



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEME KANSERİ RİSK
DÜZEYİ ve TARAMA DAVRANIŞLARINA YÖNELİK
SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba DURMUŞ

EYLÜL 2010
SİVAS



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEME KANSERİ RİSK
DÜZEYİ ve TARAMA DAVRANIŞLARINA YÖNELİK
SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğba DURMUŞ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

EYLÜL 2010
SİVAS

YÜKSEK LİSANS TEZİ JÜRİ ORTAK RAPORU

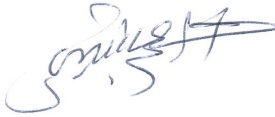
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalılar Hemşireliği Anabilim Dalında Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz danışmanlığında Tuğba Durmuş tarafından hazırlanan “**Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi**” adlı Yüksek Lisans tezini değerlendirmek üzere, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun 05.10.2010 tarih ve 31/8-20 sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz 27. 09. 2010 tarihinde saat 10.⁰⁰ da Anabilim Dalında Meryem Yılmaz Başkanlığında toplanmıştır. Yazile Sayın raportör seçilmiştir.

Jüri Üyelerinin ekte sunulan raporları tartışılmış, aday tarafından hazırlanan ve savunması yapılan tezin **BAŞARILI** olduğuna, **oybirliği** ile karar verilmiştir

Başkan
Yrd. Doç Dr. Meryem
YILMAZ



Üye (Raportör)
Yrd. Doç. Dr. Yazile
SAYIN



Üye
Yrd. Doç. Dr. Mine
BEKAR



¹ Bu rapor 1996 -1997 öğretim yılı I. Yarıyılı ve sonrasında kayıt yaptıran Lisansüstü öğrenciler için kullanılır.

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 05.01.1984 tarih ve 84/1 nolu kararı ile kabul edilen tez yazma yönergesine göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yönlendiren ve her aşamasında destek veren Hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	I-V
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	V
III.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	VI
1-Araştırmanın Şekli.....	VI
2-Araştırmanın Yeri.....	VI
3-Araştırmanın Evreni ve örneklem	VI
4-Verilerin Toplanması.....	VII
5-Veri Toplama Araçları.....	VII
6-Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	VII
7. Etik.....	VII
8-Verilerin Değerlendirilmesi.....	VIII
IV.GENEL BİLGİLER.....	1-33
V.BULGULAR.....	33-49
VI.TARTIŞMA.....	50-57
VII.SONUÇLAR.....	58-61
VIII.ÖNERİLER.....	62
IX.ÖZET.....	63
X.ABSTRACT	64
KAYNAKLAR.....	65-71
EKLER.....	72-76

TABLolar LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Kadın Sağlık Çalışanlarının Özellikleri	47
Tablo 2. Kadın Sağlık Çalışanlarının Gail Modeline Göre Meme Kanseri Riski	48
Tablo 3. Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşına Göre Meme Kanseri Riski.	49
Tablo 4. Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Riski	49
Tablo 5. Kadın Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Riski.....	50
Tablo 6. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meslek Durumuna Göre Meme Kanseri Riski.....	50
Tablo 7. Kadın Sağlık Çalışanlarının İlk Menarş Yaşına Göre Meme Kanseri Riski.....	51
Tablo 8. Kadın Sağlık Çalışanlarının İlk Canlı Doğum Yaşına Göre Meme Kanseri Risk Düzeyi.....	51
Tablo 9. Kadın Sağlık Çalışanlarının Ailede Meme Kanseri Görülme Durumuna Göre Meme Kanseri Risk Düzeyi.....	52
Tablo 10. Kadın Sağlık Çalışanlarında Bening Meme Hastalığı Görülme durumuna Göre Meme Kanseri Riski	52
Tablo 11. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Biyopsisi Yaptırma Durumuna Göre Meme Kanseri Risk Düzeyi.....	53
Tablo12. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Tarama Davranışları.....	53
Tablo 13. Kadın Sağlık Çalışanlarının SİM Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 14. Kadın Sağlık Çalışanlarının Yaşa Göre SİM Puan Ortalamaları.....	55
Tablo 15. Kadın Sağlık Çalışanlarının Eğitime Göre SİM Puan Ortalamaları	56
Tablo 16. Kadın Sağlık Çalışanlarının Medeni Duruma Göre SİM Puan Ortalamaları	57
Tablo 17. Kadın Sağlık Çalışanlarının Mesleki Duruma Göre SİM Puan Ortalamaları	58
Tablo 18. Kadın Sağlık Çalışanlarının Ailesinde Meme Kanseri Olma Duruma Göre SİM Puan Ortalamaları	59
Tablo 19. Kadın Sağlık Çalışanlarının Bening Meme Hastalığı Bulunma Durumuna Göre SİM Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 20. Kadın Sağlık Çalışanlarının KKMM Yapma Durumlarına Göre SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 21. Kadın Sağlık Çalışanlarının KM Yapma Durumlarına Göre SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 22. Kadın Sağlık Çalışanlarının Mamografi Çektirme Durumlarına Göre SİM Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63

GİRİŞ

1.1 PROBLEMİN TANIMI

Kanser, günümüzde dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan önemli sağlık sorunlarından biri olma özelliğini sürdürmektedir. Kanser görülme sıklığı; yaşa, cinsiyete, köken aldığı organa ve diğer çevre faktörlerine göre farklılık gösterir. Kadınlarda en sık görülen ve mortalite oranı yüksek olan meme kanseri, erkeklerde de (%1) çok nadir olarak görülmekle birlikte daha çok kadınlara özgü bir hastalıktır (Karayurt ve Zorukoş 2008).

Türkiye’ de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir (Aydın Avcı 2008, Gözüm 2004).Türkiye Sağlık Bakanlığı 2003 yılı kanser istatistikleri verilerine göre Türk kadınlarda meme kanseri görülme oranı %33.93 iken 2005 yılı verilerinde %35.47’ye yükseldiği belirlenmiştir (<http://www.saglik.gov.tr/TR>, erişim tarihi: 29 Nisan 2010).

Kanserle mücadele etmenin en iyi yolu bilinen risk faktörlerini kontrol ederek oluşmadan önlemektir. Ancak meme kanseri için durum bu kadar basit değildir. Çünkü araştırmacılar bir kadında meme kanseri oluşumunu etkileyen birçok faktör bulunduğunu bildirmektedir (Özmen 2006, Pinho 2005). Meme kanserinin gelişmesinde etkili olan faktörler kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Kontrol edilebilen risk faktörleri sigara içme ve diyet gibi meme kanseri gelişimini etkileyebilen ancak değiştirilebilir bireysel alışkanlıklardır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri ise, yaş, üreme veya kişide hastalığın gelişme olasılığını artıran genetik özellikler gibi konuları içermektedir (Kushi 2007). Ayrıca meme kanserinin sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlarda görüldüğü belirtilmektedir (Hussain 2008). Çalışmacılar eğitilmiş ve çalışan kadının doğum sayısı, ilk doğum yaşı, fiziksel aktivitesi, diyeti ve sağlığı artırma ya da kanser tarama programlarına katılma gibi meme kanser riskini etkileyen özelliklerinde değişim olması nedeniyle daha riskli olduklarını bildirmektedir (Hussain 2008). Bu nedenle çalışma grubuna alınan kadınların eğitim düzeyinin yüksek olması nedeniyle risk düzeylerinin belirlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Meme kanseri risk belirleme stratejileri orta, yüksek ve çok yüksek risk gruplarını belirlemeyi içerir (Brown 2005). Meme kanser risk düzeyini belirlemek için modeller bulunmaktadır ancak tek başına kapsamlı ve yeterli bir araç yoktur. Meme kanseri riskini belirlemede yaygın olarak Mitchell Gail (1989) tarafından geliştirilmiş model kullanılmaktadır. Gail modeli meme kanserinin kontrol edilemeyen risk faktörleri üzerine odaklanmış bir meme kanseri risk değerlendirme aracı olup kadınların bireysel mutlak (absolute) riskini değerlendirir (Bondy 2003). Bu model bireysel risk faktörlerini kullanarak kadının 5 yıllık ve yaşam boyu invaziv meme kanseri riskini hesaplamaktadır (Evans ve

Howell 2007, Freedman ve ark. 2005, Gail ve ark.1989). Gail modelinin halen meme kanseri riskinin değerlendirilmesinde özellikle meme kanseri risk taramasında yaygın olarak kullanılan çok iyi bir araç olduğu bildirilmektedir (Barlow 2006, Euhus ve ark. 2002). Ülkemizde Karakayalı ve ark.(2007)'nin Gail modelinin Türk toplumunda güvenilirliğini belirlemek üzere yaptığı çalışmada Türk toplumu içinde güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur. The United States Food and Drug Administration Gail modeli ile 5 yıl ve üzeri riski %1.7'den fazla olan kadınlarda meme kanseri gelişimini önlemek için tamoksifen verilmesini uygun görmektedir (Palomares 2006, Euhus ve ark. 2002).

Literatürde Gail modelinin sınırlılıklarının olduğu belirtilmekle birlikte Gail modeli kullanılarak sporadik olarak riskli bireyler belirlenebilir ve meme kanser risk düzeyi (orta ya da yüksek) belirlenmiş kadınlar için bireysel risk azaltma planı yapılabilir (Brown 2005). Meme kanserinde risk gruplarının belirlenmesinin yanı sıra erken tanı, kanserin tedavisini kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Meme kanserinde beş yıllık yaşam oranının erken tanı ile %84'e ulaştığı bildirilmektedir (Smith 2005). Tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de erken tanı ve tedavi önemlidir. Meme kanserinde erken tanı için American Cancer Society (ACS) (2005) tarafından sağlıklı kadınlarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi önerilmektedir (Smith 2005). Meme kanserinin erken tanısında hekim kadar kadının rolü olduğu bilinmektedir. Çünkü olguların %90'ı kadınlar tarafından fark edilmektedir (Aktan 2001, Kılıç 2003, Gölbaşı 2005)

KKMM 20 yaşından sonra her kadın tarafından kolaylıkla yapılabilecek ve erken tanıya yönlendirebilecek bir yöntemdir (Aslan ve ark. 2007, Yılmaz ve Yazıcı 2001). Meme kanserinde ilk belirtilerin genellikle ele gelen bir kitle ile ortaya çıkması, memedeki bir kitleyi bulmada kadının kendi kendine meme muayenesinin önemini ortaya koymaktadır. Kadının KKMM yapması şüpheli bir kitle varlığında profesyonellere ve diğer kesin tanı yöntemlerine başvuruda başlangıç davranışı olarak kabul edilebilir. Diğer taraftan her ay düzenli olarak KKMM yapan bir kadının mamografi ve klinik meme muayenesi gibi kesin tanı yöntemlerine karşı daha duyarlı olacağı düşünülebilir. Bununla birlikte Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların büyük çoğunluğunun KKMM yapmadığı (Gözüm, Karayurt ve Aydın 2004, Ekici 2007, Aktan 2004), KKMM muayenesi yapma oranının %27 ile %39 arasında olduğu bildirilmektedir (Gözüm, Karayurt ve Aydın 2004, Ekici 2007, Aktan 2004).

KKMM, yalnız meme kanseri yönünden risk taşıyan gruplar için değil, aynı zamanda genç kadınlar için ve bunu alışkanlık haline getirip ileri de riskin arttığı yaşlar için de koruyucu bir sağlık davranışıdır. KKMM' nin başarılı olabilmesi için sürekli ve periyodik

aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, erken tanıdaki önemine inanması, muayene tekniğini iyi bilinmesi ve kendilerini bu muayeneyi yapmak için sorumlu hissetmeleri gerekir (Aktan 2004).

Topluma sağlık hizmeti veren meslek üyeleri hasta ve sağlam bireylerle sürekli iletişim içerisinde. Ayrıca eğitici rolleri ve bilgileri gereği kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra hasta ve sağlam bireylerin sorumluluğunu da taşımaktadırlar. Bu nedenle sağlık hizmeti veren kadın meslek üyelerinin erken tanı için önemli olan KKMM'ni kendilerinin her ay düzenli olarak yapmaları ve çevrelerindeki kadınlara öğretmeleri bu sorumluluğun bir parçasıdır. Ancak sağlık sektöründeki tüm kadın çalışanların, KKMM'ne yönelik davranışlarını etkileyen tutum ve inançlarının bilinmesi bu konunun öğretilmesi için önemlidir (Ahmed ve ark. 2006, McCready, Littlewood ve Jenkinson 2005).

İnançlar, sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu için KKMM çalışmalarının kuramsal çatısını oluşturmada sağlık inanç modeli (SİM) kullanılmaktadır (Champion 1984). SİM, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının oluşmasında etkili olan durumları tanımlamaktadır (Champion 1984). Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir (Çenesiz 2007).

Çavdar ve ark. (2007) İstanbul ilinde çalışan doktor ve hemşirelerin KKMM'ne yönelik uygulama ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin %72'sinin, doktorların %68'inin KKMM'ni yaptıkları, hemşirelerin %41'inin, doktorların %38'inin KKMM'ni doğru zamanda yapmadıklarını belirlenmiştir. Kılıç ve ark.(2006) çalışmalarında hemşirelerin tamamının KKMM'ni bildikleri ancak %58'inin her ay düzenli olarak KKMM yaptıklarını belirlemiştir. Karayurt, Coşkun ve Çerit (2008)'in çalışmalarında hemşirelerin %32'sinin KKMM'ni her ay düzenli olarak uyguladığı ve sağlık inançların KKMM uygulamada etkili olduğu bulunmuştur. Demirkıran ve ark.(2007)'nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin %88.8'inin KKMM'ni bildikleri ancak unutma ve meme problemi olmaması nedeniyle yapmadıkları belirlenmiştir. Avcı, Altay ve Kocatürk (2008) ebelik öğrencilerinin KKMM'ne yönelik sağlık inançlarını saptamak için yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin duyarlılık ve öz-etkililik algılarının orta düzeyde, önemseme, sağlık motivasyonu ve yarar algılarının yüksek ve engel algılarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Altuncan (2006) sağlık inanç ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada kadınların %86,2 sinin KKMM' sini hiç yapmadığını, sağlık inanç ölçeğinde yer alan önemseme, ciddiyet, duyarlılık, sağlık

motivasyonu ve KKMM yarar algıları düşük, KKMM engel algısı yüksek, eğitim ve ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumlarının KKMM uygulama durumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aydın Avcı (2006)'nın hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, %19'unun, KKMM yaptıkları, duyarlılık ve önemseme algılarının orta düzeyde olduğu, sağlık motivasyonu, yarar ve öz-etkililik algılarının yüksek, engel algılarının ise düşük olduğu, ailesinde meme kanseri olma durumunun sağlık inançlarının duyarlılık boyutunu etkilemediği, KKMM'sini bilme durumunun yararlılık, engeller ve öz-etkililik ve sağlık motivasyonu algılarını etkilediği bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalardan da anlaşılacağı üzere sağlık ekibinde yer alan kadın personelin KKMM'ni yeterince önemsemedikleri söylenebilir.

Yurtdışında yapılan araştırmalarda da benzer durum söz konusudur. Haji-Mahmoodi ve ark. (2002)'nin çalışmalarında kadınların meme kanserinin risk faktörleri ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu, KKMM'ne inandıklarını %63'ünün zor, %72'sinin zaman alıcı olmadığını ifade ettiklerini, %33'ünün KKMM bildikleri ancak %6'sının her ay düzenli yaptıklarını bulmuştur. Alkhasawneh (2007) çalışmasında birçok hemşirenin meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi eksikliği ve meme kanserini konuşmaktan korktukları için çalışmaya katılmadıklarını belirtmiş ve çalışmaya katılan hemşirelerin meme kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu ve ancak birkaç hemşirenin aylık KKMM yaptığını saptamıştır.

Toplum sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde sağlık ekibi önemli bir yere sahiptir (Güner 2007). Sağlık ekibinin kişisel sorumluluklarının yanında sağlıkla ilgili koruyucu davranışlar konusunda toplumu bilinçlendirmesi önemlidir (Ekici 2007). Bu bağlamda sağlık ekibi üyelerinin meme kanserinin risk faktörleri ve koruyucu davranışlar konusunda kadınlara bilgi vermesi ve KKMM'ni yapmama nedenlerini araştırarak duyarlılık kazandırması gerekir. Ancak bunu yapabilmesi için öncelikle kendisinin bu konuyu iyi bilmesi, uygulaması ve bu konunun önemine inanması gerektiği düşünülmektedir. Ülkemizde KKMM ve sağlık inanç ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar genellikle hemşireler (Kılıç ve ark.2006, Karayurt, Coşkun ve Çerit 2008, Aktan, Topuzoğlu ve Harmancı, 2001) ve hemşirelik öğrencileri (Eti Aslan ve ark. 2007, Avcı, Keskin 2005) üzerinde yapılmıştır. Ebelerle yapılan birkaç çalışmada (Öztürk ve ark. 2001, Avcı, Altay ve Kocatürk 2008) bulunmaktadır. Ancak topluma hizmet veren tüm sağlık çalışanlarını kapsayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Oysa bu konuda hemşireler ön planda olmakla birlikte tüm sağlık çalışanları sorumluluğu bulunmaktadır. Her düzeydeki sağlık çalışanının hem kendisi hem de

hizmet verdiği bireyler bazındaki rolü ve sorumluluğu gereği konuya ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesinin önemli olduğu düşünölmektedir.

II. ARAşTIRMANIN AMACI: Bu alışma, Sivas il merkezinde birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan kadın sağlık personelin Gail modeline göre meme kanseri risk düzeyi ve meme tarama davranışlarına yönelik sağlık inançlarını belirlemek üzere yapıldı.

II. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

II. 1. Araştırmanın şekli

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapıldı.

II.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikler

Araştırma, Sivas İlinde Cumhuriyet Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Özel Anadolu Hastanesi ve Sivas il merkezinde bulunan tüm sağlık ocaklarında (toplam 19 sağlık ocağı) yapıldı.

II.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Çalışmaya I. ve II. Basamak sağlık kurumlarında çalışan 1068 kadın (Tablo1) çalışmanın evrenini oluşturdu. Evren çalışmanın örneklemini oluşturdu. Ancak çalışmaya katılmak istememe, çalışmanın yapıldığı tarihlerde çeşitli nedenlerle izinli olma ya da rapor alma gibi nedenlerle çalışmanın örneklemini 720 kadın sağlık çalışanı oluşturdu. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile 1 Mart 2009-1 Mart 2010 tarihleri arasında toplandı.

Tablo 1. Çalışma Kapsamında Yer Alan Kurumlar ve Kadın Sağlık Çalışanlarının Sayıları

	Hekim	Hemşire	Ebe	Toplamı
Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	115	258	2	375
Sivas Devlet Hastanesi	12	142	8	162
Sivas Numune Hastanesi	42	176	55	273
Sivas Özel Anadolu Hastanesi	6	30	20	56
Sağlık Ocağı	19	68	115	202
Toplam	194	674	200	1068

II. 4. Verilerin Toplanması

II. 4.1. Veri Toplama Formları

a) Gail Modeli

Form, meme kanseri risk belirleme aracı olarak bilinen Gail modelinden oluşmaktadır. Model, Mitchell Gail (1989) tarafından kadınlarda meme kanseri riskini belirlemek üzere geliştirilmiştir. Bu model bireysel risk faktörlerini kullanarak kadının 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplar ve kadının riskini aynı yaştaki bir kadının ortalama riski ile karşılaştırmaktadır. Modelde kullanılan risk faktörleri; kadının şu andaki yaşı, menarş yaşı, canlı ilk doğum yaşı ya da hiç doğum yapmama, meme kanserli birinci derece yakınının sayısı, önceki bening meme biyopsi sayısı, önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi ve ırk yer almaktadır.

Meme kanseri risk değerlendirme aracı kadın hastalarla birlikte meme kanser riskini tartışmada sağlık bakım vericilerine yardım etmek için National Cancer Institute ve National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) tarafından geliştirilmiş bir bilgisayar programıdır. <http://www.cancer.gov/bcrisktool>.

b) Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ): Rosenstock ve arkadaşları tarafından geliştirilen model, Victorya Champion (1984) tarafından meme kanseri taramalarına uyarlanmış ve ülkemizde Karayurt (2003) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek altı alt boyut ve 42 madde içermektedir. Sağlık inanç modeli'nde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan bu altı kavram; (a) duyarlılık algısı; sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasını , (b) ciddiyet-önemseme algısı; tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını, (c) yarar ağırlığı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri, (d) engel ağırlığı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri, (e) sağlık motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu, (f) güven (öz-etkililik); bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar.

Ölçekte sağlık inanç modelinin 6 kavramı ölçeğin 6 alt boyutunu oluşturmaktadır. Meme kanseri ile ilgili duyarlılık algısı alt boyutunda üç madde (1-3. maddeler), meme kanseri ile ilgili ciddiyet algısı alt boyutunda yedi madde (4-10. maddeler), KKMM

uygulamaya ilişkin yarar algısı alt boyutunda dört madde (11-14. maddeler), KKMM uygulamaya ilişkin engel algısı alt boyutunda 11 madde (15-25. maddeler), KKMM ilişkin güven alt boyutunda 10 madde (26-35. maddeler), ve sağlık motivasyonu alt boyutunda yedi madde (36-42. maddeler) bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme (kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için 6 ayrı puan elde edilmektedir. Ölçek yaklaşık 8-10 dakikada tamamlanabilmektedir.

II.4. 2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Özel Anadolu Hastanesi ve Sivas il merkezinde bulunan tüm sağlık ocaklarında çalışan ve araştırmayı kabul eden kadın sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire ve ebe) uygulandı. Çalışmada kadın sağlık çalışanları ile mesai saatleri içinde çalıştıkları ortamda görüşüldü. Formlar, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Katılımcılar formları 20-25 dk sürede doldurdu.

Etik

Araştırmacı çalışmanın yapılacağı kurumların yetkili makamından yazılı izin aldı. Çalışmada Helsinki Deklerasyonunda yer alan temel etik ilkelere uyuldu. Formlar uygulanmadan önce kadınlara çalışmanın amacı açıklandı, sözel onamları alındı. Kadınlara verdikleri bilgilerin yalnızca çalışma için kullanılacağı açıklandı.

II. 4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 (Cumhuriyet Üniversitesi lisanslı) paket programına yüklenerek, tanımlayıcı istatistiklerle birlikte, normal dağılım gösteren veriler bağımsız örneklerde t testi, ve ANOVA normal dağılım göstermeyenler ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Kadınların meme kanseri riski bir bilgisayar programı olan ve <http://www.cancer.gov/bcrisktool/> internet adresinden girilerek 5 yıllık ve yaşam boyu riskleri hesaplandı.

