



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ KADINLARDA MEME KANSERİ RİSKİNİN  
SAPTANMASI VE VERİLEN KENDİ KENDİNE MEME  
MUAYENESİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESRA TAYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA-2017





TÜRKİYE CUMHURİYETİ

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TİP 2 DİYABETLİ KADINLARDA MEME KANSERİ RİSKİNİN  
SAPTANMASI VE VERİLEN KENDİ KENDİNE MEME  
MUAYENESİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESRA TAYHAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NURGÜL GÜNGÖR TAVŞANLI

MANİSA-2017



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ESRA TAYHAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI	(Tez Danışmanı)
Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ	(Jüri Üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Nazmiye ÇIRAY GÜNDÜZOĞLU	(Jüri Üyesi)
Yrd. Do. Dr. Gülelgül MERMER	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2017

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Esra TAYHAN

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, çalışmaya teşvik edici yaklaşımı ile rehberlik ederek bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, araştırmamın planlanıp uygulama aşamasına kadar beni yönlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her türlü mesleki bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve her konuda rehberlik eden Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı Değerli Öğretim Üyeleri ve Elemanlarına,

Bu süreçte benimle her türlü bilgi ve deneyimleriyle birlikte duygu ve düşüncelerini paylaşan ve bana destek veren sevgili çalışma arkadaşım Seçil KÖKEN'e,

Gönderdiği meme kanseriyle ilgili 'Farkındayım Korkmuyorum' broşürleriyle araştırmaya destek sağlayan Meva Vakfi'na,

Araştırmamıza finansal destek sağlayarak meme muayene maketlerini temin eden Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine,

Beni yetiştiren ve bu mesleği seçmemde beni destekleyen aileme,

Eğitimim ve tez çalışmam süresince her türlü duygu ve düşüncelerini benimle paylaşan, bu süreçte en büyük destekçim, sevgili eşim Ali TAYHAN'a sonsuz teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

BEYAN .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
TABLolar DİZİNİ .....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vii
KISALTMALAR .....	viii
ÖZET .....	1
ABSTRACT .....	3
1. GİRİŞ .....	4
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	4
1.2. Araştırmanın Amacı .....	6
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Diyabet .....	7
2.1.1. Diyabetin Sınıflandırılması .....	7
2.1.2. Diyabetin Epidemiyolojisi .....	7
2.1.3. Diyabet Tanısı .....	8
2.1.4. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları .....	9
2.2. Tip 2 Diyabet .....	9
2.2.1. Tip 2 Diyabetin Belirtileri .....	10
2.2.2. Tip 2 Diyabetin Bakım ve Tedavisi .....	10
2.2.2.1. Beslenme .....	10
2.2.2.2. Fiziksel Aktivite .....	10
2.2.2.3. Eğitim .....	11
2.2.2.4. İlaç Tedavisi .....	11
2.2.2.5. Hastanın Kendini İzlemesi .....	12

2.3. Meme.....	12
2.3.1. Memenin Anatomik Yapısı.....	12
2.3.2. Memede Yaşam Boyu Görülen Fizyolojik Değişiklikler.....	15
2.4. Kanser.....	16
2.4.1. Tip 2 Diyabet ve Kanser Arasındaki İlişki.....	17
2.4.2. Meme Kanseri.....	18
2.4.3. Meme Kanserinin Tarihçesi.....	18
2.4.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	19
2.4.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	21
2.4.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	25
2.4.7. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı.....	26
2.4.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	27
2.4.7.2. Klinik Meme Muayenesi (KKM).....	30
2.4.7.3. Mamografi.....	31
2.4.8. Meme Kanseri Evreleri.....	31
2.4.9. Meme Kanserinde Korunma.....	33
2.4.9.1. Birincil Korunma.....	33
2.4.9.2. İkincil Korunma.....	34
2.4.9.3. Risk Değerlendirme Araçları.....	35
2.4.10. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	37
2.5. Sağlık İnanç Modeli.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. Araştırmanın Tipi.....	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi.....	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	43
3.4. Araştırmanın Hipotezi.....	44



3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	44
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları .....	44
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi .....	47
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	48
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	48
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
3.11. Süre ve Olanaklar .....	49
4. BULGULAR .....	50
5. TARTIŞMA.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	82
6.1.Sonuç.....	82
6.2.Öneriler.....	82
7.KAYNAKLAR .....	84
8. EKLER .....	99
9. ÖZGEÇMİŞ.....	116

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Tip 2 Diyabetin İlaç Tedavisi .....	11
Tablo 2. Amerika Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Programı .....	26
Tablo 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı .....	27
Tablo 4. Meme Kanseri Evrelendirmesinde Tumor-Nod-Metastaz (TNM) Sınıflandırması.....	32
Tablo 5. Meme Kanseri Evreleme .....	33
Tablo 6. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu .....	37
Tablo 7. Beden Kitle İndeksi.....	45
Tablo 8. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri.....	50
Tablo 9. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özelliklerinin Dağılımı .....	52
Tablo 10. Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Meme Kanseri Risk Saptanması.....	54
Tablo 11. Tip 2 Diyabetli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM'ye Yönelik Bilgi Durumu Tablosu .....	55
Tablo 12. Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrasında KKMM Uygulama Durumları .....	58
Tablo 13. Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Eğitim Sonrası KKMM'ye Yönelik SİM'den Aldıkları Puanların Dağılımı.....	60
Tablo 14. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyo-demografik Özellikler ile KKMM Eğitimi Öncesi SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 15. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikleri ile KKMM Eğitimi Öncesi SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 16. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyodemografik Özellikler ile KKMM Eğitimi Sonrası SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması .....	66
Tablo 17. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikleri ile KKMM Eğitimi Sonrası SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 18. Meme Kanseri Risk Düzeyleri Belirlenen Tip 2 Diyabetli Kadınlara Verilen KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrasında SİM Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi .....	70

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Meme dokusu.....	13
Şekil 2. Meme dokusunun lenfatikleri .....	15
Şekil 3. Memenin ayakta kollar yanda iken değerlendirilmesi .....	28
Şekil 4. Kollar baş hizası yukarısında iken memenin değerlendirilmesi .....	28
Şekil 5. Kollar belde iken memenin değerlendirilmesi.....	29
Şekil 6. Öne eğilerek memenin değerlendirilmesi.....	29
Şekil 7. Memenin ayakta muayenesi .....	30
Şekil 8. Elle muayene şekilleri .....	30
Şekil 9. Yatar pozisyonda memenin değerlendirilmesi .....	30
Şekil 10. SİM'e göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar	40

## **KISALTMALAR**

**ACS:** American Cancer Society

**ADA:** American Diabetes Association

**ADH:** Atipik Duktal/Lobuler Hiperplazi

**AJCC:** American Joint Committee on Cancer

**ALH:** Atipik Lobuler Hiperplazi

**BKI:** Beden Kitle İndeksi

**DKIS:** Duktus Karsinoma In Situ

**IDF:** International Diabetes Federation

**KKM:** Klink Meme Muayenesi

**KKMM:** Kendi kendine meme muayenesi

**LKIS:** Lobuler Karsinoma In Situ

**NCI:** National Cancer Institute

**OGTT:** Oral Glikoz Tolerans Testi

**RR:** Rölatif Risk

**SBE:** Self Breast Examination

**SİM:** Sağlık İnanç Modeli

**UICC:** Union International Against Cancer

**WHO:** World Health Organization

# **TİP 2 DİYABETLİ KADINLARDA MEME KANSERİ RİSKİNİN SAPTANMASI VE VERİLEN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Esra TAYHAN**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI**

**Ebelik Anabilim Dalı**

## **ÖZET**

**Amaç:** Bu araştırmada tip 2 diyabetli kadınların meme kanseri riski saptanarak verilen kendi kendine meme muayenesi (KKMM) eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma 15 Nisan-30 Ağustos 2016 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Kliniklerinde yatan hasta servislerinde tip 2 diyabet tanısı almış 25-65 yaş arası kadınlardan (n=130) oluşmuştur. Veri toplama aşamasında 'Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Meme Kanseri Riski Anket Formu', 'KKMM'ye Yönelik Bilgi ve Uygulama Formu' ve 'Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows istatistik analiz programında frekans, yüzde dağılımı, bağımlı gruplarda Mc Nemar, Independent Samples t ve One-Way ANOVA testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 50±10 (min:26, maks:65)'dur. Kadınların %75,4'ü evli, %52,4'ü ilkokul mezunudur. Tip 2 diyabetli kadınların %88,5'inin meme kanseri bakımından düşük riskli olduğu belirlenmiştir. Katılımcılara KKMM eğitimi verilmeden önce meme kanserine yönelik sağlık inançları değerlendirilmiş, eğitim sonrasında meme sağlığı ve KKMM'ye ilişkin engel algıları azalarak sağlık inançları gelişmiş ve artmıştır.

**Sonuç:** Tip 2 diyabetli kadınlarda düşük meme kanseri riski saptanmış olup, verilen KKMM eğitimi sonrası kadınların sağlık inançlarından duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algıları artmış, engel algılarının azaldığı belirlenmiştir.

Böylece verilen eğitim sayesinde kadınların KKMM'yi uygulama sıklığı belirgin bir şekilde artış göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tip 2 diyabet, meme kanseri, risk, Sağlık İnanç Modeli



# **DETERMINATION OF BREAST CANCER RISK IN TYPE 2 DIABETIC WOMEN AND ASSESSING OF TRAINING FOR SELF- BREAST EXAMINATION**

**Esra TAYHAN**

**Supervisor: Assist. Prof. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI  
Midwifery Department**

## **ABSTRACT**

**Object:** In this study it's aimed to assess of efficiency of training for self-examination by determining of breast cancer risk on women with type 2 diabetes.

**Materials and Method:** This study is consisted from women aged in 25-65 years old who are diagnosed of type 2 diabetes (n=130) in hospitalized patient services of Internal Medicine and Endocrinology Clinic in Manisa State Hospital and Manisa Merkez Efendi State Hospital between 15th of April–30th of August 2016. “Survey Form for Socio-demographical Aspects of Women and Breast Cancer Risk”, “Information and Practice Form for SBE” and “Health Belief Model Scale” are used for data collecting process. Frequency, percentage distribution, Mc Nemar in dependent groups, independent Samples t and One-Way ANOVA tests were used in SPSS 15.0 for Windows statistical analyze program for analyzing of data.

**Findings:** Average age of women participated to study is 50±10 (min: 26, max: 65); 75,4 % of them are married; 52,4 % of them are graduated from elementary school. 88,5 % of women with type 2 diabetes are in lower risk group for breast cancer. Health belief of participants is assessed before training for SBE; obstacle perception to breast health and to SBE is decreased and their health belief is developed and increased after training.

**Result:** Lower breast cancer risk is detected on women with type 2 diabetes. After SBE training it's determined that perception for sensibility on health belief, severity, benefit, confident and health motivation are increased; perception of obstacle is decreased. Frequency of application of SBE of Women is significantly increased after given training.

**Key Words:** Type 2 diabetes, breast cancer, risk, Health Belief Model.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tip 2 diyabet tüm diyabet olgularının %90-95'ini oluşturmaktadır ve diyabetin en yaygın görülen formudur. Tip 2 diyabet, obezite ve yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı olarak daha sık görülmekte olup hastalığın temelinde genetik olarak yatkın olan bireylerde giderek artan insülin direnci ve giderek azalan insülin salınımı görülür. Tüm dünyada bireylerin %5-10'unda tip 2 diyabet görülmektedir. (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. <http://diyabet.gov.tr/index.php?lang=tr&page=28> Erişim tarihi: 08.11.2016). Ülkemizde ise bireylerin %13,2'sinde görülmekte olup kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (World Health Organization (WHO), Diabetes country profiles, 2016 Erişim tarihi: 18.04.2016).

Tip 2 diyabetli bireylerde görülen hiperinsülinemi serbest östrojen artışına neden olmaktadır. İnsülin direnciyle birlikte hiperinsülinemi kadınlarda artmış meme kanseri riski olarak kabul edilmektedir (Gini ve ark. 2016). Tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri gelişme riski diyabeti olmayanlara göre 1,7 kat daha fazladır.

Tip 2 diyabet tedavisinde kullanılan oral antidiyabetik ilaçlardan metformin, insüline duyarlılığı artırır ve glisemik kontrolü sağlar. Ayrıca yapılan çalışmalarda, insülin etkisinden bağımsız antikanserojen aktivitesi özelliği gösterdiği varsayılmaktadır. Bu nedenle metformin kullanımı ve kanser insidansı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar artmaktadır (Noto ve ark. 2012; Col ve ark. 2012). Noto ve arkadaşları (2012), yaptıkları bir meta-analizde metformin kullanımının kullanmayanlara göre tüm kanserlere bağlı ölümlerin ve kanserlerin insidansında azalma olduğunu tespit etmişlerdir. Col ve arkadaşları (2012) ise çalışmalarında metforminin meme kanserine karşı koruyucu olduğu fakat yeterli klinik çalışmaların gerekliliği sonucuna varmışlardır.

GLOBOCAN 2012 yılı verilerine göre kadınlarda meme kanseri insidansı dünyada 100 000'de 43,3, Türkiye'de 100 000'de 39,1'dir. Meme kanseri tüm



dünyada ve Türkiye’de ölüm nedeni olarak ikinci sırada gelmektedir. Kadınlar arasında en sık görülen ve en çok mortaliye sebep olan kanser türü olup az gelişmiş ülkelerde tüm kanserler arasında ölüm nedeni olarak beşinci sırada yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada (%15,4) gelmektedir (GLOBOCAN 2012).

Her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir. Çünkü meme kanserinde tek bir etiyolojik faktörden söz etmek olası değildir. İnsidansı, morbitide ve mortalitesinin yüksek olması ve tip 2 diyabet görülme sıklığının da artması meme kanserini tetiklediği için meme kanserinden korunmak, önemli bir halk sağlığı sorunudur (Aslan ve Gürkan 2007).

Kanser gelişmesinin engellenemediği durumlarda; erken tanı ile hem morbidite ve mortalitede, hem de tedavi maliyetinde azalma sağlanabilmektedir (Şencan 1998). Günümüzde meme kanseri olgularının önemli bir bölümü fizik muayene ile tanınmaktadır. Kendi Kendine Meme Muayenesinin (KKMM) etkinliği hakkında farklı görüşler ve araştırmalar olmasına rağmen hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme sağlığına yönelik farkındalığın oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark. 2006; Gürsoy 2008).

Meme kanserinde ilk belirtilerin genellikle ele gelen bir kitle ile ortaya çıkması, memedeki bir kitleyi bulmada kadının kendi kendine meme muayenesinin önemini ortaya koymaktadır. Meme kanseri erken tanı davranışlarının kadınlara kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Sağlık İnanç Modeli (SİM) kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını özellikle de KKMM’yi artırmada etkili bir modeldir (Ersin ve Bahar 2012).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireyin sağlığı ile ilgili eylemlerinde onu neyin motive ettiğini anlamayı temel alan motivasyon teorisidir (Rosenstock ve ark. 1988). Bu model, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olup modelin bileşenlerine göre değerlendirilen birey, eksik bulunan yönde desteklenir ve davranışı uygulaması sağlanır. Model’in temel bileşenleri, eğer birey hastalığa karşı kendisini

duyarlı olarak hissederse hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanır ve taramaların hem yararının hem de engellerinin farkına varabilir. Tarama ile ilgili eyleme geçmede çevre desteği veya eğitim gibi unsurlar yer aldığında ilgili sağlık davranışı ortaya çıkacaktır (Champion ve Skinner 2008).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Ülkemizde ve tüm dünyada meme kanseri ve tip 2 diyabet sıklığı giderek artmakta olup yapılan çalışmalar, tip 2 diyabetli kadınların meme kanserine yakalanma riskinin fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu araştırmada tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri riski saptanarak verilen kendi kendine meme muayenesi eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Diyabet

Diyabetes mellitus, insülin eksikliğine bağlı olarak veya insülin etkisindeki bozulmalar nedeniyle hücrelerin karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterince yararlanamadığı, devamlı tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır (Enç 2014). İnsülin eksikliği ile birlikte insüline karşı gelişen direnç, diyabetin gelişiminde önemli bir rol oynamakta ve karbohidrat, lipid, protein metabolizmasını etkilemektedir (Abou-Seif ve Youssef 2004).

#### 2.1.1. Diyabetin Sınıflandırılması

**Tip 1 diyabetes mellitus:** İnsülinin tümünden ya da tüme yakın eksikliğinden kaynaklanır ve ketozisin oluşmasıyla karakterizedir.  $\beta$ -hücrelerinin otoimmün yıkımı tip 1 diyabetin temelini oluşturur (Özata 2004).

**Tip 2 diyabetes mellitus:** Bireylerde çoğunlukla insülin yetmezliğinden ziyade göreceli bir biçimde insülin fazlalığı ve insülin direnci mevcuttur. Buna bağlı plazma glikoz düzeyinde belirgin bir artış görülmektedir (Özata 2004).

**Gestasyonel diyabetes mellitus:** Bu hastalarda glikoz intoleransının başlangıcı veya ilk tanınması gebeliktedir (Bennett ve Knowler 2008).

**Diğer spesifik tipler:** Bu hastalarda prezantasyon altta yatan bozukluğa bağlı değişiklik gösterir. Bu hastaların tanınmasında dikkatli ilaç ve aile anamnezi gereklidir (Özata 2004).

**Pre-diyabet:** Kişilerde ya açlık glikoz seviyesi ya da glikoz toleransı test sonuçları normal değerinden fazladır, fakat diyabet için tanısal değildir (Özata 2004).

#### 2.1.2. Diyabetin Epidemiyolojisi

International Diabetes Federation (IDF) 2015 atlasına göre dünyada yaklaşık 415 milyon yetişkin diyabet hastasıdır. Bu sayının 2040 yılında 642 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Dünya genelinde en fazla Çin'de görülmektedir. Özellikle

yüksek gelirli ülkelerde kişilerin %87-91'i tip 2 diyabet tanısı almıştır (Holman ve ark 2015).

2012 yılında Amerika'da popülasyonun %9,3'ü diyabet hastasıdır. Her yıl 1,4 milyon Amerikalı diyabet tanısı almaktadır (American Diabetes Association (ADA), <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/>, Erişim Tarihi: 28.11.2016).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre 18 yaş üzeri kişilerde diyabet prevalansı 1980 yılından 2014 yılına kadar %4,7'den %8,5'e yükselmiştir. Ayrıca 2012 yılında yaklaşık 1,5 milyon kişi diyabet nedeniyle hayatını kaybetmiştir (WHO 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>, Erişim Tarihi: 29.08.2016).

Türkiye'de diyabet kaynaklı hastalık yükü %12,8 oranında artmış olup ülkemizdeki sağlık sorunlarının en önemli 4. nedeni olmuştur (WHO 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>, Erişim Tarihi: 29.08.2016). IDF 2015 verilerine göre ülkemiz Avrupa Bölgesi'nde Almanya ve Rusya'dan sonra en yüksek prevalansa (%12,8) sahiptir.

Ülkemizde kadınlarda daha sık görülmekte olup 1 210 kadında mortaliteye neden olmuştur. Kadınların %14,2'sinde, erkeklerin ise %12,2'sinde diyabete rastlanılmaktadır (WHO 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>, Erişim Tarihi: 29.08.2016).

### **2.1.3. Diyabet Tanısı**

Tanı, rastgele plazma glikoz tayini ile birlikte diyabet semptomları, açlık plazma glikozu ya da doğru bir şekilde yapılmış Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) ile konulabilir. Diyabet için tanı kriterleri;

- Diyabet semptomları ile birlikte rastgele plazma glikoz konsantrasyonu  $\geq 200$  mg/dl (Rastgele kelimesi günün en son alınan yemeğinin göz önünde bulunmadan günün herhangi bir zamanını tanımlamaktadır. Semptomlar ise diyabette tipik olan polidipsi, poliüri ve açıklanamayan kilo kaybı olarak anlaşılmalıdır.)

veya

- Açlık plazma glikozu  $\geq 126$  mg/dl (Açlık gıda alımının en az 8 saat olduğu süredir.)  
veya
- OGTT sırasında 2. saat plazma glikozu  $\geq 200$ mg/dl (Açlık halinde bir miktar suyun içinde çözülmüş 75 gr glikozun hastaya içirilmesi işlemidir.)

Kişilerde bu kriterlerden birisinin bulunması bile tanı için yeterlidir (American Diabetes Association, 2016 <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diagnosis/>, Erişim Tarihi: 02.11.2016; IDF, 2012, Global Guideline for Type 2 Diabetes, Erişim Tarihi: 02.11.2016).

#### 2.1.4. Diyabetes Mellitus Komplikasyonları

Vücutta glikoz dengesinde bozulma olduğu durumlarda dolaşım sistemi ile birlikte sinir sistemi de hasara uğramaktadır. Bu harabiyete bağlı gelişen komplikasyonlar akut ve kronik olmak üzere ikiye ayrılır.

**Akut (metabolik) komplikasyonlar**, kan glikozundaki ani meydana gelen değişimler nedeniyle oluşmaktadır.

**Kronik komplikasyonlar**, diyabetin ileri evrelerinde ortaya çıkarak ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Diyabete bağlı gelişen kronik komplikasyonlar iyi bir kontrol ile önlenabilir ya da geciktirilebilir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2013).

#### 2.2. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet genetik ve çevresel etkenlere cevap olarak gelişen heterojen bir hastalıktır. Tip 2 diyabetin temelinde insülin direnci ve insülin sekresyon anormalliği bulunmaktadır.

Tip 2 diyabetli hastalar insülin salgılama özelliklerine göre önemli ölçüde farklılık gösterirler. Bununla beraber, insülin sekresyonu insülin direncinin üstesinden gelebilmek için yetersizdir. İnsülin direnci tip 2 diyabet için tipiktir.

- Genetik özellikler
- İnsülin direnci (kas ve karaciğer gibi periferik hedef dokularda insülinin etkisinin azalmasıdır.)

İnsülin etkisine direnç olması insüline duyarlı dokularda glikoz kullanımını azaltır ve karaciğerde glikoz yapımını artırır, her iki durum diyabetin tipik özelliği olan hiperglisemiye katkıda bulunur. Karaciğerde glikoz yapımı artışı temelde açlık plazma glikoz yüksekliğine neden olur (Inzucchi ve ark. 2009).

### **2.2.1. Tip 2 Diyabetin Belirtileri**

Hastalığın ortaya çıkışı oldukça değişkendir. Klasik olgularda başlıca semptomlar poliüri, polidipsi, görme bulanıklığı, pareteziler ve yorgunluktur. Ancak, çoğu tip 2 diyabetikler asemptomatik olabilir. Hastalarda deri enfeksiyonları siktir. Kadınlarda yaygın kaşıntılar ve vajinit sık görülen belirtilerdendir. Bazı tip 2 diyabetik hastalarda ilk geliş yakınması komplikasyonlara ait olabilir (Inzucchi ve ark. 2009).

### **2.2.2. Tip 2 Diyabetin Bakım ve Tedavisi**

Diyabet, gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya geciktirmek için, zorunlu yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte sürekli tıbbi bakım ve eğitim gereksinimi olan kronik bir hastalıktır (ADA 2008, <http://www.diabetes.org/>, Erişim Tarihi: 02.11.2016).

Tip 2 diyabette etkili bir tedavi yaklaşımı ile akut ve kronik komplikasyonlar önlenebilir veya ilerlemesi yavaşlatılabilir. Tedavinin ana hedefi metabolik kontrolün sağlanmasıdır.

#### **2.2.2.1. Beslenme**

Tedavide beslenme hastalığın seyri boyunca tedavinin bir parçasını oluşturmaktadır. Tıbbi beslenme tedavisi, diyabetin önlenmesi ve tedavisinde, diyabetle ilgili akut ve kronik komplikasyon gelişiminin önlenmesinde ve bu komplikasyonların tedavisi için büyük bir öneme sahiptir (ADA 2008, <http://www.diabetes.org/>, Erişim Tarihi: 02.11.2016; Tümer ve Çolak 2012).

#### **2.2.2.2. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite ve egzersiz; glikozun daha iyi kullanılarak insülinin etkili kullanımını artırır. Ayrıca periferik insülin duyarlılığı artar, kan lipid profilini

düzenler, kalp kasını güçlendirir, kilo kontrolünü sağlayarak kasların ve eklemlerin kuvvetlenmesini sağlar ve duyuşsal durumu iyileştirir, bireyin kendine olan güvenini artırır ve yaşaam kalitesini yükseltir (Özata 2004).

### 2.2.2.3. Eğitim

Eğitim hastanın diyabet hakkında bilinçlenmesini ve kişinin kendi tedavisine aktif olarak katılmasını sağlar. Bu açıdan doktor, hemşire ve diyetisyenlerin yanı sıra terapistler, podiatristler egzersiz uzmanları gibi birçok uzmanın bulunduğu multidisipliner bir çalışma gereklidir. Diyabetli kişilerin yaşaam tarzı değişiklikleri, ilaca bağımlı kalması gibi nedenlerle psikolojik sorunlar yaşayabilmesi ve buna bağılı kan şekeri kontrolünde bozulma riski olduğundan bu kişiler gerekli eğitimlerle bilgilendirilmelidir (Konca ve Ayvaz 2011).

### 2.2.2.4. İlaç Tedavisi

Diyet değişikliği, egzersiz ve yeterli eğitime rağmen normale yakın veya normal glikoz seviyesi sağlanamazsa farmakolojik tedavi uygulanması gereklidir (Özata 2004).

**Tablo 1. Tip 2 Diyabetin İlaç Tedavisi**

a) Oral Antidiyabetik İlaçlarla Tedavi	b) İnsülin Tedavisi
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>İnsülin Salgılatıcı İlaçlar</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hızlı etkili insülin</b></li></ul>
-Sülfonilüreler	- Lispro, aspart, glulisin
-Meglitinidler (Glinidler)	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Kısa etkili insülin</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>İnsülin Duyarlılaştırıcı İlaçlar</b></li></ul>	- Regüler insülin
-Biguanidler	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Orta etkili insülinler</b></li></ul>
-Tiazolidinedionlar	- NPH, Lente insülinler
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Alfa Glukozidaz İnhibitörleri</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Çok uzun etkili insülinler</b></li></ul>
	- Ultralente, glarjin insülinler

Biguanidlerden metformin, tip 2 diyabet tedavisinde en sık kullanılan tek biguaniddir (Çorakçı ve ark. 2009). Metformin, periferik insülin duyarlılığını artırarak, glikoz emilimini azaltarak ve hepatik glikoneogenezisi azaltarak etki

göstermektedir. Belirgin bir şekilde açlık kan glikozunu düşürdüğü gibi kısmen tokluk kan glikozunu da düşürür. Diğer antidiyabetiklerin aksine kilo kontrolü sağlar. Ayrıca hipoglisemiye neden olmaz (Konca ve Ayvaz 2011). Tedavide komplikasyon olarak metalik tat, bulantı-kusma, midede yanma hissi ve diyare gibi temel gastrointestinal semptomlara sık rastlanılmaktadır. Bu komplikasyonlar ilacın yiyeceklerle birlikte alınmasıyla genellikle azalma gösterir. Ayrıca metformin, hastaların yaklaşık %30'unda B12 vitaminin intestinal absorpsiyonunu azaltarak laktik asidoza neden olabilmektedir (Edelman ve Henry 2005; Özcan 2002).

#### **2.2.2.5. Hastanın Kendini İzlemesi**

Diyabette metabolik kontrolün daha iyi sağlanabilmesi için her bireyin düzenli olarak günlük yaşamında kan ve idrar glikozu ve keton takibi yapması gerekir. Diyabetli bireyin evde kendi kan glikoz düzeylerini ölçebilmesi, hipoglisemi ve hipergliseminin erken dönemde saptanması ve gerekli önlemlerin alınması, komplikasyonların erken tanınması ve gelişiminin geciktirilmesi veya önlenmesi açısından önemlidir (Aydın 2001).

### **2.3. Meme**

Memeler kadınlarda sekonder cinsiyet özelliklerinden olup yenidoğan için besin kaynağıdır (Tüccar 2011). Her iki cinsten de meme olmasına rağmen, meme dokusu kadında çok daha fazla gelişmiştir. Erkek memesinde az miktarda yağ mevcut iken glandüler sistem normal olarak gelişmemiştir. Kadında meme üremeye yardımcı bir organken, erkekte rudimenter ve fonksiyonsuzdur. Memenin büyüklüğünü glandüler dokuyu saran yağ miktarı belirlemektedir (Taneri ve Tekin 2003).

