerin %14.4 'nün K.K.M.M.'yi doğru zamanda yaptıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların % 72.5'i K.K.M.M.'yi doğru yaptığına inanıyordu ve araştırmaya katılan sağlık personelinin K.K.M.M.'yi doğru yaptığını inanma durumları arasında fark bulunmamakla birlikte ($p > 0,05$).bu oran ebeler ve hekimler de daha yüksektir.

Yaptığımız çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlardan birisi de hekim ve ebelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini en fazla yeterli gören grup olmalarıdır. Bilgilerini yeterli görmeleriyle K.K.M.M.'yi doğru yaptığını inanmaları arasında bir bağ düşünülebilir.

K.K.M.M. yaparken doğru duruş nasıl olmalıdır diyen sorulduğunda araştırmaya katılanlar K.K.M.M. yapılırken doğru duruş pozisyonlarından en fazla ayakta kollar baş üstünde pozisyonunu bilmişlerdir.

Araştırma grubunun meme muayenesi yaparken yatış pozisyonunu bilme durumuna bakıldığında; % 6.1'i K.K.M.M. yaparken yatış pozisyonunu tam biliyordu. sağlık personelinin K.K.M.M.'yi yaparken yatış pozisyonunu bilme durumu açısından gruplar arasında fark vardır. ($p < 0,05$) Yatış pozisyonunu doğru bilme oranı en fazla hekimlerde ikinci sırada ise ebelerdedir.

Ebe ve hemşirelerin yatış pozisyonunu tam olarak bilmemelerinde ebe ve hemşirelerin tamamının lisans mezunu olmaması bir etken olabilir.Lisans programlarında bu konular daha detaylı islenmektedir Öğrenim seviyesi yükseldikçe bilme durumunun arttığı bilinmektedir. Eğitimle K.K.M.M. yapma arasında ilişkiyi inceleyen çeşitli çalışmalar vardır ve bu sonucu destekler niteliktedir (82).

Kitle, meme kanserlerinin en sık görülme şeklidir (74). Araştırma grubunun meme kanseri belirtilerini bilme durumuna bakıldığında hekimler; memede kitle, kanlı akıntı ve çukurlaşma, ebeler; kitle, anormal büyüme ve kanlı akıntı, hemşireler; kitle, kanlı akıntı ve anormal büyüme şeklinde belirtmişlerdir.

Kayseri ilindeki çalışmada da (91) araştırmaya katılan kadınlar belirtiler arasında ilk sırada memede kitleyi belirtilmişlerdir. Aydemir'in çalışmasında (68) kadınların %19.9'unun daha önceden meme muayenesi oldukları ve bunların çoğunluğunun memede kitle nedeniyle hekime başvurdukları bildirilmektedir. Kolutek ve arkadaşlarının (112) Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması ile ilgili yaptıkları araştırmada %15'nin

memede kitle şikayetiyle başvuruda bulunduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular bizim araştırmamızdaki sonuçlara benzerdir.

Araştırma grubuna meme muayenesi için ne kadar sıklıkta doktora gidilmeli diye sorulduğunda; % 39.3'ü 20 yaşından itibaren 2-3 yılda bir doktora gidilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin klinik meme muayenesi için doktora gitme sıklığının ne olması gerektiğini bilme durumu açısından gruplar arasında önemli fark vardır ($p < 0,05$) Gitme sıklığını doğru olarak en fazla hekimler bilmişlerdir. Araştırma grubuna meme muayenesi için doktora gitme durumları sorulduğunda % 24.8'i gittiğini belirtmiştir. Araştırma grubunun doktora gitme durumları açısından gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Kayseri ilindeki yapılan çalışmaya katılan kadınların (91) % 55.2'si meme muayenesi için altı ayda bir, %27.4'ü şüphe durumunda doktora gidilmesi gerektiğini belirtmişlerdir Aynı grubun % 19.0'ı meme muayenesi için doktora gittiğini belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızda, bu araştırmaya oranla doktora gitme sıklığını bilme durumunun fazla olması araştırma grubunun sağlık personeli olmasından kaynaklanmaktadır. Hekimlerinde klinik muayene için doktora gitme sıklığını fazla oranda doğru bilmeleri de beklenen bir sonuçtur.

Ankara ili Gölbaşı ilçesinde 40 yaş ve üzeri kadınlar üzerinde yapılan araştırmada kadınların % 30.1'i klinik meme muayenesini hayatında en az bir kez yaptırdığını söylemişlerdir.(113)

Araştırmaya katılanların klinik meme muayenesine başlama yaşını bilme durumuna bakıldığında; araştırmaya katılanların % 43.6'sı klinik meme muayenesine 20-29 yaş grubunda başlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Meme muayenesine başlanma yaşını doğru olarak en fazla oranda hekimler bilmişlerdir (% 50.7). Sağlık personelinin klinik meme muayenesine başlama yaşını bilme açısından gruplar arasında fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Kanserde, memeden gelen akıntının özelliğini ebelerin %73.0'ı, hemşirelerin ise %62.6'sı biliyordu. Kanserde memeden gelen akıntının özelliğini bilme oranı ebelerde daha fazladır. Ebelerde bilme oranının yüksek olmasında; birinci basamakta daha fazla çalışmaları ve mesleki bu bilgilerini uygulamalarında sürekli kullanmak durumunda olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Mamografi meme kanserinde en etkin tanı yöntemidir(39). 35- 39 yaş arasında bir temel inceleme, 40- 49 yaş grubunda 1-2 yılda bir kez ve 50 yaşından sonra yılda her yıl mamografi muayenesi önerilmektedir (89). Mamografi taraması ile sağlanan erken tanının mortaliteyi % 20-70 oranında azalttığı bildirilmiştir (74). Bu nedenle neredeyse bütün sağlık örgütleri mamografi taramasını önermekteyseler de birçok kadın düzenli olarak tarama yaptırmamaktadır. Araştırma grubuna katılanların mamografi çektirmeye ilişkin özelliklerine bakıldığında; hekimlerin % 29.9'u, ebelerin % 36.9'u, hemşirelerin % 35.3'ü 40 yaşından sonra yılda iki defa mamografi çektirilmesi gerektiğini, hekimlerin % 28.4'ü, ebelerin % 15.6'sı, hemşirelerin % 17.4'ü; 50 yaşından sonra yılda bir defa mamografi çektirilmesi gerektiğini biliyordu. Sağlık personelinin mamografi çektirmeye ilişkin bilgileri arasında fark yoktur ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan hekimlerin % 89.6'sı, ebelerin % 90.8'i ve hemşirelerin % 89.4'ü mamografi çektirmediklerini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin mamografi çektirme durumları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmada sağlık personelinin büyük oranda mamografi çektirmemiş olmaları yaş ortalamasının düşük olmasıyla açıklanabilir. Araştırma grubuna alınanların % 48 .1'i mamografi çektirmeye 30-39 yaş grubunda, % 26.6'sı 40- 49 yaş grubunda başlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin mamografiye başlama yaşı ile ilgili bilgileri arasında da fark yoktur ($p> 0,05$)