IV.GENEL BİLGİLER

Memenin Anatomisi

Memeler, göğüs duvarının önünde, 2. ve 6. Kaburgalar ve göğüs kemiğinin kenarı ile koltuk altı çizgisi arasında yer almaktadır. Normalde 150-200gr dır. Her bir meme tabanı pektoralis majör ve pektoralis minör kasları üzerine oturur. Meme bezinin önünde yüzeysel fasya, arkasında derin fasya bulunur. Meme derisinden derin fasya ya doğru uzanan ligamentlere “Cooper ligamentleri” denir. Bu ligamentler memeyi yerine tespit ederler. Kanserin gerek yayılma gerekse ilk belirtilerini ortaya koymada önem taşırlar (Sayek 2001).

Cooper ligamentleri, kanserli hücreler tarafından infiltre edildiğinde kısalır ve bu kısalma meme derisinde bir çöküntüye ve göbeksleşmeye yol açar. Buna deri çekintisi adı verilir. Meme kanseri belirtisi açısından deri çekintisi çok önemlidir (Değerli 2002).

Meme lobüller (süt bezleri) ve ductuslar (süt kanalları) olmak üzere iki kısımdan oluşur. Lobüller ve ductuslar arası boşluğu destek ve yağ dokusu doldurmaktadır. Memede süt salgılayan bölüm lobüller, ductuslar ile memenin tam ortasında bulunan areola denilen koyu renkli bölgede meme başına açılırlar. Memede lobüllerin birleşmesi ile 15-20 lob oluşur. Meme başı çevresinde areola denen sirküler pigment alanlar oluşur. Areola epitelinde küçük tüyler, yağ ve ter bezleri, aksesuar meme bezleri bulunur (Değerli 2002, Tükel 2001,Kılıç 2002).

Memenin içyapısında bulunan lenfatik sistem, vücudun belirli bölgelerinde yer alan lenf düğümler ve lenf sıvısının taşınmasını sağlayan lenf damarlarından oluşmaktadır. Meme kanserinde genellikle ilk yayılım lenf damarlarıyla aksillar lenf bezlerine olduğundan, aksillar bölgede bulunan lenf düğümleri meme kanserinde önemli rol oynamaktadır. Aksillar bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde meme dokusu bulunması bu bölümde tümörlerin daha fazla oluşmasına neden olur (Değerli 2002).

Memenin Kan Damarları

Memenin Arterleri:

Meme dokusuna kan üç arterden gelir. Bunlar internal, mamarial arterin perforan dalları, (sternumun her iki yanında) lateral torasix arterin perforal dalları ve acromi thorasik arterin pektoralis dalıdır. Memeye arteriyel kanı birincil olarak arteria, mamaria, intarnal (%60)ve arterial thorasika lateralis (%30) getirir (Değerli 2002).

Memenin Venleri:

Memenin süperfasiyal subcutancus venleri, süperfasiyal fasyanın hemen altında bulunurlar. Bunlar iki ayrı biçimde dizilme gösterirler. Transvers biçimde dizilenler, sternumun kenarında, birbirlerine yaklaşır birleşerek venathoracica internaya boşalırlar.

Langitudinal biçimde dizilenler ise sternal çentiğe doğru birbirlerine yaklaşıp birleşirler ve boyun alt bölümündeki süperfasiyale boşalırlar (Değerli 2002).

Memenin Lenfatikleri

Yüzeyel Lenfotikler: Deri altında ve yüzeyel fasyanın yüzeyel yaprağının altında bir bağ oluştururlar. Memenin lenfatik grupları ve diğer lenfatikleri ile ilişki içindedirler (Kalaycı 2002, Tükel 2001, Akgün 2001).

Aksilla Grubu Lenfatikler: Memenin lenfatik drenajının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. 5 grup halindedir: Meme dışı tarafı, scapula, merkez, inter pectoral, vena aksillaris (Kalaycı 2002, Tükel 2001, Akgün 2001).

Sukralklaviçular Lenfotikler: Aksilla grubu lenfatiklerin boşaldığı supraclaviçular lenfotikler, venajugularis ile venasubclavianın birleştiği yere dökülerek venöz dolaşım ile ilişki kurmaktadır (Kalaycı 2002, Tükel 2001, Akgün 2001).

Memenin lenf ağı son derece zengindir ve bizzat memeden çeşitli yönlerde doğru yoğun bir lenf akımı vardır. Lenf sistemi özellikle enfeksiyonlara karşı vücudun önemli bir savunma mekanizmasıdır. Lenfatik sistem vücudun belirli bölgelerinde yer alan lenf düğümleri ve lenf sıvısının taşınmasını sağlayan lenf damarlarından oluşur. Koltuk altında bulunan lenf düğümleri meme kanserinde önemli bir rol oynar. Meme kanserinde genellikle ilk yayılım lenf damarları yolu ile koltuk altı lenf bezlerinde olmaktadır (Kalaycı 2002, Tükel 2001, Akgün 2001).

Memenin Fizyolojisi

“Memenin gelişimi ve fonksiyonu primer olarak östrojen ve progesteron olmak üzere hormonal kontrol altındadır. İntrauterin dönemde başlayan meme gelişimi tüm yaşam boyunca önemli fizyolojik, anatomik değişiklikler geçirmektedir. İntrauterin dönemde fetal dolaşımdaki steroidler human plasental laktojen ve prolaktin etkisi ile memede farklılaşma başlamaktadır.

Östrojen salgılanmasındaki artış meme kan akımını ve meme volümünü artırır. İnter lobüller ödem (menstruasyondan 3-4 gün önce meme hacmi 15-30 cm artış gösterir. Menstruasyonla birlikte seks hormonlarının seviyesi hızla düşer, epitelin sekretuar aktivitesi ve doku ödemi geriler. Meme menstrual siklusun 5-7 günleri arasında en küçük boyuttadır. Bu nedenle bu günler meme muayenesinin yapılabileceği en ideal dönem olarak kabul edilmektedir. Menstrual siklus sırasındaki değişiklikler doğurmamış ve emzirmemiş kadınlarda daha belirgindir.

Erişkin bir kadında memenin boyutları, dolgunluğu ve nodüleritesi kişinin şişmanlığına ve memenin fonksiyon yapısı yapmama durumuna göre değişir. Memelerde çok

fazla yağ dokusu bulunduğundan şişmanlarda memeler daha büyük ve dolgundur. Gebelik ve emzirme sırasında memeler oldukça yumuşaktır nodüler değildir (Yıldırım 2002,Akgün 2001).

Gebelik sırasında, Progesteron, kortizol insülin ve human plasental laktojen hormon düzeylerine bağlı olarak lobül ve alveolar sistemde değişiklikler meydana gelmektedir.Bu değişiklik loblardaki hızlı çoğalma ile karakterizedir. Gebelikte memelerdeki değişiklikler hemen gözlenir. Gebelikte hem östrojenin hem de progesteronun kanda yükselmesi ductusların epitellerinde artışa yol açar ve meme büyümeye başlar. Kanda ayrıca prolaktin ve plasental laktojende artmaya başladığından meme büyümesi daha da hızlanır. Memeler daha dolgun ve sert olurlar. Meme başları irileşir ve dikleşir.Memeler gebeliğin 16. haftasından itibaren yeterli laktasyonu sağlayabilir. Doğum ile birlikte bu hormonların etkisi ortadan kalkmakta , hipofizin ön lobundan salgılanan prolaktin ile birlikte laktasyon başlamaktadır. Laktasyonun bitimiyle beraber yaklaşık 3 ay içinde meme eski haline döner (Tükel 2001, Kalaycı 2002, Yıldırım 2002).

Menapoz ve yaşlılık döneminde ise, östrojen ve progesteron hormonlarının azalması ile belirgin histolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. İlerleyen yaşla beraber meme grandüler elemanları kaybetmeye başlar ve bunların yerini yağ dokusu alır. Menapozla beraber bu kayıp hızla artar ve atrofi, dejenerasyon sonucu meme bezlerinde büyük kayıplar meydana gelir. Bu kayıpların yerini yağ dokusu alır. Lobül ve alveoller bağ dokusu ve ductuslarda belirgin bir azalma olup yerlerini bağ dokusuna bırakmaktadırlar. Sonuçta memelerde sarkma ve küçülme görülmektedir. Kadınlarda memenin özeliği kadının zayıf yada şişman oluşuna yada memenin fonksiyon yapmış olup olmamasına bağlıdır (Tükel 2001).

Meme Kanseri

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Yaşam boyunca yaklaşık her 10 kadından 8'i bu hastalığa yakalanmaktadır. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %18 ini oluşturur (Onat 2005,Okanlı 2004, Parlar 2004).

Meme kanseri, dünyada cilt kanserleri dışında en yaygın olan kanser türüdür ve ölümler arasında akciğer kanserinden sonra 2. sırayı almaktadır (Değerli 2002).

Epidemiyolojisi

Meme kanserinin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Türkiye'de meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür ve 1980-1995 yılları arasında görülme oranı %11,5 den %14,9 a yükselmiştir. Meme kanseri kadınlarda tüm kanser türlerinin 1/4 den fazlasını oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı 1999 yılı istatistiklerine göre tüm kanser türleri içinde meme kanserinin görülme oranı %24,1 dir. Meme kanserinden

ölüm oranı kadınlarda %5,94 tür ve meme kanseri en fazla 55 ve 64 yaşları arasında ölüme neden olmaktadır (Nahçıvan ve Seçkinli 2003).

Kanser Türkiye’de hastalıktan kaynaklanan ölümler arasında 2. sıradadır. En çok görülen kanserler arasında erkeklerde akc. Kanseri (%29,38),kadınlarda ise meme kanseri (%24,1) gelmektedir (Korde 2005, Aydın Avcı 2006).

Mortalite verileri ülkelere göre değişmektedir. İngiltere, Danimarka, Hollanda ve ABD de 25-30/100000 Japonya, Meksika ve Venezüella da 25/100000 dolayındadır (Parlar 2005, Özdemir 2002) .

ABD de 1970’ lerin başına kadar tüm meme kanserlerinde %73 hasta tarafından %23 hekim tarafından muayenede bulunurken ancak %4’ü asemptomatik iken mamografide saptanmaktaydı. Bu gün ise tarama mamografileri ile tanı konulan olguların oranı %30 ve %50 arasında değişmektedir. Yani günümüzde de meme kanseri olgularının önemli bir bölümü fizik muayene ile tanımlanmaktadır (Parlar 2005).

Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Çoğu maling tümörlerde olduğu gibi meme kanserinin de etyolojisi tam olarak açık değildir. Literatürde meme de tümör gelişiminde pek çok faktörün rol oynadığı belirtilmektedir. Bu faktörler; cinsiyet, menarş yaşı, menopoz, hormonlar, genetik, aile öyküsü, meme hastalıkları, ırk, beslenme, şişmanlık, emzirme, sigara, alkol ve evlenmemiş olmak şeklindedir (Yıldırım 2002, Değerli 2002).

1. Cinsiyet: Kuşkusuz en önemli faktör cinsiyettir. Erkeklerde meme kanseri kadınlara göre %46 kat daha az görülür ve %61 den azdır. Her 10 kadından biri meme kanserine yakalanmaktadır. Meme kanserlerinin %99 kadınlarda,%1 erkeklerde görülür (Parlar 2005).

2. Yaş: Hastalığın ortaya çıkışında hastanın yaşının önemli bir yeri vardır. Yaşla insidans artmaktadır.25 yaşının altında nadiren görülen meme kanserinde risk, yaşla birlikte artmakta ve çoğunlukla 50 yaşın üstünde görülmektedir.

Meme kanserlerinin %90-%95 ‘i 40 yaş üzeri kadınlarda görülür. İlk gebeliğin 18 yaşından önce veya 30 yaşından sonra olması riski 2-3 kat artırmaktadır (Onat 2005, Parlar 2005, Yıldırım2002, Değerli 2002)

3- Hormonlar: Bazı hormonların özellikle östrojenin meme kanseri üzerindeki etkisi çok artmıştır. Bir çok çalışmada 10 yıldan fazla OKS kullananlarda risk 4 kat artmaktadır. Menapoz sonrasında 10-20 yıl östrojen tedavisi görenlerde risk 1,5-2 yıl artmaktadır (Parlar 2005).

Doğum yapmamış yada evlenmemiş olanlarda meme kanseri daha sık görülür. Doğum yapmayan kadınlarda 1 veya 1’den çok kez gebe kalmış kadınlara göre meme kanseri

insidansı daha yüksektir. Östrojenler meme dokusundaki normal ve kanserli hücrelerin büyümesini uyarırlar. östrojen tümör hücreleri üzerine daha da etkili olup bölünerek çoğalmalarını sağlamaktadır (Topuz 2003).

4-Aile Hikayesi: Meme kanserinde, aile öyküsü önemlidir. Meme kanserli kadınların birinci dereceden kadın akrabalarında (anne, kız kardeş, kız çocuğu)genel nüfusa göre daha büyük risk altındadır Annesinde meme kanseri olan kadınlarda normal popülasyona göre 2-3 kat daha sık görülmektedir (Parlar 2005).

5-Obezite: Çocukluk ve genç erişkinlik döneminde aşırı yağ kullanımı hiperplastik büyümeyi etkileyerek meme doku hücrelerinin sayısını artırmaktadır. Bu nedenle çocuklukta beslenme şeklinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Yağlı yiyeceklerin çok tüketilmesi kanser yapıcı maddelerin alımının artmasına neden olmaktadır. Vücuttaki yağ dağılımı meme kanserinin gelişimi ve prognozunda önemli bir faktör olarak bilinmektedir. Aşırı beslenme hem şişmanlık hem de menarş yaşını küçülterek meme kanseri riskini arttırılır (Yıldırım 2002, Orhan 2002).

6-Sigara: Sigaranın kanserojen etkisi içerdiği bileşenlere bağlanmaktadır. (Yılmaz 2000). Son yıllarda yapılan çalışmalarda sigara içmeyen ama sigara içen ortamlarda bulunan yani pasif içici olan kadınlar ile pasif içici olmayan kadınlarda karşılaştırma yapıldığında pasif içicilerde meme kanseri görülme oranının 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Gürbüz 2005, Onat 2005).

7-Alkol: Fazla alkol alan kadınlarda risk artıyor. Günde üç bardak yüksek derecedeki alkol içen bir kadının meme kanserine yakalanma riski hiç içmeyen kadına göre iki kat daha fazladır (Gürbüz 2005) .

8-Geçirilmiş Meme Kanseri : Meme kanseri tanısı konup cerrahi olarak çıkarılmasından sonra kalan meme dokusu meme kanseri gelişimi bakımından risk altındadır. Karşı meme için bu risk her yıl içi %0.5-1dir. Meme kanseri oluşan bir kadında hayatı boyunca ikinci bir meme kanseri olma riski %25-30 civarındadır (Onat 2005) .

9- Menarş Yaşı : Erken menarşın (adet başlangıcı)meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Menarşı erken başlayan ve düzenli menstrasyonları kısa sürede geçen kişilerde meme kanserine yakalanma riski diğerlerine göre 4 kat daha fazladır (Pişkin 2004) .

10-Menapoz: Menapoz yaşının geciktiği durumlarda kanserin daha sık görülmesi herhangi bir sebeple menopozdan önce özellikle 35 yaşın altında oofektomi yapılan kadınlarda yol açmıştır ancak buda mensturiyal aktivite ile ilgili bir durumdur. 45 yaşından

önce menapoza giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşında sonra bu döneme giren kadınların yarısı kadardır (Pişkin 2004, Yıldırım 2002).

11-İlk Doğum Yaşı ve Doğum Sayısı: İlk doğum yaşı ve doğum sayısı önemli bir risk faktörüdür. Hiç doğum yapmamış kadınlar çocuklu kadınlardan daha büyük risk altındadır. Doğum sayısı arttıkça hastalık riski azalır. İlk doğumu 35 yaş üzerinde yapan kadınlarda risk artmaktadır. Bekar kadınlarda meme kanseri riski evli kadınlarınkinin 2 katıdır (Parlar 2005).

12-Gebelik ve Emzirme: Meme kanserini önlemede önemli faktörlerden biride emzirmedir. Etkisi tam olarak bilinmemekle beraber laktasyonun premenapozal meme kanserine karşı koruduğuna ait belirtiler vardır. Ayrıca meme emzirme sadece annenin meme kanseri olma riskini değil emzirdiği kızının da riskini azaltabileceği ileri sürülmüştür (Onat 2005).

13-İrk ve Etnik Grup: Meme kanseri görülme sıklığındaki büyük farklılıklar aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplar ve ırklar arasında da izlenmektedir. Örneğin ABD’de yıllık görülme sıklığı beyaz ırkta yüz binde 105, siyah ırkta yüz binde 87dir (Orhan 2002, Pişkin 2004)

14-Sosyo Ekonomik Seviyenin Yüksekliği: Varlıklı sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda, meme kanseri görülme oranı daha fazladır. İyi beslendikleri için daha erken gelişmekte ve erken yaşta menarş görmeye başlamaktadırlar. Ayrıca eğitim ve iş nedeniyle geç evlenmekte ve daha geç çocuk sahibi olmaktadır (Sevil 2002, Orhan 2002).

15-Çevresel Faktörler: Elektro manyetik alanların etkisi ekolojik ve epidemiyolojik çalışmalarda dikkate alınmalıdır. Meslek olarak maruz kalmanın meme kanseri riskini artırdığı belirtilmiştir.Yüksek doz radyasyon her türlü kanser riskini artırır (Parlar 2005, Pişkin 2004).

Meme Kanserin Belirtileri

Meme kanserli kadınların %70’e yakınında ilk bulgu memede çoğu kez ağrısız ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunan bir kitlenin varlığıdır. Hastaların %8-10’unda ise kitle ağrılıdır ve ağrı nedeni ile meme muayene edildiğinde ortaya çıkar (Topuz 2003)

1-Memede Kitle

Meme kanserinin en erken belirtisidir. Meme kanserli kadınların %70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kanser nedeniyle oluşan kitlelerin büyük çoğunluğu %45 üst dış kadranda. Bunu %25 ile santral kadranda takip eder. Üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %80, alt iç kadranda %5’dir (Değerli 2002, Yıldırım 2002).

Elinize gelen kitle iki yapıdan biri olabilir. Kitle içi dolu bir kese ise buna kist denir. Kistler genellikle adet zamanları daha da büyür ve ağrılıdır. Özellikle menapoz öncesi 40lı

yaşlarda daha sık görülür. İçi farklı bir doku ile dolu bir kitle olabilir bunada (solid) katı kitle denir. Bu iki farklı yapıyı ayırmanın en iyi yolu kitlenin ultrason ile incelenmesidir. Kistler genellikle memenin iyi huylu tümörleridir. Boyutları birkaç mm ile birkaç cm arasında değişir. 25 yaş altındaki kadınlarda nadir, menapoza yaklaşmış kadınlarda daha sık görülür. Solid kitlelerin kanser olma olasılıkları kistlere göre daha yüksektir (Gürbüz 2005).

Memede saptanan kitlelerin mamografi ve ultrasonda değerlendirilerek kanser olma olasılığı araştırılır. Kitleden alınan parçanın patolojide incelenmesi ile kesin tanı konur (Gürbüz 2005).

Meme dokusunun koltukaltı uzantısında da kansere rastlanır, klinik ve laboratuvar kontrollerde bu bölgede göz önüne alınmalıdır. Kitle çoğu kez ağrısızdır ve kadın tarafından rastlantı sonucunda bulunur. Kitle genelde sert ve hareketsizdir; ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket eder ve bu özelliği ile bir fibroadenomun hareketinden kolayca ayırt edilebilir (Onat 2005).

2-Meme Başı Akıntısı

Meme başı akıntısı fizyolojik ve patolojik sebeplere dayanır. Meme başı akıntısının patolojik bir anlam taşımaması için kendi morfolojik değişikliğine bağlı hiçbir zorlanmaya dayanmayan kendiliğinden akıntı olması gerekir. Akıntının görünüşüne ve rengine çok dikkat edilmelidir (Onat 2005).

Her kadının meme başından çeşitli zamanlarda akıntı gelebilir özellikle sıkıldığı zaman sert-yeşil arası renkte boza kıvamında olan akıntı normal kabul edilir. Gebe olmayan kadınlarda meme başından süt gelmesi de kanser bulgusu değildir. Bu durum vücudun hormonal değişikliği ile ilgili olabilir. Kanser açısından önemli olan akıntının meme başından sıkmadan kendiliğinden gelmesidir. Bu durum başından sıkmadan kendiliğinden gelmesidir. Bu durum sütyen veya çamaşırın ıslak olması şeklinde fark edilir.

Özellikle akıntının koyu kahverengi, siyah veya kan rengi olması önemlidir. Birde su kıvamında berrak akıntı önem taşıyor. Böyle bir durumda meme başından gelen akıntıdan örnek alınarak incelenmesi gerekiyor (Gürbüz 2005).

Meme kanserli hastaların ortalama %10'da ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Meme başında akıntıya pek sık rastlanmaz, memede bir kitle palpe edilir ve bu kitlenin üzerine bastırıldığında akıntı başlarsa kanserle ilişkisi olduğu düşünülür (Topuz 2003).

3- Memede Ağrı

Meme kanserinde sık görülmez ve geç dönem belirtisidir (Pişkin 2004). Meme kanserinde ağrı pek görülmez seyrek olarak tümör bölgesinde keskin aralıklı, hastanın (bıçak saplanır gibi) diye tanımladığı bir ağrıdan söz edilebilir. Hızlı büyüyen kitlelerde akut ağrı ve

duyarlılık artışı olabilir. Memelerde ağrı başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur (Topuz 2003) .

4-Meme Derisinde Ödem, Kalınlaşma ve Renk Değişikliği

Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. Deride lenf akımındaki yavaşlama deri ve deri altı yağ dokusunun aşırı beslenmesine neden olur, deri kalınlaşır. Kıl folikülleri içeri çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur. Deri kızarır ve ülserasyon oluşur (Topuz 2003)

Meme başındaki değişikliklerin önemli olmasının yanı sıra özellikle meme çevresinde ortaya çıkan kızarıklık yara gibi değişiklikler meme de bir kitle olmasa bile meme kanseri bulgusu olabilir (Gürbüz 2005).

5-Memede veya Meme Başında İçeriye Doğru Çekinti Olması:

Bazı kadınlarda çocukluktan itibaren her iki meme başında içe çekik olabilir, bu herhangi bir hastalık anlamına gelmez. Kanser açısından önemli olan tek memenin başının zamanla içe çekilmesidir(Gürbüz 2005). Meme başı normalde konik veya silindirik olarak aerolanın ortasında çıkıntı yapar konjenital bir gelime bozukluğu ile meme başı çökük olabilir. Meme başında retraksiyon veya çökme tümörün büyüyüp memenin başını tutması sonucu oluşur. Tümör büyümeye ve etrafındaki dokulara infiltre olmaya başladığında deride retraksiyon görülür (Topuz 2003).