#### **2.3.1. Memenin Anatomik Yapısı**

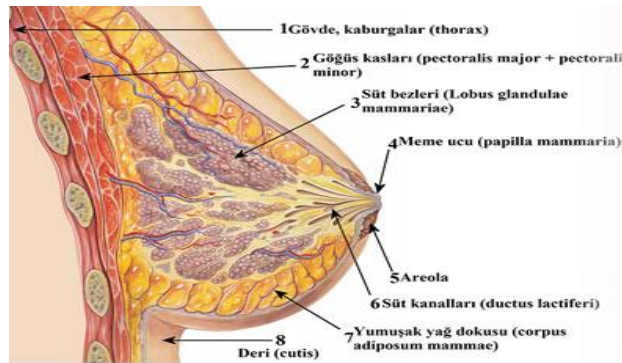
Meme dokusu, meme ucunu yatay ve dikey bir şekilde kesen iki hayali çizgi ile dört kadrana ayrılmaktadır. Bunlar alt dış, alt iç, üst iç ve üst dış kadranslardır. Meme, toraks üzerinde 2-6. kostalar arasında, sternum ve orta aksiler hat arasında bulunan simetrik bir çift bezdir. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kası üzerinde, kalan üçte birlik bölümü serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır.

Erişkin ve sağlıklı kadınlarda memeler simetriktir. Memelerin büyüklüğü ve



şekli, kadının yaşına, genetik yapısı ve beslenme durumuna, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişir. Ayrıca memenin şekli ve sertliği kadındaki yağ dokusu hacmine de bağlıdır (Tüccar 2011; Karayurt 2015). Normal bir meme dokusu 150-225 gr ağırlığında iken laktasyon döneminde bir meme 500 gr ağırlığına ulaşabilmektedir (Tüccar 2011).

Meme dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşmaktadır. Meme başı koyu renkli bir kısım olup areolanın merkezinde yer alır ve dıştan gözlenebilen meme yapısıdır. Memenin uç kısımlarının nemli kalmasını sağlamak amacıyla bu bölgede yağ bezi olarak görev yapan montgomery bezleri bulunmaktadır (Şekil 1). Ayrıca bu bezlerin salgıları, emzirme sırasında memenin uç kısımlarının kuruyup çatlamasını önlemektedir. Areolada yoğun olarak sinir uçları, yağ ve ter glandları bulunmaktadır (Taşkın 2012; Karayurt 2015). Meme dokusunun yaklaşık olarak %85'i yağ dokusundan oluşmaktadır. Her bir meme bezi 12 ile 20 lobdan meydana gelmektedir. Meme dokusundaki loblar salgı hücrelerinin meydana getirdiği 20-40 lobülden, bir lobül de 10-100 alveolden oluşur. Loblar, üzüm salkımları biçiminde olup, kendilerine ait kanallar ile meme başına açılırlar. Yarıçapları areolaya yakın bölgelerde 1 mm'yi bulan toplayıcı kanallar (duktus laktiforus) subareolar bölgede 5-8 mm çaplarında süt sinüslerine (sinus laktiforus) dönüşmektedirler (Karayurt 2015).



Şekil 1. Meme dokusu

**Memenin Kanlanması:** Meme dokusunda kanlanmayı sağlayan damarlar, internal torasik arterin anterior interkostal dalları, lateral torasik arter ve torasik aortanın 2. 3. ve 4. interkostal aralıktaki dalları olan posterior interkostal arterlerdir.

Internal torasik arter meme dokusunun %60'ının, lateral torasik arter ise %30'unun kanlanmasını sağlar. Meme dokusundaki venler ise; torasik internal ven, aksiller ven ve interkostal vendir (Taneri ve Tekin 2003; Karayurt 2015).

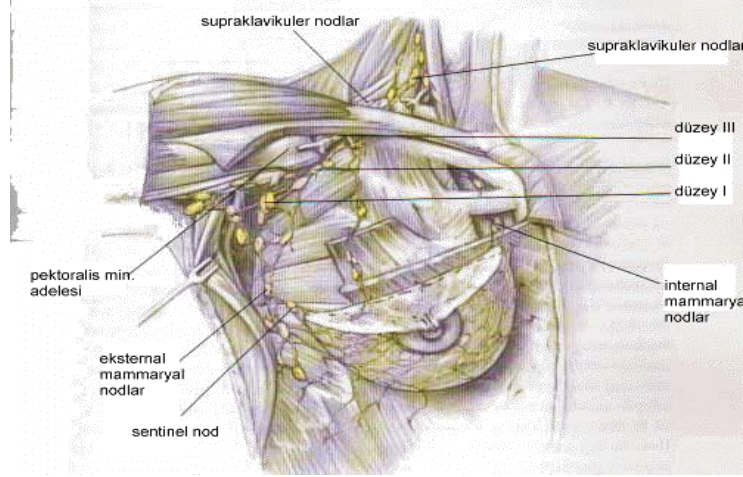
**Lenfatik Drenaj:** Meme dokusundaki lenf damarları deri lenf damarları ve parankimal lenf damarları olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Lenf kanallarının %75'i aksiler lenf nodlarına, %25'i hem aksiler hem de internal mammaria lenf nodlarına açılırken %3-6 oranında sadece mammaria lenf nodlarında drene olmaktadır (Cabioğlu 2012).

Aksiller bölgede bulunan lenf nodları, pektoralis minör kasında yerleşim yerlerine göre üç lenf nodu grubuna ayrılırlar.

**Düzyey I:** Pektoralis minör kasının alt kısmının lateralinde ya da inferiorunda bulunan lenf nodlarıdır. Eksternal mammorial, aksiler ven ve skapular lenf nodları bu grupta yer alır.

**Düzyey II:** Pektoralis minör kasının posteriorunda bulunan lenf nodlarıdır. Bu grupta santral ve bir kısım supraklavikular lenf nodları bulunmaktadır.

**Düzyey III:** Pektoralis minör kasının üst kısmının süpe-riorunda ve medialinde bulunan lenf nodları olup, supraklavikuler lenf nodları bu grup içinde yer almaktadır. internal mammarial lenf nodları, toraks ön duvarında, ikinci-altıncı interkostal aralıklarda bulunan parasternal bölgeye yerleşen lenf nodlarıdır. Bu lenf nodlarından gelen lenfatik akım aksillada, subklaviküler lenf nodu grubunda son bulur. Meme dokusunda bulunan lenf nodları sağda duktus lenfatikusa, solda duktus torasikusa boşaldığı gibi; her iki taraftaki boynun lenfatiklerine bazen de doğrudan subklavien ven ve jugular venlerin birleşim yerinden boşalmaktadır (Şekil 2) (Cabioğlu 2012; Karayurt 2015).



**Şekil 2. Meme dokusunun lenfatikleri**

### **2.3.2. Memede Yaşam Boyu Görülen Fizyolojik Değişiklikler**

Fetal hayatta duktuslardaki hücre kordonları meme başına ulaşır ve myoepitelyal hücreler ile sarılır. Duktuslar tomurcuklanmaya başlar ve doğumda dallanan duktus sistemini içeren meme bezi, meme başında bir ampullaya dönüşür. Alveollerin dallanması ile berrak salgı başlar. Bu kolostruma benzeyen bir sıvıdır. Kız ya da erkek çocukların doğumlarından 5-7 gün sonra görülmektedir ve 1-7 hafta devam edebilmektedir. Salgı su, yağ ve hücresel debris içermektedir. Bu durumun plasental steroid seviyesindeki ani düşüş ve neonatal hipofizer yüksek prolaktin konsantrasyonlarına bağlı olduğu düşünülmektedir (Taneri ve Tekin 2003).

Fetusta ve neonatal dönemde olduğu gibi, çocukluk döneminde de meme gelişiminde cinsiyet farkı yoktur. Vücut büyümesi ile orantılı olarak duktusların uzaması ve stromal proliferasyonun çoğalması görülürken, lobuler gelişim yoktur (Özmen 2009).

Kız çocuklarında ergenliğin ilk belirtisi telarş adı verilen meme tomurcuklanmasıdır. Normalde 8-13 yaşlarında başlamaktadır. Yükselmiş ovaryen östrojen salgısı ile ilişkilidir ve duktusların boyca uzaması, dallanması ve terminal sonlanmaların tomurcuklanması, yağ ve bağ dokusunun artışı ile gitmektedir. Meme gelişiminin evrelemesinde Marshall ve Tanner evrelemesi kullanılabilir (Özmen 2009). Buna göre:

**Evre 1:** Hafif bir papilla yükselmesi olan preadölesan

**Evre 2:** Areola genişliğinde artış olan meme ve papillanın küçük bir tepecik

halinde yükselmesidir.

**Evre 3:** Meme areolasının daha fazla genişlemesi ile karakterizedir.

**Evre 4:** Areola ve papilla meme seviyesinin üzerinde ikincil bir tepe oluşturur.

**Evre 5:** Areola memenin genel konturu içine çekilmiştir.

Menarş ile birlikte estrogen ve progesteronun siklik artışı ileri duktal gelişim ve lobül formasyonuna neden olur. Hormonlar ayrıca adipoz dokunun yerini alan bağ dokusu proliferasyonunu da arttırmaktadır. Menarşı takip eden 1-2 yıl içinde meme olgun yapısına ulaşır (Tanner evresi 5). Menstrual siklus meme boyutundaki değişimi etkiler. Büyüklük, yoğunluk, nodülerite ve hassasiyette premenstruel dönemde artış olur. Luteal fazda progesteron glandüler büyümeyi uyarabilir. Glandüler yapıların mitotik oranlarındaki değişimler luteal fazda, foliküler fazdan daha fazladır. Ayrıca lobuler boyutta da artış vardır. Bu, stroma lobül ve duktusların angorjmanı ile devam eder (Taneri ve Tekin 2003; Özmen 2009).

Gebelik döneminde memedeki değişiklikler döllenmiş yumurtanın implantasyonu ile başlar. Östrojen, progesteron, prolaktin ve terme yakın human plasental laktogenin yüksek seviyeleri meme büyümesinde belirgin bir artışa yol açar. Meme genişler areola koyulaşır, meme başı büyür ve dikleşir, duktus ve lobüller proliferer olur ve alveolar gelişim ilerler. Meme derisinde strialar, genişlemiş venler görülmeye başlar. Gebeliğin sonuna doğru epitel hücrelerinde sekretuar vakuoller gelişir. Bu değişiklikler süt vermenin kesilmesinden sonra geriler (Taneri ve Tekin 2003; Özmen 2009).

Postmenapozal dönemde östrojen ve progesteronun azalmış ovaryen sekresyonu memenin duktal ve glandüler yapılarında ilerleyici involüsyona sebep olur. Fibröz doku, matriks yoğunluğu artar, meme parankimi yağ ve stromal doku ile yer değiştirir. Yağ içeriği ve destekleyici bağ dokusu yaş ile progresif olarak azalır. Bu durum lobuler yapı, kontur ve yoğunluğun kaybı ile memede şekil bozukluğu ile son bulur (Özmen 2009).

## **2.4. Kanser**

Kanser, organizmadaki herhangi bir hücrenin farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalması ile oluşan multifaktöriyel bir hastalıktır. Temelinde DNA'nın doğru bir şekilde eşlenmesini önleyen genetik kararsızlık yatmaktadır. DNA doğru

bir biçimde kopyalanmadığında mutasyonlar oluşarak yeni bir yapının gelişmesine neden olur. Bu mutasyonlar genetik, sistemik ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile gelişebilmektedir (Can 2014; Dalay ve Buyru 2015).

Kanser, hem tüm dünyada hem de ülkemizde sık görülmekte olup yüksek oranda ölümlere neden olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ölüm nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf), Erişim Tarihi: 20.05.2016). GLOBOCAN 2012 verilerine göre dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş, 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Ülkemize benzer şekilde tüm dünyada erkeklerde en sık görülen kanserler arasında %16,7 ile akciğer kanseri olurken, kadınlarda meme kanseri en fazla insidansa (%25) ve ölümlere neden olmaktadır. Ülkemizde ise dünyaya benzer olarak erkeklerde %21,9 ile akciğer kanseri, kadınlarda %24,6 oranla meme kanseri sık görülen kanserler arasındadır (Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.05.2016).

#### **2.4.1. Tip 2 Diyabet ve Kanser Arasındaki İlişki**

Yapılan çalışmalarda hiperinsülinemi ve hipergliseminin diyabetli hastalarda karsinogeneze neden olduğu düşünülmektedir. Tip 2 diyabet ile karaciğer, pankreas, endometriyum, kolon, meme ve mesane gibi kanserin belirli türleri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri riski yaklaşık %20-25 oranında artmaktadır (Larsson ve ark. 2007; Wolf ve ark. 2005).

Tip 2 diyabet tedavisinde biguanid olarak kullanılan metformin insüline duyarlılığı artırarak glisemik kontrolü sağlar. Ayrıca, insülin etkisinden bağımsız antikanser aktivitesi özelliği gösterdiği varsayılmaktadır. Yapılan çalışmalarda metformin kullanımının tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanserine bağlı ölümlerde ve meme kanseri insidansında azalma olduğu tespit edilmiştir (Gonzalez-Angulo ve ark. 2010; Noto ve ark. 2012).

### 2.4.2. Meme Kanseri

Kadınlarda kanserin gelişebileceği en önemli dokulardan biri meme dokusudur. Bununla birlikte meme birden fazla selim tümörün ve akut inflamasyonun görüldüğü bir dokudur (Özmen 2009). Meme kanseri, memedeki süt kanalları ve süt bezlerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan, meme dokusuna invaze olabildiği gibi çevre dokulara metastaz yapabilen malign hastalıktır. Kadınlarda en sık görülen kanser türü olup, erkeklerde de görülebilmektedir (American Cancer Society (ACS) 2015, <http://www.cancer.org/> , Erişim Tarihi: 18.08.2016).

### 2.4.3. Meme Kanserinin Tarihçesi

Tarihte meme kanserine yönelik ilk yazılı kaynaklar Eski Mısır'da bulunmuştur. M.Ö. 3000 yıllarında cerrahi işlemlerin tanımlandığı papürüslerde meme dokusunun yer aldığı 8 vaka sunulmuş olup bunların beşincisinde meme dokusundaki tümörden söz edilmektedir (Yalom 1997).

Hellenistik dönemde Herodotus'un (M.Ö. 484-425) eserinde hekimlerin yaygın ülserli meme kanserlerini tedavi ettiği yer almaktadır (Yalom 1997).

M.Ö. 460-375 yıllarında yaşayan Hippokrates meme kanserlerinde adet kesilmesinden bahsetmekte olup genç hastalarda adet normalle dönmesi için çarelerin araştırıldığından söz etmektedir. Yine bu dönemde memede görülen solid, akıntısız tümör dokularının vücudun diğer bölgelerine yayılabileceği bilinmektedir (Donegan ve Spratt 2002).

Ortaçağda Endülüs'lü İslam cerrahı Ebulkasım Zehravi meme kanserinde dağlama tedavisini önermiştir (Yalom 1997).

Sir James Paget'in 1874'te Londra'da yayınladığı raporda meme başındaki değişimlerin bazı durumlarda meme kanserinin belirtisi olduğunu bildirmiştir. Charles Moore (1821-1870) "en-bloc" rezeksiyonunun güvenilir bir yöntem olduğunu rapor etmiştir. Moore o yıllarda uygulanmakta olan parçalara bölünerek yapılan mastektominin kanser etkenlerinin cerrahi yaraya yayılmasına neden olacağını ve böylece lokal olarak veya komşu skar dokularında kanser odaklarının görüleceğini bildirmiştir. Moore bu vakalarda sağlam dahi olsa meme dokusunun tamamının cerrahi müdahale ile alınması yönünde yayınlar yazmıştır. Wilhelm

Conrad Röntgen 19.yy 'ın sonlarında x ışınlarını keşfetmesi sayesinde radyoterapi ile mamografiye giden yolun açılmasını sağlamıştır (Yalom 1997).

Ultrasonografi'nin 1950'li yıllarda kullanılmaya başlanması ile kistler ile solid kitleler arasındaki fark anlaşıldığı gibi solid kitlelerin özellikleri de anlaşılmaya başlanmıştır (Donegan ve Spratt 2002).

Günümüz dünyasında araştırmalar büyüme faktörleri ve hücre içi sinyal yollarını ortaya koyarak, bu verilerden kansere karşı yararlanma imkânını ortaya çıkarmıştır (ACS 2016, <http://www.cancer.org>, Erişim Tarihi: 05.09.2016).

#### **2.4.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Meme kanseri tüm dünyada en sık görülen ikinci, kadınlar arasında ise en sık görülen kanser türüdür. 2012 yılında yaklaşık 1,67 milyon kadının meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır. Az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde sık görülmekte olup az gelişmiş ülkelerde daha çok kanser vakası (883 000 yeni vaka) bulunmaktadır. Dünya geneline bakıldığında insidansları Kuzey Amerika'da Orta Afrika ve Doğu Asya'dan yaklaşık 4 kat daha fazladır (GLOBACAN 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>, Erişim Tarihi: 18.08.2016).

Az gelişmiş ülkelerde tüm kanserler arasında ölüm nedeni olarak beşinci sırada yer alırken kadınlar arasında en sık görülen ölüm nedenidir. Gelişmiş ülkelerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada (%15,4) gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde meme kanserinde ölüm oranlarının insidansına göre daha düşük olmasının nedeni tedavi imkanlarının gelişmesi, buna bağlı olarak sağ kalımın daha yüksek olmasıdır. Bu oran Doğu Asya'da 100 000'de 6 iken, Batı Afrika'da 100 000'de 20'dir (GLOBACAN 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>, Erişim Tarihi: 18.08.2016).

Amerika'da 2009-2013 yılları arasında her yıl 100 000 kadından 125'i yeni meme kanseri tanısı alırken 21,5'i meme kanserinden ölmüştür. 2013 yılında 3 milyondan fazla kadının meme kanseri olduğu saptanmıştır. Kadınların yaklaşık %12,3'ünde ömürlerinin bir döneminde meme kanserine yakalanma riski vardır (National Cancer Institute (NCI) 2015, <http://seer.cancer.gov>, Erişim Tarihi: 22.07.16). Amerikan Kanseri Birliği'nin 2016 yılı tahminlerine göre 2016 yılı içinde yaklaşık 246 660 kadının invazif meme kanseri, 61 000 kişinin in situ meme kanseri

tanısı alacağını ve yaklaşık 40 450 kadının ise meme kanserinden dolayı hayatını kaybedeceği belirtilmiştir (ACS 2016, <http://www.cancer.org>, Erişim Tarihi: 05.09.2016).

İngiltere’de 2013 yılında 53 696 kişi invazif, 7 300 kişi ise in situ kanser tanısı almıştır. Kadınlarda kanserler arasında ölüm nedeni olarak ikinci sırada yer almaktadır. Bir yıl içinde 11 400 kişinin ölüm nedeni meme kanseridir. Bu kişilerin ¾’ünden fazlası 60 yaş ve üzerindedir. Meme kanserli kadınların yaklaşık %27’sinde risk faktörlerinin aşırı şişmanlık ve obezite, alkol tüketimi ve bazı mesleki maruziyetler olduğu tespit edilmiştir (Cancer Research UK, <http://www.cancerresearchuk.org/>, Erişim Tarihi: 01.08.2016).

2012 yılı verilerine göre meme kanseri insidansının yüksek olduğu 20 ülke arasında Belçika’da birinci sırada gelmektedir. İnsidans, Kuzey Amerika ve Okyanusya bölgelerinde yüksekken, Asya ve Afrika’ da ve az gelişmiş ülkelerde düşüktür. Brezilya’da alkol alımının kesilmesi, fiziksel olarak aktif olma ve sağlıklı kiloyu sürdürebilme gibi yaşam değişiklikleriyle meme kanseri görülme sıklığı %22’ye düşmüştür (World Cancer Research Fund International, <http://www.wcrf.org>, Erişim Tarihi: 01.08.2016).

Kore’de yapılmış bir çalışmada adolesan ve genç yetişkin kişiler arasında (15-29 yaş) en sık görülen kanser türlerinden olan meme kanseri dördüncü sırada gelmektedir. Ayrıca 1999-2010 yılları arasında insidansında yıllık %3,5 artış görülmüştür (Moon ve ark. 2014).

Meme kanseri Avrupa bölgesinde yaşayan kadınlarda en sık rastlanan kanser türü olup coğrafi bölgelere göre insidansı 100 000’de 49-148 arasında değişmektedir. GLOBOCAN 2012 verilerine göre Avrupa Birliği’ne üye devletlere bakıldığında meme kanseri en sık rastlanan kanser türü ve kansere bağlı ölüm nedeni olup 362 000 yeni vaka ve buna bağlı yaklaşık 92 000 mortalite tespit edilmiştir. İnsidansı 143/100 000 oranı ile en fazla Danimarka’da görülürken en az Bosna-Hersek’te 49/100 000 olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra Avrupa Bölgesinde yeni vakaların 464 000’e, mortalitenin ise 131 000’e çıkacağı tahmin edilmektedir (Ferlay ve ark. 2012).



GLOBOCAN 2012 verilerine göre ülkemizde meme kanseri insidansı %24,5 iken mortalite %15,7'dir. Her iki cinsiyette görülen tüm kanser tiplerine bakıldığında insidans olarak akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir (GLOBOCAN 2012, <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>, Erişim Tarihi: 18.08.2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre her 100 000 kadının 45,9'u meme kanserine yakalanmaktadır. Tüm kanserler içinde %24,6 ile en yüksek orana sahiptir. En sık 60-64 yaşlar arasındaki kadınlar meme kanseri tanısı almaktadır (154,3/100 000). Meme kanseri vakaları histolojik olarak incelendiğinde %94,4'ü duktal ve lobüler tiptedir (Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim Tarihi: 20.05.2016).

#### **2.4.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri**

Kanserle mücadelenin en iyi yolu bilinen risk faktörlerini kontrol ederek kanser oluşmadan önlemektir. Ancak yapılan çalışmalar tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanseri oluşumunu etkileyen birçok faktör bulunduğunu bildirmektedir (Karayurt 2015 ).

Oluşturdukları risk seviyelerine göre faktörler 3 temel başlıkta toplanmaktadır:

- 1) Çok yüksek düzeyde risk oluşturanlar (rölatif riski -RR- 5'in üzerinde olanlar),
- 2) Yüksek düzeyde risk oluşturanlar (RR'i 1,5 ile 5 arası olanlar)
- 3) Düşük düzeyde risk oluşturanlar (RR'i 1,5'in altında olanlar).

Faktörlerden bazıları tek başına önemli ölçüde riski artırmaktadır. Fakat birçok faktör ortalamanın biraz üstünde risk meydana getirmektedir (Güllüoğlu 2011).

- **Yüksek Risk Faktörleri**

BRCA1 ve BRCA2 genlerinde meydana gelen mutasyonlar meme kanseri riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Kadınlarda mutasyona bağlı meme kanseri gelişme olasılığı %5-10'dur (ACS 2016, <http://www.cancer.org>, Erişim Tarihi: 28.07.2016). BRCA 1 ve 2 genlerinde mutasyonu görülme sıklığı toplumda %0,5 olup meme kanseri olgularının yaklaşık %5-10'u genetik yatkınlık sonucu ortaya çıkmaktadır (Eisen ve ark. 2008).

Daha önce yapılmış meme biyopsisinde lobuler karsinoma in situ (LKIS) saptanmış olması her iki meme dokusunda kanser gelişimi için önemli bir risk belirleyicisidir. Retrospektif çalışmalar LKIS'ı olan kadınların riskinin ortalama riske sahip olan kadınlara göre ortalama 8-10 kat fazla olduğunu göstermiştir (Güllüoğlu

2011).

Memenin aktif olarak geliştiği 10-14 yaş arasında, radyasyona maruz kalma, meme kanserine yakalanma riskini %35 artırmaktadır. Özellikle hayatın ilk 30 yılında bireylerin toraks bölgesine uygulanan terapötik radyoterapi işlemi de kanser riskini artırmaktadır. Kırk beş yaşından sonra ise radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini etkilememektedir (John ve Kelsey 1993; Güllüoğlu 2011).

- **Orta Düzey Risk Faktörleri**

İleri yaş en önemli risk faktörlerinden biridir. Genellikle over hormonlarına maruziyet ile ilişkilendirilmektedir. 65 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri görülme riski daha genç hastalara göre 6 kat fazladır. Meme kanseri 20 yaşından genç kadınlarda nadir görülmektedir ve yaş ilerledikçe görülme oranı artmaktadır (Foxon ve ark. 2011; ACS 2010, <http://www.cancer.org>, Erişim Tarihi: 28.07.2016).

Hem kadınlarda hem de erkeklerde özellikle birinci derece akrabalarda (anne, kız kardeş, baba ya da erkek kardeş) meme kanseri görülmesi 1,8 kat meme kanseri riskini arttırır. Bu risk iki akrabasında meme kanseri görülen kadınlar için yaklaşık üç kat daha yüksek iken, üç veya daha fazla yakınında meme kanseri görülen kadınlar için bu risk yaklaşık dört kat daha fazladır. Akrabalarına erken yaşta meme kanseri tanısı konulmuş olan kadınlarda ileri dönemde kanseri riski artmaktadır. Aile öyküsünde over kanserinin de bulunması meme kanseri riskini arttırır. Genetik geçişli meme kanseri genellikle ailede yaşam biçimi etkileşimi ve genetik yatkınlık ile açıklanabilir (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2001).

Atipik Duktal/Lobuler Hiperplazi (ADH/ALH) meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücrelerin aşırı büyümesidir. Atipik proliferatif lezyonlar kadınların meme kanseri olma riskini normale göre 4-5 kat arttırmaktadır (Kabat ve ark. 2010).

Atipik proliferatif lezyonlar mamografi değerlendirmeyi güçleştirmesinin yanı sıra, bağımsız bir faktör olarak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Mamografi ile belirlenen dens meme yapısına sahip kadınlarda risk 4-5 kat daha fazladır (Boyd ve ark. 2007).

Hastanın kendisinde daha önce duktal karsinoma in situ (DKIS) veya invaziv meme kanseri gelişmesi diğer memede ikinci bir meme kanserinin oluşma riskini

artırmaktadır (Güllüoğlu 2011).

Serum östrodiol ve testosteron seviyelerinin yüksek olması özellikle postmenopozal meme kanseri görülme riskini yaklaşık 2 kat artırmaktadır (Güllüoğlu 2011).

- **Düşük Risk Faktörleri**

Menarş ve menapoz yaşları bir kadının hayatında yüksek seviyede östrojen ve progesterona maruz kaldığı dönemdir. Aralarındaki süre uzadıkça meme kanseri için riskin arttığı, kısaldıkça ise riskin azaldığı kabul görmektedir. 12 yaşından önce menarş olan kadınların 15 yaşından sonra olanlara göre meme kanseri rölatif gelişim riskinin yaklaşık 1,3 kat, 55 yaşına kadar menapoza girmemiş kadınların 45 yaştan önce menapoza girmiş kadınlara göre 1,2 kat daha fazla meme kanserine yakalanma riski olduğu ortaya çıkmıştır (Colditz ve ark. 1993).

Doğum yapmamış olmak, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması kanserin gelişmesinde etkilidir. İlk doğum yaşı 30 yaşından büyük olan kadınlarda kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre dört kat artmaktadır (ACS 2016, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer>, Erişim Tarihi: 05.09.2016).

Menapoz nedeni ile 5 yıl süre ile kombine (östrojen ve progesteronu birlikte içeren) hormon replasman preparatlarının kullanılması meme kanseri riskini %25 artırmaktadır. Menapoz semptomlarını ortadan kaldırma ya da menapoza bağlı komplikasyonları önleme amaçlı sadece östrojen preparatlarının kullanılmış olmasının riski arttırmadığı saptanmıştır. Östrojen ve progesteron içeren kombine preparatlarının 2-3 yıldan daha uzun süre kullanılması ile riskin artış gösterdiği, ilacın kullanılmasının bırakılmasını takip eden 2 yılın sonunda ise riskin normal düzeye düştüğü gösterilmiştir (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1996).

Emzirmenin bir yıl ya da daha fazla olması kadınlardaki meme kanseri riskini azaltmaktadır. Emzirme bazal meme kanserini korumada etkili olabilir, uzun süre emzirme riski daha da azaltır. Otuz ülkede yapılan 47 çalışmayı kapsayan bir sistematik incelemede; 12 ay boyunca emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %43 oranında azaldığı gösterilmiştir. Emzirmenin mensturasyonu engellediği için mensturasyon siklus sayısını azaltarak meme kanserini azalttığı belirtilmektedir

(Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Faupel-Badger ve ark. 2013).

Kadınlarda alkol tüketiminin artmasıyla meme kanseri riski artmaktadır. Bu riskin, her gün yaklaşık 10 gr alkol tüketilmesi ile %7 ile %12 oranında olduğu belirtilmektedir (Allen ve ark. 2009). Risk, tüketilen alkolün tipine değil, ortalama tüketim miktarına bağlı artmaktadır. Alkol, östrojen üretim metabolik yolunu etkileyerek, dolaşımdaki östrojen düzeyinin artması ile meme kanseri riskini arttırmaktadır (Fentiman 2001).