Kayseri ilinde polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (91) kadınların % 71 .5'i hiç mamografi çektirmediklerini ve bunların % 31.9'nun mamografi çektirme sıklığının ne olması gerektiği hakkında hiç bilgisi olmadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda, mamografi çektirme sıklığını doğru olarak bilme oranının yüksek olması araştırma grubumuzun sağlık personeli olması ile alakalıdır.

Meme kanserine yönelik tarama programlarında sağlık personelinin özellikle ebe/ hemşirelerin eğitici rolü ön plandadır ve görevleri arasında yer almalıdır. Bu nedenle öncelikle tarama programlarına yönelik uygulamalar konusunda kendilerinin eksiksiz bilgiye sahip olmaları gerekir.

ABD'de 18 yaş üzerindeki kadınlar üzerinde yapılan araştırmada kadınların mamografi ile ilgili medyadaki tartışmalara ilgisi, 40-49 yaş grubundakiler için mamografi taraması konusundaki fikirleri, mamografiye başlama yaşı için önerileri sorgulanmıştır. Kadınların tamamına yakını (% 95) bu tartışmaların dikkatlerini çektiğini belirtmiştir.

Kadınların % 83 'ü mamografinin 40-49 yaş grubunda yararını kanıtladığına inanırken, % 37'si 40 yaşından önce daha yararlı olacağına inandığını belirtmiştir. Kadınların çoğu mamografi taramasının 40 yaşından önce başlaması gerektiğini söylerken, ancak % 5 'i bunun 50 ve daha üzeri yaş da uygulanması gerektiğini belirtmiştir (114).

İtalya'da da 349 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada 50- 64 yaş grubundaki kadınların % 49. 3'nün daha önce mamografi yaptırdığı tespit edilmiştir (115). Mah ve arkadaşlarının (116) Kanadalı kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada; kadınların % 52'sinin mamografi yaptırdığı, bu oranın yaşla birlikte azaldığı belirtilmiştir. Birçok araştırmada yaşın mamografi yaptırmaya davranışı üzerinde etkili olduğu belirtilse de bu konuda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (117, 118).

Araştırmaya katılanların yalnızca % 21.2'si meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini yeterli buluyordu. Bu oranda hekimlerde % 32.8, ebelerde % 21.3 ve hemşirelerde % 17.9 idi. Sağlık personelinin meme kanserini önleme konusunda ki bilgilerini yeterli görme açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).En fazla hekimler ardından ebeler meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini yeterli buluyordu. Avcı ve arkadaşlarının çalışmasında da ebelerin %75.7 si bilgilerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir.(97)

Bizim araştırmamızda çıkan sonuçlarla, sağlık personelinin bu soruya verdikleri yanıt birbiriyle tutarlıdır.Sağlık personelinin klinik meme muayenesine başlama yaşı, klinik muayene yaptırmaya durumu, mamografiye başlama yaşı ve mamografi yaptırmaya v.b. gibi sorulara verdikleri yanıtların oranları düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların % 68.4'ü daha önce meme kanseri ile ilgili hizmet içi eğitime katıldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık personelinin HİE katılma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte bu oran en yüksek hekimlerde daha sonra ebelerdedir.

Çiçeklioğlu ve ark. (119) çalışmasında hemşirelerin daha önce eğitim alma durumu sorulduğunda yalnızca % 34.2'si daha önce eğitim aldığını söylemiştir. Bu çalışmada hemşire ve ebelere akran eğitimciler tarafından verilen eğitim sonunda bilgi puanlarında ve K.K.M.M. yapma davranışlarında artış gözlenmiştir.

Karayurt'un (120) hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin uygulama durumunun incelendiği araştırmasında; konuya ilişkin hemşirelerin çoğunun eğitim aldıklarını belirtmelerine rağmen sadece % 33'ü hemşirelik okullarından, % 9' u HİE programlarından aldıklarını belirtmişlerdir. Bu oranların düşük olmasının hemşirelerin K.K.M.M. uygulamasını olumsuz yönde etkilediği sonucuna varıldığını belirtmişlerdir.

Bu çalışmalarında gösterdiği gibi meme kanseri ve K.K.M.M.'ye ilişkin eğitim almak K.K.M.M. uygulamasını olumlu yönde etkilemektedir. Bu sonucu destekler birçok çalışma bulunmaktadır. (119,120,121). Sağlık personelinin meme kanseri konusunda bilgilerinin ve K.K.M.M. uygulama sıklığının artırmada hemşirelik okullarındaki müfredat programlarında meme kanseri K.K.M.M. uygulamasının yer alması ve konuya ilişkin HİE eğitimlerle konunun öneminin vurgulanması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının % 3.6'sı meme kanseri ile ilgili yayınları sürekli takip ettiğini , % 80.6'sı zaman zaman takip ettiğini belirtmektedir.. Sağlık personelinin meme kanseri ile ilgili yayınları takip etme durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Kayseri ilinde polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (91) araştırmaya katılan kadınların % 30.8 'i sağlıkla ilgili gelişmeleri her zaman izlediklerini, % 58.6'sı ara sıra izledikleri, % 10.6 sının hiç izlemediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada (122), öğrenciler K.K.M.M. konusunda en önemli bilgi kaynağı olarak; (% 88.5 'i) hemşirelik eğitim programını, % 11.5'i farklı bilgi kitle iletişim araçları, çeşitli broşürler gibi. Yaşaroğlu'nun çalışmasında (89) öğrencilerin % 54.6'sı, Doğan'ın çalışmasında (92) ise öğrencilerin % 96.5'i sağlıkla ilgili gelişmeleri izlediklerini belirtmişlerdir.