6-Forgue Belirtisi:

Memenin üst dış ve üst iç kadrantındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesine bağlı olarak gelişir. Önden bakıldığında kanserli memenin başı daha yüksektedir (Topuz 2003).

7-Deride Ülserasyon ve Eritem:

Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin deriyi tamamen kaplamaları sonucu oluşmaktadır. Eritem meme derisindeki kızarıklıktır. İnflamatuar yada tümöral süreçlerin sonucu olur. Meme kanserine bağlı eritem2 biçimde kendisini gösterir. Birincisi ve en sık görüleni tümörün hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça deri üzerinde eritem yapmasıdır. Diğeri ise meme kanserine özgü klinik belirtisidir. Bu özel tipe inflamatuvar meme kanseri adı verilir. Meme derisinde yaygın geniş bir alanda eritem vardır. Bu nedenle çok dikkatli olmak gerekir (Topuz 2003).

Lenfatiklerin tıkanması ile derinin beslenmesi bozulur ve deride eritem oluşur. Ülserasyonun meme derisi beslenmesinin gittikçe daha çok bozulması sonucu ülserasyonlar meydana gelir (Topuz 2003) .

8-Memenin Şeklinde Değişiklik:

Genellikle her iki meme simetrik değildir ve bir meme diğerinden daha büyük olabilir bu normal bir yapıdır. Bazen memelerin genel yuvarlaklığında veya şeklinde de değişiklikler olabilir. Kanser açısından önemli olan sonradan gelişen simetri değişikliğidir (Gürbüz2005).

9-Koltuk Altında Ele Gelen Kitle:

Koltuk altında ele gelen kitle, birçok nedene bağlı olan bir lenf düğümü büyümesi olabilir fakat bazen meme kanserinin ilk bulgusu da olabilir. Bu nedenle eğer kolunuzda ve elinizde son zamanlarda bir enfeksiyon geçirmediyse bu kitlenin incelenmesi gerekir (Gürbüz2005).

10-Lenf Nodüllerinde Büyüme:

Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucu oluşur (Gürbüz2005).

11-Üst Kolda Anormal Şişlik:

Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur (Topuz 2003).

12-Tillaux Belirtisi:

Göğüs duvarına doğru yayılan tümör hücreleri önceden derin faysa ya daha sonra m. Pektoralise göğüs duvarına ilerleyerek memenin hareket yeteneğinin kaybolmasına neden olur (Topuz 2003).

Erken Dönemdeki Belirtiler

1. Sert ve inflamasyon nedeniyle kenarları belirsiz kitle.
2. Çok nadirde olsa ağrı. Menapoz sonrası ani başlayan ağrı ilk belirti olabilir.
3. Hafifte olsa deride ve meme başında kaşıntı, çekilme.
4. Memelerde çok azda olsa asimetri
5. meme başında 1-2 mm kadar küçük bir yara.
6. Sulu seröz ve kanlı sekresyon (Topuz 2003).

İlerlemiş Meme Kanseri Belirtileri

1. Deride şişlik.
2. Deride kızarıklık.
3. Yaralar (ülserasyon)
4. Meme şeklinde büyüme, büzülme, çöküntü, çukurlaşma ve düzleşme.
5. Portakal kabuğu gibi düzensiz görünüm

6. Derinin kitle üzerinde hareketliliğini yitirmesi
7. Koltuk altında belirgin adenopati (lenf bezlerinin büyümesi)
8. Subraclavikular adenopati
9. Uzak metastazlar (beyin, tiroid, akciğer vb.) (Topuz 2003).

Meme Kanserinin Yerleşim Alanları

Meme kanseri, sol memede sağ memeye oranla daha fazla görülmektedir. Ayrıca vakaların, yaklaşık %50 de memenin üst dış kadranında yerleşmektedir. Nedeni bu bölgede lenf nodlarının daha fazla bulunmasıdır (Topuz 2003).

Meme Kanseri Evreleme

Kanserin tedavisi hastalığın içinde bulunduğu evreye göre planlanır. Bunun için üç temel faktör göz önüne alınır.

1. Tümörün boyutu
2. Lenf düğümlerine atlayıp atlamaması
3. Diğer organlara atlayıp atlamaması

Evre 0 (Stage 0):Duktal karsinoma insitu safhasında tümör henüz kanalın dışına çıkmamıştır.

Evre 1 (Stage 1):Tümörün çapı 2cm den küçüktür ve koltuk altındaki lenf düğümlerine sıçramamıştır.

Evre 2 (Stage 2):Tümör çapı 2cm den büyük fakat 5cm den küçüktür ve /veya tümörün çapı 2cm den küçüktür ama koltuk altındaki lenf düğümleri biri birine yapışık değildir.

Evre 3 (Stage 3):Bu safha 2 ye ayrılır.

Evre 3A: Tümörün çapı 5cm den büyüktür veya koltuk altındaki lenf düğümleri birbirlerine yapışıktır.

Evre 3B: Tümörün çapı ne olursa olsun meme derisine veya meme altındaki kaslara sıçramış veya internal lenf düğümlerine (meme iç tarafında yer alır)sıçramıştır.

Evre 4 (Stage 4):Kanser meme bölgesi dışındaki lenf düğümlerine veya kemik, akciğer gibi diğer organlara sıçramıştır (Gürbüz 2005).

1958 den beri uluslar arası standart sınıflama sistemi yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Kanserin evrelendirmesi amacıyla TNM sistemi gerçekleştirilmiştir. Burada;

T: Tümörün boyutunu

N: Lenf bezlerinin durumunu

M: Kanserin metastaz (sıçrama) yapıp yapmadığını belirtir (Topuz 2003).

Meme Kanserinde Tnm Sınıflandırması

T: Primer tümör

T1: Tümör 2cm den küçük, cilt lezyonu yok veya sadece lokal pağet var.

T1A: Pektoral fasyaya fiksasyon yok

T1B: Pektoral fasyaya fiksasyon var

T2: Tümör 2-5cm arasında

T2A: Pektoral fasyaya fiksasyon yok

T2B: Pektoral fasyaya fiksasyonvar

T3: Tümör 5cm den büyük

T3A: Pektoral fasyaya fiksasyon yok

T3B: Pektoral fasyaya fiksasyon var

T4: Tümör herhangi büyüklükte, cilt inflamasyonu, peudarange cilt ödemi, pektoral adele ve torax fiksasyonundan biri var

T4A: Tümör duvarına fiske

T4B: Meme derisinde ödem, cilt ülserasyonu

T4C: İnflamatuar kanser

N: Bölgesel lenf düğümleri

N0: Palpabl aksillar lenf düğümü yok

N1: Palpabl ve hareketli aksillar lenf düğümleri var

N1A: Tümör varlığı düşünülüyor

N1B: Tümör varlığı düşünülüyor

N2: Palpabl aksillar lenf düğümleri var ve hareketsiz

N3: Palpabl homolateral subra veya intraklavikular lenf düğümleri veya kolda ödem var.

M: Uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Klinik veya radyolojik olarak uzak metastaz var (koltuk altı dışında)

Evre 1: T1A NO veya N1A MO

T1B NO veya N1A MO

Evre 2: TA N1B MO

T2A NO veya N1A MO

Veya N1B

T2B NO veya N1A MO

Veya N1B

Evre 3:	T3 lerden herhangi biri	N1 veya N2	MO
Evre 4:	T4 T lerden herhangi biri N3	Bütün N ler	M1 M1

(Topuz 2003).

Meme Kanseri Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde erken aşamada tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını önemli oranda artırır. Meme kanserinde ilerlemiş olan olgularda 5 yıllık yaşam olasılığı 5/10 oranında iken erken dönemde yakalanmış oldukları ise %80'e çıkmıştır. Bu gün meme kanseri insidansını düşürmeye elverişli bir metot yoktur. Ancak hastalığın erken tanısının mortaliteyi azalttığı kanıtlanmaktadır. Meme kanseri ne kadar erken dönemde bulunursa tedavi edilme şansı o oranda fazladır ve şüphesiz hastalığın seyri geç dönemde bulunanlara oranla çok daha iyidir. KKMM ile ameliyat edilebilir durumda olan 3-4 cm arasında kitlenin tümü teşhis edilebilir. Tümör ne kadar erken dönemde bulunma ve çapı ne kadar küçük ise metotsuz yapma olasılığı o oranda azdır ve prognozu iyidir. KKMM meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde faydalı kadar yaşam süresinin uzamasında da büyük ölçü de etkilidir (Parlar 2005).

Meme kanseri tarama programlarının yararlılığı kesin olarak kanıtlandığı kanserlerin başında gelmektedir. Peryodik fizik muayeneler yararlı olmakla birlikte tek başına yetersizdir. Bu nedenle taramanın esasını mamografi meydana getirir. Özellikle 50 yaş ve üstünde kanserin artan sıklığı nedeniyle taramanın etkiliği maximum dur. %40la varan mortalite azalması sağlanabilmektedir. Tarama programlarında hem fizik muayene hem de mamografinin bir arada yapılması en iyi sonucun alınması için gereklidir. Çünkü meme kanserlerinin %40 yalnız mamografi ve diğer % ise yalnız palpasyon ile ortaya çıkartılmıştır (Parlar 2005).

Erken tanı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı 3 yöntem vardır.

1. Kişisel (Kendi kendini meme muayenesi/ KKMM)
2. Klinik meme kontrolleri (Fiziksel meme muayenesi)
3. Mamografi

ABD 'de tarama programları halk sağlığı enstitüleri ve diğer özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bu tarama programlarının bazıları hemşireler tarafından koordine edilmektedir. Amerikan kanser derneğinin tarama programı önerileri şunlardır.

1. 20 yaşını geçen her kadın aylık KKMM yapmalı
2. 20-40 yaş arası her kadın 3 yılda bir fiziksel meme muayenesi yaptırmalı
3. 40 yaşını geçen her kadın, her yıl fiziksel meme muayenesi yaptırmalıdır.
4. 35-39 yaş arasındaki kadınlar ilk mamografilerini yaptırmalıdır.
5. 40-50 yaş arası kadınlar ilk mamografilerini yaptırmalıdır.
6. 50 yaşın üzerindeki kadınlar her yıl mamografilerini yaptırmalıdır (Parlar 2005).

Tarama Yöntemlerinin Özellikleri

Tarama için tercih edilen yöntemlerin bir çok özelliklerinin olması gerekir. Bazıları taramanın etkinliğini ve doğruluk oranını belirleyecektir.

1. İyi bir tarama yöntemi, tarama yapılan organdaki patolojiyi doğru bir şekilde gösterebilmelidir.
2. Yöntem sağlık personeli ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmalı.

Yöntem test pozitif olarak ifade edildiğinde hastalığın var olduğunu, test negatif ise hastalığın olmadığını kesin bir şekilde doğrulamalıdır.

4. Kolay uygulanabilmelidir
5. Ucuz olmalı, maliyet yarar oranı değerlendirilmedir.
6. Taramaya katılanlara zarar vermemelidir
7. Taramaya katılımı artırmak için katılanlar için çok zaman harcamayı gerektirmektedir.

Meme kanserinin erken tanısı için yapılan tarama çalışmaları 30-69 yaş arası kadınlarda tarama ile meme kanseri mortalitesini yaklaşık %30 oranında azaldığını göstermiştir.

Günümüzde meme kanserinin tanısında en çok kullanılan tanı yöntemleri şunlardır.

1. Biyopsi
2. Hikâye alma
3. Ultrasonografi
4. Termografi
5. Kserografi
6. Mamografi
7. KKMM'dir.

(Topuz 2003)

1. Biyopsi: Meme kitlelerinde tanı için biyopsi yapılmaktadır. Steroji muayene için genel anestezi ve lokal anestezi altında şüpheli alanda insizyona (Kitlenin bir kısmının aktarılması), eksizyonel (tümörün tamamının çıkartılması) olarak doku örneği alınması işlemidir. Küçük lezyonlarda total eksizyon, büyük lezyonlarda ise insizyonel biyopsi önerilmektedir (Topuz 2003). Mamografi ve ultrason ile yapılan incelemeler sonucunda eğer kitlenin kanser olma olasılığı fazlaysa mevcut kitleden örnek almanın birçok farklı yöntemi vardır.

Bunlar;

- a. İnce iğne biyopsisi
- b. Kalın iğne biyopsisi
- c. Cerrahi biyopsi (Gürbüz 2005)

a)İnce İğne Aspirasyon Biyopsi: Boş bir enjektöre takılan 20–21 nolu 10 cc'lik iğne ile kitleye girilerek piston geri çekilir. İğneye dolan materyal bir lama yayılarak hazırlanır. Önce iğne aspirasyon biyopsi, meme biyopsisinde kullanılan kapalı yöntemdir (Sayek 2001).

İİAB palpabl meme kitlesinin solit ya da kistik olduğunu ortaya koyar kesin aspirasyonu kitlenin rezolüsyonuna neden olur. Kistik sıvı yeşil ya da amber renginde ise, kitle tanısı konulur. Kitle soliste, sıvı kanlı değilse, fonksiyonel kist tanısı konulur (Sayek 2001).

b)Kalın İğne (Core) Biyopsi: Daha kalın iğne ile girerek kitleden parça kopartmak şeklinde yapılan bir girişimdir. Bunun İİB den üstünlüğü, eğer kanser saptanırsa kanserin diğer bilgilerine ulaşmak mümkün. Örneğin; “kanser kanalların dışına çıkmış mı”, “östrojen reseptörü içeriyor mu” gibi. Bu yöntemle de kanser hücreleri saptanmamış ise kesin sonucu gösteriyor. Çünkü alınan doku parçaları tüm kitlenin özelliğini taşıyabiliyor. Bu durumda eğer klinik bulgular, mamografi ve ultrason kanser lehine bulgular taşıyorsa kitlenin ameliyatla çıkarılması önerilmektedir (Gürbüz 2005).

Eksizyonel biyopsi: Memede tespit edilen lezyonun tümünün çıkarılmasıdır. Genellikle çok büyük olmayan kitlelerde hastanında tercihine bağlı olarak poliklinik şartlarında lokal anestezi ile yapılabilir. Daha çok klinik değerlendirmede selim olduğu düşünülen (genç hastalarda fibroadenom) kitlelerde tercih edilir (Değerli 2002).

İnsizyonel Biyopsi: Memedeki büyük kitlelerde tanı amaçlı cerrahi olarak doku parçası alınmasıdır. Genellikle lokal ileri olduğu düşünülen meme kanserlerinde (tedavinin öncelikle kemoterapi olduğu hastalar) histopatolojik tanı ve reseptör tayini için örnek alınır (Değerli 2002).

c) Cerrahi Biyopsi: Meme de saptanan kitle ameliyatla çıkartılarak kitlenin tümü kanser yönünden incelenir. Bu yöntem en keskin teşhis yöntemidir. Fakat memedeki kitlelerin

büyük bir çoğunluğu kanser değildir. Bu nedenle her kitlenin ameliyatla çıkartılması gerekmez (Gürbüz 2005).

2. Hikâye alma: Hastalardan ayrıntılı hikaye alınması gerekmektedir. Hakkında bilgi alınması gerekli konular; Hastanın yaşı, hastanın sağlık durumu, hastanın ailesinin sağlık durumu, menarş yaşı ve düzeni, menapoz yaşı hastanın ve ailesinin meme rahatsızlıkları, varsa lezyonu, ne zaman ortaya çıktığı, ne zaman doktora başvurduğu meme kanseri ile ilgili risk faktörleri KKMM hakkındaki bilgisidir (Topuz 2003).

Memede kitlenin ayırıcı tanısında öyküdeki odak noktalar;

a)Belirtiler; Hasta kitleyi ilk olarak nasıl fark etmiş. Hastanın kendisinin saptadığı bir meme kitlesinin varlığı bir hekime başvurmaya neden olur. Tam öykü meme kitlelerinin araştırılmasında önemlidir. Çoğu kitle Duşta veya banyo yaparken tesadüfen bulunurlar ve oluşumun dan uzun bir süre sonra fark edilmiş olabirler (Topuz 2003).

Bazı kadınlar ayna karşısında memelerinde asimetri olduğunu fark ederler. Çoğu kez deride renk değişikliği veya çökmeleri fark ederler ve bunların varlığı daha çok karsinom olacağını gösterir (Sayek 2001, Topuz 2003).

b)Değişiklikler; Farkedildikten sonra kitle nasıl bir değişime uğradığı adet siklusunda büyüklük açısından değişim gösteren bir kitle karsinoma daha çok hormona bağlı benign bir meme değişikliğidir. Yavaş büyüyen bir kitle daha çok solit bir kitle olabilir(Benign ya da Maling). Ama birkaç gün içerisinde büyüklüğünü iki kat katlayan kitle daha çok bir kisti düşündürür (Sayek 2001, Topuz 2003).

c)Önceki hikayesi; Daha önceki kist yada fibroadenom gelişmiş olan bir bayanda tekrar kist yada fibroadenom gelişme ihtimali yüksektir. (Ama meme karsinomu gelişme ihtimali daha düşük değildir). Benzer olarak daha önce karsinom öyküsü varsa tekrarlayan meme kitleleri malignite lehine kuşkulandırılır (Sayek 2001, Topuz 2003).

3. Ultrasonografi: Ses dalgalarının memeye gönderilerek meme dokusundaki değişikliklerin görüntüsünü alma tekniğidir. Bazen mamografide görülemeyen değişiklikler ultrasonla saptanabilir. Bu nedenle çoğu kez mamografi ile birlikte kullanılması önerilir. Bu yöntem özellikle genç kadınların meme dokusunun incelenmesinde kullanılır. Kitlenin kistik ya da solit (katı)yapıda olduğunu anlamak için iyi bir yöntemdir. Ayrıca iyi huylu tümörlerle kötü huylu tümörlerin birbirlerinden ayırt edilmesinde önemli bilgiler verir. Mamografiden en önemli üstünlüğü ise ağrısız bir yöntem olmasıdır (Topuz 2003).

Renkli Dopler tekniğide aslında bir ultrason tekniğidir. Bu yöntemle kitle etrafında damar artışı olup olmadığı araştırılır. Kitle etrafında damar artışı kanser olma olasılığını

artıran bir bulgudur. Kesin teşhis ancak memedeki kitleden parça alınıp mikroskop altında incelenmesi ile yapılır (Gürbüz 2005).

4. Termografi: Memede oluşan bazı tümörler buldukları bölgedeki derinin ısını artırmaktadırlar. Bu bölgeler normal bölgelerden daha sıcak olurlar. İnfraruz (kıızıl ötesi) kamera yardımı memede sıcaklığın fazla olduğu bölgeler saptanır ve tümörün nerede (lokalize olduğu belirlenir (Topuz 2003).

5. Kserografi: X ışınları aracılığıyla memenin elektrik ile yüklenmiş selenyumlu aliminyum plaklar üzerinde görüntüsünün alınmasıdır. Kserografi memelerin yumuşak dokusu hakkında, mamografiden daha doğru ve ayrıntılı bilgi vermektedir. Endikasyon alanı mamografi gibidir. Radyasyon miktarının fazla olduğu unutulmamalıdır (Topuz 2003) .

6. Mamografi: 1913 yılında Berlin Üniversitesinden cerrah Salaman Payr, ilk mamografiyi yayınlamış ve operasyonla çıkardı meme dokusu içerisindeki malign kitlenin özelliklerini açıklamıştır. Giderek gelişen teknolojileri ile mamografinin önemi artmış. Tanı ve tarama yöntemi olarak günlük kullanımdaki yerini almıştır (Tüker 2001, Özdemir 2002)

1950'de Jacob-Gershon-Cohenin memedeki selim ve hapis lezyonların özelliklerini belirleyen mamografi çalışmalarında geri meme kanserinin tanı ve taramasındaki önemi giderek artmaktadır. İlk mamografi uygulamalarından 1-4 rad. radyasyon dozu oluşturmaktadır. Mamografide oluşan radyasyon dozunun düşmesi tarama programlarındaki radyasyona bağlı kanser ihtimalini en aza indirmiştir. 0,1 rad'lık dozun 35 yaşın üzerindeki kadınlarda milyonda dört kanser oluşmasına yol açtığı ileri sürülmüştür (Topuz 2003).

Memedeki kitleyi palpabl olmadan önce belirlemenin en iyi yöntemi mamografidir. Mamografi meme kanserini palpabl olmadan 2 yıl önce belirlemektedir (Onat 2005).

Mamografi, memenin detaylı görüntüsünün düşük dozajlı özel bir x ışını (röntgen ışını) yardımı ile çıkartılmasıdır. Her kadında 40 yaşından itibaren her yıl düzenli olarak mamografi yapılması önerilmektedir. Yüksek risk grubundaki kadınlarda mamografi taramaları daha erken yaşta başlayabilir. Mamografi meme kanseri tanısında en iyi yöntem olmakla birlikte meme yapısına bağlı olarak var olan bir lezyonu göstermekte yetersiz kaldığı durumlar olabilir. Bu nedenle bireyin KKMM ve önerilen zamanlarda KMM çok önemlidir (Topuz 2003).

Mamografinin kanser tanısında duyarlılığı ortalama olarak %83'tür. Mamografi meme kanseri belirtisi ve bulgusu olan olgularda, klinik olarak yüksek risk taşıyan kadınlarda ve meme ile ilgili yakınması olsun ya da olmasın 50 yaşın üstündeki tüm kadınlarda klinik muayeneye ek olarak yılda bir kere çekilmelidir. Çalışmalara göre düzenli mamografi, meme kanseri mortalitesini %25-45 oranında azaltmaktadır (Topuz 2003).

Mamografinin Çeşitleri

Kontrol ve tanı amaçlı olmak üzere mamografi ikiye ayrılabilir.

Kontrol amaçlı mamografi: Hiçbir şikâyeti olmayan kadınlarda olası meme kanserini erken aşamada teşhis etmek için kullanılır (Özdemir 2002).