Obezite postmenopozal meme kanseri riskini artıran değiştirilebilir risk faktörüdür. Meme kanseri riski aşırı kilolu kadınların yağ dokularından kaynaklanan yüksek östrojen seviyeleri ile ilişkilidir. Bir meta analizde; 40-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri riski, normal kilolu kadınlarda, fazla kilolu kadınlara göre %14, obez kadınlara göre ise yaklaşık %26 daha az olduğu bulunmuştur (Nelson ve ark. 2012).

Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10-20 oranında daha az olduğu belirtilmiştir. Egzersiz programlarına katılan kadınların %10-70'inde risk azalmaktadır. Her hafta 3-4 saat egzersiz yapan kadınlarda %40 oranında risk azalmaktadır. Fiziksel aktivite ve meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki mekanizması yeterli olarak açıklanamamış olmakla birlikte riskin azalması, fiziksel aktivitenin beden kitlesi, hormonlar ve enerji dengesi üzerinde olumlu etkilerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Neilson ve ark. 2009; Eliassen ve ark. 2010).

Daha önce yapılan meme biyopsisinde şiddetli epitelyal hiperplazi, papillom, sklerozan adenozis ve kompleks fibroadenom saptanması o kişide meme kanseri riskini en fazla 1,5 kat arttırmaktadır.

Atipi içermeyen papiller lezyonlar her iki memede kanser gelişme riskini 1,5-2 kat arttırmaktadır. Papiller lezyonun soliter ya da multipl olması veya santral ya da periferik olmasından ziyade atipi içerip içermemesi ileride meme kanseri görülme riskini belirlemektedir. Ancak periferik yerleşimli papillomların daha yüksek oranda atipi içerdiği görülmüştür. Atipi içeren papiller lezyonlar meme kanseri riskini 7,5 kat arttırmaktadır (Güllüoğlu 2011).

- **Riski Artırmayan veya Belirsiz Olan Faktörler**

Tütün ürünleri, kürtaj ve abortus, antiperspirant veya tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerle etkileşim, oral kontraseptifler, diyetle alınan yağ, hayvansal kaynaklı besinler, elektrik battanivesi, mikrodalga fırın gibi elektromanyetik dalgalar yayan ev eşyaları ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmış olup kesin bir sonuç elde edilememiştir. Bu faktörler meme kanseri riskini artırmayan fakat kullanım ve maruziyet açısından dikkat edilmesi gereken faktörler kategorisindedir (Güllüoğlu 2011).

#### **2.4.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları**

Meme kanseri genellikle ilk evrede belirti vermemektedir. Belirtiler kanserin yayılımına ve kişilere özgü olarak değişmektedir. Memede meydana gelen değişikliklerin birçoğu zararsız olabilmekle beraber meme kanserinin ilk belirtileri olma ihtimali unutulmamalıdır. Kadınlara, bedenlerinin normal yapısını bilmeleri ve normalden sapma durumlarını belirleyebilmeleri ve böyle durumlarda gerekli yerlere başvurmaları önerilmeli, yaşlarına göre meme tarama programlarına katılmaları sağlanmalıdır (Somunoğlu 2009).

Meme kanserinde görülebilecek belirtiler (Jemal ve ark. 2007);

- Kitle
- Meme başında retraksiyon
- Meme derisinde çukurlaşma
- Ağrı
- Meme derisinde ödem, portakal kabuğu görünüm
- Deride ülserasyon ve eritem
- Meme başı akıntısı
- Lenf nodüllerinde büyüme
- Üst kolda anormal şişlik
- Enflamasyon bulguları
- Deri retraksiyonu

#### 2.4.7. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı

Meme kanserinin erken tanısı hastalığın seyri ve tedavi süreci için büyük bir önem taşımaktadır. ACS, meme kanserinin erken tanısı için 40 yaşından itibaren yıllık mamografi ve klinik meme muayenesi (KMM) önermektedir. Ayrıca ACS kadınlarda meme kanserinde farkındalığı sağlamak için 20 yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılmasını önermektedir (Tablo 2). ACS'nin meme kanserinin erken tanısında önerdiği rehber;

**Tablo 2. Amerika Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Programı**

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 kez/her ay (isteğe bağlı)
	KMM	3 yılda bir kez
40 ve üzeri	KKMM	1 kez/her ay (isteğe bağlı)
	KMM	Yılda 1 kez
	Mammografi	Yılda 1 kez
Riskli grup	KKMM	1 kez/her ay (isteğe bağlı)
	KMM	Yılda 1 kez
	Mamografi	Yılda 1 kez
	Manyetik Rezonans (30 yaş)	Yılda 1 kez

**Kaynak:** ACS 2014 (Erişim tarihi: 02 .09. 2016; Erişim adresi: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-040951.pdf>).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları’na göre meme kanserinin erken tanılanması için mamografi taramasını 50-69 yaş arasında iki yılda bir kez önermekte iken, bugün 40-69 yaş arasında iki yılda bir kez önermektedir. Sağlık Bakanlığı’nın meme kanserinin erken tanısında önerdiği tarama yöntemleri ve sıklığı Tablo 3’te verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.thsk.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 02/09/2016).

**Tablo 3. T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı**

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	Her ay 1 defa (farkındalığı artırmak için)
	KMM	3 yılda 1 defa
40-69	KKMM	Her ay 1 defa (farkındalığı artırmak için)
	KMM	Yılda 1 defa
	Mamografi	2 yılda 1 defa

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, <http://www.thsk.saglik.gov.tr>, (Erişim tarihi: 02/09/2016).

Meme kanserinin erken tanılarda önerilen üç yöntem bulunmaktadır (Özmen ve ark. 2009):

- Kişinin (Kendi Kendine Meme Muayenesi-KKMM) meme kontrolleri
- Klinik meme kontrolleri (Klinik Meme Muayenesi-KMM)
- Mammografi

#### **2.4.7.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

Meme kanserinin erken tanısında KKMM önemli bir yere sahiptir. KKMM, meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde yararlı olduğu gibi yaşam süresinin uzamasında da büyük bir öneme sahiptir (Koca 2010). Kadının KKMM yapmasının ise birçok nedeni vardır. Bunlardan biri meme kanserinin erken tanıldığında, tedavisi kolay ve iyileşebilen bir kanser olmasıdır. Diğer bir nedeni ise her ay düzenli KKMM yapan kadının beceri ve güveninin artmasıdır. Her kadın düzenli olarak KKMM yaptığında meme dokusunu tanıyacak ve herhangi bir değişikliği kolaylıkla fark edebilecektir (Gürsoy 2008).

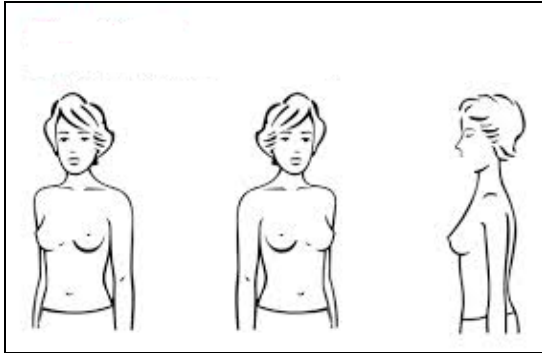
KKMM her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Muayene için en uygun zaman, menstrüasyonun 5-7. gününde, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır. Menstruasyondan önceki günlerde memeler hormonal etkilere bağlı olarak daha dolgun, gergin ve konjesyone olduğundan bu dönemde yapılan muayene bulguları yanıltıcı olabilir. Menapoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınların KKMM'yi her ayın belli bir günü yapması uygundur. Emziren anneler, meme muayenelerini memeler boşken yapmalıdırlar. KKMM temelde görerek gözle yapılan

meme muayene ve dokunarak yapılan meme muayenesi olmak üzere iki aşamadan oluşur (Parlar ve ark. 2005).

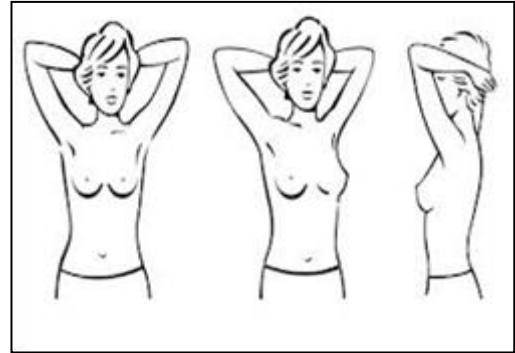
- **Memenin Göz ile Muayenesi**

Memenin gözle muayenesi, vücudun belden yukarısında kıyafet olmayacak şekilde, yeterli ışık alan bir yerde ayakta ayna karşısında yapılması işlemidir. Kollar iki yana serbest bırakılır ve memeler dikkatli bir şekilde gözlemlenir (Şekil 1). Memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede memelerin şekil ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisinde şişkinlik, içe çekilme, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı kontrol edilir (Demir 2016).

İkinci aşamada eller baş hizasından yukarıya kaldırılarak memelerin görünüşü incelenir (Şekil 2). Özellikle meme başında bir değişme olup olmadığına, meme başlarından birinin fazla aşağıda veya yukarıda olup olmadığına ve iki meme arasında büyüklük ve şekil yönünden bir farklılık olup olmadığına bakılır (Parlar ve ark. 2005).



**Şekil 3. Memenin ayakta kollar yanda iken değerlendirilmesi**



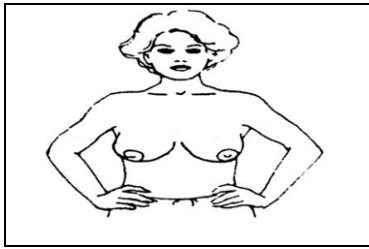
**Şekil 4. Kollar baş hizası yukarısında iken memenin değerlendirilmesi**

Ardından eller bele konulup bastırılarak pektoral kaslar gerilir (Şekil 3). Bu pozisyonda da meme derisinde herhangi bir içe çekilme, büzülme veya meme uçlarından birinin içe çekilip çekilmediği incelenir. Bunun yanı sıra meme kenarlarında bir düzensizlik olup olmadığına bakılır (Kaymakçı 2001).



Son olarak kollar yanda kalacak şekilde öne doğru eğilerek memelerde anormal büyüklük, sarkıklık gibi buruşukluk gibi anormal bulgular kontrol edilir (Şekil 4).

Bu incelemenin dört ayrı pozisyonda yapılmasının nedeni meme dokusunun arkasında kalan kasların çeşitli pozisyonlarda farklı şekillerde kasılarak meme dokusundaki muhtemel kitle veya değişimlerin gözle görülebilir hale gelmesinin sağlanmasıdır. Memedeki kitleler çoğu durumda memeye sabit bir duruş kazandıran Cooper bağlarının ve meme arkasındaki kasların işlevlerini bozduğundan bu durum memeye çeşitli pozisyonlar verilerek belirgin hale getirilebilir (Demir 2016).



Şekil 5. Kollar belde iken memenin değerlendirilmesi



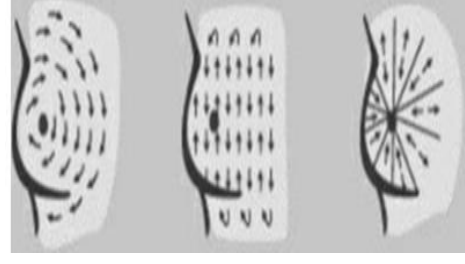
Şekil 6. Öne eğilerek memenin değerlendirilmesi

- **Memenin El ile Muayenesi**

Meme muayenesinin ikinci kısmında memelere dokunarak kontrol edilir. Bu muayenede her iki memenin koltuk altından klavikula üzerine oradan da omuza kadar olan alan palpe edilir. Ayakta durur pozisyonda muayene edilecek memenin muayenesi için o taraftaki kol başın üzerine kaldırılır. Diğer elin üç orta parmağı (parmakların en uçtaki iç bölümleri) ile memenin dış kenarından başlanarak, parmaklar saat yönünde, yukarıdan aşağıya veya meme başından çevreye, çevreden meme başına ışın şeklinde doğru çizecek şekilde yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir. Dokular parmaklarla bastırılarak palpe edilir. Önce yüzeysel, daha sonra derin palpasyon yapılır. Daha sonra koltuk altı ve klavikula üstü alan da palpe edilir (Şekil 5, Şekil 6). Gözle değerlendirmenin ardından her iki meme başına beyaz bir mendil veya peçete ile konulup meme ucunun sıkılarak gelen bir akıntının olup olmadığı kontrol edilir (Kaymakçı 2001; Parlar ve ark. 2005; Kaymakçı 2010).



Şekil 7. Memenin ayakta muayenesi



Şekil 8. Elle muayene şekilleri

Sırtüstü yatar pozisyonda, memeler tekrar palpe edilir. Düz bir zemin üzerine uzanarak muayene edilecek meme sırt ve skapula altında ince bir yastık veya katlanmış bir havlu ile desteklenerek ayakta yapılan işlemler tekrarlanır. Yine o taraftaki el başın altına konularak kol kaldırılır (Şekil 7). Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir (Parlar ve ark. 2005).



Şekil 9. Yatar pozisyonda memenin değerlendirilmesi

#### 2.4.7.2. Klinik Meme Muayenesi (KKM)

Klinik meme muayenesi, sağlık çalışanları tarafından kadınlara yapılan fiziksel muayenedir. Klinik meme muayenesi, hasta oturur pozisyonda ve yatar pozisyonda olmak üzere iki aşamada yapılır. Burada kullanılan yöntemler inspeksiyon ve palpasyondur. Bu muayene ile birlikte; memeler şekil ve büyüklük açısından değerlendirilir. Ayrıca meme derisinde şişkinlik, çökme, renk değişikliği, meme başında içeri çekilme olup olmadığı gözlenir ve palpasyonla değişiklik olup olmadığı değerlendirilir (Kaymakçı 2010).

### 2.4.7.3. Mamografi

Memenin iki plak arasında sıkıştırılarak x-ray ile meme iç yapısının görüntülenmesidir. Tanısal mammografi hasta spesifik semptomlar bildirdiğinde, şüpheli klinik bulguların varlığında ya da mammografi taramasında bir anormallik bulunduğu yapıdır. Meme görüntülenmesinde bu gün için altın standart olarak kabul edilen bir yöntemdir. Önerilen tarama aralıkları, semptomlar oluşmadan önce meme kanserinin mammografiyle belirlenebilme süresi üzerine temellenmiştir. Meme kanserini palpabl olmadan yaklaşık iki yıl önce saptayabilmektedir (Smeltzer ve ark. 2010).

Mammografinin duyarlılığı yüksek olmasına rağmen, meme kanserinin %10-15'ini belirleyememektedir. Yanlış negatifliğin en önemli nedeni yoğun meme dokusudur. Mamografide kitleler beyaz, yağ dokusu ise siyah olarak görüntü vermektedir. Mamografide kanserin verdiği görüntünün yoğunluğu homojen değildir. Kenarları düzgün değil ve iğne biçiminde çıkıntılar vardır. %30 vaka da kanser için tipik olan küçük ve çok sayıda kalsifikasyon odakları bulunur. Benign kitlelerin ve kistlerin verdiği görüntü ise homojendir, kenarları düzgündür. İçinde kalsifikasyon odağı genelde yoktur, varsa da az sayıda ve küçüktür (Tabar ve ark. 2011).

### 2.4.8. Meme Kanseri Evreleri

Meme kanseri tanısı ilk konulduğu zaman, en uygun tedavinin seçilebilmesi için hastalığın öncelikle evresinin tespit edilmesi gerekmektedir. Evrelemede ilk olarak öykü alınması, fizik muayene, kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve metabolik profilin tamamlanmasıyla değerlendirilir. Semptomlara yönelik kemik, beyin, akciğer ve karaciğer değerlendirilmesi yapılır (McPherson ve ark. 2000).

Klinik evreleme primer tümörün özelliklerine, aksiller lenf nodlarının fiziksel muayenesi ve uzak metastazların varlığı ya da yokluğuna dayanmaktadır. Patolojik değerlendirme klinik değerlendirmeye göre daha güvenilirdir. Çünkü meme kanserinin patolojik evreleme sisteminde aksiler lenf nodu tutulumu ve tümör çapı gereklidir (Foxon ve ark. 2011).

Dünyada ve ülkemizde en çok kullanılan klinik evreleme sistemi Union International Against Cancer (UICC) ve American Joint Committee on Cancer

(AJCC)'nin biçimlendirdiği TNM sistemidir (Tablo 4, 5). Buna göre; tümör T, nodül N, metastaz M ile temsil edilir.

**Tablo 4. Meme Kanseri Evrelendirmesinde Tümör-Nod-Metastaz (TNM) Sınıflandırması**

<b>Primer Tümör (T)</b>	
<b>T0</b>	Tümör yok
<b>Tis</b>	Karsinoma in situ
<b>T1</b>	Tümörün en büyük çapı $\leq 20$ mm
<b>T1mi</b>	Tümörün en büyük çapı $\leq 1$ mm
<b>T1a</b>	1-5 mm
<b>T1b</b>	6-10 mm
<b>T1c</b>	11-20 mm
<b>T2</b>	21-50 mm
<b>T3</b>	Tümörün en büyük çapı $> 50$ mm
<b>T4</b>	Herhangi bir boyuttaki tümörün direk göğüs duvarı ve/veya cilt tutulumu
<b>T4a</b>	Yalnızca pektoral kas invazyonunu içermeyen göğüs duvarı tutulumu
<b>T4b</b>	Meme derisinde ödem veya ülserasyon, aynı meme üzerinde deri nodülleri vardır.
<b>T4c</b>	4a+4b
<b>T4d</b>	İnflamatuvar karsinom
<b>TX</b>	Primer tümör değerlendirilemiyor
<b>NO</b>	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
<b>N1</b>	İpsilateral mobil level I, II aksiller lenf nod(lar)a metastaz
<b>N2</b>	Ipsilateral klinik olarak yığın yapmış level I, II aksiler lenf nodu metastazı veya interanal mamarial nodlarında klinik görünüm vardır.
<b>N3</b>	İpsilateral supraklavikular nod(lar)a metastaz
<b>NX</b>	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
<b>M0</b>	Uzak metastazın klinik veya radyografik kanıtı yok
<b>M1</b>	0,2 mm'den büyük saptanabilir uzak metastazlar var
<b>MX</b>	Uzak metastaz değerlendirilemiyor

**Tablo 5. Meme Kanserinde Evreleme**

	Tis	N0	M0
<b>Evre IA</b>	T1	N0	M0
<b>Evre IB</b>	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
<b>Evre IIA</b>	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
<b>Evre IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>Evre IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
<b>Evre IIIB</b>	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
<b>Evre IIIC</b>	Herhangi bir T	N3	M0
<b>Evre IV</b>	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

#### 2.4.9. Meme Kanserinde Korunma

Meme kanseri kadınların hayatını tehdit eden en önemli risk faktörlerindedir. Bu amaçla riski azaltacak tutum ve davranışlar yoluyla kanser gelişiminin önlenmeye çalışılması, kanser geliştiği durumlarda da erken tanı ve etkin tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin artırılmasını destekleyen girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Bu durum birincil ve ikincil korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir (Abaan 1996; Aksoy 2000).

##### 2.4.9.1. Birincil Korunma

Meme kanseri gelişimi açısından yüksek risk taşıyan kadınlarda, kanserin oluşmadan önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu kapsamda, meme kanserinin oluşmaması için çevresel risk faktörlerinden ve karsinojenlerden korunma ve beslenmenin düzenlenmesi gibi önlemlerin yanı sıra, yüksek risk grubunu

oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan bireylerde kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon (kimyasal korunma) önerilmektedir. (Yüceyar 2000).

Birincil korumada kontrol edilebilecek olan bazı yaşam biçimi değişiklikleri (ACS 2010, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer>, Erişim Tarihi: 05.09.2016);

- Dengeli beslenme şekli, besinlerin uygun biçimde ve ortamda saklanması ve pişirilmesi, ayrıca alkol ve sigara tüketiminin kısıtlanması,
- 30 yaşından önce doğum yapma,
- Emzirme,
- Düzenli egzersiz,
- Östrojen içeren ilaçların hekim gözetiminde kullanımı, özellikle ailede meme kanseri riski olan 25 yaş altındaki kadınların oral kontraseptif kullanmamaları,
- Kemoprevensiyon; kimyasal koruma dahilinde Tamoksifen ve Raloksifen kullanımı yüksek riskli kadınlara önerilmektedir. Tamoksifen, meme kanseri oluşumunu veya gelişimini geciktiren bir ajan olup meme dokusunda östrojeni bloke ederek vücudun diğer bölümlerinde östrojen gibi çalışmaktadır. Raloksifen, tamoksifen gibi östrojen agonisti ve antagonisti olarak görev yapmaktadır.
- Bilateral profilaktik mastektomi meme kanseri riskini %90 oranında azaltmaktadır.
- Göğüs bölgesine yapılan gereksiz iyonize radyasyondan kaçınılması,
- Stres ve kilonun kontrol altında tutulması.

#### **2.4.9.2. İkincil Korunma**

İkincil korunmada; meme kanserinin, erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden, erken evrede saptanarak, morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın prognozunu yavaşlatmak, yaşam süresi ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. Bu amaçla meme kanserini erken evrede saptamak için ayrıntılı anamnez, fizik muayene, risk faktörlerinin tanınması ile birlikte Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mamografiyi kapsayan tarama programları yer almaktadır (Akyolcu 2003).

### 2.4.9.3. Risk Değerlendirme Araçları

Meme kanseri risk ölçümünde kullanılan değerlendirme araçları (Karayurt ve Zorukoş 2008):

**Gail Modeli:** Gail ve arkadaşları (1989) tarafından kadınlarda meme kanseri gelişim riskini saptamak amacıyla geliştirilmiş olup bireysel risk faktörlerini kullanarak kadınların beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Modelde kullanılan risk faktörleri kadınların yaşı, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı, hiç doğum yapmamış olma, meme kanseri olan birinci derece yakınlarının sayısı, önceki benign meme biyopsi sayısı, önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi ve ırktır (NCI, [www.nci.nih.gov](http://www.nci.nih.gov), Erişim Tarihi: 13/11/2016).

**Claus Modeli:** Claus ve arkadaşları tarafından 1994 yılında genetik geçişli meme kanseri riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. On yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Model, meme kanseri riskini, kadının şu anki yaşı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece yakınlarının meme kanseri olma yaşını kullanarak hesaplamaktadır (NCI, [www.nci.nih.gov](http://www.nci.nih.gov), Erişim Tarihi: 13/11/2016).

Gail modelinin sınırlılığı; kişisel meme kanseri öyküsü ve genetik mutasyonlar gibi faktörler dikkate alınmadan risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu nedenle, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlarda kanser riskini düşük hesaplayabilir. Ayrıca atipik hiperplazi olmayan biyopsilerin alınması nedeniyle risk tahminini artırabilmesidir. Claus modelinin sınırlılığı ise risk hesaplamasında aile öyküsü dışındaki risk faktörlerinin (önceki biyopsi sayısı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı gibi) kullanılmamasıdır (Vogel 2003).

**Tyrrer-Cuzick Modeli:** 2004 yılında geliştirilen model, BRCA-1/2 gen mutasyonları ve diğer risk faktörlerini de değerlendirerek meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Modelde kullanılan risk faktörleri; kadının şu anki yaşı, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı, menapoz yaşı, atipik hiperplazi, LKIS varlığı, önceki benign meme biyopsi sayısı, meme kanseri olan birinci derece yakınını sayısı, meme kanseri olan ikinci derece akraba sayısı, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşı, birinci derece yakınlarında bilateral meme

kanseri, birinci derece yakınlarında over kanseri olup Gail ve Claus modeline göre daha kapsamlıdır (Tyrer ve ark. 2004).

**BRCAPro Modeli:** Model temelde BRCA gen mutasyonunu taşıma riskini hesaplamaktadır. Bu model hem etkilenmiş hem de etkilenmemiş olan akrabalarından bilgiyi içerir. Ancak bu modelde genetik dışı risk faktörü yer almamaktadır ve bu nedenle bu tip risk faktörleri olan kadınlarda mevcut risk daha düşük hesaplamaktadır (Parmigiani ve ark. 1998).

**Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı (The Breast Cancer Risk Assessment Tool):** Gail modeline temellendirilerek oluşturulmuş olup kişisel meme kanseri öyküsü, yaş, menarj yaşı, ilk canlı doğum yaşı, ailede meme kanseri öyküsü, meme biyopsisi sayısı ve ırk/etnik grup alanlarını içermektedir. Bu model gelecek beş yıl içerisinde ve 90 yaşına kadar kadında meme kanseri gelişme riskini hesaplamaktadır. Araç kadında yaşamı boyunca meme kanseri gelişme riskin tahminini doğru yapabilir ancak hastalığın gelişme zamanını tahmin edemez (Foxon ve ark. 2011).

Günümüzde, Gail ve Claus modellerinde kullanılan risk faktörlerine test sonuçlarının da eklenmesi ile risk saptayan paket programlardan (BRCAPRO gibi) herhangi birisi kullanılarak mutasyon varlığı ve kanser gelişme riski hesaplanabilmektedir (Berry ve ark. 2002; Domchek ve ark. 2003).

Ülkemizde Amerikan Kanser Birliği tarafından geliştirilen ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği meme kanseri risk değerlendirme formu kullanılmaktadır (Tablo 6) (Dinçel ve ark. 2014).



**Tablo 6. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu**

	<b>Puan</b>
<b>Yaş</b>	
<30	10
30-40	30
41-50	75
51-60	100
>60	125
<b>Ailesel meme kanseri öyküsü</b>	
Yok	0
Bir hala/teyze ya da büyükanne	50
Anne ya da kız kardeş	100
Anne ve kız kardeş	150
Anne ve iki kız kardeş	200
<b>Kişisel meme kanseri öyküsü</b>	
Meme kanseri yok	0
Meme kanseri var	300
<b>İlk doğum yaşı</b>	
30 yaş öncesi ilk doğum	0
30 yaş sonrası ilk doğum	25
Doğum yok	50
<b>Menstrual öykü</b>	
Menstruasyon başlama yaşı $\geq 15$	15
Menstruasyon başlama yaşı 12-14	25
Menstruasyon başlama yaşı $\leq 11$	50
<b>Beden yapısı</b>	
Zayıf	15
Normal	25
Şişman	50
<b>Değerlendirme</b>	
Düşük risk	<200
Orta risk	201-300
Yüksek risk	301-400
En yüksek risk	>401

#### 2.4.10. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

KKMM eğitiminde amaç; sağlığın korunması ile birlikte sürekliliğinin sağlanabilmesi için kadınlara KKMM ile ilgili bilgi kazandırmaktır. Bu amaçla istenen davranışların gelişmesi ve kazanılmış istenilmeyen davranışların değişmesi gerekmektedir (Kaymakçı 2001). Bu açıdan sağlık çalışanlarına, özellikle ebe ve

hemşirelere kadınları KKMM ile ilgili eğitmede önemli bir görev düşmektedir. Sağlık çalışanlarının eğitim için öncelikle kadınların meme kanseri ve KKMM hakkında neyi bilip neyi bilmediklerini, hangi konuyu bilmek istediklerini ve kadınlar için bunun neden gerekli olduğunu belirlemesi gerekmektedir (Akyolcu ve Kanan 1987).

Mevcut araştırmaların sonuçları ile sağlık çalışanlarının KKMM'ndeki rollerini geliştirmiş ve değişmiştir (Seçginli ve Nahcivan 2006). Böylece;

- Sağlık çalışanları kadınları meme kanseri ve muayene yöntemlerine ilişkin bilgilendirmekle birlikte meme kanseri farkındalıklarını artırmalıdır. Bunun için kadınlara memelerindeki anormal değişimlerin meme kanseri erken dönem belirtilerinden olabileceği anlatılmalıdır. Kadınlar, her ay düzenli bir şekilde KKMM yapmaları konusunda desteklenmelidir. KKMM'nin yanı sıra diğer tarama yöntemleri de anlatılarak, erken tanıdaki önemleri açıklanmalıdır. Ayrıca KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmada ne kadar etkili olabileceği konusunda kadınların merakı giderilmelidir. Bununla birlikte kadınlara KKMM'nin gereksiz biyopsi işlemleri ile anksiyeteye neden olabileceği anlatılmalıdır.
- Sağlık çalışanları KKMM'ye ilişkin eğitimlerinde, muayene işleminin doğru ve etkin yapılmasının önemini vurgulayarak, kadınlara KKMM'nin etkin ve doğru bir şekilde yapıldığı zaman meme kanserinin erken teşhisinde yararı olabileceği anlatılmalıdır. Bu nedenle öncelikle kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir.
- Sağlık çalışanları kadınlarda KKMM yapma oranını artırmak için KKMM'yi etkileyen sağlığa yönelik inançları, sağlık ile ilgili tutum ve algıları gibi faktörleri inceleyerek kadınların kültürel özelliklerine uyacak şekilde meme sağlığına yönelik eğitim programları düzenlemelidir.