Muğla Merkez, Bayır, Yerleşik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada kadınlar meme kanseri konusundaki bilgilerinin ana kaynağı olarak; %39.9'u radyo- televizyon, %11.5'i kitap, gazete, dergi ve broşür şeklinde belirtmişlerdir. % 20.1'i ise bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. (110)

Bizim araştırmamızda yayınları takip etme oranı düşük bulunmuştur. Sağlık personeli bilimsel yayınları takip etme konusunda teşvik edilmeli bu tür yayınların sağlık personeline ulaştırılması konusunda girişimlerde bulunulmalıdır

Sağlık personelinin yalnızca % 29.3 hastalarına, % 35.2 si ise yakınlarına meme kanseri konusunda eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Sağlık personelinin hastalara eğitim verme durumu arasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), yakınlarına eğitim verme durumları arasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). En fazla oranda hekimlerin yakınlarına eğitim verdikleri tespit edilmiştir

Budden'in yaptığı araştırmada (108) hemşirelerin K.K.M.M. ile ilgili bilgilerinin eksik olması nedeniyle de kendilerini kadınlara K.K.M.M. öğretecek yeterlilikte bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Zincir'in çalışmasında (123) kadınların %40.1 'i sağlık personelinden öğrendiğini belirtmiştir. Kayseri ilinde polikliniğe başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (91) kadınların % 32.0'si sağlık personelinden edindiklerini belirtmişlerdir. Meme kanseri ve erken tanı konusunda bilgi almak istedikleri kaynaklar sorulduğunda; kadınların % 86.9'u doktordan, % 49.5'i ebe hemşire-ebeden, % 18.5'i radyo-televizyondan bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Yaşaroğlunun çalışmasında öğrencilerin (89) % 31.5 'i kitle iletişim araçlarından, % 75'i okuldan, % 25'i de diğer kaynaklardan edindiklerini belirtmişlerdir. Doğan'ın çalışmasında (94) öğrencilerin % 15.3 'ü sağlık personelinden sağlıkla ilgili gelişmeleri takip ettiklerini belirtmişlerdir ve meme kanseri ve erken tanı konusunda bilgi almak istedikleri kaynaklar sorulduğunda; %39.1'i doktordan, % 23.6 'sı gazete ve dergiden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Birçok kaynakta kadınların bilgi edindikleri kaynaklar arasında en fazla kitle iletişim araçlarının belirtildiği, bilgi almak istedikleri kaynaklar arasında ise hekimlerin ilk sırada yer aldığı dikkat çekmektedir. Bizim araştırmamız da bunu destekler niteliktedir.

Buna neden olarak sağlık personeline rahat ulaşamaması, ulaşılsa bile koruyucu hizmetlere tedavi edici hizmetlere daha fazla zaman ayrılması söylenebilir. Bu nedenle sağlık personelinin rol model ve eğitimci olarak meme kanseri ve K.K.M.M. konusundaki eğitimlere daha fazla zaman ayırmaları sağlanmalıdır.

Erkeklerde meme kanseri nadir olup tüm meme kanserlerinin yaklaşık % 1'ini oluşturur (122). Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin % 37.3'ü kadınlarda ve erkeklerde meme kanseri görülme sıklığını bilmiyor, %55.8 yanlış biliyor. Ebe ve hemşirelerin meme kanseri görülme sıklığını bilmeleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

İstatistiki bilgiler hastalıkların öneminin daha net anlaşılmasını sağlar. Bu nedenle; sağlık personeline HİE ler de bu bilgiler aktarılmalıdır.

Overler tarafından üretilen hormonların kadınlarda meme kanseri gelişmesi riskini artırdığı görülmektedir. Overlerden birinin ya da ikisinin alınmasının ise bu riski azaltacağı düşünülmektedir. BRCA1 gen mutasyonuna uğramış olanlarda meme kanserinin önlenmesi için profilaktik oofektomi yapılmasının; özellikle ilk 5-10 yıl içinde meme kanserinin gelişimini %50-75 azalttığı, BRCA2 gen mutasyonuna uğrayanlarda ise bu oranın %60-75 olduğu ancak yaşam süresi üzerinde etkisinin net olmadığı ifade edilmektedir. Araştırmaya katılan ebelerin %54.6'sı, hemşirelerin % 51.1'i overlerin alınmasının meme kanseri üzerine etkisini bilememişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık personellerinden hekimlerin %58.2 'si, ebelerin % 21.9'u ve hemşirelerin % 30.6'sı meme kanseri açısından risk grubunda olduğunu düşünmemektedir. (125)

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; en az iki çocuk sahibi olunması, emzirmenin annenin rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersizlerin sınırlı yapılması , sağlık sorumluluklarının tam anlamıyla gelişmemiş olması gibi farklılıklarından dolayı; özellikle gelişmiş ülkelerde risk belirleme çalışmaları yapılmasına rağmen Türk kadının ne kadar risk altında olduğu bilinmemektedir (124).

İstanbul da yaşayan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların sadece % 1.5'nin meme kanseri riskine sahip olduğu tespit edilmiştir (84). Türkdemir'in (126) kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada kadınların % 75.2'si risksiz grupta değerlendirilmiştir. Şanlıurfa'daki ebeler üzerinde yapılan araştırmada meme kanseri olma korkusu yaşayanların daha fazla K.K.M.M. yaptığı tespit edilmiştir (102). Yapılan çalışmalarda hastalığın bir tehdit olarak algılanmasının meme kanseri tarama davranışlarını etkilediği tespit edilmiştir (126). Bizim araştırmamızda da araştırmaya katılanların %27.1'i risk grubunda olduğunu düşünmektedir.

Sonuç olarak Sağlık personelinin K.K.M.M.'ye başlama yaşını bilme, K.K.M.M' yi düzenli yapma ,klinik meme muayenesi için doktora gitme ve mamografi çekirme oranı düşük bulunmuştur.