Tanı amaçlı mamografi: Kitle bulunması ya da göğüs akıntısı gibi göğsü ile ilgili şikayeti olan kadınlar ile kontrol amaçlı mamografisinde normal olmayan oluşumlar bulunan kadınlar için uygulanan bir yöntemdir. Tanı amaçlı mamografi kuşkulu dokunun tam yerini, boyutunu belirlemek ve çevre dokuyla lenf bezlerini görüntülemek amacıyla yapılır. Daha önceden meme kanseri geçirmiş kadınlar ve göğüslerinde protez bulunan kadınlar (silikon vb.) tanı mamografisi yaptırırken daha ayrıntılı görüntülenmelidirler (Topuz 2003)

Tanısal mamografi ne zaman yapılmalıdır?

a) Ele gelen kitlesi olan hastalarda lezyonun selin habis ayırıcı tanısında fizik muayene bulgularına ilave olarak hastanın yaşına göre iki taraflı mamografi ve ultrasonografi veya her ikisinden yararlanılır.

b) Radyolojik inceleme yapılmadan İAB veya biyopsi ile kanser tespit edilen hastalarda kitlenin saptandığı memenin ve karşı memenin değerlendirilmesi için mamografi çekilmelidir.

c) Kitlenin multifokal, multisentrik olup olmadığının tespiti için mamografi gereklidir.

d) Meme başı akıntısı çekinti gibi şikâyetlerle başvuran hastalarda mamografi ultrasonografiden yararlanabilir.

e) Meme kanserinde deri ile meme koruyucu cerrahi veya modifiye radikal mastektomi (MRM) yapılan hastalarda takipler esnasında mamografi çekilebilir

Mamografi nasıl yapılır:

Mamografi çekilirken uzman hastayı gerekli konuma getirerek her bir memeyi ayrı ayrı görüntüler. Her memenin çekiminde meme fotogrofik bir filmin üstüne dikkatlice konumlandırılır ve nazikçe iki levha arasında bastırılır. Bu sıkıştırma göğsün düzleşmesine neden olur. Bu da en fazla dokunun görüntülenmesini ve incelenmesini olası kılar.

Mamogram çekilirlen bir x ışını kaynağı çalıştırılır ve oluşan x ışınları sıkıştırılmış olan göğsün üzerinden geçerek göğsün altındaki fotoğraf filmin kartuşuna ulaşırlar. X ışınları farklı yoğunluktaki ve tipteki dokulardan farklı oranlarda geçtiği için göğsün iç yapısı görüntülenmiş olur. Memeler yağ lif dokusu ve salgı bezlerinden oluşmuşlardır. İyi huylu ve kanser olan lezyonlarda dahil olmak üzere meme kitleleri mamogram filmi üzerinde beyaz bölgeler olarak görülür. Yağ mamogram filmi üzerinde siyah olarak görülür. Bunun dışındaki

her şey (Salgı bezleri, bağ dokusu, tümörler, mikro kalsifikasyonlar) mamogram filmleri üzerinde değişik düzeyde beyaz olarak görülür (Özdemir 2002).

Mamografi Endikasyonları:

1. 35-40 yaş arasında bir kez mamografi yapılmalıdır.
2. 40-50 yaş arasında radyoloğun meme patterline göre karar vermesi ile her yıl yada 2 yılda bir mamografi yapılmalıdır.
3. 50 yaşından sonra yıllık olanlar ile kontrol mamografileri alınmalıdır. Mamografi tedavi edilebilir. Sınırlardaki meme kanseri vakalarında karşı memeyi değerlendirmekte tedavi sonrasında 2-3 yıl aralıklarla kontrol için
4. Şüpheli veya belirlenemeyen meme kitlesini veya memedeki şüpheli değişiklikleri değerlendirmek için
5. Koltuk altı veya diğer yerlerdeki lenf nodülerinde metastaz tespit edilip te primeri belli olmayan karsinomlarda primer tümör araştırması için mamografi kullanılır (Özdemir 2002).

Diğer yardımcı teşhis yöntemleri

Manyetik Rezonans Görüntüleme: Kısaca MR olarak bilinen bir diğer görüntüleme yöntemi (MR) buda memedeki tümörün kanser olup olmadığını kesin olarak bildirmiyor. Bu nedenle mamografiden bir üstünlüğü bulunmuyor. Ayrıca daha pahalı bir yöntem hastaya ilaç verilerek yapılan inceleme ile MR tetkiklerinin teşhis özelliği artırılmaya çalışılıyor

Bununla birlikte MR kullanıldığı özel durumlarda var.

- Yüksek risk taşıyan kadınlarda meme dokusu sıkı ve yoğunsa
- Kemoterapi sırasında tümörün takibinde küçük kireç çöküntülerinin (mikrokalsifikasyonlar) ayrıntılı incelenmesinde
- Daha önce cerrahi girişim yapılmış meme dokusunda şüpheli bir durum varsa,
- Birden fazla odakta meme kanseri şüphesi varsa
- Silikon implant (meme büyütülmesinde kullanılan silikon) bulunan kadınlarda kanser taramasında
- Bazı özel durumlarda (Lobüler karsinom) diğer memede kanser araştırmasında kullanılır (Özdemir 2002).

Dijital Momografi: Dijital mamografi meme kanseri teşhisinde kullanılan en gelişmiş cihazdır. Fakat oldukça pahalı olduğu için henüz yaygın kullanımda değil, klasik mamografi cihazlı bilgisayarlarla birlikte çalışıyor. Alınan görüntü bilgisayar ortamında değerlendirilebiliyor. Bazı şüpheli noktalar büyütülebiliyor. Çekilen film bilgisayar

tarafından okunabiliyor. Bu tanıda hata sayısını azaltıyor. Önümüzdeki yıllarda yaygın kullanıma girmesi bekleniyor.

PET (Pozitron Emission Tomografi): Bu yöntemde hala araştırma safhasında bir kitlenin kanser olup olmadığını araştırmak amacıyla kullanılıyor. Buda yöntemler içinde en pahalı alanıdır (Gürbüz 2005) .

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan meme kanserinin erken tanısında KKMM nin önemli bir yeri vardır. KKMM meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde faydalı olduğu kadar yaşam süresinin uzamasında da büyük ölçüde etkilidir.

KKMM nin iki büyük yararı vardır: Birincisi ekonomiktir, ikincisi kolaylıkla herkes tarafından yapılabilmesidir (Aydın Avcı 2006,Parlar 2005).

Kadının KKMM sini yapmasının birçok nedeni vardır. Bunlardan biri meme kanserinin erken tanıldığında, en kolay tedavi edilebilen ve iyileşebilen kanser olmasıdır. Diğeri ise her KKMM sini yapan kadının beceri ve güveninin artacağıdır. Normalde her kadının meme dokusunu hissederek tanıdığına herhangi bir değişikliği kolaylıkla fark edecektir(Parlar 2005)

Sosyoekonomik nedenlerle milyonlarca kadın doktora gidememekte ve mamografi çektirememektedir. Tüm bu kadınların uygulayabileceği tek yöntem kendi memelerini kendilerinin muayene etmesidir. Yapılan bir çalışmada kendini muayene edenlerin kanser serlerinin daha erken dönemde saptandığı bunu hem siyah hemde beyazlarda, tüm sosyal ve ekonomik düzeylerde, yaş gruplarında geçerli olduğu görülmüştür (Parlar 2005, Aydın Avcı 2006).

Kadınların çoğu kitleyi kendisi bulmaktadır. Bu konuda Aslan 'nın (1992) yaptığı araştırmada, hastaların %96.25 nin memelerinde kitleyi kendilerinin fark ettiği belirlenmiştir.

Güler in belirttiğine göre; Amerika Birleşik Devletlerinin (1990)BUFFALO şehrinde yapılan bir çalışmanın sonucunda, meme kanserinin %73 nün ilk olarak hasta tarafından bulunduğu saptanmasıyla, tüm kadınlara kendilerini muayene etmeleri öğretmenin erken tanı açısından yararlı bir yaklaşım olacağını akla getirmiştir. Bu nedenle kadınlara menstrasyon bitişinden 1-2 gün sonra, menopozdaki kadınlar ise her ay kadınların kendilerince saptadığı herhangi bir günde KKMM önerilmektedir (Yıldırım 2002).

Her bilinçli kadın KKMM yi yapmayı öğrenmeli, bu muayeneyi düzenli olarak yapmayı alışkanlık haline getirmelidirler. Memedeki kitlelerin %80 ni bu kitleler iyi huylu olsun kötü huylu olsun kadınların kendisi tarafından ya tesadüfen ya da KKMM sırasında keşfedilmektedir (Yıldırım 2002).

KKMM de Amaç; Kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanmasıdır. Meme kitlelerinin %90 kadınların kendisi tarafından bulunduğu için kadınların KKMM i bilmeleri ve uygulamaları desteklenmelidir (Aydın Avcı 2006, Yıldırım 2002).

Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir. Meme kanserinin prognozunda önemli bir faktör tanı konulduğunda hastalığın evresidir. Lokalize olduğu dönemde meme kanseri tanısı alan kadınların 5 yıllık yaşam süresinin %90, metastazı olmayan ve meme dokusu ile sınırlı tümörü olan kadınların %56, uzak metastazı olan kadınların ise 5 yıllık yaşam süresinin %10 olduğu saptanmıştır. KKMM ile bir toplumda meme kanserinin evresinin düşeceği ve yaşam süresinin ve sürecinin olumlu yönde etkileneceği bildirilmiştir (Aktan 2004, Parlar 2004).

KKMM ne zaman yapılır?

KKMM si her ay düzenli olarak yapılmaktadır. Bu muayene için en uygun zaman adet kanamasından 5–7 gün sonra, memelerin gergin ve hassa olmadığı zamandır. Menstruasyondan hemen önceki günlerde memeler hormonal etkilere bağlı olarak daha dolgun, gergin ve konjesyone olduğu için bu dönemde yapılan palpasyon bulguları yanıltıcı olabilir (Parlar 2005, Aktan 2004).

Menapoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınlarda KKMM sini her aynı gün yapılması uygundur. Hiçbir belirti göstermeyen 20–40 yaş arası kadınlar, meme muayenelerini bu konuda eğitim görmüş olan sağlık personellerine her 3 yılda bir, ilerleyen yaşlarda yılda yaptırmalıdır. Emziren anneler meme muayenelerini memeler boşken yapmalıdırlar (Parlar 2005).

Meme muayenesinin her ay düzenli olarak yapılmasının kendi memenizi daha iyi tanımanız ve bir önceki aya göre meme dokunuzda herhangi bir değişiklik olup olmadığının anlaşılması için önemlidir. Meme muayenesinden doğru sonuç alınabilmesi için her düzenli olarak doğru teknikle yapılması gerekir (Aktan 2004).

Amerikan Kanser Topluluğu KKMM 20 yaşında başlanması gerektiği ve aynı zamanda hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmeden sorumlu olduğunu belirtmektedir (Aktan 2004, Gürbüz 2005).

Şekil 1. Amerikan Kanser Topluluğunun yaşa göre meme tarama sıklığı

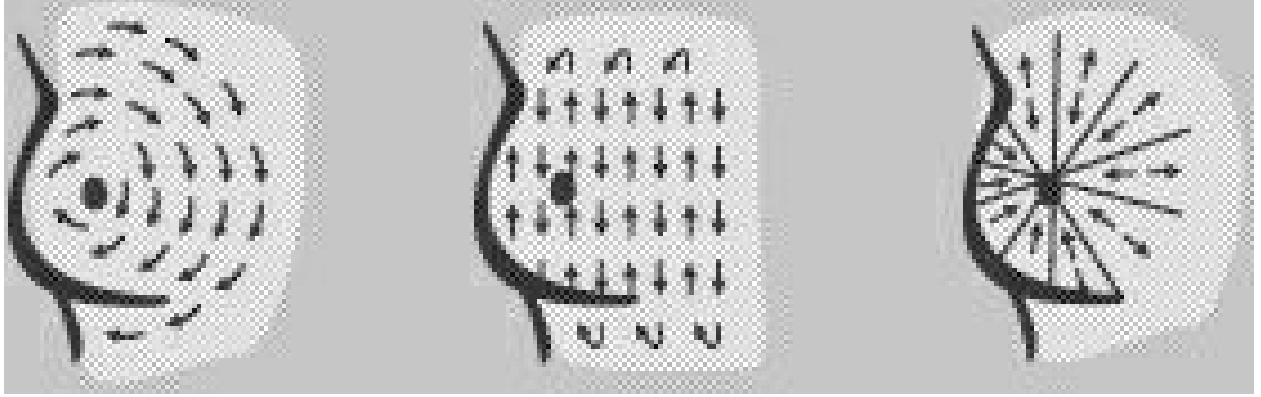
Yaş grubu	Yöntem	Uygulama sıklığı
20-39 Yaş	KKMM	Her Ay
	Klinik Muayene	3 Yılda Bir
40-49 Yaş	KKMM	Her Ay
	Klinik Muayene	Her Yıl
	Mamografi	1-2 Yılda Bir
50 Yaş Ve Üzeri	KKMM	Her Ay
	Klinik Muayene	Her Yıl
	Mamografi	Her Yıl

50 yaş ve üstündeki hormon replasman tedavisi alan kadınlar için yılda bir mamografi ve fizik muayene. premenapozal olup anne tarafından yakın akrabalarında meme kanseri görülen kadınlarda taramaya diğer gruplara göre 10 yıl daha erken başlanmalıdır. 40 yaşından 50 yaşına kadar 2 yılda bir 50 yaşından sonrada her yıl mamografik inceleme yapılması önerilmektedir (Yıldırım 2002, Avcı 2006).

KKMM Yöntemleri

Üç çeşit muayene şekli vardır

1. Dairesel (sirküler)
2. Dikey (vertikal) çizgiler
3. Tekerlek (ışın tarzında)



Şekil 2 KKMM muayene yöntemleri

KKMM de klinik meme muayenesinde olduğu gibi başlıca 2 teknik kullanılır. Bu teknikler inspeksiyon ve palpasyondur. İnspeksiyon da, meme başında akıntı, çekilme, deride buruşma, iritasyon, kızarıklık, pigmentasyon değişikliği gibi, palpasyonda ise meme de kitle, kalınlaşma, sertlik gibi bulgular aranmaktadır. Her memenin en az 5 dk muayene edilmesi gerekir (Topuz 2003).



Şekil 3 inspeksiyon yöntemi



Şekil 4 palpasyon yöntemi

A)Gözle meme muayenesi (inspeksiyon): KKMM nin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir. İyi aydınlatılmış bir odada üzerinizi çıkarıp ayna karşısına geçerek meme muayenesine başlayın (Aydın Avcı 2006).

1. Meme muayenesi için belden yukarısı çıplak olarak yeterli ışıkta bir ayna karşısına geçilir, kollar iki yana rahatça bırakılır. Memeler dikkatle gözlenir. Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değişikliklerin fark edilebilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmektedir. Ayna karşısında yapılan her muayenede memelerin şekil ve büyüklüğündeki değişimler meme derisindeki şişkinlik, renk değişikliği, çukurlaşma, meme başında içeriye doğru çekilme olup olmadığı, çatlak, yara, kabuklaşma açısından gözlenmeli. Memeler arasında simetrik uyuma dikkat edilmelidir (Aktan 2004).



2. Bu aşamada ise eller baş üstüne kaldırılır ve memelere tekrar bakılır, özellikle meme başlarına dikkat edilmelidir. Bu pozisyon iki memenin büyüklüğündeki ve şeklindeki herhangi bir farkı ortaya çıkarır. Bazı kadınlarda normalde iki memenin büyüklüğü eşit olmayabilir. Özellikle meme uçlarında birinin fazla aşağıda veya yukarıda olup olmadığına dikkat edilmelidir. Bu işlem kollar yukarı doğru uzatıp tekrarlanır ve memeler iyice gözlemlenir (Aktan 2004).

3. Eller bele konur ve rahat bir pozisyonda iken kalçaların üstündeki eller içeriye doğru bastırılır, bu yapıldığında memelerin altındaki göğüs kafesi üzerindeki kasların gerildiği hissedilir. Kasları germeye devam edilirken memeler dikkatlice izlenir. Meme derisinde çekilme büzülme veya meme uçlarından birinin anormal çekilmesi olup olmadığı gözlenir. Bu pozisyonda meme kenarların da bir düzensizlik olup olmadığına bakılır (Aktan 2004).



4. Her iki meme başı parmaklar arasında sıkılır. Bir veya iki damla yeşilimsi veya süte benzer sıvı gelmesi normal değildir kültür alınır ve teşhis edilir. Kendiliğinden veya sıkınca kanama olması da normal değildir. Bu şekilde KKMM nin ayna karşısındaki kısmı bitmiş olur aynı muayeneyi diğer memenize de uygulayın (Aydın Avcı 2006).

B) Elle Değerlendirme Yöntemleri(Palpasyon):Meme muayenesinin ikinci aşamasında memelere dokunarak kontrol edilir. Bu muayene her iki memenin koltuk altlarının ve klavikula üstünden omuza kadar olan alnın palpasyonu dur. Memenin elle muayenesine ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol baş üzerine kaldırılır, sağ elin üç orta parmağı parmakların en uçtaki iç bölümleri yani pulparları)ile memenin dış kenarından başlanarak parmaklar saat yönün de yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir. Parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken, küçük dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir dokular parmaklarla bastırılarak palpe edilir. Önce yüzeysel sonra derin palpasyon yapılır. Daha sonra koltuk altı ve klavikula üstü alanda palpe edilir. Bu muayene ideal olarak duş altındayken sabunlu elle yapılır. Zira suyun ve sabunun etkisiyle meme dokusundaki muhtemel kitleler çok daha kolay ulaşılabilir hale gelirler. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadrındaki kitlelerin daha iyi fark edilmesini sağlar. Meme kanserlerinin %60–70 i meme dokusunun en yoğun olduğu bu bölgede görülür aynı işlem sağ meme içinde tekrarlanır ve sonra sırt üstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir. Muayene sırasında sırt üstü yatma muayeneye edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma muayene edilecek kolu baş altına yerleştirme önemlidir. Böylece meme dokusu kotsalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir (Aydın Avcı 2006, Aktan 2004).



Ayakta sağ el başın arkasında



Sırt üstü yatarak sağ kol başın altında.

Elinize Gelenlerin Anlamı Nedir?

Meme dokunuzu başparmak ve işaret parmaklarınız arasına sıkıştırarak incelemeyi denediğinizde elinize büyükçe kitleler gelecektir. Bu kitleler normal meme dokunuzdur. KKMM DE amaç bu kitleler arasında yer alan normal dışı tümöral yapıların saptanmasıdır (Aydın Avcı 2006).

Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinde tedavinin amaçları hastalığı iyileştirmek tedaviden sonra normal yaşama uyumu kolaylaştırmak yaşamı korumaktır (Topuz 2001). Tanı konulduktan sonra hiç tedavi uygulanmayan meme kanserli hastaların yaşam sürelerinde çok büyük farklılıklar olmaktadır. Bu yüzden meme kanseri mutlaka tedavi edilmelidir. Erken meme kanserli kadınların %70 den fazlası teşhislerden sonra beş yıl sağ kalır. Teşhis anında yayılmamış küçük tümör saptanan kadınlarda bu rakam yaklaşık %90'na yükselmektedir(Gürbüz 2005).

Tedavi hastalığın tanısının yapıldığı sıradaki evre ve tipine bağlı olarak farklılık gösterir. Tedavi için evre çok önemlidir (Aydın Avcı 2006).

Uygulanacak tedavi yöntemi meme kanserinin bulunduğu evreye hastanın içinde bulunduğu psikolojik duruma ve sosyal duruma göre cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin çeşitli kombinasyonlarından seçilmelidir. Meme kanserinin tedavisinde tedavinin şekli, tedaviye başlama zamanı, tümörün özellikleri, hastanın tümöre direnci etkilidir. Meme kanseri sistemik bir hastalık niteliği taşımaktadır bunun nedeni hastalığın başlangıcından itibaren tümör hücrelerinin hem hematolojik hem de lenfatik yolla kana direk karışmasıdır. Bireyler arasında tedaviye direnç açısından farklılıklar görülmektedir. Buna bağlı olarak ta tedavi yöntemi seçilmelidir. Bireysel farklılıklar göz önüne alınmaktadır. Birey için en uygun tedavi yöntemi seçilip uygulanmaktadır (Topuz2003).

Memede kanser saptandığı zaman tedavi planlamadan önce yapılacak ilk iş, bazı tetkiklerle kanserin vücudun başka bir yerine sıçrayıp sıçramadığının araştırılmasıdır. Akciğer röntgen filmi, karın ultrasonu, CEA ve CA15-3 kan tahlilleri kan sayımı gibi tahliller yapılmadan hiçbir şekilde tedaviye başlanmamalıdır. Bu tetkikler sonucu vücudun herhangi bir yerinde kanser tespit edilirse, tedavi tamamen farklı bir şekilde yönlendirilir (Gürbüz 2005).

Klinik Evrelere Göre Tedavi

Klinik Evre 1 ve 2

1. Genişletilmiş radikal mastektomi: Günümüzde çok kullanılmayan bir cerrahi yöntemdir. Bu yöntemle bütün meme, M..Pectoralis aksillar ve mamorial interna lenf bezleri çıkartılmaktadır.

2. Lumpektomi: Sadece meme deki kanserli kitlenin çıkartılmasıdır.

3. Radikal mastektomi: Günümüzde kullanılmayan cerhi bir yöntemdir. Bu yöntemde de meme dokusu, iki musculus pektoralis de aksillar lenf bezleri çıkartılmaktadır.

4. Modifiye radikal mastektomi: Bu cerrahi yöntemde meme ve aksillar lenf bezleri çıkartılmakta, göğüs kaslarının bir kısmı kalmaktadır.

5. Total (simple) mastektomi: Memenin tamamının çıkartılmasıdır.

6. Pasiyel mastektomi: Bu cerrahi yöntemde ise tümör genişçe çıkartılmakta meme yerinde kalmaktadır.

7.Biyopsi radyoterapi: Meme kanseri cerrahisinde amaç vücuttaki tümör hücrelerinin total sayısının azaltılmasıdır. Radikal mastektomi sadece tümörün doğrudan alttaki pektoral adaleye yapıştığı veya ilerleme gösterdiği koşullarda uygulanmaktadır. Erken dönem meme kanserinde, lumbektomi (sadece kitlenin çıkarılması: ve ardından radyoterapik kombinasyonu tercih edilmektedir (Gürbüz 2005).

Klinik Evre 3' de: cerrahi tedavi pek etkili değildir.

Bu evrede;

1. Total ve sistematik tedavi gerekir. Lokal terapinin ağırlığı radyoterapidir. Ancak tümörün ülserleştiği vakalarda basit mastektomi yapılarak hasta rahatlatılır.

2. Ağırlıklı radyoterapi

3. Hormon tedavisi ve kemoterapisi

Hormon tedavisi östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif olanlarda yapılmaktadır. Menapoz dönemini geçirmiş ve östrojen reseptörü pozitif olan kadınlarda anstle östrojen

bileşkesi preparatlardan tamoxifen verilmektedir. Böylece overler inaktif hale getirilmektedir. Kemoterapi ise daha çok östrojen reseptörü negatif olanlara uygulanmaktadır (Gürbüz 2005).