Sağlık profesyonellerinin bu konuda daha bilinçli ve özverili davranmalarını sağlamak için beceri eğitimleri ön planda tutularak hizmet içi eğitimler verilmelidir. (Beydağ ve Yürügen 2010).

## 2.5. Sağlık İnanç Modeli

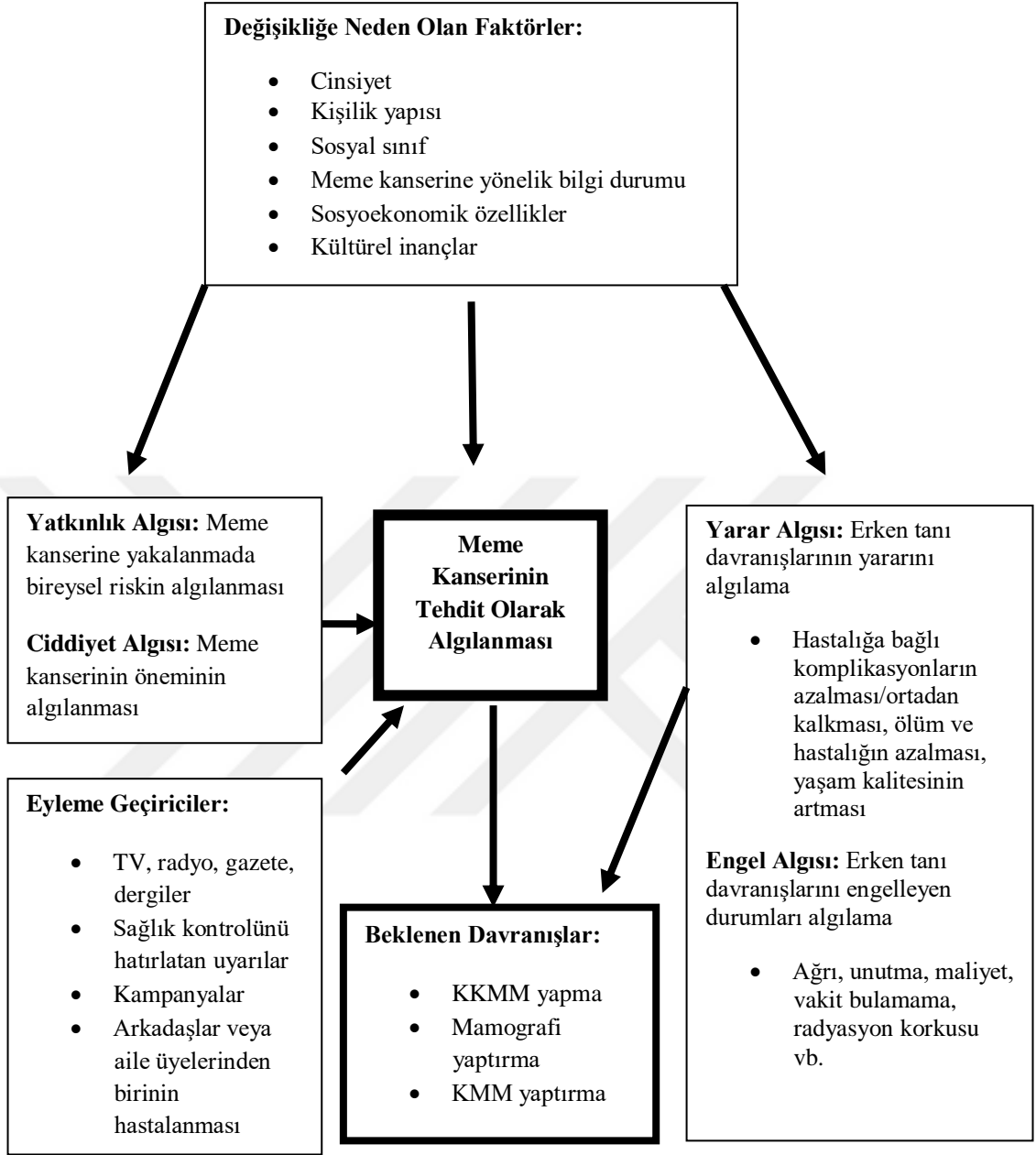
Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireyin sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya temellenmiş bir motivasyon teorisidir. 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Rosenstock ve ark. 1988).

Bu model, koruyucu toplum sağlığı hizmetlerinde kullanılmaktadır. Modelin bileşenlerine göre değerlendirilen birey, eksik bulunan yönde desteklenir ve davranışı uygulaması sağlanır.

SİM'de motivasyon (güdü) önemli bir role sahiptir. Motivasyon, bireyin istek ve gereksinimlerinden kaynaklanan, deneyimleriyle değişebilen ve böylece tutumu ve davranışlarına yön veren tepkilerdir. Bireyin öğrenmesini kolaylaştırmak için motivasyona dikkat edilmelidir (Ay 2013).

Bireyin, bir hastalıktan korunmak için kendisine önerilen davranışı yapmasını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan en önemlisi bireyin hastalığı algılamasıdır. Eğer birey hastalığa yatkınsa ve semptom gösteriyorsa, önerilen davranışı kolaylıkla uygulayabilir. Hastalık semptom göstermiyor ancak yatkınlık varsa, öncelikle bireyin bu yatkınlığı algılaması sağlanmalıdır. Bunun sonucunda birey hastalığı kendisi açısından değerlendirmeye başlar, önemini ve ciddiyetini kavrar. Bu süreci, bireyin demografik, psikososyal, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi gibi faktörler etkilemektedir. Bu faktörler, bireyin önerilen davranışın yararlarını ve kendisindeki engelleyici faktörleri algılamasını da etkileyebilir (Şekil 8) (Ersin ve Zuhul 2012; Ay 2013).

Victorya Champion, Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiştir. 1993, 1997 ve 1999 yıllarında Victorya Champion tarafından revize edilmiştir (Champion 1984,1993,1999; Champion ve Scott 1997).



Şekil 10. SİM'e göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar

### SİM Bileşenleri

**1. Algılanan Duyarlılık:** Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlık ile ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusunda inancıdır. Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesidir. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Bu, tanının kabulünü,

hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark. 2008). Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Ayrıca duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır.

**2. Algılanan Ciddiyet ve Tehdit:** Hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Algılanan ciddiyet hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır (Hochbaum 1958).

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleşerek algılanan tehditi oluşturmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadının, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Nahcivan ve Seçginli 2003).

**3. Algılanan Yarar:** Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir (Janz ve ark. 2002). Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir (Glanz ve ark. 2008).

**4. Algılanan Engeller:** Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Baltaş 2000).

**5. Öz Yeterlilik (Güven):** Öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (Janz ve ark. 2002).

**6. Algılanan Sağlık Motivasyonu:** Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik isteklilik durumudur. SİM'e göre, sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınların düzenli KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğilimleri daha yüksek olacaktır (Nahcivan ve Seçginli 2003).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde yatmakta olan tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri riski saptanarak verilen KKMM eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır (Nahcivan 2014). Araştırmada, katılımcılara sosyodemografik bilgilerini de içeren KKMM bilgi ve uygulamaları ile SİM değerlendirme formu ön-test ve son-test düzeni ile uygulanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi**

Araştırma 15 Nisan-30 Ağustos 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Kliniklerinde yatan hasta servislerinde yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Kliniklerinde yatan tip 2 diyabet tanısı almış meme kanseri ya da farklı bir kanser türü tanısı almamış kadınlar oluşturmuştur. KKMM yapma yaşının 20 olması ve KKMM'nin düzenli bir davranış haline dönüşmesi nedeniyle 25-65 yaş arası kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş 15 Nisan-30 Ağustos 2016 tarihleri arasında Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Kliniklerinde yatan araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=130).

### 3.4. Araştırmanın Hipotezi

H0= Tip 2 diyabetli kadınlara verilecek olan KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında KKMM bilgi ve uygulama durumları arasında anlamlı fark yoktur.

H1= Tip 2 diyabetli kadınlara verilecek olan KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında KKMM bilgi ve uygulama durumları arasında anlamlı fark vardır.

H2= Tip 2 diyabetli kadınlara verilecek olan KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında SİM'e yönelik değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

H3=Tip 2 diyabetli kadınlara verilecek olan KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında SİM'e yönelik değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark vardır.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenini hastaların meme kanseri risk düzeyleri, KKMM bilgi ve uygulama durumları ile KKMM'ye ilişkin sağlık inançları oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler ise yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence, ekonomik durum, ailede meme, uterus, over, kolon kanseri olan bireylerin olması, kullanılan ilaçlar, menarş yaşı, doğum yaşı, sık tüketilen besinler gibi değişkenlerdir.

### 3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

- **Gönüllü Onam Formu:**

Gönüllü onam formu, tip 2 diyabetli kadınların bu araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair bir belge olarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 1). Formda araştırmanın amacı ve yararları katılımcılara uygun bir şekilde anlatılmıştır.

- **Sosyodemografik Form:**

Çalışma için gerekli olan bilgiler göz önünde bulundurularak sosyodemografik bilgileri almak ve meme kanseri için risk oluşturduğu düşünülen faktörleri içeren literatür doğrultusunda hazırlanmış 21 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun 6 sorusu yaş, medeni hal, eğitim durumu, sosyal güvence gibi



sosyodemografik bilgilerden oluşmuştur. Kalan 15 soru ailede meme, yumurtalık, rahim ve kolon kanseri, geçmiş sağlık durumu, doğum, menarş, menapoz öyküsü, alkol, sigara kullanımı, sürekli kullanılan ilaçlar, beden kitle indeksi gibi meme kanseri risk faktörleri bilgilerini içeren sorulardır (Ek 2).

Beden kitle indeksi (BKI) hesaplamasında ölçümler mezura ve baskül ile yapılmış olup, hesaplamasında;

$$BKI = \text{kilo} / (\text{boy})^2 = \text{kg/m}^2$$

formülü kullanılmıştır. Değerlendirme tablodaki gibidir.

**Tablo 7. Beden Kitle İndeksi**

<b>BKI</b>	<b>Değerlendirme</b>
<18,5	Düşük ağırlıklı
18,5-24,99	Normal ağırlıklı
25-29,99	Fazla kilolu
30≤	Obez
40≤	Morbid obez

**Kaynak:** WHO, <http://apps.who.int/bmi/index>, Erişim Tarihi: 12.11.2016

- **KKMM Bilgi ve Uygulama Formu:**

Bu form Elik (2006) tarafından geliştirilmiş olup iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda kadınların meme kanseri risk faktörlerini, meme kanseri belirtilerini, KKMM ile ilgili bilgi soruları ve sonunda kadınların KKMM uygulama durumunu sorgulayan, açık uçlu, kapalı uçlu ve birden fazla seçenek seçebilecekleri 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci kısım KKMM'ni yapan kadınların uygulama şeklini içeren 12 sorudan oluşmaktadır (Elik 2006). Bu form araştırmacı tarafından kadınların maket üzerinde KKMM uygulaması ile değerlendirilmiştir (Ek 3.A-3.B).

- **KKMM'ye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği:**

Champion tarafından 1984 yılında geliştirilen KKMM'ye yönelik Sağlık İnanç Modeli duyarlılık, ciddiyet algısı, yarar ve engelleri, öz yeterliliği, sağlık motivasyonunu ve mamografi yarar ve engellerini içeren 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Meme kanserinde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ülkemizde üç ayrı çalışmayla Türkçe'ye uyarlanmış olup (Karayurt 2003; Gözüm ve Aydın 2004; Seçginli ve

Nahcivan 2004), araştırmamızda Karayurt'un 2003 yılında yapmış olduğu çalışma kullanılmıştır.

Karayurt ölçeğin meme kanseri ve KKMM boyutlarının en son versiyonlarını doktora tezi kapsamında çalışmış olup duyarlılık, ciddiye, yarar, engel, güven (z yeterlilik) ve sağlık motivasyonunu kapsayan 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Ek 4).

SİM, 5'li likert tipi bir ölçek olup 'kesinlikle katılmıyorum' maddesi 1 puan, 'katılmıyorum' maddesi 2 puan, 'kararsızım' maddesi 3 puan, 'katılıyorum' maddesi 4 puan ve 'tamamen katılıyorum' maddesi 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin toplam puanı yoktur. Ölçek, her alt boyutun kendi toplam puanları ile kullanılmaktadır. Buna göre;

- Duyarlılık algısı-3 madde: en az 3, en fazla 15 puan
- Ciddiyet algısı-7 madde: en az 7, en fazla 35 puan
- Yarar algısı-5 madde: en az 5, en fazla 25 puan
- Engel algısı-11 madde: en az 11, en fazla 55 puan
- Güven (z etkililik) algısı-10 madde: en az 10, en fazla 50 puan
- Sağlık motivasyonu algısı-7 madde: en az 7, en fazla 35 puan

Karayurt'un yapmış olduğu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları alt boyutlar için 0.58 ile 0.89 arasında değişmektedir. SİM'in Türkçe formu meme kanseri ve KKMM yönelik inanç ve davranışları belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olarak bulunmuştur. (Karayurt ve Dramalı 2007). Bu alışmada Cronbach Alpha katsayısı KKMM eğitimi öncesinde 0,70 ile 0,93; eğitim sonrasında ise 0,70 ile 0,95 arasındadır.

- **Uygulama Maketleri**

st gövdeye eklenmiş sağ ve sol memeden oluşmaktadır. Sağ memede klinik meme muayenesi için patoloji bulunurken, sol memede KKMM için patolojik kitleler mevcuttur. Sol memenin aksiller bölgesinde genişliği 14 ve 19 mm, 6 ve 16 mm

derinliğinde iki adet kitle içermektedir. Sağ memede ise geniş lenf nodu, fibroadenom, fibrokistik kitle ve sıvı dolu kitle bulunmaktadır.

İkinci bir maket elle meme muayenesi için meme dokuları değiştirilebilir özelliktedir. 7 adet farklı meme içi patolojik dokuların yer aldığı aparat bulunmakta ve bunlar meme muayenesi için farklı patolojik dokuları tanımayı sağlamaktadır (Ek 6).

### **3.7. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi**

Araştırma verileri toplanırken tip 2 diyabetli kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak kısa bir tanışma yapılmış ve hastaların sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Ardından sosyodemografik form, KKMM bilgi formu, KKMM'yi uygulayan kadınlara KKMM uygulama formu ve SİM'in KKMM ölçeği uygulanmıştır. KKMM uygulama formu, düzenli KKMM uygulayan kadınların maket üzerinde uygulamaları değerlendirilerek doldurulmuş olup veri toplama süreci yaklaşık 45-55 dk süre içerisinde tamamlanmıştır.

Hastaların kendi kaldıkları odalarında KKMM eğitimi maket üzerinde anlatım ve demonstrasyon yöntemi ile araştırmacı tarafından verilmiş ve ardından kadınların maket üzerinde KKMM'yi uygulamaları sağlanmıştır. Eğitimde meme kanserinin tanımı, meme kanseri risk faktörleri, meme kanserinin belirtileri, tarama yöntemleri, KKMM'nin amacı, uygulama şekli, uygulama sıklığı ve zamanı yaklaşık 25 dk süre içerisinde anlatılmıştır. Ayrıca Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı ve Meva Vakfı tarafından hazırlanmış olan meme kanseri ve KKMM hakkında bilgiler içeren broşürler kadınlara verilmiştir (Ek 5.A, Ek 5.B).

Eğitimin etkinliğini değerlendirmek için 8 hafta sonra kadınlara son test olarak KKMM Bilgi ve Uygulama Formu ve KKMM'ye yönelik SİM ölçeği ev ziyaretleri ortamında kadınlarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. KKMM Uygulama Formu kadınların maket üzerinde uygulamaları sağlanarak doldurulmuştur.

### **3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde dağılımı ve ortalama değerler hesaplanmıştır.

Meme kanseri risk değerlendirmesi Amerikan Kanser Birliği tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi’nde yer alan risk değerlendirme formuna göre yapılmıştır (Tablo 6) (Dinçel ve ark 2014).

Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölünerek elde edilen sonuçların +1,96 ve -1,96 değerleri arasında olduğu ve normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir (Aksakoğlu 2013; Kim 2013).

Katılımcılara eğitim öncesi ve eğitim sonrasında uygulanan KKMM bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesinde bağımlı gruplarda Mc Nemar testi uygulanmıştır. Eğitim ncesi ve sonrasında tip 2 diyabetli kadınların SİM alt boyut puanlarının karşılaştırmasında Paired Samples t testi kullanılmıştır.

KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri ve meme kanserine yönelik risk faktörleri ile SİM alt boyut puanlarının karşılaştırmasında ise ikili kategorik verilerde Independent Samples t testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H testleri uygulanmıştır.

Elde edilen bulguların anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında ( $p<0,05$ ) değerlendirilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu’ndan gerekli yasal izin alındıktan sonra T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği, Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi’nden gerekli yasal izinler alınmıştır.

Uygulama öncesinde araştırmaya dahil edilen Tip 2 diyabetli kadınlara araştırmanın amacı ve önemi açıklanmış, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 1).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın örneklemini yalnızca Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Manisa Devlet Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Dahiliye ve Endokrinoloji Kliniklerinde yatan tip 2 diyabet tanısı almış 25-65 yaşları arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Bu nedenle araştırma bulguları Manisa İli'ndeki veya Türkiye genelinde tip 2 diyabetli kadınlara genellenemez.

Veri toplama aracı olarak kullanılan maketlerin beklenen tarihte gelmemesi nedeniyle veri toplama süreci uzatılmış ve yaz ayları olması nedeniyle daha az sayıda tip 2 diyabetli bireylere ulaşılmıştır.

### **3.11. Süre ve Olanaklar**

Araştırma süreci aşağıda belirtildiği gibidir.

<b>İşlemler</b>	<b>Tarih</b>
Literatür incelemesi	Haziran-Temmuz 2015
Araştırma konusunun belirlenmesi	Ağustos-Eylül 2015
Tez önerisinin hazırlanması	Ekim 2015
Etik kurul izninin alınması	Ocak 2016
Kurum izninin alınması	Mart 2016
Araştırma verilerin toplanması	Nisan-Ağustos 2016
Verilerin analizi	Eylül-Ekim 2016
Tez raporu yazımı	Ekim-Aralık 2016

## 4. BULGULAR

Tablo 8’de tip 2 diyabetli kadınların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir.

**Tablo 8. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri**

Sosyo-demografik Özellikleri	n	%
<b>Yaş grubu (50±10, Min:26, Maks:65)</b>		
50 yaş ve altı	64	49,9
51 yaş ve üzeri	66	50,8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	98	75,4
Bekar	5	3,8
Dul	24	18,5
Boşanmış	3	2,3
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul	68	52,4
Ortaokul	20	15,4
Lise	23	17,7
Üniversite	19	14,6
<b>Sosyal güvence durumu</b>		
Var	116	89,2
Yok	14	10,8
<b>Ekonomik durum</b>		
Gelir giderden az	31	23,8
Gelir gidere eşit	83	63,8
Gelir giderden çok	16	12,3
<b>Çocuk sayısı</b>		
Çocuğu olmayan	10	7,7
1 çocuk olan	7	5,4
2 çocuk olan	53	40,8
3 ve üzeri çocuk olan	60	46,2
<b>Toplam</b>	130	100,0

Tablo 8’de tip 2 diyabetli kadınların %50,8’i 51 yaş ve üzeri, %49,9 ‘u ise 50 yaş ve altındadır. Tip 2 diyabetli kadınların yaş ortalaması 50±10 olup en yüksek yaşın 65, en düşük yaşın ise 26 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumu incelendiğinde %75,4’ünün evli, %18,5’inin dul, %3,8’inin bekar ve %2,3’ünün boşanmış olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %89,2’si belirli bir sosyal güvenceye sahipken, %10,8’nin sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların gelir durumu incelendiğinde %63,8'inin gelir durumu giderine eşit, %23,8'nin gelir durumu giderlerinden az ve %12,3'inin gelir durumu ise giderlerinden fazla olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların çocuk sayısı değerlendirildiğinde %46,2'si 3 ve üzeri çocuğa, %40,8'i 2 çocuğa, %5,4'ü 1 çocuğa sahipken, %7,7'si çocuk sahibi değildir.



**Tablo 9. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İlk doğum yaşı (21±3, Min:15 Max:33)</b>		
21 yaş ve altı	73	56,2
22 yaş ve üzeri	46	35,4
Doğum yapmamış	11	8,4
<b>İlk menarş yaşı (13,0±1,0, Min:11, Max:15)</b>		
11 yaş	9	6,9
12 yaş	29	22,3
13 yaş	52	40,0
14 yaş	30	23,1
15 yaş	10	7,7
<b>Menopoza girme yaşı (48±5,5, Min:35, Max:57)</b>		
48 yaş ve altı	31	23,8
49 yaş ve üzeri	37	28,5
Menopoza girmeyen	62	47,7
<b>Ailede meme kanseri tanısı alan birey varlığı</b>		
Yok	112	86,2
Birinci derece	10	7,7
İkinci derece	8	6,1
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Hiç kullanmıyor	123	94,6
Nadir kullanıyor	7	5,4
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Hiç kullanmıyor	106	81,5
Nadir kullanıyor	7	5,4
Günde yarım paketten az	10	7,7
Günde yarım paketten fazla	7	5,4
<b>Geçmişte mememiz ile ilgili sağlık problemleri yaşadınız mı?</b>		
Evet	5	3,8
Hayır	125	96,2
<b>Ailede over, uterus ya da kolon kanseri birey varlığı</b>		
Yok	116	89,2
Birinci derece	6	4,6
İkinci derece	8	6,2
<b>BKİ</b>		
Normal	37	28,5
Fazla kilolu	55	42,3
Obez	31	23,8
Morbid obez	7	5,4
<b>Diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlar</b>		
İnsülin	28	21,5
Oral	73	56,2
Kombine kullanım	29	22,3
<b>Diyabet tedavisinde kullanılan oral ilaçlar (n=102)</b>		
Metformin içeren ilaçlar	86	84,3
Metformin içermeyen ilaçlar	16	15,7
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100,0</b>



Tablo 9'da tip 2 diyabetli kadınların meme kanseri risk faktörlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Tip 2 diyabetli kadınların % 56,2'si ilk doğumunu 21 yaş ve altında, %35,4'ü 22 yaş ve üzerindeyken yapmış, %8,4'ü ise hiç doğum yapmamıştır.

Tip 2 diyabetli kadınların %40'ının ilk menarş yaşı 13, %23,1'inin 14, %22,3'ünün 12, %7,7'sinin 15, %6,9'unun ise 11'dir.

Katılımcıların %47,7'si menapoza girmemiş olup, %23,8'i 48 yaş ve altında, %28,5'i ise 49 yaş ve üzerinde menapoza girmişlerdir. Menapoza giren kadınların yaş ortalaması  $48 \pm 5,5$  ve en erken menapoz yaşı 35, en geç menapoz yaşı ise 57'dir.

Araştırmaya katılan kadınların %7,7'sinin birinci derece, %6,1'inin ikinci derece akrabalarında meme kanseri birey bulunurken %86,2'sinin ailesinde meme kanseri olan birey bulunmamaktadır.

Tip 2 diyabetli kadınların alkol ve sigara alışkanlıkları incelendiğinde %94,6'sının alkol kullanmadığı, %5,4'ünün ise nadiren alkol kullandığı belirlenmiştir. Kadınların %81,5'i hiç sigara kullanmadığı, %5,4'ünün nadiren sigara kullandığı, %7,7'sinin günde yarım paketten az, %5,4'ünün ise günde yarım paketten fazla sigara kullandığı tespit edilmiştir.

Tip 2 diyabetli kadınların geçmişte memeleriyle ilgili bir sağlık problemi yaşadıkları sorgulandığında %96,2'sinde bir sorun yaşanmadığı, %3,8'inde yağ kitlesi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %89,2'sinde ailelerinde over, uterus veya kolon kanserli bireyler bulunmamakta iken, %4,6'sının birinci derece, %6,6'sinin ise ikinci derece akrabalarında over, uterus veya kolon kanseri olan bireyler bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin beden kitle indeksleri (BKI) incelendiğinde kadınların %28,5'inin normal kilolu, %42,3'ünün fazla kilolu, %23,3'ünün obez, %5,4'ünün morbid obez olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların tip 2 diyabet tedavisinde kullandıkları ilaçlar incelendiğinde kadınların %21,5'i insülin, %56,2'si oral antidiyabetik ilaç, %22,3'ü ise insülin ve oral antidiyabetik ilaçları kombine olarak kullandıkları belirlenmiştir. Oral antidiyabetik ilaç kullanan kadınların ise %84,3'ü metformin içeren antidiyabetik ilaç kullandıkları saptanmıştır.

**Tablo 10. Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Meme Kanseri Risk Saptanması**

<b>Risk Düzeyi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düşük risk (<200)	115	88,5
Orta risk (201-300)	15	11,5
Yüksek risk (301-400)	-	-
En yüksek risk (>401)	-	-
<b>Toplam</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Tablo 10'da tip 2 diyabetli kadınların meme kanseri riski değerlendirilmiştir. Buna göre kadınların %88,5'i düşük risk, %11,5'i ise orta risk grubunda olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11. Tip 2 Diyabetli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM'ye Yönelik Bilgi Durumu Tablosu**

KKMM'ye Yönelik Bilgi Durumu	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		İstatistiksel Değerlendirme
	n	%	n	%	
<b>KKMM'nin yapılma amacı</b>					
Biliyor	99	76,2	128	98,5	<b>p*=0,00</b>
Bilmiyor	31	23,8	2	1,5	
<b>Kadınların KKMM yapmaya başlama yaşı</b>					
15 yaşından itibaren	9	6,9	8	6,1	<b>p*=0,00</b>
20 yaşından itibaren***	17	13,0	99	76,2	
30 yaşından itibaren	50	38,5	18	13,8	
İlk adet yaşından itibaren	4	3,1	1	0,8	
Bilmiyor	50	38,5	4	3,1	
<b>Meme kanseri riskini arttıran durumları bilme**</b>					
Ailede meme kanseri bulunması***	88	67,7	120	92,3	<b>p*=0,00</b>
Katıyağ, tatl, unlu kızartılmış yiyeceklerin sık tüketilmesi***	44	33,8	81	62,3	<b>p*=0,00</b>
Alkol kullanımı***	72	55,4	115	88,5	<b>p*=0,00</b>
Sigara kullanımı***	76	58,5	116	89,2	<b>p*=0,00</b>
12 yaştan önce adet görmek***	20	15,4	80	61,5	<b>p*=0,00</b>
İlk doğumun 30 yaştan sonra olması***	41	31,5	105	80,8	<b>p*=0,00</b>
50 yaştan sonra adet kesilmek***	27	20,8	84	64,6	<b>p*=0,00</b>
Geçmişte iyi huylu kitle olması***	55	42,3	107	82,3	<b>p*=0,00</b>
Doğum kontrol hapları***	51	39,2	105	80,8	<b>p*=0,00</b>
Şişmanlık***	56	43,1	106	81,5	<b>p*=0,00</b>
Aşırı hareketsiz yaşam***	53	40,8	103	79,2	<b>p*=0,00</b>
Bilmiyor	37	28,5	1	0,8	
<b>Meme kanseri belirtisini bilme durumu**</b>					
Memede iki haftadan uzun süren sertlik ya da kitle***	85	34,6	121	93,1	<b>p*=0,00</b>
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişikliği***	78	60,0	127	97,7	<b>p*=0,00</b>
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ya da yara olması***	78	60,0	120	92,3	<b>p*=0,00</b>
Meme ya da meme başında içe doğru çökme***	71	54,6	123	94,6	<b>p*=0,00</b>
Meme ucunun pozisyonunda değişiklik***	64	49,2	113	86,9	<b>p*=0,00</b>
Koltuk altında şişlik***	82	63,1	114	87,7	<b>p*=0,00</b>
Meme ucundan koyu kahverengi ya da berrak akıntı***	78	60,0	110	84,6	<b>p*=0,00</b>
Bilmiyor	34	26,2	1	0,8	
<b>KKMM yapılma sıklığı</b>					
Akla geldikçe	27	20,8	9	6,9	<b>p*=0,00</b>
Haftada bir	4	3,1	-	-	
Ayda bir***	41	31,5	115	88,5	
2-3 ayda bir	10	7,7	5	3,8	
Bilmiyorum	48	36,9	1	0,8	

**Tablo 11. Tip 2 Diyabetli Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM'ye Yönelik Bilgi Durumu Tablosu (Devamı)**

<b>KKMM yapılma zamanı</b>					
Akla geldikçe	27	20,8	18	13,8	
Adet döneminden önce	1	0,8	7	5,4	
Adetli iken	8	6,2	8	6,2	
Adet kanaması başlangıcından 5-7 gün sonra***	39	30,0	94	72,3	<b>p*=0,00</b>
Bilmiyorum	55	42,3	3	2,3	
<b>Menapoz Döneminde KKMM yapılma sıklığı</b>					
Akla geldikçe	35	26,9	22	16,9	
Haftada bir	4	3,1	4	3,0	
Ayda bir***	37	28,5	102	78,5	<b>p*=0,00</b>
2-3 ayda bir	5	3,8	1	0,8	
Bilmiyorum	49	37,7	1	0,8	
<b>Düzenli olarak KKMM yapma durumu</b>					
Evet	36	27,7	123	94,6	<b>p*=0,00</b>
Hayır	94	72,3	7	5,4	

\* Mc Nemar test

\*\*Birden fazla cevap verilebilir.