- ✓ Meme kanserinin erken tanısında tarama programlarının yürütülmesi açısından eğitimli sağlık çalışanlarına gerek duyulmaktadır. Sağlık çalışanları koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde büyük role sahiptir. Bu nedenle kurumlarda hizmet içi ve sürekli eğitim programlarına ağırlık verilmelidir. Erken tanı yöntemlerinin (K.K.M.M.. Klinik Meme Muayenesi. Mamografi) düzenli ve periyodik aralıklarla yapılmasının önemi kavratılmalıdır.
- ✓ Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun K.K.M.M.'yi düzenli yapmamaları nedeniyle konuya ilişkin tutum ve davranışlarda değişim göstermeleri için HİE programlarına işlerlik kazandırılmalıdır.
- ✓ Sağlık çalışanlarının erken tanıya yönelik uygulamaları yapmamalarının nedenleri tam olarak araştırılmalı ve bu engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik eğitimler planlanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Bland KI, Copeland EE, Benken SW. The Breast. In: Schwartz SI, Brunnicardi CF, Andersen DK (Eds), Principles of Surgery, 8. Eds, McGraw-Hill Publication Company, pp 344-368.
2. Farra WB, Walker MJ, Minton LP. Physiology of the Breast. In: Cancer of the Breast Williams E (ed), WB Saunders Company, 1995, pp 43-51
3. Rosenbloom AL. Breast Physiology. In: Kirby E, Bland I, Copeland EM (eds), The Breast Comprehensive Management of Benign and Malign Diseases. WB Saunders Company, 1998, pp 38-50
4. Ünal G, Ünal H. Meme Hastalıkları Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001. ss 29-36.
5. İnce Ü. Memenin Anatomisi. İçinde: Topuz E (ed). Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavisi. İÜ Onkoloji Enstitüsü yayınları, İstanbul, 1997, ss 1-15.
6. Topuz E. Meme Kanseri Biyolojisi, Tanı, Evreleme, Tedavisi. İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 1997, ss 218-224
7. Topuz E, Aydın A, Dinçer N. Meme kanseri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2003, ss

8. Strensward J, Clark D. Palliative Medicine- A Global Perspective. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Camlan K, (eds) Oxford Textbook Of Palliative Medicine. Oxford University Press, 2004, pp 1119-1224.
9. Jemal A, Clegg LX, Ward E, et Al. Annual Report To The Nation On The Status Of Cancer, 1975-2001, With a Special Feature Regarding Survival. Cancer 2004; 101(1): 3-2
10. Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 'Meme Kanseri Kontrol Programı Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitimi, İzlem Raporu 2004 '. [http:// www.saglik.gov.tr /extras/birimler/ ksdb/kkmmme/KKMME%202004%20İzlem%20Raporu-8.doc](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/kkmmme/KKMME%202004%20İzlem%20Raporu-8.doc)
11. Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölge Ofisi ve Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı Çalıştay Raporu 2 mayıs 2008
12. http://turkkanser.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf (erişim 29.4.2008)
13. Evrensel T. Meme Kanserinde Etyoloji, Risk faktörleri ve Korunma İçinde: Engin K (ed), Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevleri, Bursa 2000. ss 81-84
14. Parkin DM, Bray F, Ferlay S. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2005; 55(2):74-108.
15. Başaklar C. Kanser Temel Bilgiler Korunma Tanı Tedavi. Ankara, 1998, ss 1-110.
16. Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R. Mersin İlinde Kanser Sıklığı ve Dağılımı Üzerine Bir Çalışma. Türk Patoloji Dergisi, 2000; 16(1-2):48-52
17. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık bakanlığı, organlara göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda görülen 10 kanser <http://www.saglik.com.tr>.2001
18. R.Ministry of Health.Cancer Control Progame and Cancer Statistical in Turkey.1995-1999 Publish No:618
19. "TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri" 1999. [http://www.saglik.gov.tr/ extras/istatistikler/apk2001/092.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/092.htm)
20. [www.http://.ttbb.org.tr/kutuphane/istatistik2006](http://www.ttbb.org.tr/kutuphane/istatistik2006)
21. Dorcas RH, İnanç N. Meme Kanseri, Hemşireler için Kanser El kitabı, Ankara, 1998. ss 259- 273
22. Alican F. Meme Kanseri. Avrupa Tıp kitapçılık Ltd.Şti, İstanbul, 1996 ss57-150
23. Çolak AT. Meme kanseri hastalarında serum leptin Düzeyleri ve Histopatolojik parametrelerle ilişkisi. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim hastanesi, İstanbul, 2004.

24. Sayek İ. Temel Cerrahi 2. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996. s 837.
25. Doizaer KJ, Mahon SM. Cancer Prevention, Detection and Control, A Nursing Perspective, Oncology Nursing Society Pittsburg, 2002, pp 389- 444.
26. Haagensen CD. Diseases of the breast. WB Saunders Company, London 1986, pp 501-515.
27. Akınoğlu A. Meme Kanserinde Yeni Tanı ve Tedavi Seçenekleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşivi Kaynak Tarama Dergisi, 2002, ss 215-224.
28. Dixon M. et al, Breast Cancer Epidemiology; lifestyle and diet, Surgery London 2001 : 2-4
29. Gross RE. Breast cancer: Risk Factors, Screening and Prevention, Seminars in Oncology Nursing, 2000, 16(3):176- 184.
30. Black JM, Jacobs EM, Clinical Management for Continuity of Care, W.B. Saunders Company, 1997,
31. Ignatavicius DD, Wormen MN, Mishler MA, Medical Surgical Nursing, A Nursing Process Approach, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995
32. Smeltzer SC, Bare BG, Textbook of Medical-Surgical Nursing, Lippincott company, 1996
33. Berek SJ, Novak Jinekoloji, Çev. Ed: Erk A, Nobel Tıp Kitapevleri, 2000, ss 1283-1299.
34. Anderson DE, Genetic Study of Breast Cancer, identification of high risk group, Cancer 1974, 34:1090-1097
35. Baron RH,Walsh A.Facts everyone should know about breast. AJN 1995 ; july : 29-33
36. Lynch HT, Mulcahy GM, Lynch P et all. Genetic Factors in breast cancer, A survey. Pathol Ann 1976, 11:77-101
37. Aydıner A,Topuz E. Meme Kanseri, Tanı-Tedavi-Takip Nobel Tıp Kitapevleri 2007, ss 1-3
38. MC Ardle CS: Breast Cancer Surgery Onkology Butter Worths and Co Ltd.1996:112-139
39. Koçyiğit O. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mammografi hakkında Bilgi düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara 2007 ss 9-10
40. Willet WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Rosner BA, Hennekens CH, Speizer FE. Dietary fat the risk of breast cancer, N Engl J Med 1987, 316(1):22-8.