Klinik Evre 4 de

1. Hormonal tedavi
2. Kemoterapi
3. Radyoterapi (lokal kemik metastazlarında yalnız o bölgeye yapılırsa etkili olmaktadır)

Tedavinin gecikmesi prognoz üzerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır. Tedavi geciktikçe hastalığın evreleri ilerlemektedir (Gürbüz 2005).

Meme Kanserinin Tedavi Yöntemleri

- 1-Cerrahi tedavi
- 2- Işın tedavisi (Radyoterapi)
- 3- İlaç tedavisi (Kemoterapi)

Bu 3 yöntemlerden biri veya ikisi veya üçüde duruma göre uygulanıyor. Hastanın ve tümörün taşıdığı özelliklere göre buna karar veriliyor. (Gürbüz, 2005)

Cerrahi Tedavi :

Memede kanser tespit edildikten sonra özel bir durum yoksa, tedavinin ilk basamağı cerrahidir. Kanserli dokunun ameliyatla çıkartılıp uzaklaştırılması gerekiyor. (Gürbüz, 2005)

Meme kanserinde etkili bir tedavi yöntemidir. Başarı sağlanması hastalığın ameliyat ile çıkarılması ile mümkün olan dokulardan daha uzaklara yayılmamış olmasına bağlıdır.Meme kanserinin tedavisinde en çok kullanılan cerrahi işlemler Lumbektomi, Qudremektomi, Modifiye radikal mostektomi, aksillarnodelisectionudur (Gürbüz, 2005).

Lumbektomi:

Bu işlem kanser kitlesinin çıkarılmasını, etrafındaki sağlıklı dokunun bir kısmının kazınmasını ve temizlenmesini kapsamaktadır. Genellikle, lumbektomi başlangıçta bir eksizyonel biyopsi işlemidir. Orjinal biyopsi işlemiyle kanserli olanlar yeterince temizlenemediyse yeniden bir eksizyon yapılması gerekebilmektedir (Gürbüz, 2005).

Modifiye Radikal Mastektomi:

Meme ve meme dokusunun ilişkisi olduğunu tüm koltuk altı lenf nodlarının çıkarılması işlemidir. En yaygın kullanılan mostektomi tipi olarak bilinmektedir(tOPUZ 2003)

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde yani operabl meme kanserinin tedavisinde en iyi yöntem radikal mostektomidir. Radikal, ameliyat organının kendisiyle birlikte lenfotik

anotomosinin ameliyatıdır. Meme pektoral adeller, aksiller doku tek bir parça halinde çıkartılır (Gürbüz 2005).

Qudremektomi:

Lokalize olmuş kanserlerde meme dokusunun quadrenlerinin çıkarılmasını kapsar kanser etrafındaki normal dokudanda büyük bir parça çıkartılır. Böylece deri ve müsküler fosya korunmus olur (Gürbüz, 2005).

Aksillar Node Sisectionu:

İpsilateral lenf nodlarının çıkarılması işlemidir. Bu işlem standart mostektomi ve modifiye radikal mostektominin bir bölümüdür. Eksizyonel biyopsi yapılmış bir kadın içinde bu işlem uygulanabilmektedir. Aksiller node dissectionu genellikle hastalığı tedavi etmek amacıyla değilde daha çok kemoterapik gereksinimi olan evrelendirilmış hastalarda uygulanabilmektedir (Gürbüz 2005, zdemir 2002).

Total mostektomi:

Koltuk altı lenf nodülleri hariç tüm meme dokusunun çıkarılması işlemidir. Meme dokusunun ve kosta kenarlarından klavikulaya kadar bazı deri kısımlarının ve latismus derisinin orta çizgisine kadar olan kısmın çıkarılmasını kapsamaktadır. Aksillar kuyruk ve pektora fosyoda çıkarılır sadece aksillar lenf nodları çıkarılmaz. Bu işlem meme kanseri tanısı konulmuş hastalarda tedavi amacıyla nadiren kullanılmaktadır. Genellikle biraterol total mostektomi veya simple mostektomi hastalığına yakalanma riskine çok fazla sahip olan kadınlarda meme kanserini önlemek için yapılmaktadır (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Extandeal Radikal Mostektomi (Kapsamlı):

Bu işlem radikal mostektomi esnasında çıkarılan yapılara ilaveten internal mamori nodlarında çıkarılmasını kapsamaktadır. Bu işlemin gerekliliği çok fazla desteklenmemektedir. Çünki internal momari metostozlarının tekrarlamasında önlemede nodyosyon uygulaması gerekmektedir. Extandeal radikal mostektomisinin geniş çaplı bir etkisi görülmemektedir (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Standart Radikal Mastektomi:

Memenin derisinin pektoralis kasının ve aksillar nodların çıkarılması işlemidir. Tedavi sonucunda hoşnutsuzluk ve morbidite olasılığı söz konusu olabilir. Ayrıca radikal mostektomide gerektirebilir (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Cerrahi Hormonal Monipilasyon:

Meme kanseri ilerlemış kadınlar ile premenapozal kadınlarda hormonal tedbirinin bir şekli olarak bilinir. Seksen yaşın üzerindeki kadınlar için kullanılmaktadır. Overlere radyasyon uygulanarak overlerin fonksiyonları durdurulur. Bu tedavinin etkili olabilmesi için

2 ay süresince uygulanması gerekir. Ayrıca postmenapozal kadınlarda hipofizektomi veya bilateral adrenalectomi gibi cerrahi işlemler östrojenin düşük düzeylerin devamını ilerde azaltmak için kullanılmaktadır. Bu işlemleri geçiren kadınlarda dışarıdan günlük olarak posterior pitüiter hormonlarını (vazopresin veya ADH) tiroid hormonunu ve kortizonunu vermek gerekmektedir (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Meme Rekonstrüksiyonu:

Mastektomi olmuş kadınlarda tercih edilen bir işlemdir. Rekonstrüksiyon, işlemi simetriği sağlamak, protez gereksinimini ortadan kaldırmak ve hastanın benlik imgesini güçlendirmek amacıyla uygulanmaktadır. Deri altına yerleştirilen bir meme protezi estetik açıdan oldukça iyi sonuçlar vermektedir. Böylece hastaların benlik imgeleri güçlenmiş memenin alınmasıyla görülen dış görünümle ilgili psikolojik sorunlar ortadan kalkmış olmaktadır (Topuz 2003).

Radyoterapi:

Işın tedavisi, radyoterapi, x ışını tedavisi gibi kararların hepsi aynı adı taşıyor. Radyasyon ışınları çoğalmakta olan hücrelerin DNA yapılarını bozarak ölümüne neden oluyor. Bu tedavi ile amaç, radyasyon ışınları ile tedavi çoğalan kanser hücrelerini öldürerek kanser hücrelerini yok etmeye çalışmaktır. Ancak tedavi sırasında bir grup sağlıklı hücrede zarar görüyor, tedavinin bazı zararlı etkileri de buna bağlı olarak ortaya çıkıyor. Radyoterapide cerrahi tedavi gibi sadece uygulandığı bölgedeki kanser hücrelerini yok etmek amacıyla kullanılmaktadır. Tedavi için kullanılan radyasyon ışınları bazı makinelerden veya radyoaktif maddelerden sağlanıyor. Daha önce saptanan miktarda ışın ufak dozlara bölünerek planlanan bölgeye veriliyor. Böylece tüm dozun birden verilmesi ile ortaya çıkacak olan yan etkiler azaltılmaya çalışılıyor (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Işın Tedavisi Hangi Amaçla Yapılıyor:

Işın tedavisi 2 amaçla yapılıyor. Kanser cerrahi olarak çıkarıldıktan sonra, bölgede kanser kalma olasılığı göz önüne alınarak uygulanan tedaviye adjuvan kemoterapi diyoruz. Bu tedavinin her hastaya uygulanması gerekmiyor. Bazı kriterler göz önüne alınarak karar veriliyor. Işın tedavisi birde kanserin cerrahi olarak çıkarılması mümkün olmuyorsa veya kanser vücudun başka bir organına atlamışsa, tedavi amacıyla kullanılabilir. Bazen kanser kitlesi çok büyükse ameliyattan önce bir miktar radyoterapi uygulanarak tümörün küçülmesi sağlanabilir. Bu sayede küçük bir cerrahi girişimle tümörü çıkarmak mümkün oluyor (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Tedavi Ne Kadar Sürüyor:

Adjuvan radyoterapi yaklaşık 5 hafta kadar sürüyor. Her gün 2-4 dk süren tedavi , haftada 5 gün yapılıyor. 2 gün tedaviye ara verilerek vücut dinlendiriliyor, zarar gören sağlıklı hücrelerin kendini toplamasına olanak sağlıyor (Kılıç 2002, Değerli 2002).

Işın Tedavisi Kimlere Uygulanıyor:

Eğer kozmetik amaçla meme koruyucu ameliyat yapılmışsa, yani memenin tümü alınmamışsa, bu hastalara ameliyat sonrası dönemde (kanserin alındığı memeye) radyoterapi yapılması gerekiyor. Bu hastalarda kanserin tekrar etmesini önlemek için bu tedavi uygulanır.

Işın tedavisi memenin tümünün alındığı durumlarda bazı hastalar için gerekiyor, bazıları için gerekmiyor. Memenin tamamının alınmasına rağmen radyoterapi gerektiren durumlar:

- Tümörün çapı 5 cm den büyükse
- Koltuk altı lenf düğümlerinde kanserin atladığı lenf düğümü sayısı 4 veya daha fazla ise
- Koltukaltı lenf düğümlerinde, kanser lenf düğümlerinin dışına çıkmışsa
- Kanserin tipi ve yapısını gösteren kriterler kötü özellikler taşıyorsa
- Kanser meme derisi veya göğüs duvarına çıkmışsa, uygulanıyor (Gürbüz 2005, Değerli 2002).

Radyoterapinin Kullanım Alanları:

1. Meme ve göğüs duvarından kaynaklanan kanserlerde guadrenektomi veya lumpektomi sonrası, birinci veya ikinci çevredeki kanserlerde lokal kontrol için.
2. Mastektomi sonrası göğüs duvarında, pozitif kenarlar kaldığı durumlarda
3. Aksillar metastaz riski yüksek aksillar diseksion için cerrahi uygulamanın zor olduğu durumlarda veya kalan parça nedeniyle hastalığın büyümesi olasılığında, aksillaya
4. Pozitif aksillar nodlar var ise subraklavikular bölgeye
5. Hastalığın beyne, kemiğe, deriye metastazı söz konusu olduğunda uygulanır(Kılıç 2002, değerli 2002).

Radyasyon tedavisi external bir ışınlama vasıtasıyla iridium implantları yoluyla ve bir haftada 5 gün boyunca verilmektedir. Radyasyonun olumlu etkisinin yanı sıra bazı olumsuz yan etkileri de vardır. Bunlar yorgunluk, deri reaksiyonları, deride duyu, renk ve koku değişiklikleridir. (Değerli 2002).

Meme kanseri nedeniyle göğüs bölgesine radyoterapi uygulandığında bazen kalp zarar görebilir. Radyasyon pnomonisi dediğimiz bu tabloda, öksürük, ateş ve solunum güçlüğü ortaya çıkar. Koltukaltı bölgesine uygulandığı zaman kolda lenf ödem dediğimiz kol şişmesi riski artıyor. Bu durum erken dönemde fark edilip gerekli önlemler alınmazsa, önemli fiziksel sorunlara yol açabilir. Yine zaman zaman bölgedeki sinirler hasara uğrayarak ta nadiren de olsa felce kadar giden ciddi sorunlara yol açabilir fakat yeni teknolojik cihazlar ve deneyimli ekiplerce uygulandığı zaman bu riskler en aza iniyor (Gürbüz2005).

Meme Kanserinde İlaç Tedavisi

1. Kemoterapi
2. Hormon tedavisi

Kemoterapi

Meme kanseri hastalarının yarısından fazlalarının metastazlar sonucu öldüklerinin gözlenmesi, mastektomi sonrası kemoterapi uygulanması gerektiği sonucunu doğurmuştur.

Kemoterapinin amacı metastazları kontrol altında tutmaktır. Kemoterapi aksilar lenf nodülleri pozitif olan, metastazları tespit edilmeyen cerrahi radyoterapi veya her ikisiyle birlikte tedavi edilen evre 2 ve 3 deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılır. (Topuz 2003)

Meme Kanseri Tedavisinde Kemoterapi

- a. Adjuvan
- b. Neoadjuvan
- c. Paliyasyon, amaçlı olarak kullanılır.

a. Adjuvan Kemoterapi: Primer tümörün çıkarılmasından sonra lokal lüks veya metastaz riskini azaltmak için başlangıçtan beri var olduğu kabul edilen mikrometastazların ortadan kaldırılmasına yönelik tedaviye denir. Arjuvan kemoterapi uygulananla uygulanmayanlar arasında lokal lüks uzak metastaz ve yaşama kalitesi açısından büyük fark vardır. Bu konuda kullanılan ilaçların en önemlileri cyclophos, phamide, methatrexat, fluorauracile, adriomycin ve dexorubicin dir (Kılıç 2002, Değerli 2002).

b. Neoadjuvan Kemoterapi: Uzak metastazları bulunmayan yalnızca lokal nedenlerle inoperabl olan meme kanserleri uygun kemoterapik ilaçların verilmesi ile çıkarılabilir hale gelebilirler. Uygulanan bu tedaviye neoadjuvan kemoterapi denir.

Noadjuvan kemoterapi ayrıca konservatif meme cerrahisi sınırlarının dışına çıkmış operabl meme kanserini bu yöntemin uygulanabileceği duruma getirmek içinde uygulanabilir (Kılıç 2002, Değerli 2002).

c. Palyati Kemoterapi: Lokal yada uzak metastazları, asiti, plöral efüzyonu olan hastalara uygulanır. Hastaya kemoterapi öncesi mutlaka hastaya kemoterapinin yan etkileri anlatılmalıdır. Yan etkiler, Kullanılan ilaca göre değişiklik göstermektedir. Hastalarda sık görülen yan etkileri ise yorgunluk, kilo alma, kusma, bulantı, alopesra, iştah ve tat bozuklukları, nöropatiler, drare, kemik iliği baskılanması, ağızda yara ve menapoz belirtileridir (Kılıç 2002, Değerli 2002.)

Hormonal Tedavi:

Ampirik bir tedavi yöntemi olduğu için kullanım alanları da kısıtlı ve sorunludur. Hormonal tedavi, kemik metostozları lenf nodları, deri metostozları, meme dokusunun sürdürülmesi ve akciğer metotozları durumlarında kullanıldığı zaman başarılı olduğu bilinmektedir. Hormon tedavisinde, antiöstrojenler kullanılmaktadır. En yaygın olarak kullanılan antiöstrojenler ise Tamoxifen'dir. Tamoxifen ER+ Meme kanserleri tedavisinde oral olarak kullanılır ve yan etkisine çok az rastlanılmaktadır (Topuz 2003).

BULGULAR

Tablo 1. Kadın sağlık çalışanlarının özellikleri

zellikler	N	%
Yaş		
20-30	419	58.2
31-40	252	35.0
41-50	49	6.8
Yaş ortalaması +standart sapma	30.22±6.12	
Eğitim durumu		
Lise	118	16.4
nlisans	226	31.4
Lisans	345	47.9
Yüksek lisans ve doktora	31	4.3
Medeni durum		
Evli	446	61.9
Bekar	274	38.1
Meslek		
Hemşire	554	76.9
Ebe	129	17.9
Hekim	36	5.2
Çalıştığı kurum		
Üniversite hastanesi	252	35.0
Devlet hastanesi	118	16.4
İzzettin Keykavus hastanesi	123	17.1
Anadolu hastanesi	101	14.0
Sağlık ocağı	126	17.5
İlk menarş yaşı		
≤12	163	22.7
>12	556	78.3
İlk canlı doğum yaşı		
≤24	195	49.6
>24	198	50.4
Ailede meme kanseri		
Var	14	1.9
Yok	706	98.1
Ailede meme kanseri olan kişinin yakınlığı		
Anne	9	81.8
Teyze	2	18.2
Bening meme hastalığı		
Var	7	1.0
Yok	713	99.0
Meme biyopsisi		
Yaptıran	3	0.4
Yaptırmayan	717	99.6
Meme biyopsisinde atipik hiperplazi (n=3)		
ıkan	2	75.0
ıkmayan	1	25.0
Toplam	720	100.0

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırma kapsamında yer alan kadın sağlık çalışanlarının %58,2’ si 20-30, %35’i 31-40, %6,8’i 41-50 yaş grubundadır (yaş ortalaması 30.22±6.12). Sağlık çalışanlarının %16,4’ü lise, %31,4’ü ön lisans, %47,9’u lisans, %4,3’ü yüksek lisans ve doktora mezunudur. Sağlık çalışanlarının % 76,9’ u hemşire, %17,9’ u ebe, %5,2 hekimdir. Sağlık çalışanlarının %35,0’ üniversite, %16,4’ü devlet hastanesi, % 17,1’i İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi, %14’ü Anadolu Hastanesi, %17,5’i sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının %22,7’si 12 yaş ve altında, %77,3’ ü 12 yaş üstünde ilk menarşını gördü. Sağlık çalışanlarının %49,6’sı 24 yaş ve altı, %51,4’ ü 24 yaş üstünde ilk doğumunu yaptı. Sağlık çalışanları ailelerinin %1,9’unda meme kanseri varken %98,1 ‘ inde meme kanseri yoktur. Ailesinde meme kanseri olan sağlık çalışanlarının %81,8’ inin annesinde, %18,2 sinin teyzesinde Meme kanseri olduğu belirlendi. Sağlık çalışanlarının % 99,0’ında bening meme hastalığı görülmezken, %1,0’ında görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %0,4’ü meme biyopsisi yaptırdı, % 99,6’sı yaptırmadı. Meme biyopsisi yaptıranların %75,0’ında atipik hiperplazi bulunduğu, %25,0’ında ise bulunmadığı saptandı.

Tablo 2. Kadın sağlık çalışanlarının Gail Modeline göre meme kanseri riski

Meme kanser riski	X±SD
Beş yıllık	0.27±0.15
10 yıllık	1.16±0.27
20 yıllık	3.10±0.49
30yıllık	5.05±0.73
Ömür boyu	10.81±5.05

Tablo 13’de Kadın sağlık çalışanlarının Gail Modeline göre meme kanseri riski ortalamaları görülmektedir. Kadın sağlık çalışanlarının Gail Modeline göre meme kanseri beş yıllık riski X=0.27±0.15, 10 yıllık riski X=1.16±0.27, 20 yıllık riski X=3.10±0.49, 30 yıllık riski X=5.05±0.73, ömür boyu riski X=10.81±5.05 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Kadın sağlık çalışanlarının yaşına göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	YAŞ			Test
	20-30	31-40	41-50	
5 yıllık	0.20±0.01	0.30±0.11	0.70±0.19	F=806.41 p=0.0001
Ömür boyu	11.33±0.96	10.21±1.60	9.36±1.84	F=91.63 p=0.0001

Tablo 3’de kadın sağlık çalışanlarının yaşı ile Gail Modeline göre meme kanseri risk düzeyi verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde kadınların yaşı arttıka beş yıllık meme kanser riskinin de arttığı ancak ömür boyu riskin düştüğü görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş gruplarına göre farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.0001$).

Tablo 4 Kadın sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	EĞİTİM				Test
	Lise	nlisans	Lisans	Yüksek lisans ve doktora	
5 yıllık	0.29±0.13	0.32±0.20	0.21±0.06	0.21±0.57	F=29.79 p=0.0001
Ömür boyu	10.03±2.02	10.47±1.52	11.25±0.96	11.51±0.50	F=23.28 p=0.0001

Tablo 4’de görüldüğü gibi nlisans eğitimi almış kadın sağlık çalışanlarının beş yıllık meme kanseri riskinin diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ömür boyu riskin ise yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip kadın sağlık alışanlarında daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim düzeyine meme kanseri riski arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede Gail modeline göre farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.0001$).

Tablo 5. Kadın sağlık çalışanlarının meslek durumuna göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	MESLEK			Test
	Hemşire	Hekim	Ebe	
5 yıllık	0.26±0.14	0.38±0.22	0.27±0.14	F=7.82 p=0.0001
Ömür boyu	10.97±1.41	11.05±0.54	10.04±1.52	F=15.76 p=0.0001

Tablo 5’de kadın sağlık çalışanlarının mesleklerine göre meme kanseri risk durumları görülmektedir. Tabloya bakıldığında hekimlerin Gail modeline göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin hemşire ve ebelere göre daha yüksek olduğu, hemşire ve ebelerin meme kanseri riskinin birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında önemli düzeyde fark bulunduğu belirlendi (p=0.0001).

Tablo 6. Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	MEDENİ DURUM		Test
	Evli	Bekar	
5 yıllık	0.30±0.17	0.21±0.74	t=7.80 p=0.0001
Ömür boyu	10.39±1.65	11.49±0.57	t=-10.65 p=0.0001

Tablo 6’da kadın sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre meme kanseri risk durumları görülmektedir. Tablo değerlendirildiğinde bekarların ömür boyu, evlilerin ise beş yıllık meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumu arasında Gail risk modeline göre anlamlı ilişki olduğu bulundu (p=0.0001).

Tablo 7. Kadın sağlık çalışanlarının ilk menarş yaşına göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	MENARş YAşI		Test
	≤12	>12	
5 yıllık	0.32±0.21	0.25±0.12	t=5.64 p=0.0001
Ömür boyu	11.14±1.88	0.71±1.27	t=3.38 p=0.0001

Tablo 7’de kadın sağlık çalışanlarının menarş yaşına göre meme kanseri risk düzeyi değerlendirildiğinde ilk menarş olma yaşı ≤12 olan kadınların 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin >12’ya göre daha yüksek olduğu ve iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu (p=0.0001).

Tablo 8. Kadın sağlık çalışanlarının ilk canlı doğum yaşına göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	İLK CANLI DOğUM YAşI		Test
	≤24	>24	
5 yıllık	0.32±0.18	0.30±0.19	t=0.732 p=0.464
Ömür boyu	9.03±0.08	11.42±1.36	t=-19.93 p=0.0001

Tablo 8’de kadınların ilk canlı doğum yaşına göre meme kanseri risk düzeyi verilmiştir. Buna göre 5 yıllık ve ömür boyu riskin >24 yaş grubunda daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında 5 yıllık risk arasında anlamlı (p=0.0001).ömür boyu riskin anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05).