\*\*\*Doğru yanıt

Tablo 11'de tip 2 diyabetli kadınların eğitim öncesi ve sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Tip 2 diyabetli kadınların %76,2'si eğitim öncesinde KKMM yapılma amacını bildiğini, eğitim sonrasında bu oranın %98,5 olduğu bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p=0,00**).

Araştırmada kadınların eğitim öncesi %13,1'i eğitim sonrasında %76,2'si KKMM'ye başlama yaşı sorusuna doğru yanıt vermiş olup istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (**p=0,00**).

Kadınların meme kanseri risk faktörlerini bilme durumu incelendiğinde eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (**p=0,00**).

Tip 2 diyabetli kadınların meme kanseri belirtilerini bilme durumu eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırıldığında önemli fark saptanmıştır (**p=0,00**).

KKMM'nin yapılma sıklığına bakıldığında eğitim öncesinde kadınların %31,5'i, eğitim sonrasında %88,5'i doğru yanıt vermiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,00**).

Tip 2 diyabetli kadınların KKMM yapılma zamanına dair bilgileri incelendiğinde eğitim öncesinde kadınların %30,0'u, eğitim sonrasında 72,3'ü doğru yanıt vermiştir. Bulgu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,00**).

Tip 2 diyabetli kadınların menapoz döneminde KKMM yapılma sıklığına eğitim öncesinde %28,5'i eğitim sonrasında %78,5'i doğru yanıt vermiştir. Eğitim öncesi ve sonrası ortalamalar değerlendirildiğinde önemli bir fark bulunmuştur (**p=0,00**).



**Tablo 12. Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrasında KKMM Uygulama Durumları**

	Ön Test				Son Test				Test
	Yapıyor		Yapmıyor		Yapıyor		Yapmıyor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
KKMM 1. Basamak (ayna karşısında üst kıyafetlerini çıkarıyor)	23	17,7	107	82,3	121	93,1	9	6,9	<b>p*=0,00</b>
KKMM 2. Basamak (kolları her iki yana sarkmış olarak memelerde anormal bulgu olup olmadığını değerlendirme)	21	16,2	109	83,8	120	62,3	10	7,7	<b>p*=0,00</b>
KKMM 3. Basamak (kolları yukarı kaldırarak memelerde anormal bulgu olup olmadığını değerlendirme)	16	12,3	114	87,7	117	90,0	13	10	<b>p*=0,00</b>
KKMM 4. Basamak (her iki el belde iken memelerde anormal bulgu olup olmadığını değerlendirme)	18	13,8	112	86,2	115	88,5	15	11,5	<b>p*=0,00</b>
KKMM 5. Basamak (öne doğru eğilerek memelerde anormal bulgu olup olmadığını değerlendirme)	18	13,8	112	86,2	116	89,2	14	10,8	<b>p*=0,00</b>
KKMM 6. Basamak (muayene sırasında elin işaret, orta ve yüzük parmaklarını kullanabilme)	28	21,5	102	78,5	123	94,6	7	5,4	<b>p*=0,00</b>
KKMM 7. Basamak (parmakları bitişik halde tutma ve muayene sırasında kaldırmama)	29	22,3	101	77,7	122	93,8	8	6,2	<b>p*=0,00</b>
KKMM 8. Basamak (muayene edilecek olan memenin olduğu taraftaki eli başının üzerine koyma)	30	23,1	100	76,9	123	94,6	14	10,8	<b>p*=0,00</b>

**Tablo 12. Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrasında KKMM Uygulama Durumları (Devamı)**

KKMM 9. Basamak (dairesel hareketlerle meme muayenesini yapma)	30	23,1	100	76,9	122	93,8	7	5,4	<b>p*=0,00</b>
KKMM 10. Basamak (memelerin uçlarını sıkarak anormal akıntı kontrolü yapma)	27	20,8	103	79,2	116	89,2	14	10,8	<b>p*=0,00</b>
KKMM 11. Basamak (koltuk altı muayenesi ve lenf bezlerini kontrol etme)	28	21,5	102	78,5	123	94,6	7	5,4	<b>p*=0,00</b>
KKMM 12. Basamak (sırt üstü yatar pozisyonda meme muayenesi yapma)	10	7,7	120	92,3	94	72,3	36	27,7	<b>p*=0,00</b>

\*Mc Nemar test.

Tablo 12’de tip 2 diyabetli kadınların KKMM’ni eğitim öncesi ve sonrası uygulama durumları verilmiştir. Buna göre tip 2 diyabetli kadınların %17,7’si KKMM uygulamasının 1. basamağını uygularken eğitim sonunda bu oran %93,1’e yükselmiştir. Eğitim öncesinde KKMM 2. basamağı uygulayan kadınların yüzdesi %16,2 iken eğitim sonunda %62,3 olmuştur. Eğitim öncesi kadınların %12,3’ü KKMM 3. basamağı uygularken eğitim sonunda bu oran %90’a yükselmiştir. Eğitim öncesi kadınların %13,8’i KKMM 4. basamağı uygularken, eğitim sonunda kadınların %88,5’i bu basamağı uygulamaktadır. Katılımcıların %13,8’i eğitim KKMM 5. basamağı uygularken eğitim sonunda bu oran %89,2’ye yükselmiştir. Kadınların %21,5’i eğitim öncesinde 6. basamağı uygularken, eğitim sonunda %94,6’sı bu basamağı uygulamışlardır. KKMM eğitimi öncesinde kadınların %22,5’i 7. basamağı uygularken, eğitim sonunda bu oran %93,8’e yükselmiştir. KKMM’nin 8. basamağını eğitim öncesinde kadınların %23,1’i uygularken, eğitim sonunda kadınların %94,6’sı bu basamağı uygulamaktadır. Kadınların %23,1’i eğitim öncesinde KKMM 9. basamağı uygulamış olup eğitim sonunda bu oran %93,8’e yükselmiştir. Eğitim öncesinde KKMM 10. Basamağı kadınların %20,8’i uygularken, eğitim sonunda bu oran %89,2’ye yükselmiştir. Eğitim öncesinde KKMM 11. basamağı uygulayan kadınların yüzdesi %21,5 iken eğitim sonunda

%94,6 olmuştur. KKMM 12. Basamağı eğitim öncesinde katılımcıların %7,7'si uygularken, eğitim sonrasında bu oran %72,3'e yükselmiştir.

Tip 2 diyabetli kadınların eğitim öncesi ve sonrasında KKMM uygulama durumu incelendiğinde eğitim sonrasında KKMM yapan kadınların sayısı artmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $p=0,00$ ).

**Tablo 13. Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Eğitim Sonrası KKMM'ye Yönelik SİM'den Aldıkları Puanların Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Eğitim Öncesi n=130	Eğitim Sonrası n=130	Alınabilecek Min-Max Puanlar	İstatistiksel Değerlendirme
Duyarlılık	7,9±2,1	10,1±1,6	3-15	t=-12,268/p=0,00
Ciddiyet	20,7±5,8	24,6±3,0	7-35	t=-7,951/p=0,00
Yarar Algısı	17,9±3,7	20,7±2,6	5-25	t=-11,201/p=0,00
Engel Algısı	28,6±5,5	22,4±8,3	11-55	t=7,338/p=0,00
Güven(Öz Etkililik)	30,7±7,8	39,5±3,7	10-50	t=-15,090/p=0,00
Sağlık Motivasyonu	24,4±4,2	27,5±2,9	7-35	t=-10,793/p=0,00

\*Paired Samples Test

Tablo 13'de tip 2 diyabetli kadınların KKMM eğitimi öncesi ve eğitim sonra KKMM'ne Yönelik SİM alt boyutlarının puan ortalamaları dağılımı bulunmaktadır. Buna göre SİM alt boyutlarından duyarlılık algısı puanı eğitim öncesinde 7,9±2,1 iken eğitim sonrasında 10,1±1,6'ya yükselmiş, eğitim öncesi ve sonrası duyarlılık algısı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t=-12,268$ ,  $p=0,00$ ).

Ciddiyet algısı incelendiğinde; eğitim öncesinde puan ortalaması 20,7±5,8 iken, eğitim sonrasında 24,6±3,0'e yükselmiş ve puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t=-7,951$ ,  $p=0,00$ ).

Yarar algısı puanı eğitim öncesinde 17,9±3,7, eğitim sonrasında ise 20,7±2,6'ya yükselmiştir. Yarar algısı, eğitim sonrasında anlamlı şekilde değişmiştir ( $t=-11,201$ ,  $p=0,00$ ).

Engel algısı puanı eğitim öncesinde 28,6±5,5 iken eğitim sonrasında 22,4±8,34'e düştüğü belirlenmiş, aradaki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ( $t=7,338$ ,  $p=0,00$ ).



Güven algısı puanı incelendiğinde, eğitim öncesi puanı  $30,7\pm 7,8$ , eğitim sonrasında  $39,5\pm 3,7$ 'dir. Eğitim öncesi ve sonrası puanlarda aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $t=-15,090$ ,  $p=0,00$ ).

Sağlık motivasyonu algısının puanı eğitim öncesinde  $24,4\pm 4,2$ 'den eğitim sonrasında  $27,5\pm 2,9$ 'a yükselmiş olup, eğitim öncesi ve sonrasında puanlar arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $t=-10,793$ ,  $p=0,00$ ).

**Tablo 14. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyo-demografik Özellikler ile KKMM Eğitimi Öncesi SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

Sosyodemografik Özellikler	n	Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Güven	Sağlık Motivasyonu
<b>Yaş *</b>							
50 yaş ve altı	64	7,8±2,2	19,8±4,9	18,4±3,6	27,0±5,7	32,5±8,5	25,1±4,1
51 yaş ve üzeri	66	8,1 ±2,07	21,6±6,4	17,5±3,8	30,1±4,9	29,0±6,7	23,8±4,2
<i>İstatistiksel</i>		t=-0,822	t=-1,801	t=1,469	<b>t=-3,299</b>	<b>t=2,600</b>	t=1,765
<i>Değerlendirme</i>		p=0,41	p=0,74	p=0,14	<b>p=0,00</b>	<b>p=0,01</b>	p=0,08
<b>Medeni hal*</b>							
Evli	98	8,0±2,2	20,8±6,0	18,0±3,6	28,5±5,6	30,8±8,0	24,3±4,3
Bekar	32	7,7±1,9	20,5±4,9	17,6±4,0	28,7±5,5	30,6±7,2	24,9±3,9
<i>İstatistiksel</i>		t=0,762	t=0,565	t=0,253	t=0,092	t=0,137	t=0,564
<i>Değerlendirme</i>		p=0,44	p=0,76	p=0,58	p=0,89	p=0,93	p=0,51
<b>Eğitim durumu**</b>							
İlkokul	68	8,4±2,2	22,4±6,6	18,6±3,1	29,8±5,1	30,7±6,9	24,8±3,6
Ortaokul	20	7,9±2,0	17,8±4,2	15,3±4,4	28,6±5,0	26,0±7,1	22,4±4,7
Lise	23	7,5±1,9	18,9±3,6	17,3±4,3	27,5±5,6	30,1±8,5	23,5±5,1
Üniversite	19	6,7±1,6	20,0±4,4	19,1±3,0	25,2±6,2	36,8±7,5	26,3±3,9
<i>İstatistiksel</i>		<b>x<sup>2</sup>=35,815</b>	x <sup>2</sup> =4,726	<b>x<sup>2</sup>=15,447</b>	<b>x<sup>2</sup>=9,976</b>	<b>x<sup>2</sup>=15,142</b>	x <sup>2</sup> =5,527
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,19	<b>p=0,00</b>	<b>p=0,01</b>	<b>p=0,00</b>	p=0,15
<b>Sosyal güvence***</b>							
Var	116	8,0±2,2	20,9±5,8	18,2±3,5	28,6±5,7	31,1±7,9	24,8±4,1
Yok	14	7,2±1,2	19,2±5,4	15,5±4,6	27,8±4,0	27,5±6,7	21,7±4,6
<i>İstatistiksel</i>		z=-1,054	z=-1,057	z=-1,960	z=-0,764	z=-1,910	<b>z=-2,116</b>
<i>Değerlendirme</i>		p=0,29	p=0,29	p=0,06	p=0,44	p=0,06	<b>p=0,03</b>
<b>Ekonomik durum**</b>							
Gelir giderden az	31	7,9±1,6	20,8±5,5	17,8±3,8	28,7±5,0	30,7±8,1	24,5±3,8
Gelir giderden fazla	16	6,9±1,8	19,4±4,3	16,2±4,5	28,5±5,7	29,1±7,8	22,7±4,9
Gelir gidere eşit	83	8,1±2,2	20,9±6,1	18,3±3,5	28,5±5,8	31,1±7,7	24,7±4,2
<i>İstatistiksel</i>		<b>x<sup>2</sup>=10,998</b>	x <sup>2</sup> =0,805	x <sup>2</sup> =2,727	x <sup>2</sup> =1,014	x <sup>2</sup> =0,233	x <sup>2</sup> =0,972
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,66	p=0,25	p=0,60	p=0,89	p=0,61

\*Independent-Samples T Test

\*\*Kruskal-Wallis Testi x<sup>2</sup> değeri

\*\*\* Mann-Whitney U Testi z değeri

Tablo 14’te tip 2 diyabetli kadınların sosyo-demografik özellikleri ile KKMM eğitimi öncesi SİM Alt Alanları arasındaki ilişki verilmiştir. Katılımcıların yaşları ile SİM alt boyutlarından engel ve güven algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $t=-3,299$ ,  $p=0,001$  ve  $t=2,60$ ,  $p=0,01$ ). 51 yaş ve üzeri kadınlarda engel algısı puanı yüksek iken 50 yaş ve altı kadınlarda güven algısı daha yüksek bulunmuştur. Yaş ile duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık motivasyonu algısı alt alanları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların medeni durumu incelendiğinde SİM alt boyutları ile anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

KKMM eğitim öncesi tip 2 diyabetli kadınların eğitim durumu ve SİM alt boyutlarından duyarlılık algısına bakıldığında ilkökul düzeyinde eğitimi olan kişilerin duyarlılık algısı daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=35,815$ ,  $p=0,00$ ). SİM alt boyutlarından yarar algısı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup üniversite düzeyinde eğitim almış kişilerin yarar algısı puanı diğer kişilerden daha yüksektir ( $\chi^2=15,447$ ,  $p=0,00$ ). Eğitim düzeyi ile engel algısı incelendiğinde üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerin engel algısı puanının daha düşük olduğu saptanmış ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $\chi^2=9,976$ ,  $p=0,01$ ). Tip 2 diyabetli kadınların eğitim düzeyleri ile güven algısı karşılaştırıldığında üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerin güven algısı puanının yüksek ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür ( $\chi^2=15,142$ ,  $p=0,00$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların sosyal güvenceye sahip olmaları ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kadınların sağlık motivasyonu algı puanı yüksek bulunmuş ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $z=-2,116$ ,  $p=0,03$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların ekonomik durumları ile SİM alt boyutları karşılaştırıldığında gelir durumu giderlerine denk olan kadınların duyarlılık algı puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ( $\chi^2=10,998$ ,  $p=0,00$ ).

**Tablo 15. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikleri ile KKMM Eğitimi Öncesi SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikler	n	Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Güven	Sağlık Motivasyonu
<b>İlk menarş yaşı*</b>							
12 yaş ve altı	38	8,3±2,1	23,0±6,4	18,6±2,6	29,6±5,5	32,4±6,9	25,6±2,7
13 yaş ve üzeri	92	7,8±2,1	19,8±5,3	17,7±4,1	28,1±5,5	30,0±8,1	23,9±4,6
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		t=1,281 p=0,20	<b>t=2,888</b> <b>p=0,00</b>	t=1,222 p=0,22	t=1,355 p=0,17	t=1,561 p=0,12	<b>t=2,058</b> <b>p=0,04</b>
<b>Menapoz girme durumu*</b>							
Giren	68	8,2±2,1	21,8±6,3	18,0±3,6	29,5±5,3	29,9±6,7	24,3±4,0
Girmeyen	62	7,6±2,0	19,4±4,9	17,8±3,9	27,5±5,6	31,7±8,8	24,6±4,5
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		t=1,835 p=0,06	<b>t=2,397</b> <b>p=0,01</b>	t=0,306 p=0,76	<b>t=2,087</b> <b>p=0,03</b>	t=-1,306 p=0,19	t=-0,408 p=0,68
<b>Ailede meme kanseri bulunması**</b>							
Yok	112	7,9±2,1	20,8±5,8	18,2±3,6	28,7±5,6	30,6±7,9	24,5±4,1
Var	18	7,8±2,4	20,2±5,9	16,2±4,4	27,8±5,2	31,3±7,3	24,1±4,7
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		z=-0,483 p=0,62	z=-0,500 p=0,61	z=-1,502 p=0,13	z=-0,567 p=0,57	z=-0,348 p=0,72	z=-0,443 p=0,65
<b>Alkol kullanımı**</b>							
Yok	124	8,0±2,0	20,7±5,8	17,9±3,7	28,6±5,5	30,7±7,7	24,4±4,2
Var	6	6,1±2,4	21,3±5,2	17,5±5,5	28,0±7,8	31,5±10,8	24,8±5,2
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		z=-1,951 p=0,06	z=-0,417 p=0,67	z=-0,541 p=0,58	z=-0,200 p=0,84	z=-0,178 p=0,85	z=-0,563 p=0,57
<b>Sigara kullanımı**</b>							
Yok	106	8,1±2,1	20,9±6,0	17,5±3,7	29,4±5,3	29,4±7,2	23,9±4,0
Var	24	7,4±2,0	20,0±4,9	19,7±3,2	24,8±5,0	36,9±7,6	26,9±4,3
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		z=-1,547 p=0,12	z=-0,882 p=0,37	<b>z=-2,331</b> <b>p=0,02</b>	<b>z=-3,549</b> <b>p=0,00</b>	<b>z=-3,718</b> <b>p=0,00</b>	<b>z=-3,142</b> <b>p=0,00</b>
<b>Geçmiş öyküsünde memede problem**</b>							
Var (lipom)	5	9,2±2,3	20,6±5,8	21,0±2,2	26,4±5,1	31,0±13,4	26,2±3,7
Yok	125	7,9±2,1	20,7±5,8	17,8±3,7	28,6±5,6	30,7±7,6	24,4±0,3
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		z=-1,231 p=0,21	z=-0,006 p=0,99	<b>z=-2,012</b> <b>p=0,04</b>	z=-1,025 p=0,30	z=0,121 p=0,90	z=1,240 p=0,21
<b>Ailede over, uterus ya da kolon kanseri birey varlığı**</b>							
Yok	116	7,9±2,1	20,2±5,2	17,8±3,9	28,8±5,4	30,5±8,0	24,4±4,4
Var	14	8,0±2,0	24,8±8,7	19,0±1,7	26,8±6,5	32,9±5,4	24,3±2,4
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		z=-0,176 p=0,86	<b>z=-2,235</b> <b>p=0,02</b>	z=-0,862 p=0,38	z=1,212 p=0,22	z=-1,361 p=0,17	z=-0,434 p=0,66
<b>BKI***</b>							
Normal	37	8,0±2,2	19,7±4,5	18,4±3,6	26,1±6,1	34,7±8,6	25,9±4,1
Fazla kilolu	55	7,6±1,9	18,9±4,8	17,1±4,2	28,8±4,8	28,0±6,7	23,2±4,8
Obez	31	8,4±2,1	24,5±6,9	18,4±3,0	30,8±5,4	30,0±6,9	24,3±2,8
Morbid obez	7	8,1±2,7	23,8±5,6	19,8±2,3	29,7±4,6	34,7±5,4	26,7±2,1
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		x <sup>2</sup> =6,901 p=0,07	<b>x<sup>2</sup>=12,845</b> <b>p=0,00</b>	x <sup>2</sup> =4,013 p=0,15	x <sup>2</sup> =4,229 p=0,23	<b>x<sup>2</sup>=11,537</b> <b>p=0,00</b>	x <sup>2</sup> =3,393 p=0,33

\*Independent-Samples T Test \*\* Mann-Whitney U Testi z değeri \*\*\*Kruskal-Wallis Testi x<sup>2</sup> değeri

Tablo 15’te tip 2 diyabetli kadınların KKMM eğitimi öncesi meme kanseri risk faktörlerine ait özellikleri ile SİM alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre KKMM eğitimi öncesi tip 2 diyabetli kadınların ilk menarş yaşı ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında ilk menarş yaşı 12 yaş ve altı olan kadınlarda SİM ciddiye alt boyutu puanı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2,888$ ,  $p=0,00$ ). Ayrıca ilk menarş yaşı 12 yaş ve altı olan kadınların sağlık motivasyonu algı puanı da yüksek ve anlamlı düzeyde bir fark vardır ( $t=2,058$ ,  $p=0,04$ ).

Tip 2 diyabetli kadınlarda KKMM eğitimi öncesi menapoza girme durumu ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında menapoza giren kadınlarda ciddiye algısı alt boyut puanı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2,397$ ,  $p=0,01$ ). Aynı zamanda menapoza giren kadınlarda engel algısı puanı da yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t=2,087$ ,  $p=0,03$ ). SİM alt boyutlarından duyarlılık, yarar, güven ve sağlık motivasyonu alt boyutları ile menapoza girme durumu arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Ailesinde meme kanseri bireylerin bulunduğu tip 2 diyabetli kadınların SİM alt boyutları incelendiğinde anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların alkol kullanımı ile SİM alt boyutları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanımı ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında sigara kullanan kadınların yarar algı puanları kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $z=-2,331$ ,  $p=0,02$ ). Sigara kullanmayan kişilerin engel algı puanları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $z=-3,549$ ,  $p=0,00$ ). Ayrıca sigara kullanan kişilerde güven ve sağlık motivasyonu algı puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla güven algısı  $z=-3,718$ ,  $p=0,00$ ; sağlık motivasyonu algısı  $z=-3,142$ ,  $p=0,00$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların daha önce kendi meme dokularında bir problem yaşamaları ve SİM alt boyutları incelendiğinde daha önce memesi ile ilgili bir sorun

yaşayan kadınların yarar algı puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $z=-2,012$ ,  $p=0,04$ ).

Ailelerinde over, uterus ve kolon kanseri bireylerin bulunduğu kadınların puanları incelendiğinde, ciddiyet algısı puanı ailelerinde over, uterus ve kolon kanseri bireylerin bulunduğu kadınlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $z=-2,235$ ,  $p=0,02$ ). Tip 2 diyabetli kadınların ailelerinde over, uterus veya kolon kanseri bulunma durumu ile SİM alt boyutlarından duyarlılık, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu algı puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların BKİ ile SİM alt boyutları kıyaslandığında obez kadınların ciddiyet algı puanı diğer alt boyutların puanlarına göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=12,845$ ,  $p=0,00$ ). BKİ normal olan kadınların güven algısı puanı daha yüksek ve anlamlıdır ( $\chi^2=11,537$ ,  $p=0,00$ ).

**Tablo 16. Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyodemografik Özellikler ile KKMM Eğitimi Sonrası SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

Sosyodemografik Özellikler	n	Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Güven	Sağlık Motivasyonu
<b>Yaş *</b>							
50 yaş ve altı	64	9,7±1,6	24,3±2,8	21,0±2,5	21,4±7,9	39,7±3,5	27,9±2,9
51 yaş ve üzeri	66	10,4±1,7	24,9±3,2	20,5±2,6	23,3±8,6	39,3±3,9	27,1±2,8
<i>İstatistiksel</i>		<b>t=-2,194</b>	t=1,139	t=1,165	t=-1,320	t=0,697	t=1,514
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,03</b>	p=0,25	p=0,24	p=0,18	p=0,48	p=0,13
<b>Medeni hal*</b>							
Evlü	98	10,0±1,6	24,9±3,1	20,8±2,4	22,2±8,1	39,6±3,4	27,4±2,8
Bekar	32	10,2±1,9	23,7±2,7	20,6±2,9	22,7±9,1	39,0±4,6	27,8±3,1
<i>İstatistiksel</i>		t=-0,367	t=1,942	t=0,261	t=-0,272	t=0,779	t=-0,768
<i>Değerlendirme</i>		p=0,71	p=0,05	p=0,79	p=0,78	p=0,43	p=0,44
<b>Eğitim durumu**</b>							
İlkokul (a)	68	10,8±1,4	25,1±3,1	21,2±2,3	20,4±6,8	40,0±2,9	27,7±2,7
Ortaokul (b)	20	10,2±1,2	23,9±2,5	19,2±2,7	27,9±9,4	37,1±4,0	26,2±3,1
Lise (c)	23	9,0±1,7	24,0±2,7	20,0±2,2	24,1±9,9	38,8±4,5	27,4±3,3
Üniversite (d)	19	8,8±1,3	23,9±3,2	21,5±2,8	21,4±5,9	41,0±4,0	28,0±2,6
<i>İstatistiksel</i>		<b>x<sup>2</sup>=35,815</b>	x <sup>2</sup> =4,726	<b>x<sup>2</sup>=15,447</b>	<b>x<sup>2</sup>=9,976</b>	<b>x<sup>2</sup>=15,142</b>	x <sup>2</sup> =5,227
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,19	<b>p=0,00</b>	<b>p=0,01</b>	<b>p=0,00</b>	p=0,15
<b>Sosyal güvence***</b>							
Var	116	10,1±1,7	24,6±3,0	21,0±2,5	21,5±7,7	39,7±3,5	27,6±2,8
Yok	14	10,2±0,9	24,2±3,6	19,0±2,4	29,6±9,6	37,6±5,0	26,2±2,9
<i>İstatistiksel</i>		z=-0,272	z=-0,818	z=-2,631	<b>z=-3,245</b>	z=-1,597	z=-1,463
<i>Değerlendirme</i>		p=0,78	p=0,41	p=0,09	<b>p=0,00</b>	p=0,11	p=0,14
<b>Ekonomik durum**</b>							
Gelir giderden az	31	10,2±1,5	24,7±3,2	20,3±1,7	22,4±8,8	39,4±3,6	27,4±2,7
Gelir giderden fazla	16	8,5±1,9	24,1±2,3	20,5±2,9	24,0±8,0	39,6±3,5	27,0±2,8
Gelir gidere eşit	83	10,3±1,5	24,6±3,1	21,0±2,7	22,0±8,2	39,5±3,9	27,6±3,0
<i>İstatistiksel</i>		<b>x<sup>2</sup>=10,998</b>	x <sup>2</sup> =0,805	x <sup>2</sup> =2,727	x <sup>2</sup> =1,014	x <sup>2</sup> =0,233	f=0,972
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,66	p=0,25	p=0,60	p=0,89	p=0,61

\*Independent-Samples T Test

\*\*Kruskal-Wallis Testi x<sup>2</sup> değeri

\*\*\* Mann-Whitney U Testi z değeri

Tablo 16’da tip 2 diyabetli kadınların sosyodemografik özellikleri ile KKMM eğitimi sonrası SİM alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Katılımcıların yaşları ile SİM alt boyutlarından duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t=-2,194, p=0,03). 51 yaş ve üzeri kadınlarda duyarlılık algısı puanı yüksek daha yüksek bulunmuştur.

Tip 2 diyabetli kadınların KKMM eğitimi sonrasında medeni durumu incelendiğinde SİM alt boyutları ile anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir (p>0,05).