41. Ferraroni M, Decarli A, Franceschi S, et al. Alcohol consumption and risk of breast cancer: a multicentre Italian case-control study. *Eur J cancer* 1998; 34:1403-9.
42. Hutter RVP, et al: *Arc pathol lab. Med* 10:171)
43. Güner H. *Jinekolojik Onkoloji, Çağdaş Medikal Kitapevleri*, Ankara 2002, ss 279-329
44. Bird DF, Dietary fat and experimental carcinogenesis: a summary of recent invivo studies. *Adv Exp Med Biol.* 1986; 206:69-83
45. Trichopoulos D, MacMahon B, Cole P. Menopause and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst* 1972, 48: 605-609.
46. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996, 347(9017): 1713-1727
47. Veronesi U, Breast cancer, *Lancet* 2005; 365(9472): 1727-1741.
48. Traş B, Kurtoğlu M. hormonla replasman tedavisinde güncel yaklaşımlar, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004, 13(9):7-8
49. Hormon tedavisi Konsensus sonuçları 4-5 ekim 2003, İstanbul, Türkiye menepoz ve Osteoporoz derneği, sted 2004,13(9):34
50. Spatt S, Donegan WL, Sigdestad CP: *Epidemiology and Etiology*. In: Donegon WL and Spratt LS(eds). *Cancer of Breast*, WB Saunders company, 1995. pp 116-114
51. Feig SA: *Breast Masses: Mamographic Evaluation Radiol Clin Nort A* 1992;30:67-92
52. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, Ankara 1998; ss 35-43
53. Contanza ME, Marks P, Greene HL et al. Cancer prevention and detection: strategies for practice. In: *Cancer Manual*. American Cancer Society, Boston 1990, pp 41-53
54. Berkarda B. *Meme Kanseri*, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul 2000, ss 5-87.
55. Yüceyar S. *Meme Kanseri Epidemiyolojisi, Etyoloji, Risk Faktörleri ve Korunma*, İstanbul. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu yayımı, 2000, s 31.
56. Topal U. *Meme Kanseri Taraması. İçinde: Engin K (ed) Meme Kanseri*, Bursa. Nobel Tıp Kitapevleri, 2005 ss 623-627
57. Fischer U, Baum FT, Luftner-Nagel S, Obenauer S, von Heyden D, Grabbe EH. Comparative study in patients with microcalcifications: full-field digital mammography vs. screen film, *Eur Radiol* 2002, 12:2679-2683

58. Cosgrove DO, Kedar RP, Bamber JC et al. Breast diseases: color Doppler US in differential diagnosis. *Radiology* 1993, 189:99-104.
59. Tabar L, Fagerberg G, Duffy SW et al. Update of the Sweedish two-county program of mammografic screening on breast cancer. *Radio Clin North Am* 1992 , 30:187-210.
60. American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for breast Cancer Screening: Update 2003, *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 141-169
61. Baughman DC. Havkley JC. Handbook for Brunner and Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing, Lippincott, Newyork, 1996
62. Varan A., "Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri ve Erken Tanı" Türk Kanser Haberleri, 125,Ankara, 1995
63. Mikhail BI, Petro-Nustas WI, Transcultural Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, *Journal of Nursing Scholarship*, 2001, 33(2):159-165
64. Huguley CM, Brown RL, Greenberg RS, et al. Breast Self Examination and Survival From Breast Cancer, *Cancer* 1988, 62:1389-1396
65. Foster RJ, Costanze MC, Breast Self Examination and Practices and Breast Cancer Survival, *Cancer*, 1984, 53:999-1005
66. Gray ME. Factors Related to Practice of Breast Self-Examination in Rural Women, *Cancer Nursing*, 1990, 13(2):100-107.
67. Akyolcu N, Kadınların Meme Kanseri ve Kendikendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık Bilgisi Düzeylerinin Ölçülmesi, Uluslararası Cerrahi Kongresi Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri Kitabı, 9-11 Haziran İstanbul, 1988, ss:209-215
68. Aydemir G. 15-49 yaş Evli Kadınların Kendi Kendine Meme Muayene Yöntemi İle İlgili Bilgileri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1990, 6(3): 1-10.
69. Bahar Z, Özsoy S, Determination of Self Breast Examination of Married Women Over Fifteen Years Old, The European Cancer Conference, 29 Oct-2 Nov, Paris, France, 1995
70. Nural N, Akdemir N, Dahiliye Servislerinde Yatan Hastalarda Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı belirtilerinin Saptanması, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2000, 4(2):1-13
71. Bedük T, Şen S. Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendikendine Yapılan Meme Muayenelerine İlişkin Uygulamaları ve Bu Muayeneleri Yapmama Nedenleri", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 24-22 Haziran 1992, Sivas, ss 448-455

72. American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening. Update 2003, CA Cancer J Clin 2003, 53:141-169.
73.”Meme Kanseri Dayanışma Grubu”: [http:// www.meme-kanseri.com/UnderConstruction.htm](http://www.meme-kanseri.com/UnderConstruction.htm).2008
74. Turgut AT, Hasırcıoğlu F, Koşar U. Meme hastalıklarının Tanısında Mamografi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Aralık 2000; 1(6)2-3
75. Heywang-Köbrunner SH, Schreer I, Dershaw DD. Diagnostic Breast Imaging: Mammography, sonography, magnetic resonance imaging and Interventional procedures, New York Thieme Medical Publishers, 1997,
76. Friedrich M, Sickles EA, Adle DD, Heuck F. Radiological Diagnosis of Breast. Springer New York,1997
77. Pisano ED, Gatsonis CA, Yaffe MJ, et al. ACR Imaging Network Digital Mammographic Screening Trial: Objectives and Methodology. Radiology 2005, 236:404-412
78. Tabak RS.Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara 2000, s 338.
79. Platin N (çev.ed.). Hemşireler için Kanseri El Kitabı, Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara 1996, ss 34-35.
80. Vogel V G.(çev:Postgraduate Medicine Assessing Risk Of Breast Cancer,Vol. 105 (6)May- 1999)Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi. Sendrom. Nisan, 2000: 66- 69.
81. Spiegelman D, Colditz GA, Hunter D, Hertzmark E. Validation of the Gail et al. Model for predicting individual breast cancer risk. Journal of National Cancer Institute, 1994, 86(8):600- 607.
82. Aydın İ. Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum.2004
83. Nahcivan N, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003, 7(1):33- 38.
84. Aslan EF, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi, Türkiye meme sağlığı dergisi 2007, 3(2): 1-8
85. Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean Women’s cohort study. Int Cancer 2003, 105(3):390-393