Tablo 9. Kadın sağlık çalışanlarının ailede meme kanseri görülme durumuna göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	AİLEDE MEME KANSERİ		Test
	Var	Yok	
5 yıllık	0.37±0.38	0.26±0.14	U=0.828 p=0.408 U=3.49
Ömür boyu	14.29±4.10	10.74±1.25	p=0.000

Tablo 9'da kadın sağlık çalışanlarının ailede meme kanseri olma durumuna göre meme kanseri risk düzeyleri görülmektedir. Tabloya göre ailesinde meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre riskinin daha yüksek ve iki grup arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.000$).

Tablo 10 Kadın sağlık alışanlarında bening meme hastalığı görülme ile Gail Modeline göre meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	BENİNG MEME HASTALIğI		Test
	Var	Yok	
5 yıllık	0.40±0.29	0.26±0.14	U=1.920 p=0.055 U=1.991
Ömür boyu	12.70±3.29	10.79±1.41	p=0.046

Tablo 10'da kadın sağlık alışanlarında bening meme hastalığı görülme durumu ile meme kanseri risk düzeyi değerlendirilmiştir. Buna göre bening meme hastalığı olan kadınların olmayanlara göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede beş ve ömür boyu risk arasında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 11.Kadın sağlık alışanlarında meme biyopsisi yaptırma durumuna göre Gail Modeline meme kanseri risk düzeyi

Gail risk	MEME BİYOPSİ		Test
	Yaptıran	Yaptırmayan	
5 yıllık	0.46±0.25	0.26±0.15	U=1.922 p=0.055
Ömür boyu	11.46±2.47	10.80±1.44	U=0.457 p=0.632

Tablo 11’de görüldüğü gibi meme biyopsisi yaptıran kadınların yaptırmayan kadınlara göre meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Biyopsi yaptıran kadınlarla yaptırmayan kadınların risk durumu istatistiksel olarak değerlendirildiğinde iki grup arasında 5 yıllık riskin önemli olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 12.Sağlık alışanlarının meme tarama davranışları

Meme tarama davranışları	Yaptıran		Yaptırmayan	
	n	%	n	%
Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	307	42.6	413	57.4
Klinik Muayene	34	4.7	686	95.3
Mamografi	44	6.1	676	93.9

Tablo 12’de görüldüğü gibi kadın sağlık çalışanlarının %42.6’sının KKMM yaptığı %57.4’ünün yapmadığı, %4.7’sinin KM yaptırdığı %95.3’ünün yaptırmadığı ve %6.1’inin mamografi ektirdiğı %93.9’unun ektirmediğı belirlendi.

Tablo 13. Kadın sağlık alışanlarının SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Ölçek madde sayısı	X ± SD
Duyarlılık algısı	3	5.3±2.0
Ciddiyet algısı	7	21.4±5.3
Yarar algısı	4	16.1±2.9
Engel algısı	11	20.6±6.9
Güven algısı	10	42.5±5.3
Sağlık motivasyonu algısı	7	27.2±4.1

Tablo 13’de araştırma kapsamına alınan kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık algısı puan ortalaması $X=5.3\pm 2.0$, ciddiyyet algısı alt ölçeğinin puan ortalaması $X=21.4\pm 5.3$, yarar algısı alt ölçeğinin puan ortalaması $X=16.1\pm 2.9$, engel algısı alt ölçeğinin puan ortalaması $X=20.6\pm 6.9$, güven algısı alt ölçeğinin puan ortalaması $X=42.5\pm 5.3$, sağlık motivasyonu algısı alt ölçeğinin puan ortalaması $X=27.2\pm 4.1$ olarak bulundu.

Tablo 14.Kadın sağlık çalışanlarının yaşına göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Yaş			Test
	20-30	31-40	41-50	
	n=419	n=252	n=49	
	X±SD	X±SD	X±SD	
Duyarlılık Algısı	5.16±2.01	5.41±1.99	5.88±2.07	F=3.376 p=0.03
Ciddiyet Algısı	21.40±5.70	21.51±4.94	20.94±4.01	F=0.233 p=0.792
Yarar Algısı	16.39±5.26	15.86±2.02	15.24±2.66	F=5.260 p=0.005
Engel Algısı	19.51±6.46	22.15±7.26	21.73±7.32	F=12.563 p=0.0001
Güven Algısı	43.68±5.21	41.29±4.99	38.69±4.61	F=30.998 p=0.0001
Sağlık Motivasyonu Algısı	27.58±4.14	26.79±3.95	26.26±4.75	F=4.301 p=0.014

Tablo 14'de kadın sağlık çalışanlarının yaşa göre SİM puan ortalamaları görülmektedir. Tabloya göre 20-30 yaş grubunun yarar, güven ve sağlık motivasyonu, 31-40 yaş grubunun ciddiyyet, engel algısı, 41-50 yaş grubunun duyarlılık algısının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ölçeğin duyarlılık, yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyutlar arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 15.Kadın sağlık çalışanlarının eğitime göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Eğitim				Test
	Lise	n lisans	Lisans	Lisans	
	n=118	n=226	n=345	üstü n=31	
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	
Duyarlılık Algısı	6.1±2.2	5.8±2.0	4.9±1.8	4.0±1.1	F=16.314 p=0.0001
Ciddiyet Algısı	21.2±4.7	22.3±4.0	21.1±6.1	19.8±8.0	F=3.758 p=0.005
Yarar Algısı	15.8±1.8	15.2±2.4	16.7±3.2	18.8±1.7	F=16.057 p=0.0001
Engel Algısı	21.5±6.5	24.4±6.5	18.5±6.20	11.7±2.3	F=40.926 p=0.0001
Güven Algısı	40.1±5.0	39.7±4.2	44.8±4.8	48.6±2.9	F=57.345 p=0.0001
Sağlık Motivasyonu Algısı	25.4±3.3	26.0±3.6	28.2±4.1	32.4±2.9	F=33.426 p=0.0001

Tablo 15'de kadın sağlık çalışanlarının eğitime göre SİM puan ortalamaları verilmiştir. Tablo değerlendirildiğinde lisans mezunu grubun duyarlılık, nlisans mezunlarının ciddiyyet ve engel algısı, lisans üstü mezunlarının yarar, engel,güven, sağlık motivasyonu ortalaması yüksek olarak belirlenirken lisans mezunlarının diğer eğitim düzeylerine göre ölçeğin boyutlarından daha düşük puan aldığı görüldü. Kadın sağlık çalışanlarının eğitimine göre SİM leğinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0.05$).

Tablo 16.Kadın sağlık çalışanlarının medeni duruma göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Medeni Durum		Test
	Evli	Bekar	
	n=446	n= 274	
	X±SD	X±SD	
Duyarlılık Algısı	5.4±2.0	5.1±2.1	t=1.61 p=0.11
Ciddiyet Algısı	21.3±5.0	21.6±5.9	t=0.64 p=0.53
Yarar Algısı	15.9±2.7	16.5±3.1	t=2.62 p=0.009
Engel Algısı	21.4±7.0	19.3±6.6	t=4.10 p=0.0001
Güven Algısı	41.5±5.2	44.1±5.2	t=6.43 p=0.0001
Sağlık Motivasyonu Algısı	26.9±4.2	27.7±4.1	t=2.37 p=0.01

Tablo 16'da görüldüğü gibi evli katılımcıların duyarlılık, engel algısının bekar katılımcıların ciddiye, yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. istatistiksel değerlendirmede yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu alt boyutları ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p<0.05$). Duyarlılık ve ciddiye alt boyutları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 17. Kadın sağlık çalışanlarının mesleki duruma göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Meslek			Test
	Hemşire	Hekim	Ebe	
	n= 554 X±SD	n= 129 X±SD	n= 36 X±SD	
Duyarlılık Algısı	5.3±2.0	4.1±1.4	5.7±2.2	F=7.001 p=0.0001
Ciddiyet Algısı	21.8±5.1	15.9±4.9	21.1±5.7	F=15.122 p=0.0001
Yarar Algısı	16.0±2.5	17.0±3.0	16.3±2.5	F=1.643 p=0.178
Engel Algısı	21.3±7.0	13.7±4.2	19.4±6.1	F=16.535 p=0.0001
Güven Algısı	42.4±5.2	46.5±4.8	41.7±5.4	F=8.305 p=0.0001
Sağlık Motivasyonu Algısı	27.2±4.0	31.8±3.7	25.9±3.9	F=21.203 p=0.0001

Tablo 17'de kadın sağlık çalışanlarının mesleki duruma göre SİM puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre hemşirelerin ciddiyet, engel ve genel puan ortalaması, hekimlerin yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalaması, ebelerin duyarlılık algısı diğer meslek gruplarının puan ortalamasından daha yüksek olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm boyutlar arasında farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 18. Kadın sağlık çalışanlarının ailesinde meme kanseri olma duruma göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Ailede meme kanseri		Test
	Var	Yok	
	n= 14 X±SD	n=706 X±SD	
Duyarlılık Algısı	9.8±3.3	5.2±1.9	U=4.788 p=0.0001
Ciddiyet Algısı	25.9±3.5	21.3±5.3	U=3.461 p=0.001
Yarar Algısı	15.1±2.8	16.2±2.9	U=0.949 p=0.03
Engel Algısı	23.3±7.0	20.5±6.9	U=1.544 p=0.123
Güven Algısı	42.6±4.7	42.5±5.3	U=0.348 p=0.728
Sağlık Motivasyonu Algısı	28.0±4.1	27.2±4.1	U=0.708 p=0.479

Tablo 18'de görüldüğü gibi ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadın sağlık alışanlarının SİM puan ortalamaları verilmiştir. Tabloya göre ailesinde meme kanseri olan katılımcıların duyarlılık, ciddiyet, engel, güven, sağlık motivasyonu ve genel puan ortalamasının ailesinde meme kanseri olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ailesinde meme kanseri olmayan katılımcıların yalnızca yarar algısı daha yüksekti. Yapılan istatistiksel değerlendirmede duyarlılık, ciddiyet ve yarar puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 19. Kadın sağlık çalışanlarının bening meme hastalığı bulunma durumuna göre SİM puan ortalamaları

SİM Boyutları	Bening meme hastalığı		Test
	Var	Yok	
	n= 7	n=713	
	X±SD	X±SD	
Duyarlılık Algısı	10.1±3.2	5.3±1.9	U= 3.936 p=0.0001
Ciddiyet Algısı	26.0±3.3	21.4±5.3	U=2.406 p=0.01
Yarar Algısı	16.0±3.1	16.1±2.9	U=0.389 p=0.697
Engel Algısı	23.9±6.2	20.6±6.9	U=1.401 p=0.161
Güven Algısı	42.1±5.5	42.5±5.3	U=0.020 p=0.984
Sağlık Motivasyonu Algısı	27.4±5.6	27.2±4.1	U=0.041 p=0.967

Tablo 19'da bening meme hastalığı olan ve olmayan kadın sağlık alışanlarının SİM puan ortalamaları görülmektedir. Tablo incelendiğinde bening meme hastalığı olan katılımcıların duyarlılık, ciddiyyet,engel, sağlık motivasyonu ve genel puan ortalamasının bening meme hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede duyarlılık ve ciddiyyet puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu görüldü (p<0.05).

Tablo 20. Kadın sağlık alışanlarının KKMM yapma durumlarına göre SİM puan ortalamalarının karşılaştırılması

SİM Boyutları	KKMM		Test
	Yapan X±SD	Yapmayan X±SD	
Duyarlılık Algısı	5.0±2.0	5.5±2.0	t=3.985 p= 0.0001
Ciddiyet Algısı	20.6±5.9	22.0±5.0	t=3.331 p= 0.001
Yarar Algısı	16.9±3.3	15.6±2.3	t=6.037 p= 0.0001
Engel Algısı	16.0±5.3	24.0±6.0	t=18.631 p= 0.0001
Güven Algısı	45.1±4.9	40.6±4.7	t=12.604 p= 0.0001
Sağlık motivasyonu Algısı	29.1±4.0	25.8±3.7	t=11.194 p= 0.0001

Tablo 20’de görüldüğü gibi KKMM yapan kadın sağlık alışanlarının SİM alt boyutlarından yarar, güven ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamalarının KKMM yapmayanlara göre daha yüksek olduğu görülürken duyarlılık, ciddiye ve engel algısı puan ortalamasının KKMM yapmayanlarda yapanlara göre yüksek ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05).

Tablo 21.Kadın sağlık alışanlarının KM yapma durumlarına göre SİM puan ortalamalarının karşılaştırılması

SİM Boyutları	KMM		Test
	Yaptıran X±SD	Yaptırmayan X±SD	
Duyarlılık Algısı	8.0±3.3	5.2±1.8	t=8.384 p= 0.0001
Ciddiyet Algısı	22.2±6.4	21.4±5.3	t=0.895 p=0.371
Yarar Algısı	15.1±3.8	16.2±2.8	t=2.119 p= 0.034
Engel Algısı	23.1±7.0	20.5±6.9	t=2.137 p= 0.033
Güven Algısı	41.4±5.0	33.5±10.8	t=1.233 p= 0.218
Sağlık Motivasyonu Algısı	28.1±4.9	27.2±4.1	t=2.662 p= 0.053

Tablo 21’de KMM yaptıran kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık, ciddiyyet, engel, güven ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasının yaptırmayanlara göre yüksek olduğu, ciddiyyet ve güven algısı arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p>0.05$).Duyarlılık,yarar,engel, güven ve sağlık motivasyonu arasında iki grup arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0.05$). KMM yaptırmayanların ise, yalnızca yarar algısının KMM yaptıran kadın sağlık çalışanlarının puan ortalamasından yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 22. Kadın sağlık çalışanlarının mamografi ektirme durumlarına göre SİM puan ortalamalarının karşılaştırılması

SİM Boyutları	Mamografi		Test
	ektiren X±SD	ektirmeyen X±SD	
Duyarlılık Algısı	7.6±2.6	5.14±1.87	t=8.307 p=0.000
Ciddiyet Algısı	22.2±3.9	21.35±5.42	t=0.995 p=0.320
Yarar Algısı	15.2±1.8	16.19±2.91	t=2.275 p=0.001
Engel Algısı	24.6±6.1	20.3±6.9	t=3.977 p=0.000
Güven Algısı	38.5±3.6	42.8±5.3	t=5.228 p=0.000
Sağlık Motivasyonu Algısı	26.6±4.5	27.3±4.1	t=0.995 p=0.318

Tablo 22’de Kadın sağlık alışanlarının Mamografi ektirme durumuna göre SİM puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre mamografi çektiren kadınların duyarlılık, ciddiyyet ve engel algısının ektirmeyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu puanlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ise duyarlılık ve engel algısı arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlendi. Mamografi ektirmeyen kadın sağlık çalışanlarının ise, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algısının mamografi çektiren kadınlara göre daha yüksek olduğu ve puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$)

TARTIŞMA

Bu çalışmada 720 kadın sağlık çalışanının (%67.4) meme kanseri gelişme riski, meme kanseri tarama davranışları ve sağlık inançları değerlendirildi. Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğunun (%58.2) 20-30 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 30.22 ± 6.12 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu nedenle her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir.

Çalışmamızda Gail Modeline göre kadın sağlık çalışanlarının beş yıllık riskinin 0.27 ve ömür boyu riskinin 10.82 olduğu belirlendi (Tablo 2). Gail modeline göre 5 yıllık riskin ≥ 1.67 ya da yaşam boyu riskin ≥ 12 olması kadınların “yüksek riskli” olduğu anlamını taşımaktadır (Aydıntuğ 2004). Bu bilgiye göre, sağlık çalışanlarının invazif meme kanser gelişme riskinin düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun 20-30 yaş grubunda bulunmasının da sonuç üzerinde etkisi olabilir. Çünkü bilindiği gibi meme kanseri genç yaş grubunda daha az görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada Gail modeline göre kadınların %99’unun meme kanseri riskinin 15’ten düşük olduğu belirlenmiştir (Ceber ve ark. 2006). Meme kanseri riskini belirlemede Amerika’da yaygın olarak Gail modeli kullanılmaktadır. Türkiye’de Gail Modeli kullanılarak yüksek riskli kadınların 5 yıl izlendiği bir başka çalışmada (Karakayali ve ark. 2007) kadınların %11.7’sinde meme kanseri tespit edilmiş ve Gail modelinin ülkemizde de kullanılmak için uygun olduğuna karar verilmiştir. Türkiye’de Gail dışındaki yöntemlerle yapılan bazı çalışmalarda meme kanseri riski düşük bulunmuştur (Eti Aslan & Gürkan 2007, Özmen ve ark. 2009, Eroğlu ve ark. 2010, Tümer & Baybek 2010).

Kanserle mücadele etmenin en iyi yolu bilinen risk faktörlerini kontrol ederek oluşmadan önlemektir. Ancak araştırmacılar bu mücadelenin tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanseri için de bu kadar basit olmadığını, çünkü bir kadında meme kanseri oluşumunu etkileyen birçok faktör bulunduğunu bildirmektedir (Aydıntuğ 2006, Kushi, Kwan ve Lee, 2007, Lotfi, Charkhatti ve Shobairi, 2008, Pinho ve Coutinho, 2005). Literatürde meme kanseri için en önemli risk faktörleri; kadın olmak, ileri yaş (Couto ve Hemminki, 2007), memede selim hastalık öyküsü (Largent ve ark., 2007), aile hikayesi/genetik faktörler (Worsham ve ark., 2007), erken yaşta menarş olmak (Largent ve ark., 2007), ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapmak ve hiç doğum yapmamak (Faheem ve ark, 2007) olarak belirtilmektedir.

Çalışmamızda yer alan kadınların bazı özelliklerine göre yukarıda belirtilen meme kanseri risk faktörlerinin Gail modeline göre risk düzeylerini etkilemesi değerlendirildiğinde ileri yaş ve yüksek eğitim düzeyinin meme kanserini arttırdığı görüldü. 20-30 yaş grubundaki kadınların ömür boyu, 41-50 yaşındaki kadınların 5 yıllık riskinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0.0001$). (Tablo 3). Eğitim düzeyinde de önlisans eğitimi olanların 5 yıllık, yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip kadınların ömür boyu meme kanser riskinin daha yüksek olduğu ve eğitim grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.0001$). (Tablo 4). Ayrıca eğitim düzeyi hemşire ve ebelerden daha yüksek olan hekim grubunda yer alan kadınların 5 yıllık ve ömür boyu riskinin ebe ve hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.0001$). (Tablo 5). Yılmaz ve ark (2010) tarafından Gail modeli ile kadınların meme kanseri riskinin belirlemek üzere yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan akademisyen kadınların eğitim düzeyi düşük ev kadınlarına göre meme kanseri riskinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu konuda yurt dışında yapılan çalışmalarda (Dano 2004, Fujino ve ark., 2008, Hussain ve ark.2008) yüksek eğitim düzeyi ile meme kanseri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmacılar eğitim düzeyi yüksek kadınlarda meme kanserinin daha fazla görülmesini, bu kadınların üreme yaşamındaki değişim ile açıklamaktadır (Fujino ve ark., 2008; Hussain ve ark., 2008). Strand ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yüksek kadınların eğitim düzeyi düşük kadınlara göre daha az sayıda çocuklarının bulunduğu ya da bir çoğunun çocuk sahibi olmadığı, geç doğum yaptıkları belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmalarda da (Beji ve Reis, 2007, Oran ve ark., 2004) Türk kadınlarının üreme yaşamlarındaki değişim meme kanseri riskinin artmasının en önemli belirleyicisi olarak gösterilmiştir. Türkiye’de eğitim düzeyi ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi irdeleyen (Özmen ve ark., 2009) ve sağlıklı kadınların meme kanser riskini araştıran (Eti Aslan ve Gürkan, 2007, Tümer ve Baybek, 2010) sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Bununla birlikte eğitim ve meme kanseri riskinin değerlendirildiği çalışmalarda tutarsızlık bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ve meme kanseri arasında ilişkinin olmadığı (Fujino ve ark., 2008, Kuru ve ark., 2002), bazı çalışmalarda ise sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek kadınlarda meme kanserinin daha fazla geliştiği bulunmuştur (Hussain ve ark., 2008, Menvielle ve ark., 2006, Strand ve ark., 2005).

Meme kanseri üzerinde etkili olan diğer faktörler incelendiğinde bekarların ömür boyu, evlilerin 5 yıllık riski daha yüksekti ($p=0.0001$). (Tablo 6). Literatürde meme kanseri risk faktörleri olarak bilinen menarş olma yaşı ve ilk canlı doğum yaşının bu çalışmada yer alan kadınların da meme kanseri riski üzerinde etkili olduğu, ilk menarşını ≤ 12 olan

kadınların ve ilk canlı doğum yaşının >24) yaşından olan kadınların 5 yıllık ve ömür boyu meme kanser riskinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 7 ve 8). Çalışmalardan elde edilen kanıtlar, ilk çocuğunu geç yaşta doğurma (Russo ve ark., 2005), erken menarş (Kuru ve ark 2002) yaşının meme kanseri riski açısından önemli risk faktörü olduğunu göstermiştir. meme Ailesinde meme kanseri olan katılımcıların meme kanseri riskinin olmayanlara göre yüksek olduğu ve iki grup arasında istatistiksel karşılaştırmada farkın anlamlı olduğu bulundu (p=0.000). (Tablo 9). Literatürde birinci derece akrabalarında meme kanseri olan bir kadının riskinin yaklaşık iki kez arttığını ancak invaziv meme kanseri gelişen kadınların yalnızca %5-10'nunda aile öyküsü bulunduğu bildirilmiştir (Phillips, 2001). Bu konuda yapılmış bir çalışmada kız kardeşinde (Rebora, Czene ve Reilly 2008), kanser olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Bening meme hastalığı olan kadınların olmayanlara göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05) (Tablo 10).

Meme biyopsisi yaptıran kadınların yaptırmayan kadınlara göre meme kanseri riski daha yüksekti ve 5 yıllık riskin önemli olduğu bulundu (p<0.05). (Tablo 11).

Tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de erken tanı ve tedavi önemlidir. Meme kanserinde erken tanı için ACS (2005) tarafından sağlıklı kadınlarda KKMM, KMM ve mamografi önerilmektedir (Smith 2005). Çalışmamızda sağlık çalışanı kadınların meme kanserinin erken tanısında önemli tarama davranışlarından en fazla (%42.6) KKMM yi yaptıkları KMM (%4.7) ve mamografi (%6.1) yaptırma oranlarının oldukça düşük olduğu görüldü (Tablo 12). Çalışmacılar Türk kadınları arasında batı ülkelerinin kadınlarına göre meme kanserine yönelik tarama davranışlarını yapma oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir (Demirkıran ve ark. 2007). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında Karayurt, Çoşkun ve Cerit (2008) tarafından hemşirelerin meme kanseri ve KKMM'ne ilişkin inançları ve uygulama durumunu değerlendirmek için yaptıkları çalışmada hemşirelerin %32'sinin KKMM'ni her ay düzenli olarak uyguladığı belirlenmiştir. Bedük ve Şen'in (1992) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %25'inin aylık KKMM uyguladığı saptanmıştır. Kabcıoğlu ve ark.(2005)'nin ebe ve hemşirelerle yaptıkları bir çalışmada da, %14.7'sinin her ay düzenli olarak meme muayenesi yaptıkları, bir başka çalışmada (Aydın Avcı ve Işıklı 2006) ise ebe ve hemşirelerin %28.6'sının KKMM'yi aylık düzenli olarak yaptığı bulunmuştur.

İran'da yapılan bir çalışmada (Mahmoodi ve ark 2002), kadın sağlık çalışanlarının %6'sının düzenli olarak (aylık) KKMM'ni uyguladıkları, %50'sinin ara sıra ve %44'nün hiç uygulamadığı belirlenmiştir. Hemşirelerle yapılan bir başka çalışmada (Clarke ve Sandler 1989), hemşirelerin %41'inin ayda bir kez KKMM uyguladıkları, Singapore'da hemşire ve

ebelerle yapılan çalışmada (Chong ve ark. 2002), hemşirelerin %67'sinin, Kore'de yapılan bir çalışmada (Lee 2003) hemşirelerin %40'nın, bir diğer çalışmada (Foxall ve ark 1998), Afrikalı Amerikan hemşirelerin %43'ünün, Kafkas hemşirelerin %20'sinin ayda bir kez KKMM uyguladığı bulunmuştur.

Çalışmalarda hemşirelerin KKMM'yi kendilerini riskli görmeme, akıllarına gelmemesi, yeterli bilgi-becerilerinin olmaması ve alışkanlık haline getirmemeleri (Bedük ve Şen'in 1992), meme kanseri olma korkusu (Kabalcıoğlu ve ark.2005), unutma ve zaman yetersizliği (Mahmoodi ve ark. 2002), gerekli görmeme ve çok meşgul olma (Chong ve ark. 2002) öğretmenlerle yapılan bir çalışmada (Jarvandi ve ark 2002) ise bilgi eksikliği gibi nedenlerle yapmadıkları belirlenmiştir. Demirkıran ve arkadaşlarının (2007) öğretmenler ve hemşirelerin KKMM yapma ve bilgi durumlarını karşılaştırdığı çalışmalarında hemşirelerin öğretmenlere göre KKMM yapma becerilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin KKMM yapmama nedenlerinin meme kanseri çıkma korkusunun en önemli neden olduğu ve unutma ve meme problemlerinin olmaması olarak, öğretmenlerin ise KKMM nasıl yapacağını bilmeme ve probleminin olmaması olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde hemşirelerin meme tarama davranışlarının istendik düzeyin altında olduğu söylenebilir.

Sağlık çalışanı olmayan kadınlarla Türkiye'nin kırsal alanında Dünder ve ark (2006) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %10.2'sinin KKMM yapmadığı, %89.3'unun hiç mamografi çekmediği ve %75.0'inin ise asla KMM yaptırmadığı, Göçgeldi (2008) kadınların %28.9'unun ayda bir kez düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir. Jarvandi ve ark (2002) da çalışmalarında öğretmenlerin %36'sının gerekli olduğuna inanmadıkları için KMM yaptırmadıklarını belirlemiştir. Bu çalışma sonuçlarına değerlendirildiğinde toplumda doğal olarak sağlık çalışanı dışındaki her kesimden kadınların meme kanserinden korunmada önemli rolü olan tarama davranışları konusunda bilgilendirilmeye gereksinimi bulunduğu görülmektedir. Çalışmalardan elde edilmiş bu sonuçlar toplumu bilgilendirmede kadın sağlık çalışanlarını birincil sorumluluğunu şeklinde yorumlanabilir. Bu bağlamda kadın sağlık çalışanlarının meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının geliştirilmesinde meme sağlığına yönelik araştırma ve eğitim programlarının planlanmasının önemli olduğu söylenebilir.

Meme kanserinden korunmada erken tanı için tarama davranışları yaşamsal önem taşımaktadır. Çalışma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi toplumun meme kanserinden korunmada önemli olan tarama davranışları konusunda bilgilendirilme gereksinimi bulunmaktadır. Bilindiği gibi hekim, hemşire ve ebe gibi sağlık çalışanlarının toplumun her

kesiminde eğitici, destekleyici rolleri ve bilgileri nedeniyle kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra topluma koruyucu davranışları öğretme sorumluluğu bulunmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarının kendisinin bu koruyucu davranışların yapılmasının önemli olduğuna inanması gerekmektedir. Hemşire, hekim ve ebelerin erken tanı için önemli olan KKMM'ni her ay düzenli olarak yapmaları ve çevrelerindeki kadınlara öğretmeleri, KMM ve mamografinin önemi ve yapılması gereken durumlarla ilgili toplumu bilgilendirmesi bu sorumluluğun bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, meme tarama davranışlarını (KKMM, KMM, mamografi) etkileyen tutum ve inançlarının bilinmesi önemlidir (Karayurt ve ark.2008). SİM, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır.

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının SİM ölçek boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde duyarlılık algısının, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algı puanlarının orta düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Engel algısı ise orta düzeyden düşük olarak belirlendi (Tablo 13). Çalışmamızda tarama davranışlarını yapan akademisyen kadınlarda engel algısı ev kadınlarına göre anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$) Çalışmacılar tarafından kadınların meme tarama davranışlarını yapmalarında sağlık inançları, tutumları ve davranışlarının etkili olduğu vurgulanmaktadır (Nahcivan ve Seçkinli 2003, Çenesiz ve Atak 2007, Karayurt ve ark. 2008). Model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır. Modelde, duyarlılık algısı, sağlık durumunda var olacak bir tehlikenin, ciddiyet algısı tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve durumun zararlı sonuçlarının, yarar algısı koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri, engel algısı; koruyucu davranışın algılanan olumsuz yönleri, sağlık motivasyonu sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve istek durumunu ve güven bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder SİM'e göre; meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayan, engel algısı düşük, yarar algısı yüksek kadınlar meme tarama davranışlarını daha fazla yapacaklardır (Nahcivan ve Seçkinli 2003, Karayurt ve ark. 2008)

Bireyin yaşı, eğitimi, medeni durumu, meslek, bireyin hastalıkla ilgili bilgisi ve kültürel inançlarının erken tanı davranışlarına yönelik yarar ve engel algısını; medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması (eyleme geçiriciler) gibi değişkenlerin ise tehdit algısını etkilediği belirtilmektedir (Nahcivan ve Seçkinli 2003).

Bu özellikler açısından araştırmaya katılan katılımcılar incelendiğinde, 20-30 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının yarar, 31-40 yaş grubunda engel , 41- 50 yaş grubunun ise

duyarlılık algısının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak fark bulundu ($p < 0.05$) Ancak ciddiyet alt boyut ile yaş grupları arasında fark bulunmadı. ($p > 0.05$). (Tablo 14). Lisans üstü mezunlarının yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının önlisans mezunlarının ciddiyet ve engel algısı yüksek bulunurken lisans mezunlarının diğer eğitim gruplarına göre ölçeğin tüm boyutlarından düşük puan aldıkları görüldü Ancak eğitim grupları ile SİM boyutu puan ortalamaları arasındaki anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). (Tablo 15). Evli katılımcıların duyarlılık, engel algısının bekar katılımcıların ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. Duyarlılık ve ciddiyet algısı arasında bekar ve evliler arasında fark bulunmadı ($p > 0.05$). Diğer boyutlarda fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). (Tablo 16). Avcı (2008) tarafından yapılan bir çalışmada evli kadınların bekar kadınlara göre yaklaşık beş kez daha fazla KKMM yaptıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda evli kadınların daha duyarlı oldukları göz önüne alındığında medeni durumun algılamaları etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Hemşirelerin ciddiyet ve engel puan ortalaması, hekimlerin yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalaması, ebelerin duyarlılık algısı daha yüksek olarak belirlendi. Ölçeğin tüm boyutları ile meslek grupları arasında istatistiksel fark önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). (Tablo 17) Yapılan bir çalışmada (Karayurt ve ark. 2008) KKMM muayenesi yapan hemşirelerin SİM alt boyutlarından aldıkları puanların yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ailesinde meme kanseri olan katılımcıların duyarlılık, ciddiyet, engel, güven ve sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının ailesinde meme kanseri olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ailesinde meme kanseri olmayan katılımcıların yalnızca yarar algısı daha yüksekti. Yapılan istatistiksel değerlendirmede duyarlılık, ciddiyet ve yarar puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.05$). (Tablo 18). Eğitim ve ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumlarının KKMM uygulama durumu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Altuncan 2008) Bening meme hastalığı olan katılımcıların duyarlılık, ciddiyet, engel ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının bening meme hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel olarak duyarlılık, ciddiyet ve genel puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$) (Tablo 19).

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının KKMM yapma durumuna göre SİM alt boyutlarından duyarlılık, ciddiyet ve engel algıları düşük, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 20). Champion (1993) engel algısının, KKMM yapmada önemli rol oynadığını bildirmiştir. KKMM yapan kadın sağlık çalışanlarının KKMM' nin yararlı olduğuna inanmalarına karşın duyarlılık ve ciddiyet algılarının KKMM yapmayanlara göre düşük olması, kendilerini riskli görmemeleri, zaman eksikliği, unutmama,

gerekli görmeme ve alışkanlık haline getirmemeleri nedeniyle olduğu şeklinde yorumlanabilir. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğiliminde olacaktır (Nahçıvan ve Seçkinli 2003). Meme kanserinin erken tanısında bireyin tutum ve davranışlarını etkileyen diğer sağlık algıları kapsamında, beklenen sağlık davranışlarının bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamadaki engel algısı yer almaktadır (Nahçıvan ve Seçkinli 2003). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda meme kanserinin erken tanı davranışlarını yapmama ile ilgili en genel engellerin; bilgi eksikliği, utanma, kanser çıkma korkusu, çok meşgul olma, ekonomik nedenler ve gerekli olduğuna inanmama, unutma, meme probleminin olmaması (Demirkıran ve ark. 2007, Parsa 2008, Bener ve ark.. 2009) olarak rapor edilmiştir. Bu konuda çalışma yapan yazarlar güven, sağlık motivasyonu, yarar, duyarlılık ve ciddiyet algısı, puanları yüksek olan kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığı artarken, engel algısı puanı yüksek olan kadınların KKMM uygulama sıklığı azaldığını bildirmektedir (Gözüm, Karayurt, Aydın 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Aydın Avcı 2006) ebe ve hemşirelerin yarar algıları yüksek, engel algıları düşük olarak saptanmıştır. Bir başka çalışmada KKMM yapan ve yapmayan hemşirelerin duyarlılık, yarar, engel, sağlık motivasyonu ve güven alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmamıştır. (Karayurt 2008).

Diğer ülkelerde yapılan çalışmaların birinde (Lee 2003) KKMM uygulayanların duyarlılık ve güven algılarının yüksek, engel algılarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bir diğerinde (Foxall ve ark 1998) tarafından yapılan Afrikalı Amerikan hemşirelerin KKMM uygulama sıklığı ile engel algıları arasında negatif, güven algıları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Kafkas hemşirelerin KKMM uygulama sıklığı ile ciddiyet algıları arasında düşük ilişki bulunmuş. Her iki grupta da yarar algısı ve duyarlılık algısı ile KKMM uygulama sıklığı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Foxall ve ark 1998). Çalışmanın sonuçlarında da görüldüğü gibi bireylerin sağlık inançları KKMM uygulamasında etkili olduğu söylenebilir.

KMM yaptıran kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık, ciddiyet, engel, güven ve sağlık motivasyonu algısı KMM yaptırmayanların ise yarar algısı puan ortalamasının yüksek olduğu iki grup arasında fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$). (Tablo 21). Meme tarama davranışlarından mamografi çektiren kadınların duyarlılık, ciddiyet ve engel algısının, mamografi çekirtmeyenlerin ise, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algısının daha yüksek olduğu görüldü. İstatistiksel değerlendirmede duyarlılık ve engel algısı arasındaki farkın anlamlı

olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 22). Ülkemizde hemşirelerle yapılan bir çalışmada (Karayurt 2003) hemşirelerin %81.9'unun KMM yaptırmadığı ve %84.7'sinin mamografi çektirmediği belirlenmiştir. Bir başka çalışmada (Dünder ve ark. 2006) katılımcıların %89.3'ü hiç mamogram ektirmediğini; % 75.0'ı klinik meme muayenesi yaptırmadığını; % 27.9'u mamografi ile ilgili bilgi sahibi olmadığı% 10.2'si de her ay düzenli olarak KKMM uyguladığı saptanmıştır.

Sonuç olarak Bu çalışmada yer alan sağlık alışanlarının Gail modeline göre invaziv meme kanseri gelişmesi yönünden 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri gelişme riski düşük olmakla birlikte meme kanseri risk faktörlerinin risk düzeyini etkilediği görölmüştür. Aynı zamanda katılımcıların meme tarama davranışları, inanç ve algılarının mesleki sorumlulukları düşünöldüğünde düşük olduğu bu konuda bilgi duyarlılık için eğitim ve bilgilendirme toplantısına gereksinim olduğu sonucuna varıldı.

SONUÇLAR

Bu çalışmada Sivas il merkezinde bulunan Üniversite, Devlet Hastanesi, Özel hastane ve sağlık ocaklarında görev yapan 720 kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri riski ve meme kanserinden korunmaya yönelik meme tarama davranışlarını yapma durumları bazı özelliklerine göre incelenmiş ve buna yönelik sonuçlar verilmiştir.

1. Araştırma kapsamında yer alan kadın sağlık çalışanlarının %58,2' si 20-30, %35'i 31-40, %6,8'i 41-50 yaş grubundadır (yaş ortalaması 30.22±6.12). Sağlık çalışanlarının %16,4'ü lise, %31,4'ü ön lisans, %47,9'u lisans, %4,3'ü yüksek lisans ve doktora mezunudur. Sağlık çalışanlarının % 76,9' u hemşire, %17,9' u ebe, %5,2 hekimdir. Sağlık çalışanlarının %35,0' üniversite, %16,4'ü devlet hastanesi, % 17,1'i İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi, %14'ü Anadolu Hastanesi, %17,5'i sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının %22,7'si 12 yaş ve altında, %77,3' ü 12 yaş üstünde ilk menarşını görmüştür. Sağlık çalışanlarının %49,6'sı 24 yaş ve altı, %51,4' ü 24 yaş üstünde ilk doğumunu yapmıştır. Sağlık çalışanları ailelerinin %1,9'unda meme kanseri varken %98,1 ' inde meme kanseri yoktur. Ailesinde meme kanseri olan sağlık çalışanlarının %81,8' inin annesinde, %18,2 sinin teyzesinde Meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının % 99,0'nda bening meme hastalığı görülmezken, %1,0'nda görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %0,4'ü meme biyopsisi yaptırmış, % 99,6'sı yaptırmamıştır.Meme biyopsisi yaptıranların %75,0'nda atipik hiperplazi bulunduğu, %25,0'nda ise bulunmadığı saptandı (**Tablo 1**)

2. Kadın sağlık çalışanlarının Gail Modeline göre meme kanseri beş yıllık riski $X=0.27±0.15$, 10 yıllık riski $X=1.16±0.27$, 20 yıllık riski $X=3.10±0.49$, 30 yıllık riski $X=5.05±0.73$, ömür boyu riski $X=10.81±5.05$ olarak belirlenmiştir (**Tablo 2**).

3. Çalışmada kadınların yaşı arttıkça beş yıllık meme kanser riskinin de arttığı ancak ömür boyu riskin düştüğü belirlendi.Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaş gruplarına göre farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.0001$). (**Tablo 3**).

4. Çalışmada önlisans eğitimi almış kadın sağlık çalışanlarının beş yıllık meme kanseri riskinin diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ömür boyu riskin ise yüksek lisans ve doktora eğitimine sahip kadın sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu saptandı. Eğitim düzeyine meme kanseri riski arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede Gail modeline göre farkın anlamlı olduğu görüldü ($p=0.0001$). (**Tablo 4**).

5. Bu çalışmada hekimlerin Gail modeline göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin hemşire ve ebelerine göre daha yüksek olduğu, hemşire ve ebelerin meme kanseri riskinin birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında önemli düzeyde fark bulunduğu belirlendi ($p=0.0001$). (**Tablo 5**).

6. Bekar kadın sağlık çalışanlarının ömür boyu, evlilerin ise beş yıllık meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Kadın sağlık çalışanlarının medeni durumu arasında Gail risk modeline göre anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p=0.0001$). **(Tablo 6)**.

7. Kadın sağlık çalışanlarının menarş yaşına göre meme kanseri risk düzeyi değerlendirildiğinde ilk menarş olma yaşı ≤ 12 olan kadınların 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin >12 'ya göre daha yüksek olduğu ve iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p=0.0001$). **(Tablo 7)**.

8. Kadınların ilk canlı doğum yaşına göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin >24 yaş grubunda daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grubun 5 yıllık riski arasında anlamlı ($p=0.0001$), ömür boyu riskinin anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 8)**.

9. Ailesinde meme kanseri olan kadın sağlık çalışanlarının olmayanlara göre riskinin daha yüksek olduğu ve iki grup arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı fark bulunduğu görüldü ($p=0.000$). **(Tablo 9)**.

10. Bening meme hastalığı olan kadınların olmayanlara göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bening meme hastalığı olan ve olmayan kadınların beş yıllık ve ömür boyu riski arasında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 10)**.

11. Meme biyopsisi yaptıran kadınların yaptırmayan kadınlara göre meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu belirlendi. Biyopsi yaptıran kadınlarla yaptırmayan kadınların yıllara göre riski istatistiksel olarak değerlendirildiğinde iki grup arasında 5 yıllık riskin önemli olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 11)**.

12. Çalışma kapsamında yer alan kadın sağlık çalışanlarının %42.6'sının KKMM yaptığı %57.4'ünün yapmadığı, %4.7'sinin KMM yaptırdığı %95.3'ünün yaptırmadığı ve %6.1'inin mamografi çektiği %93.9'unun çekmediği belirlenmiştir **(Tablo 12)**.

13. Çalışmada yer alan kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık algısı puan ortalaması $X=5.3\pm 2.0$, ciddiyet algısı puan ortalaması $X=21.4\pm 5.3$, yarar algısı puan ortalaması $X=16.1\pm 2.9$, engel algısı puan ortalaması $X=20.6\pm 6.9$, güven algısı puan ortalaması $X=42.5\pm 5.3$, sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması $X=27.2\pm 4.1$ olarak bulundu **(Tablo 13)**.

14. Katılımcıların yaşa göre SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında 20-30 yaş grubunun yarar, güven ve sağlık motivasyonu, 31-40 yaş grubunun ciddiyet, engel algısı, 41-50 yaş grubunun duyarlılık algısının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ölçeğin duyarlılık, yarar, engel, güven

ve sağlık motivasyonu alt boyutlar arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$). Ciddiyet alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). **(Tablo 14).**

15. Eğitim durumuna göre SİM puan ortalamaları değerlendirildiğinde lisans mezunu grubun duyarlılık, önlisans mezunlarının ciddiye ve engel algısı, lisans üstü mezunlarının yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu ortalaması yüksek olarak belirlenirken lisans mezunlarının diğer eğitim düzeylerine göre ölçeğin boyutlarından daha düşük puan aldığı görülmüştür. Kadın sağlık çalışanlarının eğitime göre SİM ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 15).**

16. Evli katılımcıların duyarlılık, engel algısının bekar katılımcıların ciddiye, yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede yarar, engel, güven, sağlık motivasyonu alt boyutları ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü ($p<0.05$). Duyarlılık ve ciddiye alt boyutları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). **(Tablo 16).**

17. Kadın sağlık çalışanlarının mesleki duruma göre SİM puan ortalamaları karşılaştırıldığında hemşirelerin ciddiye, engel ve genel puan ortalaması, hekimlerin yarar, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalaması, ebelerin duyarlılık algısı diğer meslek gruplarının puan ortalamasından daha yüksek olarak belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede tüm boyutlar arasında farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). **(Tablo 17).**

18. Ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadın sağlık çalışanlarının SİM puan ortalamaları incelendiğinde ailesinde meme kanseri olan katılımcıların duyarlılık, ciddiye, engel, güven, sağlık motivasyonu ve genel puan ortalamasının ailesinde meme kanseri olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ailesinde meme kanseri olmayan katılımcıların yalnızca yarar algısı daha yüksekti. Yapılan istatistiksel değerlendirmede duyarlılık, ciddiye ve yarar puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 18).**

19. Bening meme hastalığı olan ve olmayan kadın sağlık çalışanlarının SİM puan ortalamaları incelendiğinde bening meme hastalığı olan katılımcıların duyarlılık, ciddiye, engel ve sağlık motivasyonu puan ortalamasının bening meme hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede duyarlılık ve ciddiye puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$) **(Tablo 20).**

20. KKMM yapan kadın sağlık çalışanlarının SİM alt boyutlarından yarar, güven ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamalarının KKMM yapmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldürken duyarlılık, ciddiye ve engel algısı puan ortalamasının KKMM yapmayanlarda

yapanlara göre yüksek ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 20)**.

21. KMM yaptıran kadın sağlık çalışanlarının duyarlılık, ciddiye, engel, güven ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasının yaptırmayanlara göre yüksek olduğu, ciddiye ve güven algısı dışındaki diğer boyutlar arasındaki istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). KMM yaptırmayanların ise, yalnızca yarar algısının KMM yaptıran kadın sağlık çalışanlarının puan ortalamasından yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 21)**.

22. Kadın sağlık alışanlarının Mamografi ektirme durumuna göre SİM puan ortalamaları değerlendirildiğinde mamografi çektiren kadınların duyarlılık, ciddiye ve engel algısının ektirmeyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu puanlar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede ise duyarlılık ve engel algısı arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlendi. Mamografi ektirmeyen kadın sağlık çalışanlarının ise, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algısının mamografi çektiren kadınlara göre daha yüksek olduğu ve puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 22)**.