KKMM eğitim sonrasında tip 2 diyabetli kadınların eğitim durumu ve SİM alt boyutlarından duyarlılık algısına bakıldığında ilkokul düzeyinde eğitime sahip olan kişilerin duyarlılık algısının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=35,815$ ,  $p=0,00$ ). SİM alt boyutlarından yarar algısı ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olup üniversite düzeyinde eğitim almış kişilerin yarar algısı puanı diğer kişilerden daha yüksektir ( $\chi^2=15,447$ ,  $p=0,00$ ). Eğitim düzeyi ile engel algısı incelendiğinde ortaokul düzeyinde eğitime sahip kişilerin engel algısı puanının daha yüksek olduğu saptanmış ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $\chi^2=9,976$ ,  $p=0,01$ ). Tip 2 diyabetli kadınların eğitim düzeyleri ile güven algısı karşılaştırıldığında üniversite düzeyinde eğitime sahip kişilerin güven algısı puanının yüksek ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür ( $\chi^2=15,142$ ,  $p=0,00$ ). Eğitim düzeyleri ile SİM alt boyutlarından ciddiyet ve sağlık motivasyonu algısı puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

KKMM eğitimi sonrasında tip 2 diyabetli kadınların sosyal güvenceye sahip olmaları ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kadınların engel algı puanı yükselmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $z=-3,245$ ,  $p=0,00$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların ekonomik durumları ile SİM alt boyutları karşılaştırıldığında ekonomik durumunu gelir düzeyi giderlerine eşit olarak değerlendiren kadınların duyarlılık algı puanı yüksek ve anlamlı olarak belirlenmiştir ( $\chi^2=10,998$ ,  $p=0,00$ ).

**Tablo 17. Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikleri ile KKMM Eğitimi Sonrası SİM Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özellikler	n	Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Güven	Sağlık Motivasyonu
<b>İlk menarş yaşı*</b>							
12 yaş ve altı	38	10,3±1,7	25,0±2,8	21,0±2,2	20,1±5,2	39,7±3,2	27,7±2,2
13 yaş ve üzeri	92	10,0±1,6	24,4±3,1	20,6±2,7	23,3±9,2	39,4±3,9	27,4±3,1
<i>İstatistiksel</i>		t=1,062	t=0,964	t=0,656	<b>t=-1,991</b>	t=0,471	t=0,583
<i>Değerlendirme</i>		p=0,29	p=0,33	p=0,51	<b>p=0,04</b>	p=0,63	p=0,56
<b>Menapoz girme durumu*</b>							
Giren	68	10,4±1,7	24,8±3,2	20,6±2,5	22,2±8,2	39,4±3,8	27,4±2,7
Girmeyen	62	9,7±1,5	24,3±2,8	20,9±2,6	22,6±8,4	39,6±3,7	27,6±3,0
<i>İstatistiksel</i>		<b>t=2,711</b>	t=0,859	t=-0,785	t=0,264	t=0,264	t=-0,398
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,39	p=0,43	p=0,79	p=0,79	p=0,69
<b>Ailede meme kanseri bulunması**</b>							
Yok	112	10,1±1,5	24,6±3,0	20,8±2,6	22,2±8,2	39,4±3,8	27,5±2,9
Var	18	9,7±2,3	24,4±3,0	20,2±2,1	23,5±8,9	39,9±3,5	27,6±3,0
<i>İstatistiksel</i>		z=-0,268	z=-0,262	z=-0,988	z=-0,794	z=-0,150	z=-0,113
<i>Değerlendirme</i>		p=0,78	p=0,79	p=0,32	p=0,42	p=0,88	p=0,91
<b>Alkol kullanımı**</b>							
Yok	123	10,2±1,6	24,6±3,1	20,7±2,5	22,5±8,4	39,5±3,7	27,5±2,8
Var	7	8,1±1,7	24,6±1,3	20,5±2,9	20,1±8,0	40,0±5,6	27,3±3,5
<i>İstatistiksel</i>		<b>z=-2,877</b>	z=-0,079	z=-0,030	z=-0,751	z=-0,035	z=-0,209
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,00</b>	p=0,93	p=0,97	p=0,45	p=0,97	p=0,83
<b>Sigara kullanımı**</b>							
Yok	106	10,2±1,5	24,5±3,0	20,6±2,5	22,7±8,4	39,2±3,6	27,1±2,7
Var	24	9,4±2,0	25,2±3,2	21,0±2,8	20,8±8,1	40,8±4,1	29,0±3,2
<i>İstatistiksel</i>		z=-1,917	z=-0,685	z=-0,837	z=-1,190	z=-1,930	<b>z=-2,332</b>
<i>Değerlendirme</i>		p=0,05	p=0,49	p=0,40	p=0,23	p=0,05	<b>p=0,02</b>
<b>Geçmiş öyküsünde memede problem**</b>							
Var (lipom)	5	11,6±1,1	25,4±2,7	22,0±2,7	18,2±4,8	41,2±2,6	28,6±2,5
Yok	125	10,0±1,6	24,5±3,0	20,7±2,6	22,5±8,4	39,4±3,8	27,4±2,9
<i>İstatistiksel</i>		<b>z=-2,159</b>	z=-0,848	z=-1,064	z=-1,110	z=-1,021	z=-1,115
<i>Değerlendirme</i>		<b>p=0,03</b>	p=0,39	p=0,28	p=0,26	p=0,30	p=0,26
<b>Ailede over, uterus ya da kolon kanseri birey varlığı**</b>							
Yok	116	10,1±1,6	24,7±3,0	20,7±2,6	22,9±8,6	39,5±3,9	27,5±2,9
Var	14	9,7±2,1	23,9±2,9	21,3±2,0	18,2±3,8	39,5±1,8	27,7±2,9
<i>İstatistiksel</i>		z=-0,392	z=-0,693	z=-1,133	z=-1,641	z=-0,330	z=-0,688
<i>Değerlendirme</i>		p=0,69	p=0,48	p=0,25	p=0,10	p=0,74	p=0,49
<b>BKI***</b>							
Normal	37	9,7±1,8	23,5±3,2	21,0±2,8	20,8±7,1	40,7±4,6	28,1±3,4
Fazla kilolu	55	10,0±1,4	24,4±3,1	20,5±2,8	25,1±10,0	38,5±2,8	27,1±2,5
Obez	31	10,5±1,9	25,9±1,9	20,5±1,8	20,2±5,2	39,5±3,7	27,2±2,6
Morbid obez	7	10,7±1,2	25,5±3,4	22,2±2,3	18,4±3,3	41,0±3,4	28,7±3,5
<i>İstatistiksel</i>		x <sup>2</sup> =5,805	<b>x<sup>2</sup>=12,613</b>	x <sup>2</sup> =1,344	x <sup>2</sup> =3,253	<b>x<sup>2</sup>=10,416</b>	x <sup>2</sup> =2,597
<i>Değerlendirme</i>		p=0,05	<b>p=0,00</b>	p=0,51	p=0,19	<b>p=0,00</b>	p=0,27

\*Independent-Samples T Test

\*\* Mann-Whitney U Testi z değeri

\*\*\*Kruskal-Wallis Testi x<sup>2</sup> değeri



Tablo 17’de tip 2 diyabetli kadınların KKMM eğitimi sonrası meme kanseri risk faktörlerine ait özellikleri ile SİM alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

KKMM eğitimi sonrasında tip 2 diyabetli kadınların ilk menarş yaşları ile SİM alt boyutları karşılaştırıldığında ilk menarş yaşı 13 yaş ve üzeri olan kadınlarda SİM engel alt boyutu puanı yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-1,991$ ,  $p=0,04$ ). Kadınların ilk menarş yaşı ile SİM alt boyutlarından duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algı puanı arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Tip 2 diyabetli kadınlarda menapoza girme durumu ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında menapoza giren kadınlarda duyarlılık algısı alt boyut puanı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2,711$ ,  $p=0,00$ ). SİM alt boyutlarından ciddiyet, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyutları ile menapoza girme durumu arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Ailesinde meme kanseri bireylerin olduğu tip 2 diyabetli kadınlar ile SİM alt boyut puanları incelendiğinde ailesinde meme kanseri bulunma durumu ile SİM alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların alkol kullanımı ile SİM alt boyutları karşılaştırıldığında alkol kullanmayan kişilerin duyarlılık alt boyut puanı daha yüksek bulunmuş, istatistiksel olarak aralarında anlamlı düzeyde bir ilişki vardır ( $z=-2,877$ ,  $p=0,00$ ).

KKMM eğitimi sonrasında sigara kullanımı ve SİM alt boyutları karşılaştırıldığında sigara kullanan kişilerde eğitim sonrasında sağlık motivasyonu algı puanı yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=-2,332$ ,  $p=0,02$ ).

Tip 2 diyabetli kadınların daha önce kendi meme dokularında bir problem yaşaması ve SİM alt boyutları incelendiğinde daha önce meme dokusunda lipom olan kişilerin KKMM eğitimi sonrasında duyarlılık algı puanı yükselmiş ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $t=-2,159$ ,  $p=0,03$ ).

Ailelerinde over, uterus ve kolon kanseri bireylerin bulunduğu kadınların KKMM eğitimi sonrasında SİM alt boyutlarının puanları incelendiğinde, anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların BKİ ile SİM alt boyutları kıyaslandığında obez kadınların ciddiye algı puanları diğer alt boyutların puanlarına göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2=12,613$   $p=0,00$ ). BKİ'ne göre fazla kilolu olan kadınların engel algısı puanı daha yüksek ve anlamlıdır ( $\chi^2=10,416$   $p=0,00$ ).

**Tablo 18. Meme Kanseri Risk Düzeyleri Belirlenen Tip 2 Diyabetli Kadınlara Verilen KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrasında SİM Alt Boyutlarının Değerlendirilmesi**

Eğitim Öncesi							
Risk Düzeyi	n	Duyarlılık	Ciddiyet	Yarar	Engel	Güven	Sağlık Motivasyonu
<b>Düşük risk*</b> ( <b>&lt;200</b> )	115	7,9±2,1	20,7±5,7	18,2±3,5	28,7±5,6	30,8±7,9	24,5±4,1
<b>Orta risk*</b> ( <b>201-300</b> )	15	7,8±2,3	20,9±6,2	15,7±4,6	27,7±5,2	30,1±7,4	23,6±4,9
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		$z=-0,367$ $p=0,71$	$z=-0,190$ $p=0,84$	$z=-1,807$ $p=0,07$	$z=-0,540$ $p=0,58$	$z=-0,398$ $p=0,69$	$z=-0,871$ $p=0,38$
Eğitim Sonrası							
<b>Düşük risk*</b> ( <b>&lt;200</b> )	115	10,2±1,5	24,6±3,1	20,8±2,6	22,1±8,1	39,5±3,7	27,5±2,9
<b>Orta risk*</b> ( <b>201-300</b> )	15	9,5±2,3	24,5±2,8	20,2±2,3	24,0±9,7	39,8±3,8	27,4±2,9
<i>İstatistiksel Değerlendirme</i>		$z=-0,671$ $p=0,50$	$z=-0,268$ $p=0,78$	$z=-0,906$ $p=0,36$	$z=-0,646$ $p=0,51$	$z=-0,290$ $p=0,77$	$z=0,144$ $p=0,88$

\* Mann-Whitney U Testi z değeri

Tablo 18'de meme kanseri risk düzeyleri belirlenen tip 2 diyabetli kadınlara verilen KKMM eğitiminden önce ve eğitim sonrası SİM alt boyutları karşılaştırılmıştır. Buna göre eğitim öncesinde SİM yarar algısı puanı düşük riskli kadınlarda yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t=2,496$ ,  $p=0,01$ ). Meme kanseri risk düzeyi belirlenen kadınların eğitim öncesi diğer alt

boyutlarla birlikte eğitim sonrası SİM alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## 5. TARTIŞMA

Tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanserinin saptanması ve verilen KKMM eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yapılmış olan bu çalışmada elde edilen bulgular 5 bölümde incelenmiştir.

### **Tip 2 Diyabetli Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tartışılması**

Kahramanmaraş ilinde Özer ve arkadaşlarının (2009) 20-69 yaş arası kadınlarda KKMM yapmayı etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada örneklem; yaş ortalaması 40 olan, %45,9'u ilkokul mezunu kadın bireylerden oluşmaktadır. Özer'in yaptığı çalışmada kadınların eğitim düzeyi ile bizim yapmış olduğumuz çalışmaya katılan kadınların eğitim düzeyi benzerlik göstermektedir. Akdağ'ın (2014) kadınlarda mamografi bilgi düzeyi ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada; yaş ortalaması 50,2±8,1 olup %32,9 ilkokul mezunu, %83,5 sosyal güvencesi bulunan, %70,2 evli olan kadınlar örneklemini oluşturmaktadır. Yapmış olduğumuz bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 50±10, %52,4'ünün eğitim düzeyi ilkokul mezunu, %75,4'ü evli, %89,2'si sosyal güvenceye sahip ve %63,8'inin gelir durumu gider durumuna eşit olarak bulunmuştur. Tip 2 diyabetli kadınların sosyo-demografik özellikleri Akdağ'ın çalışmasının örneklemi ile benzer bulunmuştur. Akdağ'ın çalışmasında kadınların %50,6'sı 2 çocuk sahibi iken bu çalışmada kadınların %46,2'si 3 veya daha fazla çocuk sahibidir.

Ateş'in 2014 yılında yapmış olduğu İstanbul'daki kadınların KKMM uygulamalarını değerlendirdiği çalışmada, kadınların eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi ve ekonomik durumu çalışmamızın örneklemi ile benzerdir.

### **Tip 2 Diyabetli Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Ait Özelliklerinin Tartışılması**

Bu bölümde tip 2 diyabetli kadınların meme kanseri risk faktörlerine yönelik özellikleri ile yapılmış olan çalışmalardan elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Meme kanserinin gelişiminde hiç doğum yapmamış olmak veya ilk doğumun 30 yaşından sonra olması etkilidir (ACS 2016, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer>, Erişim Tarihi: 05.09.2016). Dinçel ve arkadaşlarının 2014 yılında eğitim seviyesi düşük olan 100 kadında meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması hakkında yapmış oldukları çalışmada kadınların %4'ü 30 yaş ve üzerinde doğum yapmış, %4'ü ise hiç doğum yapmamıştır. Akdağ'ın (2014) kadınlarda mamografi uygulaması ile ilgili çalışmasında ise kadınların %14'ü hiç doğum yapmamış, %10,3'ü 30 yaş ve üzerinde ilk doğumunu yapmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) bir üniversitede çalışan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada 642 kadının %4,2'si 30 yaş üzerinde doğum yapmış olup %53,1'i hiç doğum yapmamıştır. Çalışmamızda ise tip 2 diyabetli kadınların %8,4'ü doğum yapmamış, %0,7'si 30 yaşın üzerinde ilk doğumunu gerçekleştirmiş olup meme kanseri açısından riskli oldukları düşünülmektedir.

Menstruasyon yaşının düşmesi ve menapozun gecikmesi kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS 2015, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer>, Erişim Tarihi: 05.09.2016). Yapılan çalışmalarda erken menarş ve geç menapozun kadınlarda meme kanseri riskini artırdığı kanıtlanmıştır (McPherson ve ark. 2000; Rebora ve ark. 2008). Aslan ve Gürkan'ın (2007) yapmış olduğu bir çalışmada 1085 kadında meme kanseri risk faktörleri değerlendirilmiş ve kadınların ilk menarş yaşı ortalama 13,29 bulunmuştur. Akdağ'ın (2014) çalışmasında %33,7'si 45-54 yaş arasında menapoza girmiştir. Mermer'in (2011) kırk yaş üstü kadınların meme kanseri riskini değerlendirdiği bir çalışmada da kadınların %61,2'sinin ilk menarş yaşı 12-13'tür. Benzer olarak bu araştırmada da kadınların % 6,9'unun ilk menarş yaşı 11 olup ilk menarş yaşı ortalaması 13'tür. Kadınların %28,5'i 49 yaş üzerinde menapoza girmiştir.

Genetik faktörlere bağlı olarak ailede meme kanserli bireylerin varlığı meme kanseri riskini artırmaktadır (Güllüoğlu 2011). Çelik ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada kadınların %2,2'sinin ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireyler bulunmaktadır. Duran'ın (2008) KKMM eğitimi verilen kadınların sağlık inançlarını değerlendirdiği çalışmanın bulgularına göre; kadınların %8,3'ünün ailesinde meme kanserli birey olduğunu saptamış ve bu kadınların %66,7'sinin

annesinde, %22,2'sinin teyzesinde, %11,1'inin babaannesinde meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada kadınların %13, 8'nin ailesinde meme kanseri öyküsü olup bunların %7,7'si birinci derece akrabalarında görülmektedir ve yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Östrojen üretimini destekleyen alkol kullanımı meme kanseri risk faktörlerinden olup sigara kullanımının meme kanseri gelişimindeki etkisi belirlenememiştir (Eliassen ve ark. 2010; Güllüoğlu 2011). Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, kadınların %9,2'si alkol, %36,0 sigara kullanmaktadır. Yapılan çalışmalarda orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Terry ve ark. 2006). Bu araştırmada tip 2 diyabetli kadınların %18,5'i sigara kullanırken %5,4'ü nadir alkol tükettiklerini belirtmiştir. Alkol ve sigara tüketimi birçok çalışmaya göre nispeten daha az bulunmuş, bunun temelinde kadınların yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumlarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Meme kanserinde diğer memede kanser gelişme oranı meme kanseri olmayanlara göre beş kat daha fazladır (Evans ve Howell 2007). Aslan ve Gürkan'ın (2007) 1085 kişi üzerinde yaptığı araştırmada kadınların %99,8'i önceden meme kanseri öyküsü olmadığını, %0,2'sinin ise önceden meme kanseri olduğunu belirtilmiştir. Araştırmamızda da sonuçlar benzer olup kadınların %96,2'si daha önce meme dokularıyla ilgili bir sorun yaşamamış %3,8'inde ise fibrokistik adenom ve lipom olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde meme kanserli birey bulunan kişilerde meme kanseri riski olduğu gibi özellikle birinci derece akrabalarında over, uterus veya kolon kanserli bireylerin varlığı da meme kanser riskini artırmaktadır (ACS 2016, <http://www.cancer.org/cancer/> Erişim Tarihi: 05.09.2016). Yıldırım ve Özaydın'ın (2014) İstanbul Moda'da yaşayan kadınlarda yapmış olduğu çalışmada kadınların %1,7'sinin ailesinde over, kolon veya uterus kanserine rastlanmıştır. Bizim çalışmamızda ise kadınların %4,6'sının birinci dereceden, %6,2'sinin ise ikinci derece akrabalarında uterus, over veya kolon kanseri bireylerin olduğu belirlenmiştir.

Obezite, değiştirilebilen risk faktörlerinden olup obez olan kadınlarda meme kanseri daha sık görülmektedir (Terry ve ark. 2006). Eroğlu ve arkadaşlarının 2010 yılında yapmış olduğu, meme kanseri risk değerlendirme çalışmasında kadınların beden yapısını incelemiş ve %1,4'ünün zayıf, %22,7'sinin normal kilolu ve %75,9'unun şişman olduğunu belirlemiştir. Yaptığımız çalışmada kadınların %28,5' normal kilolu iken, %42,3'ü şişman, %23,3'ü obez ve %5,5'ü aşırı obezdir. Kadınların büyük bir kısmının ev hanımı olması, genelinde düzenli egzersiz alışkanlıklarının olmaması, karbonhidrat ağırlıklı beslenme özellikle postmenapozal dönemde kilo almaya katkı sağlayacağı ve özellikle menapoz sonrası meme kanseri riskini artıracaağı düşünölmektedir (Demographic and Health Survey 1999).

Tip 2 diyabet tedavisinde en sık kullanılan oral antidiyabetik ilaç metformindir. Turhan'ın (2007) tip 2 diyabetli hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyini incelediği çalışmada hastaların tamamı diyabet tedavisi için ilaç kullanmakta olup sadece oral antidiyabetik kullananlar %43, sadece insölin kullananlar %28 hem insölin hem de oral antidiyabetik kullananlar ise %29'dur. Bu araştırmada ise benzer sonuçlar bulunmuş ve yalnız oral antidiyabetik kullananlar %56,2, yalnız insölin kullananlar %21,5, oral antidiyabetik ve insölini kombine kullananlar ise %22,3'tür.

## **Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM'ye Yönelik Bilgi ve Uygulama Durumlarının Tartışılması**

Bu bölümde tip 2 diyabetli kadınların KKMM'ne yönelik eğitim öncesi ve sonrasında bilgi ve uygulama durumları tartışılmıştır.

Umeh ve Gibson' un 2001 yılında, genç kadınların KKMM ile ilgili tehdit, yarar ve engel algılarını değerlendirildiği bir çalışmada kadınları %41'inin KKMM'ni düzenli olarak uyguladıklarını saptamışlardır. adır ve arkadaşları (2004), kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili uygulama ve bilgi durumlarını incelediği bir çalışmada KKMM'yi önerilen sıklıkta uygulayan kadınların oranını %37,4 olarak saptamışlardır. Milaat'ın (2000), Suudi Arabistan'da kız öğrenciler üzerinde yaptığı bir çalışmada KKMM doğru zaman ve sıklığına doğru yanıt verenlerin oranı oldukça düşük bulunmuştur. Arslan ve şahin'in 2006'da meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili yaptıkları bir çalışmada 200 kadının meme kanseri ve KKMM

eğitimi öncesi ve sonrasında bilgi düzeyleri puan ortalamalarını değerlendirerek eğitim sonunda puanların arttığını saptamışlardır. Bu çalışmada da kadınların verilen eğitim sonunda KKMM bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir ( $p=0,00$ ).

Seçginli ve arkadaşlarının 2006'da yaptığı meme kanseri taramalarına ilişkin yapmış oldukları çalışmada kadınların %39,5'i KKMM yapmış ve bunların yalnızca %17'si ayda bir düzenli KKMM yapmakta olduğu saptanmıştır. Beydağ ve Karaoğlan'ın (2007) öğrencilerin KKMM eğitimi öncesi ve sonrası KKMM yapma sıklığını incelediği çalışmada verilen eğitim sonrasında KKMM yapılma sıklığının arttığını belirlemişlerdir. Lierman ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında, eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasında olumlu etkiye sebep olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada da benzer olarak verilen eğitim sonrasında KKMM uygulayan tip 2 diyabetli kadın sayısı %27,7'den %94,6'ya yükselmiş olup tip 2 diyabetli kadınların KKMM bilgi düzeyleri ile uygulama sıklıklarında artış olduğu belirlenmiştir.

## **Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Eğitimi Öncesi ve Sonrası SİM Alt Boyut Puanları Dağılıminın Tartışılması**

Bu bölümde KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında tip 2 diyabetli kadınların SİM alt boyut puanları tartışılmıştır.

İnançlar, sağlık davranışları üzerinde etkili olduğundan KKMM uygulamalarının kuramsal çatısını oluşturmada SİM kullanılmaktadır (Champion 1999).

Elik'in 2006'da SİM doğrultusunda verilen KKMM eğitimini değerlendirdiği çalışmasında SİM alt boyut puanlarından engel algısı puanı hariç diğer puanların arttığını saptamıştır. Aynı şekilde Duran'ın (2008) çalışmasında da SİM alt boyut puanları verilen KKMM eğitimi sonrasında artmıştır. Yapmış olduğumuz bu çalışmada da verilen eğitim sonrasında engel algısı puanı azalırken diğer alt boyutların puanları belirgin düzeyde artmıştır ( $p=0,00$ ).

KKMM uygulayan kadınların duyarlılık algısının uygulamayan kadınlara göre yüksek bulunması, meme kanserine yakalanma konusunda algılanan tehlikenin



kişileri sağlık davranışına yönlendirmesi ile ilişkilidir (Karayurt ve ark. 2008). Hacıhasanoğlu ve Gözüm tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada kadınlara verilen eğitimin KKMM'ye yönelik bilgi ve inanışlarına etkisini değerlendirmiş ve kadınların meme kanseri ile ilgili duyarlılık algılarında artış olduğu belirlenmiştir. Yapılan birçok çalışmada eğitim alan grubun duyarlılık algısında artma olduğu gözlenmiştir (Oliver-Vazquez ve ark. 2002; Rao ve ark. 2005; Elik 2006). Yapılan bu çalışmada da verilen eğitim sonrasında tip 2 diyabetli kadınların duyarlılık algı puanı anlamlı düzeyde artmıştır (p=0,00).

Absetz ve arkadaşları (2000) ailesinde veya çevresinde meme kanseri olan ve olmayan kişiler arasında kadınların kendileri ile birlikte akranlarının risk algılamasını belirlemek için yaptıkları çalışmada, genetik faktörlerin risk faktörü olarak bilinmesine rağmen kadınlardaki duyarlılık algılamasını etkilemediği, yaşanan deneyimlerin ve korkunun ise duyarlılık algısını etkilediği saptanmıştır.

Ateş'in (2014) çalışmasında duyarlılık algısı alt boyut puanının okuryazar olmayan ve ailesinde daha önce meme kanserli birey bulunan ve KKMM hakkında bilgi sahibi olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öztürk'ün (2014) çalışmasında ise araştırma kapsamında tüm kadınlarda verilen eğitim sonrasında özellikle lisans ve lisansüstü eğitim almış kişilerde duyarlılık algısının arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada eğitim öncesinde özellikle ilkökul düzeyinde eğitim almış ve gelir durumnu giderine denk olarak algılayan kadınlarda duyarlılık algısı puanı daha yüksektir. Verilen KKMM eğitimi sonrasında ise 51 yaş ve üzeri ilkökul düzeyinde eğitime sahip menapoza girmiş olan alkol alışkanlığı olmayıp daha önce memelerinde problem yaşamış olan kadınlarda duyarlılık algısının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir.

SİM'de ciddiyet algısı meme kanserine yönelik bireysel tehdidin ve hastalığın öneminin algılanması ile ilgilidir. Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada eğitim sonrası katılımcıların meme kanseri ciddiyet algılarında bir artma olduğunu ve buna bağlı olarak KKMM uygulama sıklığını artırdığını tespit etmişlerdir. Şahin ve Özdemir'in (2015) ise Kars'ta yaşayan kadınların KKMM'ye yönelik sağlık inançlarını değerlendirdiği çalışmasında ciddiyet algısı puanı KKMM uygulayan grubun uygulamayanlara göre yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu

açından bakıldığında KKMM eğitimi olan ve uygulayan kadınlarda meme kanserine yönelik ciddiye algısı daha fazladır. Birçok çalışmada olduğu gibi çalışmamızda da verilen KKMM eğitimi sonunda ciddiye algısı puanı artmıştır (p=0,00) (Cohen 2002; Brain 1999).

Ateş'in (2014) çalışmasında ciddiye alt boyutu puanı evli ve bekar kadınlarda daha yüksekken eşleri ölmüş olan kadınların puanları daha düşük bulunmuştur. Öztürk'ün (2014) bir fabrikada çalışan kadınlara verdiği KKMM eğitimini değerlendirdiği çalışmasında verilen KKMM eğitimi sonrası 20-39 yaşları arasında, evli, üniversite veya lisansüstü düzeyde eğitim almış kadınlarda ciddiye algı puanının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Ayrıca alkol ve sigara kullanan ailesinde herhangi bir kanser belirlenmiş bireylerin bulunması, daha önce kendi meme dokularında problem yaşayan kadınlarda ciddiye algısı puanları eğitim sonunda artmıştır. Yapılan çalışmalardan farklı olarak bu araştırmada ciddiye algısı puanı eğitim öncesinde ekonomik durumunu gelir gidere eşit olarak algılayan kadınlarda yüksekken, eğitim durumu, yaş, medeni durum, sosyal güvence arasında verilen KKMM eğitimi öncesi ve sonrasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bunun yanı sıra eğitim öncesi 12 yaş ve öncesinde menarş olan ve menapoza giren, ailesinde uterus, over veya kolon kanserli birey bulunan ve BKİ'ye göre obez olan kadınların ciddiye algı puanları yüksek iken eğitim sonrası yalnız obez kadınlarda ciddiye algısı diğer kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Karayurt ve arkadaşlarının hemşireler ile yaptığı çalışmada (2008) KMMM uygulayan grupta yarar algısı puanının yüksek, engel algı puanının düşük olması hemşirelerin KMMM'nin olumlu yönlerinin olumsuz yönlerinden daha fazla algılaması ile açıklanabilir. Yapılan çalışmalarda engel algısı düşük kadınların KMMM'yi daha sık uyguladığı saptanmıştır (Lee 2003). Güney'in 2009 yılında bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançlarını değerlendirdiği araştırmasında KMMM uygulayan kadınların yarar algı puanı yüksekken KMMM uygulamayan kadınların engel algısı puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ise tip 2 diyabetli kadınlara verilen KKMM eğitimi sonunda yarar algı puanının arttığı ve engel algı puanının azaldığı saptanmış olup bu durumun KKMM uygulama sıklığını etkilediği

ve kişilerde engel algısı ne kadar az olursa KKMM uygulama sıklığının da o kadar artacağı düşünülmektedir.