86. Romieu I, Hernandez-Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero-Jaime R. Breast cancer and lactation history in Mexican women, *Am J Epidemiol* 1996, 143(6):543- 552.
87. Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, et al. Breast- feeding and breast cancer risk. *Cancer Causes Control* 1995, 6(3):199- 208.
88. Şen S, Öztürk M, Kişioğlu AN, Isparta'da 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül 2000, s 654
89. Yaşaroğlu NS. Meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesinin önemi ve meme kanseri hakkında üniversitemiz medikal ve paramedikal son sınıf kız öğrencilerinin bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum 1995
90. Odusanya OU. Breast cancer; knowledge, attitudes and practices of female school teachers in Lagos. *Nigeria Breast J* 2001, 3:5-171
91. Orhan S. Kayseri ili seçilmiş kentsel sağlık ocağı bölgesindeki yetişkin kadınların meme kanseri konusundaki düşünce ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Kayseri 2002, ss 41-51
92. Doğan N. Üniversitede eğitim gören kız öğrencilerinin meme kanseri ve erken tanısına yönelik bilgi ve uygulamalarının saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 1998
93. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004, 7(1): 33-41
94. Canbulat N. Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Erzurum 2006, ss 52-60
95. Demirhan H, Özen İ, Bostancı M, Zincir M. Pamukkale Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu Kız Öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma' *Sağlık ve Toplum* 2002, 2(3): 81- 84 .
96. Hakama M, Pukkala E, Kallio M, Godenhjelm K, Svinhufvud U. Effectiveness of screening for breast cancer in women under 50 years at entry: the Kotka pilot project in Finland, *Int J Cancer* 1995, 63: 55-57.
97. Avcı AI, Ozcan A, Atay B, Çavuşoğlu F. The problems encountered by midwives during breast self- examination training. *Eur J Nurs* 2008, 12(4): 329-33.

98. Semiglazov V, Moiseyenko V, Protsenko R, Manihas A. Randomized prospective study of the role of BSE in reduction of breast cancer mortality, *Eur J Cancer* 1998, 34:92
99. Thomas DB, Gao DL, Ray MR et al. Randomized trial of Breast self-examination in Shanghai: Methodology and preliminary results, *J Nati Cancer Inst* 1997, 89: 355-365.
100. Holmberg L, Ekblom A, Calle E, Mokdad A, Byers T. Breast cancer mortality in relation to self – reported use of breast self- examination a cohort study of 450.000 women, *Breast Cancer Res Treat* 1997, 43: 137-140.
101. Çavdar İ, Akyolcu N, Özbaş A, Akyüz N, Öztekin D, Çelikel İ. Hekim ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi konusunda duyarlılıklarının saptanması, 2. Uluslararası, 9. Ulusal hemşirelik kongresi kongre kitabı. Antalya 7-11 eylül 2003, s 403
102. Kabalcıoğlu, M.A Kurçer, Z şimşek Ö Karakoç kaya ‘ Şanlıurfa’da ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışları’.*Hemşirelik Forumu* 2005,1(1)31-36
103. Aydınlı İ, Işıklı Z. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları 3. ulusal hemşirelik kongresi bildiri özet kitabı, Edirne 29- 30 nisan 2004
104. Günel SY, Günel Aİ. 22-55 yaş çalışan kadınların meme kanserine yönelik davranışları, *Sağlık ve Toplum* 2000, 10(1): 21-24
105. Çevik GC. Memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların Meme kanseri ve KKMM ile ilgili bilgi düzeyleri ve kitlenin fark edilmesinde kendi kendine meme muayenesinin etkisi. Afyon Kocatepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2002
106. Merey S. Kadınlarda Meme kanseri Tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2002
107. Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S et al. Breast self examination: Knowledge, attitudes, and practices among female health care worker in Tahrán, İran, *The Breast Journal* 2002, 8: 222-225
108. Budden L. Registered nurses’ Breast Self- Examination practice and teaching to female clients. *J Comm Healt Nurse* 1998, 15(2):101-102
109. Chong PN, Krishman M, Hong CY, Swah TS. Knowledge and Practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore, *Singapore Med J* 2002, 43: 509-516

110. Çadır G. Muğla merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004, 1(1):1-16.
111. Milaat WA, Knowledge of secondary – school female students on breast cancer and breast self- examination in Jeddah, Saudi Arabia. East Mediterr Health J 2000, 23: 44- 338
112. Kolutek R, Karataş N. Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kayseri 2006
113. Budakoğlu İ, Meral I. Ankara ili Gölbaşı ilçesi Bahçelievler mahallesinde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri, davranışları ve bu konuda bilgi ve beceri eğitiminin etkinliği. IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet kitabı. 3-6 Kasım 2004, Ankara,
114. Wolohin S, Schwartz LM, Byram SJ, et al. Womens understanding of mamography screening debate, Arch of internal Medicine 2000,;160:1434-40
115. Boneli L, Bronca M, Ferreri M, Rossi E, Cedris S et al. Attitude of women towards early cancer detection and estimation of the compliance to a screening program for cervixand breast cancer; Cancer Detect Prev; 1996;20:342-52
116. Mah Z, Braynt H. Age as a factor in breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviour. Can Med Assoc J 2001, 3:5–171
117. Muray M, McMillion C. Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. Brit J Clin Psychol 1993, 32:87-100
118. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. Cancer 1994, 74: 6-329
119. Çiçeklioğlu M, Ege EC, Soyer T, Çımat S. Birinci basamaktaki hemşire/ ebelerin eğitiminde akran eğitimcilerin kullanılması; meme kanseri erken tanısı eğitim programı geliştirme deneyimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005,14 (11):249
120. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi 2008, 4(1): 1-7
121. Parlar S, Bozkurt İA, Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet üniversitesi Hemşirelik yüksek Okulu Dergisi 2004, 8(2): 9-15

122. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004, 7(1): 33-41
123. Zincir H. Malatya il merkezinde 40 yaş üzerindeki kadınların meme kanseri ve korunma konusunda bilgi, tutum ve davranışları, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans tezi, Malatya 1999,
124. Haydaroğlu A, Dubova S, Özşaran Z ve ark. Ege Üniversitesinde Meme Kanseri : 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2005, 1(1): 6-11
125. Whittemore AS, Gong G, Itnyre J. Prevalence and Contribution of BRCA1 mutations in breast cancer and ovarian cancer: results from three U.S. Population- based case- control studies of ovarian cancer. American Journal of Human Genetics 1997, 50: 496-504
126. Türkdemir AH. Meme Kanseri Risk Gruplarının Belirlenmesi. IX. Halk Sağlığı Kongresi 3-6 Kasım 2004 Ankara, s2-3

**ÇORUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN MEME KANSERİ
KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