VIII. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur

1. Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının Gail Modeline göre meme kanser riski düşük bulundu. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de meme kanseri görülme oranının arttığı göz önüne alındığında kadınların meme kanserinden korunmaya yönelik duyarlılıklarını arttırmak için eğitim toplantıları ve sempozyum düzenlenmesi

2. Kadınların meme kanser riski düşük olmakla birlikte meme kanseri tarama davranışlarını yapma oranı düşük olarak bulundu. Kadın sağlık personelinin profesyonel sorumlulukları yanında meme tarama davranışlarını yapma oranını arttırılması gerekmektedir.

IX. ÖZET

Amaç : Bu çalışma, Sivas merkezinde birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan kadın sağlık personelinin Gail modeline göre meme kanseri risk düzeyi ve meme tarama davranışlarına yönelik sağlık inançlarını belirlemek üzere yapılmıştır.

Yöntem : Bu araştırma, tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırma, Sivas İl merkezinde bulunan Üniversite Hastanesi, Devlet Hastanesi, Özel Hastane ve İl merkezinde bulunan tüm sağlık ocaklarında (toplam 19 sağlık ocağı) yapıldı. Çalışmanın evrenini I. ve II. basamak sağlık kurumlarında çalışan 1068 kadın oluşturdu. Ancak çalışmaya katılmak istememe, çalışmanın yapıldığı tarihlerde çeşitli nedenlerle izinli olma ya da rapor alma gibi nedenlerle çalışmanın örneklemini 720 kadın sağlık çalışanı oluşturdu. Çalışmada veriler Gail modeli ve SİM ölçeği ile toplandı. Elde edilen veriler SPSS 14.0 paket programında tanımlayıcı testler, t testi, ANOVA, Mann-Whitney-U testleri kullanılarak değerlendirildi

Bulgular : Bu çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının %58,2'si 20-30 yaş grubunda olup yaş ortalaması 30.22 ± 6.12 idi. Kadınların çoğunluğu lisans, mezunu (%4,3), hemşire (%76,9) ve üniversite hastanesinde (%35,0) çalışmaktadır. Katılımcıların %77,3'ü ilk menarşını 12 yaş üstünde, %51,4'ü ilk canlı doğumunu 24 yaş üstünde yapmıştır. Kadınların %1,9'unun ailesinde meme kanseri, %1,0'unda bening meme hastalığı olduğu %0,4'ünün meme biyopsisi yaptırdığı belirlendi. Kadınların beş yıllık riski $X=0.27 \pm 0.15$, ömür boyu riski $X=10.81 \pm 5.05$ olarak belirlendi. Kadınların meme kanseri riskini yaş, eğitim, ailede meme kanseri bulunması gibi değişkenlerin etkilediği görüldü. Kadın sağlık çalışanlarının %42,6'sının KKMM yaptığı %4,7'sinin KM yaptırdığı ve %6,1'inin mamografi çektiği belirlendi. Sağlık çalışanı kadınların SİM duyarlılık algısı $X=5.3 \pm 2.0$, ciddiye algısı $X=21.4 \pm 5.3$, yarar algısı $X=16.1 \pm 2.9$, engel algısı $X=20.6 \pm 6.9$, güven algısı $X=42.5 \pm 5.3$, sağlık motivasyonu $X=27.2 \pm 4.1$ olarak bulundu.

Sonuç: Bu çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının Gail modeline göre 5 yıllık ve ömür boyu meme kanseri gelişme riski düşük bulundu. Aynı zamanda katılımcıların meme tarama davranışlarını yapma oranı düşük bulundu. Katılımcıların mesleki sorumlulukları düşünüldüğünde bu konuda bilgi duyarlılık için eğitim ve bilgilendirme toplantısına gereksinim olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: meme kanseri, Gail modeli, Sağlık İnanç ölçeği, meme kanseri risk faktörleri, meme tarama davranışları

X. ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine breast cancer risk level according to the Gail model and the health beliefs toward breast screening behavior of female health staff working in the first and second level health institutions in Sivas.

Method: This study was carried out as descriptive in University Hospital in the center of Sivas, State Hospital, Private Hospital and all health centers in the city center (a total of 19 health centers). The population of study consisted 1068 women health staff working in the first and second level health institutions. But the sample of study consisted 720 women health staff because women didn't want to participate the study, were not in workplace and took a rapor for health problems. Data were collected with Gail Model and Health Behavior Model Scale. The collected data were analysed with SPSS 14.0 program using frequency, independent sample t testi, ANOVA, Mann-Whitney-U.

Results : The mean age of women health staff was 30.22 ± 6.12 and 58,2% of them were 20-30 age. Many of women (4,3????%) had undergraduate degree, 76,9% were nurses and 35.0% had been worked in an university hospital. The menarche of 77.4% of women were over 12 age and the age of first live birth of 51.4% was over 24 age. Minority of women (1.9%) had the history of family breast cancer, 1.0% of them had bening breast disease and 0.4% undurgone breast biopsy. It was identified that the risk of breast cancer of women 5 years was $X=0.27 \pm 0.15$, for lifetime was $X=10.81 \pm 5.05$. It was determined that the breast cancer risk of women was affected by factors such as age, education and history of family breast cancer. BSE and CE were made by women health staff for 42.6% and 4.7% respectively and 6.1% undergone mammography. It was found that For women health staff, perception of sensitivity was $X=5.3 \pm 2.0$, perception of seriousness was $X=21.4 \pm 5.3$, perveption of benefit $X=16.1 \pm 2.9$, perception of barriers was $X=20.6 \pm 6.9$, perception of confidence was $X=42.5 \pm 5.3$, perceptiton of health motivation was $X=27.2 \pm 4.1$.

Conclusion: In this study, it was found that the risk of breast cancer for 5-year and lifetime of the women health workers according to Gail model was lower. At the same time, it was found that the rate of participating to breast screening was lower. Given professional responsibility of women it may conclude that there is a requirement for the training and information meeting.

Kaynaklar

1. Ahmed F, Mahmud S, Hatcher J, Khan S. (2006) Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: A Cross-Sectional Study. *BMC Nursing* 19(5):65.
2. Akgün M. (2002) Genel Cerrahi, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri 161-174.
3. Aktan M, İnan A. (2004) “Hastaneye başvuran kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi” *Klinik Bilimler* 642-7.
4. Altuncan H, Akın B, Ege E. (2008), 20-60 “Yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri”, *Meme Sağlığı Dergisi* 4(2):84-91.
5. Aslan FE, Gürkan A. (2007) “Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi” *Meme Sağlığı Dergisi* 3(2):63-8.
6. Aydın Avcı İ. (2008) Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *European Journal of Oncology Nursing* 12:127–133
7. Aydın Avcı İ, Işıklı Z. (2006) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları, *Sağlık ve Toplum Dergisi* 16:91-94.
8. Aydınтуğ S. (2004) Meme kanserinde erken tanı *Sted* 13(6): 226-8.
9. Barlow WE, White E, Ballard-Barbash R, Vacek P M, Titus-Ernstoff L, Carney PA , Tice JA, Buist DS M, Geller BM, Rosenberg R, Yankaskas BC, Kerlikowske K. (2006) Prospective breast cancer risk prediction model for women undergoing screening mammography, *journal of the national cancer institute* 98(17):1204-1214.
10. Bedük T, Şen S. (1992) Hemşirelerin kanserin erken tanısında kendi kendine yapılan meme muayenelerine ilişkin uygulamaları ve bu muayeneleri yapmama nedenleri, 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı 448-455.
11. Beji NK, Reis N. (2007) Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. *European Journal of Cancer Care* 16:178-184.
12. Bondy ML, Newman LA. (2003) Breast cancer risk assessment models, *Cancer Supplement* 1(97):230-5.
13. Brown P. (2005) Risk assessment: controversies and management of moderate- to high-risk individuals, *The Breast Journal* 11:11-19.

14. Ceber E, Türk Soyer M, Çiçeklioğlu M, Cimat S. (2006) Breast cancer risk assessment and risk perception on nurses and midwives in Bornova Health District in Turkey, *Cancer Nursing* 29(3):244-9.
15. Champion V.L. (1984) Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science* 6 (3):73-85.
16. Champion V.L. (1993) Instrument refinement for breast cancer screening behaviors, *Nursing Research* 42(3):139-143.
17. Chong P.N, Krishman M, Hong C.Y, Swah T.S. (2002) Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore, *Singapore Med J* 43:509-516.
18. Clarke D.E, Sandler S.E. (1989) Factors involved in nurses' teaching breast selfexamination, *Cancer Nurs* 12:41-6.
19. Couto E, & Hemminki K. (2007) Estimates of heritable and environmental components of familial breast cancer using family history information. *British Journal of Cancer* 96(11):1740-2.
20. Çam O, Gümüs A B (2009) Breast cancer screening behavior in turkish women: relationships with health beliefs and self-esteem, body perception and hopelessness. *Asian Pacific J Cancer Prev* 10:49-54.
21. Çavdar I, Akyolcu N, Özbas A, Öztekin D, Ayoğlu T, Akyuz N. (2007) Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. *Oncol Nurs Forum* 34(6):1218-21.
22. Çenesiz E, Atak N. (2007) "Türkiye de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi" *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6):427-434.
23. Danø H., Hansen K.D., Jensen P., Petersen J.H., Jacobsen R., Ewertz M. & Lynge E. (2004) Fertility pattern does not explain social gradient in breast cancer in Denmark *International Journal of Cancer* 111: 451-6.
24. Değerli Ü. (2002) Genel Cerrahi, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri 356-371.
25. Demirkıran F, Akdolun Baklaya N, Memis S, Türk G, Özvurmaz S ve Tunçyürek P. (2007) How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health* 7(96):1-8.
26. Dişçigil G. ve Ark. (2007) "Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları" *Mermera Medical Journal* 20(1): 29-36.

27. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. (2006) The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 6: 43- 56.
28. Ekici E. Utkualp N. (2007) “Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları”, *Meme Sağlığı Dergisi* 3(3):136-8.
29. Eti Aslan, F, Gürkan A. (2007) Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 3 (2): 63-8.
30. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gürbüz Z. (2010) Breast cancer risk assessment: 5000 cases (Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 Olgu). *International Journal of Hematology and Oncology* 20(1):27-33.
31. Euhus D.M. (2001) Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. *The Breast Journal* 7(4): 224-232.
32. Evans DGR, Howell A, (2007) Breast cancer risk-assessment models, *Breast Cancer Research* 9(213):1-8.
33. Foxall M.J, Baron C.R, Houfek J. (1998) Ethnic differences in breast selfexamination practice and health beliefs,. *J Adv Nurs* 27:419-428.
34. Freedman AN, Seminara D, Gail MH, Hartge P, Colditz GA, Ballard-Barbash R, Pfeiffer RM. (2005) Cancer Risk Prediction Models: A Workshop on Development, Evaluation, and Application, *Journal of the National Cancer Institute* 97(10):
35. Fujino, Y, Mori, M, Tamakoshi, A, Sakauchi F, Suzuki, S, & Wakai, K, et al. (2008) A prospective study of educational background and breast cancer among Japanese women. *Cancer Causes Control* 19(9):931-7.
36. Gail M.H, Brinton L.A, Byar D.P, Corle D.K, Green S.B, Schairer C.& Mutvihill J.J. (1989) Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *Journal of The National Cancer Institute* 81(24):1879-1886.
37. Gonzalez J.T. (1990) Factors relating to frequency of breast self examination among lowincome Mexican American women, *Cancer Nurs* 13:134-142.
38. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. (2005) “Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi” *Meme Sağlığı Dergisi* 3(2): 53-7.

39. Gözüm S. Karayurt Ö, Aydın Avcı İ. (2004) “Meme kanseri taramalarında Champion sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uygulamalarına ilişkin sonuçlar” *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1(2):71-85.
40. Güner İC. (2007) “Kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi” *Gaziantep Tıp Dergisi* 55-60.
41. Gürbüz C. (2005) *Kadınlar İçin meme sağlığı bilgileri*, 1. Baskı, İstanbul, 1-56.
42. Gürsoy A. (2005) Meme kanserinde cerrahi tedavi sonrası donmuş omuz sendromu, *Hemşirelik Formu Dergisi* 4-9.
43. Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghighat S, Harirchi I. (2002), Breast self-examination: knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran, *Breast J.* 8(4):222-5.
44. Hussain, S.K, Lenner, P, Sundquist, J, Hemminki, K. (2008) Found that significant increased risks for in situ and invasive breast cancer associated with high education levels, which were not homogeneous. *Annals of Oncology* 19(1):156-62.
45. Jarvandi S, Montazeri A Harirchi I, Kazemnejad A (2002) Beliefs and behaviours of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health* 116: 245–249.
46. Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z, Karakoç Kaya Ö. (2005) Şanlıurfa il merkezinde görev yapan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışları ve etkileyen faktörler, *Hemşirelik Forumu* 1:31-6.
47. Kalaycı G. (2002) *Genel Cerrahi*, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 533-573.
48. Karakayali F.Y, Ekici Y, Sevmiş Ş, Pehlivan S, Arat Z, Moray G. (2007) Gail model for determination of the risk factors of breast cancer (Meme kanseri için risk belirlenmesinde Gail modeli). *Turkish Journal of Surgery* 23(4): 129-135.
49. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K (2008) Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi* 4 (1):15-20.
50. Karayurt Ö, Zorukoş S. (2008), Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi destek gereksinimlerinin karşılanması *Meme Sağlığı Dergisi* 4(2): 56-61.
51. Kılıç H. (2002) *Genel Cerrahi*, Nobel Tıp Kitapevleri 166-185.

52. Kılıç S. ve Ark. (2006) "Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA eğitim hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracat eden kadın hastalarda araştırılması" *Gülhane Tıp Dergisi* 48: 200-4.
53. Korde L. (2004) Meme kanseri riskini değerlendirme, *Sendrom* 1: 1-26.
54. Kuru B, Özaslan C, Özdemir P, Dinç S, Camlibel M, Alagöl H. (2002) Risk factors for breast cancer in Turkish women with early pregnancies and long-lasting lactation. *Acta Oncologica* 41(6): 556-561.
55. Kushi LH, Kwan ML, Lee MM, (2007) Ambrosone BC. Lifestyle factors and survival in women with breast cancer. *J.Nutr* 137: 236 -242.
56. Lee E.H. (2003) Breast self-examination performance among korean nurses. *journal for nurses in staff development*19:81-87.
57. Lotfi, M.H., Charkhatti, S., & Shobairi, S. (2008) Breast cancer risk factors in an urban area of yazd city- Iran 2006. *Acta Medica Iranica* 46(3): 258-264.
58. Madanat H, Merrill M. (2002) Breast cancer risk-factor and screening awareness among women nurses and teachers in Amman, Jordan, *Cancer Nurs* 25:276-282.
59. Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghighat S., Harirchi I. (2002) Breast self-examination : knowledge, attitudes,and practices among female health care workers in Tahran, Iran, *The Breast Journal* 8:222-5.
60. McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. (2005) Breast self-examination and breast awareness: a literature review, *Journal of Clinical Nursing* 14(5): 570-8.
61. Menvielle G, Leclerc A, Chastang J-F, Luce D. (2006) Social inequalities in breast cancer mortality among French women: disappearing educational disparities from 1968 to 1996. *British Journal of Cancer* 94: 152-5.
62. Nahçıvan N, Seçkinli S. (2003) Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 1: 33-8.
63. Okanlı A, Ekinci M. (2004) Meme kanserinin aile ilişkilerine etkileri, *Sendrom Dergisi*, 12: 91-4.
64. Onat H, Başaran M. (2005) Meme kanseri risk faktörleri ve korunma, 1. Baskı, *Nobel Tıp Kitapevleri* 91-710.
65. Oran B, Celik I, Erman M, Baltalı E, Zengin N. (2004) Analysis of menstrual, reproductive, and life-style factors for breast cancer risk in Turkish women: a case-control study. *Medical Oncology*, 21(1): 31-40.

66. Özdemir O, Çalışkan D. (2002) Meme kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemler, Sağlık ve Toplum Dergisi, 4: 10-14.
67. Özmen V. (2006) Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri, Meme Sağlığı Dergisi 2(2): 55 - 58.
68. Özmen V, Özçınar B, Karanlık H, Cabioğlu N, Tukenmez M, Disci R, Ozmen T, Igcı A, Müslümanoğlu M, Kecer M. & Soran A. (2009) Breast cancer risk factors in Turkish women—a University Hospital based nested case control study. World Journal of Surgical Oncology 7(37): 1-8.
69. Öztürk M. ve Ark. (2001) “Ebelerin kendi kendine meme muayenesine ilişkin bilgi ve tutumları”, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 8(1): 55-62.
70. Palomares MR, Machia JRB, Lehman CD, Daling JR, Mctiernan A. (2006) Mammographic Density Correlation with Gail Model Breast Cancer Risk Estimates and Component Risk Factors, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 15(7):1325-1330.
71. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu N. (2004) Ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezine başvuran kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi, 2: 53-58.
72. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu N. (2004) Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2: 9-15.
73. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. (2005) Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1: 72-83.
74. Phillips, K.A. (2001) Current perspectives on BRCA1- and BRCA2-associated breast cancers. Internal Medicine Journal, 31(6):349–356.
75. Pinho VFS, Coutinho ESF (2005) Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil, Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 21(2):351-360.
76. Russo, J, Moral, R, Balogh, G.A, Russo, M.D. (2005) The protective role of pregnancy in breast cancer. Breast Cancer Research, 7:131-142.
77. Sayek İ. (2001) Genel Cerrahi, Güneş Kitapevi 41-43.

78. Seçginli S, Nahcivan N.O. (2006) Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43:161–171.
79. Sevil Ü, Ünsal Ş. (2002) Meme kanserinde risk faktörleri ve erken tanı, *Hemşirelik Formu Dergisi* 6:32-39.
80. Smith R.A, Cokkinides V., Eyre H.J (2005) American Cancer Society Guidelines for the early detection of cancer, 2005. *CA Cancer J Clin* 55:31-44.
81. Strand, B.H., Tverdal, A., Claussen, B., Zahl, P.H. (2005) Is birth history the key to highly educated women’s higher breast cancer mortality? A follow-up study of 500,000 women aged 35–54. *International Journal of Cancer* 117(6): 1002–6.
82. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. (2003) Meme kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri .
83. Tükel S. (2001) Meme görüntüleme yöntemleri, Antıp Yayınevi, Ankara. 1-26.
84. Tümer A, Baybek H. (2010) Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 6(1):17-21.
85. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2005) Organlara, cinsiyete ve yaşa göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda en sık görülen 10 kanser, Kanserle Savaş Daire Başkanlığı.Erişim 23.03.2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR>
86. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z, (2004) Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1: 33-41.
87. Yıldırım M, (2002) Klinik jinekoloji, 3. Baskı, Çağdaş Medikal Kitapevi, 611-626.
88. Yılmaz M, Seki Z, Gürler H, Çifçi ES. (2010) Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (DEUHYO ED)* 3(2): 65-71.
89. Yılmaz M, Sayın Y. (2001) “Meme kanseri hakkında en çok sorulan sorular ve hemşirenin rolü” *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(2):39-47.

EKLER

EK I

Kadınların Demografik Özellikleri Formu

Adı Soyadı:

No:

1. Eğitim
 - a. Lise
 - b. Önlisans
 - c. Lisans
 - d. Yüksek Lisans
 - e. Doktora
2. Medeni durum
 - a. Evli
 - b. Bekar
3. Mesleği
 - a. Hemşire
 - b. Doktor
 - c. Ebe
4. Çalıştığı kurum
 - a.sağlık ocağı
 - b. Cumhuriyet üniversitesi
 - c. Devlet hastanesi
 - d. İzzettin Keykavus
 - e. Özel Anadolu hastanesi
5. Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi
 - a. Yapıyor
 - b. Yapmıyor**
5. Bir hekime meme muayenesi yaptırdınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
6. Mamografi çektirdiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır
7. İlk mamografi çektirme yaşı

EK II

Gail Modeline Göre Kadınların Meme Kanseri Risk Belirleme Formu

1. Kadının şu andaki Yaşı No:
2. İlk menarş yaşı
3. Doğum yapma
 - a. Yapmış
 - b. Yapmamış
4. Canlı ilk doğum yaşı
5. Ailede meme kanseri
 - a. Var
 - b. Yok
6. Ailede meme kanseri olan akrabanın yakınlığı
 - a. Anne
 - b. Teyze
 - c. Kızkardeş
7. Bening meme hastalığı
 - a. Var
 - b. Yok
8. Meme biyopsisi
 - a. Olmuş
 - b. Olmamış
9. Meme biyopsi sayısı
10. Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi
 - a. Var
 - b. Yok

EK III. SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların meme kanseri ve Kendi kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

Teşekkür ediyoruz.

	Kesimlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesimlikle katılıyorum
Duyarlılık Algısı					
1. Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek	()	()	()	()	()
2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma olasılığım çok yüksek	()	()	()	()	()
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum	()	()	()	()	()
Ciddiyet/Önem Algısı					
4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor	()	()	()	()	()
5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor	()	()	()	()	()
6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutuyor	()	()	()	()	()
7. Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir	()	()	()	()	()
8. Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirir	()	()	()	()	()
9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir	()	()	()	()	()
10. Meme kanseri olursam beş yıldan fazla yaşayamam	()	()	()	()	()
Yarar Algısı					
11. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum	()	()	()	()	()
12. Kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur	()	()	()	()	()
13. Her ay Kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir	()	()	()	()	()
14. Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir	()	()	()	()	()
Engel Algısı					
15. Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum	()	()	()	()	()
16. Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendiriyor	()	()	()	()	()
17. Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor	()	()	()	()	()
18. Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor	()	()	()	()	()
19. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum	()	()	()	()	()
20. Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok	()	()	()	()	()
21. Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırırsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	()	()	()	()	()
22. Düzenli mamografi (meme filmi) çektirirseniz kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	()	()	()	()	()
23. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür	()	()	()	()	()
24. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur	()	()	()	()	()
25. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var	()	()	()	()	()
Güven /Öz-Etkililik					
26. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum	()	()	()	()	()
27. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim	()	()	()	()	()
28. Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim	()	()	()	()	()
29. Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğünde bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	()	()	()	()	()
30. Mememde 1,5cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğünde bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	()	()	()	()	()
31. Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim	()	()	()	()	()
32. Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum	()	()	()	()	()
33. Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	()	()	()	()	()
34. Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	()	()	()	()	()
35. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim	()	()	()	()	()
Sağlık Motivasyonu					
36. Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim	()	()	()	()	()
37. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir	()	()	()	()	()
38. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım	()	()	()	()	()
39. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmamın önemli olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()	()
40. Dengeli beslenirim	()	()	()	()	()
41. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	()	()	()	()	()
42. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım	()	()	()	()	()