Öztürk'ün araştırmasında (2014), SİM alt boyutlarından yarar algısı puanı verilen KKMM eğitimi sonrasında 20-39 yaş arası, evli, lisansüstü düzeyde eğitim almış kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca alkol ve sigara kullanmayan, ailelerinde kanser öyküsü olsun ya da olmasın tüm kadınlarda yarar algı puanı yükselmiş engel algısı puanında da anlamlı bir düşüş olmuştur. Bu çalışmada verilen KKMM eğitimi öncesinde 51 yaş ve üzeri, ilkokul mezunu, menapoza girmiş ve sigara kullanmayan kadınların engel algı puanı yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça kadınlarda KKMM'nin yarar algısı artmakta ve engel algısı azalmaktadır. Verilen KKMM eğitimi sonunda kadınların engel algı puanlarında azalma görülmüş fakat sosyal güvencesi olmayan orta okul mezunu kadınlarda engel algı puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Kadınlarda güven algısı belli bir eylemi başarma kapasitesine yönelik algılarını ifade etmektedir. Güven algısının artması da KKMM uygulama sıklığına olumlu bir etki sağlayacaktır (Altuncan ve ark. 2008). Güney'in (2009) araştırmasında KKMM uygulayan kadınlarda güven/öz yeterlilik algı puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur. Aydın'ın (2004) çalışmasında kadınlara verilen maketle KKMM eğitimi sonrasında güven algısında anlamlı bir fark saptanmıştır. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) Ürdünlü kadınlarda KKMM yapma durumunu etkileyen faktörleri inceledikleri bir çalışmada kadınların KKMM güven algısı arttıkça KKMM uygulama sıklığının da arttığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve verilen KKMM eğitimin kadınlarda güven algısını tetiklediği ve böylece KKMM yapma sıklığının da arttığı belirlenmiştir.

Yapmış olduğumuz bu çalışmada 50 yaş ve altı, üniversite düzeyinde eğitim almış kadınların güven algı puanı daha yüksek iken Ateş'in (2014) çalışmasında farklı olarak okuryazar olmayan kadınlarda belli düzeyde eğitim almış kadınlara göre güven/öz yeterlilik algı puanı yüksek bulunmuştur.

KKMM'yi uygulayan kadınlarda sağlık motivasyonu algı puanının yüksek olması kadınların sağlığını sürdürülmesi ve geliştirilmesindeki isteklilikleri ile

ilişkilidir (Karayurt ve ark. 2008). Merey' in (2002) çalışmasında KKMM hakkında eğitim alan bireylerin sağlık motivasyonu algıları daha yüksek bulunmuştur. Güney'in çalışmasında fabrikada çalışan kadınlara eğitim verilmemiş KKMM yapan ve yapmayan kadınların sağlık motivasyonu puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu araştırmada ise tip 2 diyabetli kadınlara verilen eğitimin KKMM'ye yönelik sağlık motivasyonu algısını arttırdığı görülmektedir.

Sağlık motivasyonu algısı puanı, Ateş'in (2014) çalışmasında 20-29 yaş arası, üniversite ve üzeri eğitim almış, meme kanseri hakkında belli bilgilere sahip, ekonomik durumu orta düzeyde olan kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Öztürk'ün çalışmasında da benzer olarak eğitim düzeyi yüksek 20-39 yaş arasında, evli olan kadınlar ile KKMM duyan ve sık sık uygulayan, bu konuda eğitim almış kadınlarda sağlık motivasyonunun daha fazla olduğu görülmektedir. Bu araştırmada KKMM eğitiminden önce özellikle sosyal güvencesi olan, ilk menarşını 12 yaşından önce olan ve sigara kullanan kadınlarda sağlık motivasyonu algısı yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre eğitim seviyesi yüksek olan kadınların sağlık taramalarına daha fazla katıldıkları ve kadınların sağlık düzeylerini geliştirmede gerekli önlemleri alabileceği düşünülebilir.

## **Tip 2 Diyabetli Kadınların KKMM Yapma Durumlarının Tartışılması**

Hiperinsülinemi ve hiperglisemi diyabetli hastalarda karsinogeneze neden olmaktadır. Yapılan birçok çalışmada diyabetin meme kanseri riskini artırdığı ortaya çıkmıştır (Larsson ve ark. 2007).

Metformin, hiperinsülinemi ve hiperglisemiyi önlemekle birlikte antikanserojen özellik taşıyan oral antidiyabetik ajandır. Noto ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada metformin diğer antidiyabetik ilaçlarla kıyaslandığında tüm kanserlere bağlı mortalite ve morbitide oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Yapmış olduğumuz çalışmada kadınların %78,5'i oral antidiyabetik ilaç kullanmakta olup %84,3'ü metformin içeren ilaçlar kullanmaktadır.

Giroux ve arkadaşlarının (2000) diyabetli kadınların meme kanserine yönelik taramalara katılma oranlarını inceledikleri çalışmada diyabetli kadınların %57,9'u düzenli aralıklarla mamografi çektirmiş, %26,6'sı klinik meme muayenesi (KMM)

yaptırılmışlardır. Diyabetli olmayan kadınlarda da benzer sonuca ulaşılmıştır. Giroux ve arkadaşlarının bu çalışmasında kadınların KKMM yapma durumları incelenmemiştir. Bizim çalışmamızda ise tip 2 diyabetli kadınların eğitim öncesinde %27,7'si düzenli olarak KKMM yaparken, eğitim sonrası %94,6'sının düzenli KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuç

Tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri riskini saptayarak verilen KKMM eğitiminin değerlendirildiği bu çalışmada;

- ✓ Kadınların %88,5'i meme kanseri için düşük riske sahiptir.
- ✓ Tip 2 diyabetli kadınlara verilen eğitimle KKMM bilgi düzeyleri ve KKMM uygulama sıklıkları belirgin bir şekilde artmış olup H1 Hipotezi kabul edilmiştir.
- ✓ Verilen KKMM eğitimi ile birlikte kadınların meme kanserine ve KKMM'ye yönelik sağlık inançlarına yönelik duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyon algıları artmış olup engel algıları azalmıştır. Böylece H3 Hipotezi doğrulanmıştır.

### 6.2.Öneriler

- ✓ Tip 2 diyabet ile meme kanseri riskine yönelik yurt dışında yapılan çalışmaların artması ile ülkemizde de bu konuya tüm sağlık profesyonellerinin dikkati çekilerek klinik çalışmalar yapılmalıdır.
- ✓ Dahiliye ve endokrinoloji kliniklerine başvuran tip 2 diyabetli kadınlar literatüre göre meme kanseri açısından risk taşıdıkları için meme kanserine yönelik risk taraması yapılmalı ve özellikle yaşam tarzı ile ilgili değiştirilebilir risk faktörleri konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir.
- ✓ Tip 2 diyabetli kadınlar meme kanseri riski taşıdıkları konusunda bilgilendirilmeli ve erken tanı yöntemlerinden KKMM'yi öğrenerek düzenli uygulamaları ve tarama programlarına katılmaları sağlanmalıdır.
- ✓ KKMM eğitimleri yetişkin eğitim ilkelerine uygun olarak verilmeli ve maket gibi görsel materyaller kullanılmalıdır.
- ✓ Verilen eğitimlerden sonra eğitimlerin etkinliği değerlendirilmeli, eğitim verilen kadınların KKMM uygulamaları sorgulanmalıdır.

✓ KKMM eğitimlerinin etkin olabilmesi için eğitimler, kadınların sağlık inançları dikkate alınmalıdır.



## 7.KAYNAKLAR

Abaan S. Kanserin Önlenmesi Ve Kanser Riskinin Azaltılması. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 1. Baskı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1996;31-40.

Abou-Seif MA, Youssef AA. Evaluation of some biochemical changes in diabetic patients. Clinica Chimica Acta. 2004;346(2):161 – 170.

Absetz P, Aro AR, Rehnberg G, Sutton SR. Comparative Optimism in Breast Cancer Risk Perception: Effects of Experience and Risk Factors Knowledge. Psychology, Health&Medicine, 2000;5(4):367-76.

Akdağ S. Kadınların Tarama veya Tanısal Amaçlı Mamografi Uygulaması ile ilgili Bilgi, Düşünce ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mahmure Aygün).

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. 3. Basım. Meta Basım, İzmir, 2013; s:167-198.

Aksoy G. Birincil ve ikincil korumada hemşirenin rolü. İçinde: Topuz E, Aydın A, Karadeniz A N. Klinik Onkoloji. İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları:06, Tunç Matbaası, İstanbul, 2000;340-345.

Akyolcu N, Kanan N. Kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin yaşam süresine olumlu etkisi. Hemşirelik Bülteni. 1987;2 (8):72-74.

Akyolcu N. Kadınlarda Meme Kanserinin Önemi ve Sağlık Eğitim. I. Uluslararası&V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kongre Kitabı. 19-22 Eylül 2001, Nevşehir, 349-355.

Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reves GK, Brown A, Green J. Moderate Alcohol Intake and Cancer Incidence in Women. J Natl Cancer Inst. 2009;101(5):296-305.



Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(2):84- 91.

American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2008;31:12-96.

Anderson BO, Shyyan R, Eniu, A, Smith R, Yip C, Bese NS, Chow LC, Masood S, Ramsey S, Carlson RW. Breast cancer in limited-resource countries:an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. The Breast Journal 2006;12(1):3-15.

Arslan M, Şahin D A. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Bilgi Durumlarına Planlı Eğitimin Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi. 2013;1(1);s:8-16.

Aslan F. Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3(2):63-66.

Ateş S. Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarının Değerlendirilmesi. İ.B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Feride Yiğit).

Ay F A. Mesleki Temel Kavramlar. 5. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013; s:2-28.

Aydın N. Evde Diabet Takibi. İçinde: Yenigün M. Her yönüyle Diabetes Mellitus. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2001.

Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. Remzi Kitapevi, İstanbul; 2000.

Bennett PH, Knowler WC. Diabetes Mellitus ve Glikoz Hemeostazının Tanımı, Teşhisi ve Sınıflandırması. Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. (Editörler). Tanyolaç S (Çeviren). Yumuk V (Çeviri Editörü). Joslin's Diabetes Mellitus, İstanbul: Medikal Yayıncılık, Lippincott Williams & Wilkins; 2008: s.331-339.

Berry DA, Iversen ES Jr, Gudbjartsson DF, Hiller EH, Garber JE, Peshkin BN, Lerman C, Watson P, Lynch HT, Hilsenbeck SG, Rubinstein WS, Hughes KS, Parmigiani G. BRCAPRO validation, sensitivity of genetic testing of BRCA1/BRCA2, and prevalence of other breast cancer susceptibility genes. *J Clin Oncol* 2002;20:2701-2712.

Beydağ K D, Karaoğlan H. Effect of Breast Self Examination Education to the Knowledge and Attitudes of Female Students. *TAF Prev Med Bull.* 2007;6(2):106-111.

Beydağ K D, Yürüden B. The Effect of Breast Self-Examination (BSE) Education Given to Midwifery Students on Their Knowledge and Attitudes. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2010;11(6):1761-4.

Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, Jong RA, Hislop G, Chiarelli A, Minkin S, Yaffe MJ. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *N Engl J Med.* 2007;356:227-36.

Brain K, Norman P, Gray J, Mansel R. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. *Psychosomatic Medicine.* 1999;61:181-187.

Cabioğlu N. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi. İçinde: Özmen V, Meme Hastalıkları Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara;2012, s:3-16.

Can G. Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 50. Yıl Yayınları, İstanbul;2014, s:365-411.

Champion V. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening, *Res Nurs Health.* 1999;22:341-348.

Champion VL, Miller TK. Variables related to breast self-examination model generation. *Psychology of Women Quarterly.* 1992;16: 81-96.

Champion VL, Scott C. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research.* 1997;Nov-Dec:331-337

Champion VL. Instrument development for Health Belief Model constructs. *Advances in Nursing Science*. 1984;6(3):73-85.

Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008; 46-65.

Chuntharapat S, Sripotchanart W, Phongthanasarn J. Effects of health belief model instruction on breast self-examination complianca in perimanopausal women, *Songklanakarind Journal of Nursing*. 2004;20(2):123-138.

Clemen-Stone S, Mcguire Sandra L, Eigsti Diane G. *Comprehensive Health Nursing Familiy Aggregate and Community Practice*. Sixth Edition. By Mostby; 2002, p:386-387.

Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination, *Behavioral Medicine*. 2002;28(1):15-22.

Col NF, Ochs L, Springmann V, Aragaki AK, Chlebowski RT. Metformin and breast cancer risk: a meta-analysis and critical literature review. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;135:639–646. DOI 10.1007/s10549-012-2170-x.

Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, Rosner BA. Family history, age, and risk of breast cancer: prospective data from the Nurses' Health Study. *JAMA*. 1993;270:338- 43.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*.1996;347:1713.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: Collaborative Reanalysis of Individual Data from 47 Epidemiological Studies in 30 Countries, Including 50302 Women with Breast Cancer and 96973 Women without The Disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187-95.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of Individual Data from 52 Epidemiological Studies Including 58209 Women with Breast Cancer and 101986 Women without the Disease. *Lancet*. 2001;358:1389-1399.

Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K, Arslan K. Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi konusundaki uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2013;123-124.

Çelik G O, Malak A T, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesini Uygulama, Mamografi Çektirme ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. *Anatol J Clin Investig*. 2009;3(3):159-163.

Çorakçı A, Azal Ö, Beyhan Z. Diyabetes Mellitus'ta Oral Ajan Tedavisi. İçinde: İmamoğlu Ş, Ersoy C Ö. *Diabetes Mellitus, Multidisipliner Yaklaşımla Tanı, Tedavi ve İzlem*. 2. Baskı. Deomed Yayıncılık, İstanbul; 2009, s.138- 172.

Dalay N, Buyru N. Kanser Biyolojisi. İçinde: Can G. *Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:7-17.

Demir S G. Meme Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde:Elbaş N Ö. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları*. 1. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2016. s:81-89.

Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara Turkey, 1999.

Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. Eğitim Seviyesi Düşük Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyi ve Risk Hesaplaması. *J Kartal TR*. 2014;25(3):181-186.

Domchek SM, Eisen A, Calzone K, Stopfer J, Blackwood A, Weber BL. Application of Breast Cancer Risk Prediction Models in Clinical Practice. *Journal of Clinical Oncology*. 2003;21:593-601.

Donegan V, Spratt JS. Cancer of the Breast. 5th. Ed. Saunders, Management of Early Invasive carcinoma, Elsevier, USA, 2002.

Duran Ö. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Ferit Koçoğlu).

Edelman SV, Henry RR. Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes. Çeviren: Dursun AN. 1. Basım. AND Danışmanlık, Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. İstanbul; 2005, s:71-136.

Eisen A, Lubinski J, Gronwald J, Moller P, Lynch HT, Klijn J, Kim-Sing C, Neuhausen SL, Gilbert L, Gadirian P, Manoukian S, Rennert G, Friedmen E, Isaacs C, Rosen E, Rosen B, Daly M, Sun P, Narod SA; Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. Hormone therapy and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2008;1:100(19):1361-7.

Eliassen AH, Hankinson SE, Rosner B, Holmes MD, Willett WC. Physical Activity and Risk of Breast Cancer Among Postmenopausal Women. Arch Intern Med. 2010;170( 19):1758-64.

Elik, Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. Seçil Aksayan).

Enç N, Alkan H Ö. Diyabetes Mellitus. İçinde: Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014; s:281-9.

Eroğlu C, Eryılmaz M A, Cıvcık S, Gürbüz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirilmesi:5000 Olgu. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2010;1(20):27-33.

Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, İzmir. 2012;5(1):28-38.

Evans DG, Howell A. Breast cancer risk-assessment models. *Breast Cancer Res.* 2007;9(5):213-222.

Faupel-Badger JM, Arcara KF, Balkam JJ, Eliassen AH, Hassiotou F, Lebrilla CB, Michels KB, Palmer JR, Schedin P, Stuebe AM, Watson CJ, Sterman ME. Postpartum remodeling, Lactation, and Breast Cancer Risk: Summary of A National Cancer Institute-Sponsored Workshop. *J Natl Cancer Inst.* 2013;105(3):166-74.

Fentiman IS. Fixed and Modifiable Risk Factors for Breast Cancer. *Int J Clin Pract.* 2001; 55:527-530.

Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer Incidence and Mortality Patterns in Europe: Estimates for 40 Countries in 2012. *European Journal of Cancer.* 2013;49(6):1374–1403.

Foxon B, Lattimer JG, Felder B. Breast cancer. In: Yarbro HC, Wujcik D, Gobel HB. *Cancer Nursing: Principles and Practice.* 7th ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p:1091-1137.

Gini A, Bidoli E, Zanier L, Clagnan E, Zanette G, Gobbato M, Paoli PD, Serraino D. Cancer among patients with type 2 diabetes mellitus: A population-based cohort study in northeastern Italy. *Cancer Epidemiology.* 2016; 41:80–7.

Giroux J, Welty TK, Oliver FK, Kaur JS, Leonardson G, Cobb Nathantel. Low National Breast and Cervical Cancer-Screening Rates in American Indian and Alaska Native Women With Diabetes. *J Am Board Fam Pract.* 2000;13(4):239-45.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. (Ed. Orleans, T.). 4th Edition, Jossey Bass, 2008, p:45-62.

Gonzalez-Angulo AM, Bernstam FM. Metformin: A Therapeutic Opportunity in Breast Cancer. *American Association for Cancer Research.* 2010. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-09-1805

Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales . *Cancer Nursing.* 2004;27(6) : 491–498.

Güllüoğlu B. Risk Faktörleri. İçinde: Aydın S, Akça T. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Adana Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 35-46.

Güney E. İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer).

Gürsoy A A. Kendi kendine meme muayenesi çelişkisi. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(3): 257-260.

Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-Psychological Study. Washington, DC:U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, 1958.

Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in the UK. Diabet Med J Br Diabet Assoc 2015;32:1119–20. doi:10. 1111/dme.12791.

Inzucchi SE, Porte D, Sherwin RS, Baron A. The Diabetes Mellitus Manuel. Çeviri: Demiriz I Ş, Demiriz B. Diabetes Mellütus El Kitabı. 6. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 51-75.

Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. In: GlanzK, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. 3rd edition. San Fransisco: Jossey-Boss; 2002. p. 45-66.

Jemal A, Ward E, Thun MJ. Recent Trends in Breast Cancer Incidence Rates by Age and Tumor Characteristics Among US Women. Breast Cancer Res. 2007; 9:R28.

John EM, Kelsey JL. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. Epidemiol Rev. 1993;15:157-62.

Kabat GC, Jones JG, Olson N, Neqessa A, Duqqan C, Ginsberg M, Kandel RA, Glass AG, Rohan TE. A Multi-Center Prospective Cohort Study of Benign Breast Disease and Risk of Subsequent Breast Cancer. Cancer Causes Control

2010;21(6):521-8.

Karayurt Ö. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen 88 faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İzmir, 2003.

Karayurt Ö, Coşkun A, Kamuran C. Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. Meme Sağlığı Dergisi, 2008;4(1), s:15-20

Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination, Cancer Nurs. 2007;30(1):69-77.

Karayurt Ö, Zorukoş S. Meme Kanseri Riski Yüksek olan Kadınların Yaşadıkları Duygular ve Bilgi-Destek Gereksinimlerinin Karşılanması. J Breast Health 2008; 4(2):56-61.

Karayurt Ö. Meme Kanseri. İçinde: Can G. Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2015, s:619-657.

Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1. Basım, Adana, Nobel Kitabevi. 2010; 977-1002.

Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. 2001.

Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. Restorative Dentistry & Endodontics, 2013;38(1):52–54.

Koca B. Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilmenin Kadın Sağlığı Açısından Önemi. Yeni Tıp Dergisi. 2010;27:10-14.



Konca C, Ayvaz G. Tip 2 Diyabetes Mellitusun İnsülin Dışı Tedavisi. İçinde: Özata M. Endokrinoloji-Metabolizma ve Diyet. 2. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2011; s:571-582.

Larsson SC, Mantzoros CS, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*. 2007;121:856–62.

Lee EH. Breast self-Examination Performance Among Korean Nurses. *Journal for Nurses in Staf Development*. 2003;19:81-87. (PMID:12679659).

Lierman LM, Young HM, Powel-Cope G, Georgiadou F, Benoliel JQ. Effect of education and support on breast self-examination in older women. *Nursing Research*. 1994; 43 (3):24-29.

McPherson K, Stee CM, Dixon JM. ABC of breast diseases: Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 2000;321(7261),624-628.

Merey S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

Mermer G S, Meseri R. İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde Kırk Yaş ve Üstü Kadınlarda Meme Kanseri Risk Durumunun Belirlenmesi. *Sted*. 2011;20(2):51-56.

Milaat WA. Knowledge of secondary-school female students on breast cancer and breast self-examination in Jeddah, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2000;6(2/3):338-343.

Moon EK, Park HJ, Oh CM, Jung KW, Shin HY, Park BK, Won YJ. Cancer Incidence and Survival among Adolescents and Young Adults in Korea. *PLoS ONE*. 2014;9(5): e96088. doi:10.1371/journal.pone.0096088.

Nahevan N. Nicel Araştırma Tasarımları. İçinde: Erdoğan S, Nahevan N, Esin M N. Hemşireikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2014, s:87-130.

Neilson UK, Friedenreich CM, Brockton NT, Millikan RC. Physical Activity and Postmenopausal Breast Cancer: Proposed Biologic Mechanisms and Areas for Future Research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009;18(1):11-27.

Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara ES, Buist DS, Kerlikowske K, van Ravesteyn NT, Trentham-Dietz A, Mandelblatt JS, Miglioretti DL. Risk Factors for Breast Cancer for Women Aged 40 to 49 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Intern Med.* 2012; 156(9):63S-48.

Noto H, Goto A, Tsujimoto T, Noda M. Cancer Risk in Diabetic Patients Treated with Metformin: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS ONE.* 2012;7(3): e33411. doi:10.1371/journal.pone.0033411.

Oliver-Vazquez M, Snchez-Ayendez M, Suarez-Perez E, Velez-Almodovar H, Arroyo-Calderon Y. Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: Results of Pilot Programme. *Health Promotion International.* 2002;17:3-11.

Özata M. Tip2 Diyabetin Tıbbi Tedavisi. 5. Baskı. American Diabetes Association, 2004, s:3-16.

Özcan Ş. İnsülin Tedavisinin Yönetimi. İçinde: Erdoğan S. Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul; 2002. s:39-54.

Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer H Ç, Hüdayioğlu M R, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirme Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Toplum Hekimliği Bülteni. 2009;28(1):14-19

Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede 1, Göker E, Güllüoğlu BM, Işıkdöğün A, Topal U, Uhri M, Utkan Z, Zengin N, Tuncer M. Türkiye'de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması "Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". *Meme Sağlığı Dergisi.* 2009;5(3):125-134.

Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi.* 2009; 5(3):125-134.

Öztürk Ş. Bir Fabrikada Çalışan Kadınlara Verilen Eğitimin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Sağlık İnanç ve Davranışlarına Etkisi E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ayfer Karadakovan).

Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(1):72-83.

Parmigiani G, Berry DA, Aquilar O. Determining carrier probabilities for breast cancer susceptibility genes BRCA1 and BRCA2. Am J Hum Genet. 1998;62:145–8.

Petrelli JM, Calle EE, Rodriguez C et al. Body mass index, height, and postmenopausal breast cancer mortality in a prospective cohort of US women. Cancer Causes Control 2002;13(4):325-32.

Petro-Nustus W. Mikhail BI. Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women, Public Health Nursing. 2002;19(4): 263-271.

Rao RS, Nair S, Nair NS, Kamath VG. Acceptability and effectiveness of a breast health awareness programme for rural women in India, Indian Journal Medicine Science. 2005;59(9), 398-402.

Rebora P, Czene K, Reilly M. Timing of familial breast cancer in sisters. Journal of the National Cancer Institute. 2008;21:721-7.

Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model, Health Education & Behavior. 1988;15(2), 175-183.

Secginli S, Nahcivan N Ö. Breast cancer screening behaviors in women. Proceedings of the 2nd International&9th National Nursing Congress: 07—11 September 2003, Antalya, Turkey.

Seçginli S, Nahcivan N Ö. Kendi kendine meme muayenesi: Yeni öneriler neler? Sağlık ve Toplum. 2006;16(4):13-18.

Seçginli S, Nahçıvan N O. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J of Nurs Stud.* 2006;43:161-171.

Seçginli S, Nahçıvan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing.* 2004;27(4): 287-294.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. Assessment and Management of Patients With Breast Disorders. In: Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 12th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. p.1471-1501.

Somunoğlu, S. Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2009;4(10):103-122.

Şahin Z A, Özdemir F K. Kars'ta Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamasına Yönelik Bilgi, İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi;* 2015;13(2):54-61.

Şencan O, Akbulut H. Kanserde tarama ve erken tanı. *Aktüel Tıp Dergisi.* 1998;3(10):515-8.

Tabar L, Vitak B, Chen TH, Yen AM, Cohen A, Tot T, Chiu SY, Chen SL, Fann JC, Rosell J, Fohlin H, Smith RA, Duffy SW. Swedish Two-County Trial: Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality During 3 Decades. *Radiology.* 2011; 260(3):658-63.

Taneri F, Tekin E. Meme Hastalıkları. İçinde: Göl K. Kadın Hastalıkları ve Doğum. 4. Baskı, Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2003, s:189-199.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2012, s:37-47.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Hizmet alan kişinin değerlendirmesi. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. 4. Baskı. Damla Matbaacılık, Ankara; 2005. s. 85-116.

Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, Gammon MD. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Ann Epidemiol.* 2006;16:230-240.

Tüccar E. Meme Anatomisi. İçinde: Aydın S, Akça T. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Adana Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Adana; 2011, s: 19-24.

Tümer G, Çolak R. Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi, Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi. 2012;29:12-15.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Diyabetes Mellitus Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 2013, 6.Baskı, Ankara; 2013.

Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A Breast Cancer Prediction Model Incorporating Familial and Personal Risk Factors. *Stat Med.* 2004; 23:1111-1130.

Turhan H. Tip 2 Diabetes Mellitus'lu Hastalarda Tedavi Şekline ve Hastalık Süresine Göre Depresyon ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007 (Tez Koordinatörü: Doç. Dr. Cem İlnem).

Umeh K, Gibson JR. Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology.* 2001;6: 361-372.

Vogel WH. The Advanced Practice Nursing Role in a High-Risk Breast Cancer Clinic. *Oncol Nurs Forum.* 2003;30(1): 115-122.

Wolf I, Sadetzki S, Catane R, Karasik A, Kaufman B. Diabetes mellitus and breast cancer. *Lancet Oncol* 2005;6:103–11.

Yalom MA. *History of the Breast*, Alfred A. Knopf, New York, 1997, p.211 -213.

Yıldırım A D, Özaydın A N. İstanbul/Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri ile ilgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *J Breast Health* 2014;10:47-56. DOI: 10.5152/tjbh.2014.1762.

Yılmaz M, Seki Z, Gürler H, Çifçi ES. Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi. DEUHYO ED 2010;3(2),65-71.

Yüceyar S. Meme kanseri epidemiyoloji, etyoloji, risk faktörleri ve korunma. İçinde: Alemdaroğlu K, Aksu F. Meme Hastalıkları. İstanbul, 2000;21-36.



## 8. EKLER

### EK 1. GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

---

#### **ÇALIŞMANIN ADI:**

Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin Saptanması ve Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi

---

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz.*

#### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

Bu çalışmada amaç Manisa ilindeki tip 2 diyabetli kadınlarda meme kanseri riskini saptayarak, verilecek kendi kendine meme muayenesi eğitimiyle geliştirecekleri tutumları değerlendirmektir. Verilen kendi kendine meme muayenesi eğitimiyle kadınların meme dokusundaki değişiklikleri saptayarak meme kanserini erken tanıyabilecekleri düşünülmektedir.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

Bu çalışmada size sadece bazı sorular sorularak bilgileriniz alınacaktır. Toplamda 84 soru sorulacak. Size ilk olarak araştırmacı Esra Tayhan tarafından kişisel bilgilerinizi içeren tanıtıcı bilgi formu ile kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarınızı sorgulayan bir form ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili sağlık inançlarınıza yönelik bir form doldurtulacaktır. Daha sonra uygunsa kaldığımız odada, uygun değilse kliniğin diyabet eğitim odasında maket üzerinde kendi kendine meme muayenesi araştırmacı tarafından öğretilecek. Bu eğitimden 8 hafta sonra da sizden yine maket üzerinde meme muayenesini tekrarlamanız ayrıca kendi kendine meme muayenesi bilgi formu ve sağlık inançlarınıza yönelik form doldurtulacaktır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Bu çalışma sayesinde meme kanseri riski taşıyıp taşımadığımızı ve erken tanıya götüren KKMM davranışını öğrenerek düzenli bir davranış haline getirmenizle hastalığın gelişmesi ve etkin tedavinin sağlanarak meme kanserine bağlı ölüm oranlarının azalacağı düşünülmektedir.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu bilimsel çalışma dışında hiçbir şekilde bilgileriniz kullanılmayacaktır.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. Yrd.Doç. Dr. Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI  
Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, 0506 422 83 23
2. Araş.Gör. Esra TAYHAN  
Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, 0506 217 51 70

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi



## EK 2. KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE MEME KANSERİ RİSKİ ANKET FORMU

Sıra No:

1.Yaşınız:.....