- 1- Göreviniz: 1) Uzman Doktor 2) Pratisyen
- 2) Meslekte kaçınıcı yılınız ?
- 3) Yaşınız ?
- 4) Medeni Durumunuz : 1) Evli 2) Bekar 3) Dul
- 5) (Evli iseniz)
- 1- İlk doğum yaşınız?.....
- 2- Canlı doğum sayınız?.....
- 3- Toplam emzirme süresi (Çocukların her biri düşünülerek).....
- 4-Hormonal Replasman Tedavisi gördünüz mü ?
- 1) Evet (.....)
- 2) Hayır
- 5-Şimdiye kadar Oral Kontraseptif kullandınız mı? yada kullanıyor musunuz ?
- 1) Evet (.....) halen kullanıyorum(..... Yıl)
- 2) Hayır... Eskiden kullandım(..... Yıl)
- 6) Sizce meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörleri nelerdir
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- 1- Yaşlanma 9- Şişmanlık ve yağlı beslenme
- 2 -Hiç doğum yapmamak 10- Oral kontraseptif kullanma
- 3- İlk doğumu 30 yaş üzerinde yapmak 11- Bebeğini az emzirme
- 4- Geç menopoz (50 yaş sonrası) 12- Radyasyona maruz kalma
- 5- İlk adetin erken yaşta olması 13- Alkol kullanma
- 6- İyi huylu meme hastalığı geçirme 14- Hormonal Replasman Tedavisi
- 7- Bir memede kanser olması 15- Spor yapmamak
- 8- Yakın akrabada (anne, kız, kız kardeş, teyze) meme kanseri olması
- 7) Doğum yapmanın meme kanseri üzerine olan etkisi konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 1- Olumlu(.....)
- 2- Olumsuz(.....)
- 8) Sizce Kendi Kendine Meme Muayenesi 'ne (KKMM) en uygun başlama yaşı nedir?
-Yaş
- 9) Sizce KKMM uygulama sıklığı nasıl olmalıdır ?
- a) Her gün
- b) Ayda bir
- c) Altı ayda bir
- d) Yılda bir
- 10) Siz KKMM nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyor musunuz?
- 1- Evet 2- Hayır 3-Bilmiyorum

11) Siz KKMM yapıyor musunuz?

1- Evet

a) Düzenli

b) Düzensiz

2- Hayır

12) (Yapmıyorsa) neden KKMM yapmıyorsunuz?

13-(Düzenli yapıyorsa) Siz KKMM yi ne zaman yapıyorsunuz ?

1- Adetin herhangi bir günü

2- Adetin 5-7. günü

3- Her banyoda

4-İstediğim zaman

5- Sabahları kalkınca

14) Sizce KKMM nin hangi dönemde yapılması doğrudur.....

15) Siz KKMM yaparken doğru yaptığımıza inanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

3- Emin değilim

16) KKMM yapılırken doğru duruş nasıl olmalıdır?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1-Ayakta kollar iki yanda sarkık ve gevşek

2- Ayakta kollar belde

3-Ayakta kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış

4- Ayakta kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş

5- Oturarak kollar belde

17) KKMM yaparken yatış pozisyonu nasıl olmalı?

18) KKMM yaparken gözle değerlendirmede nelere bakılmalı ?

1-

6 -

2-

7-

3-

8-

4-

9-

5-

19) Sizce memede ki ne tür değişiklik olması durumunda , kadınlar meme kanseri şüphesiyle doktora gitmelidir ?.(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1- Meme ucunda kanlı akıntı

2- Memede kitle

3- Meme dokusunda buruşukluk

4- Meme dokusunda çukurlaşma

5- Meme renginde değişiklik

6- Memelerden birinde anormal büyüme

7- Bir memenin diğerinden anormal sarkık olması

8- Meme komşu lenf nodlarında

9- Üst kolda anormal şişlik

20) Sizce kadınlar meme muayenesi için ne kadar sıklıkta doktora gitmelidir?

1- Şüphede durumunda

2- Yılda

3- Hiç

4- 20 yaşından itibaren her kadın 2-3 yılda bir

- 21) Sizce klinik meme muayenesine kaç yaşında başlanmalı?
.....Yaşında
- 22) Siz hiç meme muayenesi için doktora gittiniz mi?
1- Evet (..... Kez)
2- Hayır
- 23) (22.soruya cevabınız evetse) gidiş nedeniniz ne idi?
.....
- 24) Meme kanserinde memeden gelen akıntının özelliği nedir?
- 25) Kadınlar ilk mamografi taramasına ne zaman başlamalı ?
- 26)Siz hiç mamografi çektirdiniz mi?
1- Evet 2-Hayır
- 27) Çektirme nedeniniz ne idi ?
.....
- 28) (26. soruya cevabınız hayırsa) Şimdiye kadar niçin hiç mamografi çektirmediniz?
.....
- 29) Mamografi uygulamasıyla ilgili hangileri doğrudur?
a) 50 yaşından sonra yılda 1 defa
b) 50 yaşından sonra yılda 2 defa
c) 40 yaşından sonra yılda 2 defa
d) 30 yaşından sonra yılda 1 defa
- 30) Meme kanserini önleme konusunda ki bilgilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1- Yeterli 2- Orta 3- Yetersiz
- 31) Konu ile ilgili Kurs, Hizmet İçi Eğitime katıldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
- 32)Meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları ne sıklıkta takip ediyorsunuz?
1- Evet sürekli 2- Zaman zaman 3- Hayır
- 33) KKMM konusunda çevrenizdeki kişilere eğitim yapıyor musunuz ?
1- Hastalarım : 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
2- Yakın Çevreme: 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
- 34) Meme kanseri %..... Kadınlarda , %..... oranında Erkeklerde görülür.
- 35) Emziren annelerde meme muayenesi ne zaman yapılır?
- 36)Siz meme kanseri açısından risk gurubunda olduğunuzu düşünüyor musunuz ?
1) Evet(..... nedenle)
2) Hayır
3)Bilmiyorum

**ÇORUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBE/ HEMŞİRELERİN MEME
KANSERİ KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

- 1) Mesleğiniz : 1) Ebe 2) Hemşire
- 2) Meslekte kaçınıcı yılınız ?
- 3) Yaşınız?
- 4) Medeni Durumunuz : 1) Evli 2) Bekar 3) Dul
- 5) Eğitim Durumunuz 1) Lise 2) Önlisans 3) Lisans
- 6) (Evli iseniz)
- 1- İlk doğum yaşıınız?.....
- 2- Canlı doğum sayınız?.....
- 3- Toplam emzirme süresi (Çocukların her biri düşünülerek).....
- 4-Hormonal Replasman Tedavisi görüyor musunuz?
- 1) Evet (.....)
- 2) Hayır
- 5-Şimdiye kadar Oral Kontraseptif kullandınız mı? yada kullanıyor musunuz ?
- 1) Evet (.....) halen kullanıyorum(..... Yıl)
- 2) Hayır... .. Eskiden kullandım(..... Yıl)
- 7) Sizce meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörleri nelerdir
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- | | |
|--|---------------------------------|
| 1- Yaşlanma | 9- Şişmanlık ve yağlı beslenme |
| 2 -Hiç doğum yapmamak | 10- Oral kontraseptif kullanma |
| 3- İlk doğumu 30 yaş üzerinde yapmak | 11- Bebeğini az emzirme |
| 4- Geç menopoz (50 yaş sonrası) | 12- Radyasyona maruz kalma |
| 5- İlk adetin erken yaşta olması | 13- Alkol kullanma |
| 6- İyi huylu meme hastalığı geçirme | 14- Hormonal Replasman Tedavisi |
| 7- Bir memede kanser olması | 15- Spor yapmamak |
| 8- Yakın akrabada (anne, kız, kız kardeş, teyze) meme kanseri olması | |
- 8) Doğum yapmanın meme kanseri üzerine olan etkisi konusunda ne düşünüyorsunuz?
- 1- Olumlu(.....)
- 2- Olumsuz(.....)
- 9) Sizce Kendi Kendine Meme Muayenesi 'ne (KKMM) en uygun başlama yaşı nedir?Yaş
- 10) Sizce KKMM uygulama sıklığı nasıl olmalıdır ?
- e) Her gün
- f) Ayda bir
- g) Altı ayda bir
- h) Yılda bir
- 11) Siz KKMM nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyor musunuz?
- 1- Evet 2- Hayır 3-Bilmiyorum

12) Siz KKMM yapıyor musunuz?

1-Evet

a) Düzenli

b) Düzensiz

2- Hayır

13) (Yapmıyorsa) neden KKMM yapmıyorsunuz?

14-(Düzenli yapıyorsa) Siz KKMM yi ne zaman yapıyorsunuz ?

1- Adetin herhangi bir günü

2- Adetin 5-7. günü

3- Her banyoda

4-İstediğim zaman

5- Sabahları kalkınca

15) Sizce KKMM nin hangi dönemde yapılması doğrudur.....

16) Siz KKMM yaparken doğru yaptığınıza inanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

3- Emin değilim

17) KKMM yapılırken doğru duruş nasıl olmalıdır?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1-Ayakta kollar iki yanda sarkık ve gevşek

2- Ayakta kollar belde

3-Ayakta kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış

4- Ayakta kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş

5- Oturarak kollar belde

18) KKMM yaparken yatış pozisyonu nasıl olmalı

19) KKMM yaparken gözle değerlendirmede nelere bakılmalı ?

1-

6 -

2-

7-

3-

8-

4-

9-

5-

20) Sizce memede ki ne tür değişiklik olması durumunda , kadınlar meme kanseri şüphesiyle doktora gitmelidir ?.(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1- Meme ucunda kanlı akıntı

2- Memede kitle

3- Meme dokusunda buruşukluk

4- Meme dokusunda çukurlaşma

5- Meme renginde değişiklik

6- Memelerden birinde anormal büyüme

7- Bir memenin diğerinden anormal sarkık olması

8- Meme komşu lenf nodlarında

9- Üst kolda anormal şişlik

- 21) Sizce kadınlar meme muayenesi için ne kadar sıklıkta doktora gitmelidir?
1- Şüphede durumunda
2- Yılda
3- Hiç
4- 20 yaşından itibaren her kadın 2-3 yılda bir
- 22) Sizce klinik meme muayenesine kaç yaşında başlanmalı?
.....Yaşında
- 23) Siz hiç meme muayenesi için doktora gittiniz mi?
1- Evet (..... Kez)
2- Hayır
- 24) (22.soruya cevabınız evetse) gidiş nedeniniz ne idi?
.....
- 25) Meme kanserinde memeden gelen akıntının özelliği nedir?
- 26) Kadınlar ilk mamografi taramasına ne zaman başlamalı ?
- 27) Siz hiç mamografi yaptırdınız mı?
1- Evet 2-Hayır
- 28) Yaptırma nedeniniz ne idi ?
.....
- 29) (27. soruya cevabınız hayırsa) Şimdiye kadar niçin hiç mamografi yaptırmadınız?
.....
- 30) Mamografi uygulamasıyla ilgili hangileri doğrudur?
a) 50 yaşından sonra yılda 1 defa
b) 50 yaşından sonra yılda 2 defa
c) 40 yaşından sonra yılda 2 defa
d) 30 yaşından sonra yılda 1 defa
- 31) Meme kanserini önleme konusunda ki bilgilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1- Yeterli 2- Orta 3- Yetersiz
- 32) Konu ile ilgili Kurs, Hizmet İçi Eğitime katıldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
- 33) Meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları ne sıklıkta takip ediyorsunuz?
1- Evet sürekli 2- Zaman zaman 3- Hayır

- 34) KKMM konusunda çevrenizdeki kişilere eğitim yapıyor musunuz ?
1- Hastalarım : 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
2- Yakın Çevrem: 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
- 35) Meme kanseri %..... Kadınlarda , %..... oranında Erkeklerde görülür.
- 36) Emziren annelerde meme muayenesi ne zaman yapılır?
- 37) Overlerin cerrahi yolla çıkartılması meme kanseri riskini sizce nasıl etkiler
1- Arttırır 2- Azaltır 3- Bilmiyorum
- 38)Siz meme kanseri açısından risk gurubunda olduğunuzu düşünüyor musunuz ?
1) Evet(..... nedenle)
2) Hayır
3)Bilmiyorum

ÖZGEÇMİŞ

10.04.1979 Erzincan Doğumlu. Orta eğitimini Çorumda tamamladı. Çorum Sağlık Meslek Lisesinden 1996 yılında mezun oldu ve aynı yıl Tokat Doğumevi Hastanesinde ebe olarak göreve başladı.1997 yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksek okuluna başladı ve 2001 yılında mezun oldu.2002 yılında Çorum Sağlık Müdürlüğünde çalışmaya başladı ve halen Çorum Sağlık Müdürlüğünde görev yapmaktadır Evlidir.