2.Medeni durumunuz:

1)Evli 2)Bekar 3)Dul 4)Boşanmış

3.Eğitim durumunuz:

1)İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3)Lise mezunu 4)Üniversite mezunu

4.Sosyal güvenceniz

1)Var 2)Yok

5.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1)Gelirimiz giderlerimizden az  
2)Gelirimiz giderlerimizden fazla  
3)Gelirimiz giderlerimize eşit

6.Kaç çocuğunuz var?

1)Var(....tane) 2)Yok

7. Çocuğunuz varsa ilk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz?

.....yaşında

8. İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?

.....yaşında

9.Adetten kesildiniz mi?

1)Evet 2)Hayır

10.Yanıtınız evet ise kaç yaşında adetten kesildiniz?

.....yaşında

11.Ailenizde meme kanseri teşhis edilen kimse var mı?

1)Var 2)Yok

12.Yanıtınız evet ise akrabalık dereceniz nedir?

.....

13.Alkol kullanıyor musunuz?

1)Hiç kullanmıyorum 2)Nadiren kullanıyorum  
3)Sık sık kullanıyorum 4)Diğer.....

14.Sigara kullanıyor musunuz?

1)Hiç içmiyorum  
2)Çok nadiren kullanıyorum  
3)Günde ½ paketten az kullanıyorum  
4)Günde ½ paketten fazla kullanıyorum  
5)Diğer.....

15.Beslenmenizde hangi gıdaları daha sık tüketiyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1)Margarin
- 2)Kızartmalar
- 3)Tatlı ve şekerli gıdalar
- 4)Unlu gıdalar
- 5)Sebze ve meyveler
- 6)Tahıllar
- 7)Tavuk ve balık
- 8)Süt ve süt ürünleri
- 9)Kırmızı et
- 10)Diğer.....

16.Geçmişte memelerinizle ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?

- 1) önceden meme kanseri var (açıklayınız).....
- 2) meme kanseri yok

17.Ailenizde yumurtalık, rahim ya da kalın barsak kanseri geçiren kimse var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

18.Yanıtınız evet ise akrabalık dereceniz nedir?

.....

19.Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

- 1)Evet (açıklayınız).....
- 2)Hayır

20. Şeker ilacı olarak kullandığınız ilaç nedir?

- 1) İnsülin
- 2) Ağızdan alınan şeker düşürücü ilaçlar

21.Beden Kitle İndeksi

Kilo.....kg Boy.....cm

### EK 3.A. KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ BİLGİ VE UYGULAMA DURUMU KONTROL FORMU

Aşağıda kendi kendine meme muayenesinin uygulama amacı, uygulama sıklığı, uygulama zamanı ve uygulama şekli ile meme kanseri riskleri ve belirtilerine yönelik sorular yer almaktadır. Bu sorulara size göre en doğru olan cevabı veriniz.

Teşekkürler.

#### A-BİLGİ DURUMU

1. Kendi kendine meme muayenesi niçin yapılır?

.....

2. Hangi yaştaki kadınlar kendi kendine meme muayenesi yapmalıdırlar?

- ( ) 15 yaşından itibaren  
( ) 20 yaşından itibaren  
( ) 30 yaşından itibaren  
( ) İlk adet yaşından itibaren  
( )Bilmiyorum  
( ) Diğer(açıklayınız).....

3.Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri riskini arttırmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ( ) Ailesinde meme kanseri bulunması  
( )Katiyağ, tatlı, unlu, kızartılmış yiyeceklerin sıkça tüketilmesi  
( )Alkol kullanma  
( )Sigara kullanma  
( )12 yaşından önce adet görme  
( )İlk doğumun 30 yaşından sonra olması  
( )50 yaşından sonra adet kesilmek  
( )Geçmişte memede iyi huylu hastalık olması  
( )Doğum kontrol hapları  
( )Şişmanlık  
( )Aşırı hareketsiz yaşam  
( )Bilmiyorum  
( )Diğer.....

4.Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri belirtisi olabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ( )Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle  
( )Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişikliği  
( )Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ya da yara olması  
( )Memede ya da meme başında içeri doğru çökme  
( )Meme ucunun pozisyonunda değişiklik  
( )Koltuk altında ele gelen şişlikler  
( )Meme ucundan koyu kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak bir akıntı gelmesi  
( )Bilmiyorum  
( )Diğer.....

5.Kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkta yapılmalıdır?

- 1) Akla geldikçe  
2) Haftada bir kez  
3) Ayda bir kez  
4) 2-3 ayda bir

5)Bilmiyorum 6)Diğer.....

6. Kendi kendine meme muayenesi ne zaman yapılmalıdır?

- 1)Akla gelince
- 2)Adet döneminden önce
- 3)Adetli iken
- 4)Adet kanamasının başlangıcından 5-7 gün sonra
- 5)Bilmiyorum 6)Diğer.....

7. Adetten kesilen kadınlar kendi kendine meme muayenesini ne zaman yapmalıdırlar?

.....

8. Düzenli olarak Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır



## B-UYGULAMA DURUMU

Bu bölüm katılımcıya kendi kendine meme muayenesi uygulattırılarak gözlem sonucunda araştırmacı tarafından işaretlenerek doldurulacaktır.

	Tam yapıyor	Kısmen yapıyor	Yapmıyor
1. Aydınlik bir odada belden yukarisini gösteren bir ayna karşısında üst kıyafetlerini çıkarıyor.			
2. Ayna karşısında kolları her iki yanda aşağı doğru sarkmış olarak, serbest vaziyette iken her iki memenin ve meme uçlarının; büyüklüğünün birbirine eşit olup olmadığına, renk değişikliği durumuna, içeri çökme olup olmadığına, portakal kabuğu görüntüsü olup olmadığına bakıyor.			
3. Ayna karşısında her iki kolunu başının üzerine koyarak memelerinin ve meme uçlarının birbirine eşit olup olmadığına, meme derisinde ve meme uçlarında çukurlaşma olup olmadığına bakıyor.			
4. Ayna karşısında her iki el beldeyken kalçalarına aşağı doğru bastırırken memelerinin ve meme uçlarının büyüklüğü, birbirine eşit olup olmadığı ve herhangi bir içeri çökme durumunun olup olmadığına bakıyor.			
5. Ayna karşısında iken hafif öne doğru eğilerek memelerinin ve meme uçlarının büyüklüğüne, birbirine eşit olup olmadığına, içeri çökme durumunun olup olmadığına bakıyor.			
6. Elle kendi kendime meme muayenesi yaparken işaret, orta ve yüzük parmaklarının içe doğru olan uç kısımlarını kullanıyor.			
7. Muayene esnasında parmaklarını birbirine bitişik halde tutuyor ve parmaklarını muayene sırasında hiç kaldırmıyor.			
8. Memesini ayakta elle muayene ederken hangi memesini muayene edecekse o taraftaki elini başının üzerine koyuyor.			
9. Memesini muayene ederken muayene edecek elinin 2.,3. ve 4. parmaklarıyla meme ucundan başlayarak 1 cm büyüklüğünde dairesel, yukardan aşağı veya ışınsal hareketlerle önce hafif, sonra orta ve ardından kuvvetli basınç uygulayarak köprücük kemiğinden meme alt çizgisine, ön koltuk altı çizgisinden göğüs kemiğine kadar yer alan mesafede memesinin tüm tabakalarını hissetmeye çalışıyor.			
10. Memelerinin uçlarını sıkarak kahverengi, siyah, kanlıya da berrak bir akıntı gelip gelmediğini kontrol ediyor ve meme ucunu geriye doğru bastırarak herhangi bir sertlik olup olmadığını kontrol ediyor.			
11. Koltuk altını muayene ederken o taraftaki elini beline koyuyor ve diğer elinin 2., 3. ve 4. parmaklarıyla lenf bezlerini kontrol ediyor.			
12. Sirt üstü yatar pozisyonda elle muayene yaparken muayene edeceği memenin tarafındaki omzunun altına ince bir yastık koyarak elle muayene işlemini tekrarlıyor.			

## EK 4. CHAMPION'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Ölçek, 43 madde ve altı boyuttan oluşmaktadır. Boyutların her biri 1 ile 5 arasında değişen değerler almaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<b>DUYARLILIK ALGISI</b>					
1. Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek					
2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum					
<b>CİDDİYET ALGISI</b>					
4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor					
5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor					
6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur					
7. Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir					
8. Meme kanseri olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirebilir					
9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir					
10. Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam					
<b>YARAR ALGISI</b>					
11. Kendi kendime meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum					
12. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur					
13. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir					
14. Kendi kendime meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze)saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir					
15. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak benim için memede oluşan küçük bir kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur					
<b>ENGEL ALGISI</b>					
16. Kendi kendime meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum					
17. Kendi kendime meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir					

18. Kendi kendime meme muayenesi beni utandırıyor					
19. Kendi kendime meme muayenesi çok zaman alıyor					
20. Kendi kendime meme muayenesi yapmayı unutuyorum					
21. Kendi kendime meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok					
22. Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendinize meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
23. Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
24. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür					
25. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur					
26. Kendi kendime meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var					
<b>GÜVEN (Öz Yeterlilik)</b>					
27. Kendi kendime meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. Kendi kendime meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
29. Kendi kendime meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim					
30. Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
31. Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
32. Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim					
33. Kendi kendime meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum					
34. Kendi kendime meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığım zaman memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
36. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim					
<b>SAĞLIK MOTİVASYONU</b>					
37. Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim					
38. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir					
39. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım					
40. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum					
41. Dengeli beslenirim					
42. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım					
43. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım					

## EK 5.A. KKMM EĞİTİM BROŞÜRÜ

- Memenin elle muayenesinde memenin çaprazında kalan elin, orta üç parmağının (işaret, orta ve yüzük parmağı) iç yüzeylerini kullanın.
- Parmaklarınızı birbirine yapışık ve göğüs duvarına paralel tutun.
- Memedeki hitleler farklı derinliklerde olabilir, bu nedenle parmaklarınızla aynı noktada daire çizerken üç farklı basınçla (hafif, orta, şiddetli) parmaklarınızı bastırarak hareket edin.






Ella İyon Terzinde

- Aynı teknikle koltuk altını kontrol edin. (Muayene edilecek koltuk altı rahat, gergin olmamalı)



Size hangi muayene şekli uygunsa her muayenede aynı muayene şeklini kullanın.  
Düzenli KKMM yaparsanız meme dokunuzu tanır ve oluşan farklılıkları anlayabilirsiniz.  
Memenizi hangi şekilde muayene ediyorsanız her zaman aynı şekilde muayene edin.



TC Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu  
Kanser Daire Başkanlığı



### Kendi Kendine Meme Muayenesi

[www.kanser.gov.tr](http://www.kanser.gov.tr)

HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR



### MEME KANSERİ TARAMASINDA ULUSAL STANDARTLAR

- Kendi kendine meme muayenesi (her ay)
- Klinik meme muayenesi (40-69 yaş 2 yılda bir)
- Mamografi (40-69 yaş 2 yılda bir) olarak belirlenmiştir.

#### KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM)

Her kadın

- 20 yaşından itibaren ayda bir olmak üzere ömür boyu meme muayenesi yapmalıdır.

#### KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İÇİN EN UYGUN ZAMAN

- Adet kanaması gören kadınlar için, adetini başladığı günü 1. gün sayıp sonraki 7-10 gün arası
- Adet görmeyen kadınlar için, akılda kalması için her ayın belli bir günü
- Emziren kadınlarda, emzirmeyi takiben, memelerdeki süt boşaldıktan sonra
- Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda, her yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki gün yapılmalıdır.

#### KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ NASIL YAPILIR ?

Gözlümlenerek muayene, Aynanın önünde aşağıdaki farklı pozisyonlarda gözlem yapın:



1. Kollar iki yanda zerkir ve gövde



2. Kollar balda



3. Kollar her iki yanda beşin üzerine kaldırılmış



4. Kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş

### Gözlem sonucunda aşağıdakilerden biri veya birkaçı görülürse hekime başvurulmalıdır!



1. Memede lizma görünümü



2. Memelerden birinde anormal büyüme



3. Memelerden birinin diğerinden zerkir olması



4. Meme cildinde bütünlük, damarlanmada artma



5. Meme ucunda pürütlenme



6. Meme ucundan kanlı akıntı



7. Meme ucu renginde değişiklik



8. Memeye kompu lenf bezlerinde büyüme



9. Üst kolde anormal zerkir

#### Dokunarak Muayene;

##### Elle Muayene

Sırtüstü yatarak (ideal olan),




Duşta, Ayakta yapılabilir

##### Elle Muayene Edilecek Bölgeler

- Memenin kendisi ve meme başları
- Koltuk altı ve meme altı bölgeleri

Alt Sınır: Sütünin alt çizgisi  
Üst Sınır: Köprücük kemiği  
Dış Sınır: Koltuk altı ortasından aşağıya inen sınır  
İç Sınır: Göğüs orta hattı

- Meme başını nazikçe sıkarak akıntı gelip gelmediğini kontrol edin.





## EK 5.B. MEVA EĞİTİM VAKFI-KKMM EĞİTİM BROŞÜRÜ

### Risk artırıcı faktörler:

**Yaş:** Yaş ilerledikçe meme kanseri gelişme riski artıyor. Yaşınız 50'nin üzerindeyse meme kanserine yakalanma riskiniz, 50 yaşın altında olan kadınlardan 4 kat daha fazla.

**Doğurganlık öyküsü:** İlk canlı çocuğu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı, 20 yaşından önce doğurarlara göre 2 kat daha fazla.

**Kişisel meme kanseri öyküsü:** Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede kanser gelişme olasılığı normal kadınlara göre 3-4 kat daha fazla.

**Doğum kontrol hapı kullanılması:** Farklı görüşler olmakla birlikte hafif bir risk artışı olduğu ileri sürülüyor. İstenmeyen gebeliğin getireceği riskleri göz önüne alırsak, bu risk önemsenebilir.

**Ailede meme kanseri öyküsü:** Aile yakınlarınızdan biri meme kanserine yakalandıysa, sizin de riskiniz artıyor.

**Östrojen hormonu tedavisi:** Menopoz sorunlarını önlemek için kullanılan hormon tedavisi 5-10 yıldan sonra meme kanseri riskini artırıyor. Hormon tedavisi mutlaka doktor kontrolünde olmalıdır.

**Doğurganlık çağı süresi:** Erken yaşta adet görmeye başladığınız, menopoza geç girdiyse, doğurganlık çağınız uzamıştır. Adet gördüğünüz süre boyunca östrojen hormonuna maruz kalırsunuz. Doğurganlık çağınızın uzaması, meme kanseri gelişme riskini artırıyor.

**Şişmanlık:** Menopoz sonrası dönemde fazla kilolara sebep olan yağ dokular arttıkça, östrojen hormonu üretimi de artıyor. Bunun sonucu meme kanseri riski de artıyor.

**Alkol kullanılması:** Yüksek dereceli alkol tüketiyorsanız, meme kanserine yakalanma riskiniz hiç içmeyen kadınlara göre 2 kat daha fazla.

**Sigara:** Sigara içiyorsanız veya yanınızda içiliyorsa meme kanserine yakalanma riskiniz 2 kat artıyor.

### Mamografi en önemli erken teşhis yöntemidir.

**Mamografi nedir?** Memenizi röntgen ile inceleyen çökme/şişme/merdivenli değişiklikler hissetmeden bulabilen. Günümüzde en önemli meme kanseri teşhis yöntemidir.

Türkiye Meme Vakfı'nın İstanbul Şişli'de bulunan Teşhis Merkezinde foton sayma tekniği ile çalışan dijital mamografi sistemi ile mevcut dijital mamografi sistemlerinin kullandığı radyasyon dozunun yarısı kadar radyasyon ile çekim yapılıyor.

Randevu için: 0212 2326942  
www.memekanseri.org

### Daha sağlıklı bir yaşam için!

**Memenizi tanıyın**  
Memenizi tanımak demek, memenizin nasıl göründüğünü ve nasıl hissettiğini bilmek demektir. Sizin için normal olanı bilirseniz, en ufak bir değişikliği fark etmeniz kolaylaşacaktır. Her ay kendi kendinizi muayene ederek memenizi tanıyın. Bir değişiklik fark ederseniz meme hastalıkları konusunda uzmanlaşmış bir Genel Cerrahi uzmanına başvurun.

Memenizde elinize bir sertlik geliyorsa hemen tetaya kapılmayın. Eğer adet dönemi öncesiye adetin bitene kadar bekleyin ve memenizi tekrar muayene edin. Bazı adet dönemleri öncesi süratle tüyüyle gelişen bir kist, adetin sona ermesiyle birlikte gerileyebilir. Hala devam ediyorsa bir hekime başvurun.

**Nasıl kontrol etmelisiniz?**  
Banyoda veya duşta sabunlu ellerle kontrol edebilirsiniz. Böylece memenizi daha iyi tanıyabilirsiniz.

**Ne zaman kontrol etmelisiniz?**  
Her ay adet başlangıcından bir hafta sonra. Eğer emziriyorsanız ayda bir kez emzirdikten sonra.  
Artık adet görmüyorsanız her ayın ilk günü.

### Sağlıklı yaşam tercihleri yapın

İdeal kilonuzu koruyun | Aktif olun ve spor yapın | Alkol tüketimini azaltın ve sigara kullanmayın | Sebze ve meyveyi bol tüketin

### Meme kanseri nedir?

Meme birçok süt bezinden oluşuyor. Bu süt bezlerinde üretilen süt, kanallar aracılığı ile meme başına taşınır. Memeyi oluşturan süt bezleri ve üretilen sütü taşıyan kanalları döşeyen hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalmaları sonucu meme kanseri gelişir.

### Her şey "farkında olmak"la başlıyor

Meme kanseri, Türkiye'de kadınlarda en sık rastlanan 30 kanser türü arasında ilk sıradadır.

Ülkemizde yılda ortalama 30.000 kadının bu hastalığa yakalandığı gerçeğiyle karşı karşıyayız.

Dünya genelinde meme kanseri görülme sıklığı artarken, bilinçlenme ve düzenli kontrol nedeniyle ölüm oranları düşmektedir. Çünkü meme kanseri erken teşhis edilirse %90 tedavi edilen bir hastalıktır.

### Meme sağlığınız için;

**20 yaşını geçtiyseniz:** Her ay adetten sonraki hafta içinde kendinizi muayene edin. 3 yıl arayla, bir uzman hekime muayene olun.

**30 yaşını geçtiyseniz:** Her ay adetten sonraki hafta içinde kendinizi muayene edin. Her yıl bir uzman hekime muayene olun.

**40 yaşını geçtiyseniz:** Her ay adetten sonraki hafta içinde kendinizi muayene edin. Her yıl bir uzman hekime muayene olun. Risk grubundaysanız 1 veya 2 yılda bir mamografi çekirin.

**50 yaşını geçtiyseniz:** Ek olarak, her yıl mamografi çekirin.

### HER ÜRÜNÜMÜNDE – ÇAMUR VAR!

YAĞMUR ORMANLARI BİRLİĞİ SERTİFİKASINA 7/100 BAĞLI MÜKEMMEL KAHVE LEZZETİ TÜRKİYE'DE 10 ŞEHİRDE!

Caribou Coffee olarak, Yağmur Ormanları Birliği (Rainforest Alliance) sürdürülebilirlik sertifikasına sahip ilk büyük kahve zinciri olduğumuzu söylemekten gurur duyuyoruz. Böylece hem sana muhteşem lezzete sahip kaliteli kahveler sunuyoruz, hem de kahve çekirdeklerimizin yetiştirildiği çiftliklerde çalışan insanların çevresel, sosyal ve ekonomik açıdan daha iyi şartlarda yaşamalarını sağlıyoruz.

### Sizin için normal olanı bilin

Memenizde aşağıdaki değişikliklerden herhangi birini görürseniz doktorunuza başvurun

- Memede kitle, sertlik, meme dokusunda veya koltuk altı bölgesinde kalınlaşma
- Memede şişlik, sıcaklık hissi, kızamıklık veya renginde koyulaşma
- Meme büyüklüğünde veya şeklinde değişiklik
- Meme derisinde gamzeleşme ya da çukurluk
- Meme ucunda kaşıntı, döküntü veya ağrı
- Meme ucunda ya da memenin diğer bölümlerinde çökme
- Aniden başlayan meme ucu akıntısı

HER ÜRÜNÜMÜNDE – ÇAMUR VAR!

Her ay boyunca Caribou Coffee'de "kah kah kah" sesleri! Türkiye Meme Vakfı'na katkıda bulunuyoruz!

FAKİNDİM KORKUYORDUM  
Meva

Bu broşürde yer alan bilgiler bilimsel konulara göre sağlanmıştır. Meme kanseri konusunda uzmanlaşmış Türkiye Meme Vakfı (MEVA) tarafından hazırlanmıştır. Daha fazla bilgi için: www.memekanseri.org

## EK 6. KKMM EĞİTİM MAKETLERİ



## EK 7.A. SİM ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Özgül Karayurt Karayurt <ozgul.kyurt@deu.edu.tr> 11.11.2015 ☆ ↩ ▾  
Alıcı: bana ▾

Sevgili Esra araştırma sonuçlarını benimle paylaşmak koşuluyla kullanabilirsin başarılar Dilerim

---

**Kimden:** [esra bozhan](#)  
**Gönderme tarihi:** 10.11.2015 20:48  
**Kime:** [ozgul.kyurt@deu.edu.tr](mailto:ozgul.kyurt@deu.edu.tr)  
**Konu:** Champion Sağlık İnanç Modeli

...

Değerli Özgül Hocam,  
Ben Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde Araştırma Görevlisi Esra Bozhan. Tez konumu Meme kanseri hakkında yapmayı planlıyorum. eğer izniniz olursa çalışmamda 2003 yılında geçerlilik güvenilirliğini çalışmış olduğunuz Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini kullanmak istiyorum.  
En kısa zamanda olumlu cevaplınızı bekliyorum hocam.

saygılarımla.

--  
Arş. Gör. Esra BOZHAN  
Celal Bayar Üniversitesi  
Manisa Sağlık Yüksekokulu  
Ebelik Bölümü

## EK 7.B. KKMM BİLGİ VE UYGULAMA FORMU İZİN YAZISI



**Secil Aksayan** <secilaksayan@hotmail.com>

13.11.2015 ☆



Secil A

Alıcı: bana ▾

Çevrele

Sevgili Esra,

☑ ▾

Öncelikle tez çalışmalarında başarılar diliyorum. "KKMM Bilgi ve Uygulama Kontrol Formu"nu elbette kullanabilirsin. Söz ettiğin gibi uyarılama ve yeniden düzenleme gerekli olabilir. Kolay gelsin, iyi çalışmalar.

Prof.Dr. Seçil Aksayan

Date: Thu, 12 Nov 2015 13:56:16 +0200

Subject: KKMM bilgi formu

From: [esrabzhn@gmail.com](mailto:esrabzhn@gmail.com)

To: [secilaksayan@hotmail.com](mailto:secilaksayan@hotmail.com)

\*\*\*

Sayın Seçil Aksayan hocam,

ben Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde yüksek lisans öğrencisi Araştırma Görevlisi Esra Bozhan mail adresinizi Arş. Gör. Seçil Ekiz Erim den aldım.

Tez konum meme kanseri ve KKMM hakkında, yapmış olduğum literatür taramasında sizin 2006 yılında yapmış olduğunuz 'Sağlık İnanc Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi' konulu tezinize rastladım.

O dönemde öğrenciniz olan Zerin Elik hanımefendiye ulaşmaya çalıştım fakat cevap alamadım.

Eğer izniniz olursa yapacağım çalışmada sizin bu tezinizde kullanmış olduğunuz KKMM bilgi ve uygulama formunu uyarlayarak kullanmak istiyorum. Olumlu cevaplarınızı bekliyorum.

saygılarımla.

--

Arş. Gör. Esra BOZHAN

Celal Bayar Üniversitesi

## EK 8. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURUL KARARI

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	06/ 01/ 2016 / 20478486 - 57						
ARAŞTIRMANIN ADI	Tip 2 Diyabetli Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin Saptanması ve Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Nurgül G. TAVŞANLI – CBÜ. SYO. İç Hastalıkları Hemşireliği						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Esra Tayhan, Yrd.Doç.Dr. Seval Cambaz Ulaş						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS–DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	16 / 12 / 2015 / Tarih ve 392 sayılı; düzeltme dilekçesi						
KARAR BİLGİLERİ	Düzeltilme dilekçesi incelenmiş; araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri ile birlikte bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Oye	Toplantıya Katılmayan Oye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Oye	Toplantıya Katılmayan Oye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sırm ÇAM Tıbbi Genetik AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM - Çocuk Hematolojisi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tank ULUÇAY Adli Tıp AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.							



# EK 9. MANİSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN YAZILARI



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU  
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHBGS EĞİTİM VE AR-GE  
BİRLİĞİ  
04/03/2016 11:46 - 72782165 - 774.01.08 - E.268  
00020239674

Sayı : 72782165/774.01.08  
Konu : Araştırma İzni Hk./Esra TAYHAN

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 29/02/2016 tarihli ve E.8236 sayılı yazısı.

İlgi dilekçeye istinaden; Esra TAYHAN'ın "Tip 2 Diabetli Kadınlarda Meme Kanseri riskinin saptanması ve verilen kendi kendine muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını, 15 Şubat-31 Haziran tarihleri arasında, Manisa Devlet Hastanesi Endokrinoloji Kliniğinde yapması; Bilimsel Çalışmasını Kamu Hastaneleri Kurumundan izin almaksızın yayınlanmaması kaydı ile uygun görülmüş olup ;

Ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi; sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda, tarafımızdan Kurumunuz bünyesindeki Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğimiz çalışmalara izni verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Serhat TOKUL  
Genel Sekreter V.

**EKLER:**  
Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58  
Emel AYKIR İdari Hizmetler Başkanlığı

Bvrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9aebd4ea-8cd1-42e7-a4a1-b2030246bfeb kodu ile erişebilirsiniz.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU  
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KİHBGS EĞİTİM VE AR-GE  
BİRİMİ  
25.05.2016 13:57 - 72782165 - 772.02 - E 588  
00024233070

Sayı : 72782165/772.02  
Konu : Araştırma İzni Hk./Esra TAYHAN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Esra TAYHAN'ın 25/04/2016 tarihli dilekçesi.

Celal Bayar Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Esra TAYHAN'ın "Tip 2 Diabetli Kadınlarda Meme Kanseri riskinin saptanması ve verilen kendi kendine muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde Dahiliye Kliniğinde araştırma yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi konusunda talebi 24.05.2016 tarihinde Genel Sekreterliğimizde toplanan Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş, olup 15 Şubat/31 Haziran 2016 tarihleri arasında Sağlık Tesisimizde çalışmasının yapılması uygun görülmüştür.

Ancak Bilimsel Araştırma çalışmasını, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi ve Bilimsel Araştırma çalışmasını Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Kurumun izni dışında yayımlanması ve sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda yasal işlem yapılabileceği ve Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğiniz çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Op. Dr. Abdülkadir ORAN  
İdari Hizmetler Başkanı



Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58

Faks No:02362316530

e-Posta:emel.aykir@saglik.gov.tr İnt.Adresi: egitimmanisakhb@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f0176f9d-9796-4a82-91d6-ea267bb5b38f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emel AYKIR

Unvan:EBE

Telefon No:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Esra	<b>Soyadı</b>	TAYHAN
<b>Doğum Yeri</b>	Ankara	<b>Doğum Tarihi</b>	18.08.1991
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	0506 217 5170
<b>E-mail</b>	esrabzhn@gmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	-	-
<b>Lisans</b>	Ankara Üniversitesi	2013
<b>Lise</b>	Halide Edip Lisesi	2009

### İş Deneyimi

<b>Görev</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre</b>
Araştırma Görevlisi	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	3 yıl

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	İyi	İyi	İyi

### Yabancı Dil Sınav Notu

<b>YDS</b>	<b>ÜDS</b>	<b>IELTS</b>	<b>TOEFL IBT</b>	<b>TOEFL PBT</b>	<b>TOEFL CBT</b>	<b>FCE</b>	<b>CAE</b>	<b>CPE</b>
62,5	-	5,5	-	-	-	-	-	-
		<b>Sayısal</b>		<b>Eşit Ağırlık</b>		<b>Sözel</b>		
<b>ALES Puanı</b>		71,60676		67,51221		57,56317		
<b>(Diğer)</b>								

### BİLGİSAYAR BİLGİSİ

<b>Program</b>	<b>Kullanım Becerisi</b>
Microsoft Office	İyi