

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**MAMOGRAFİ ÇEKİMİNE GELEN KADINLARA VERİLEN BİLGİNİN
AĞRI VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Özlem KIYMAZ**

**ARALIK-2008
SİVAS**

T.C.
CUMHİRİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

MAMOGRAFİ ÇEKİMİNE GELEN KADINLARA VERİLEN BİLGİNİN
AĞRI VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem KIYMAZ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

ARALIK-2008
SİVAS

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

TEŐEKKÜR

Bu tez çalıőmasının planlanması, yurütulmesinde ve tüm aşamasında destek veren, ilgi ve önerileriyle beni yönlendiren değerli hocam ve tez danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Meryem Yılmaz'a, istatistiksel analizleri yapmama yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Ziyet ınar'a, Tekin Toraman'a, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen aileme, her zaman yanımda olan çok değerli yengem Kifayet Dinler'e (ailesine), dostlarım Meral İőkey, Rojda Oktan ve Nesrin Okyay'a, diğer tüm arkadaşlarıma, Sağlık Grup Başkan Yardımcısı Dr. Ömer Tulu'ya ve çalışmaya katılan kişilere tüm katkılarından dolayı sonsuz teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No:
I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
III. GENEL BİLGİLER.....	6
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	30
1- Araştırmanın Şekli.....	30
2- Araştırmanın Yeri.....	30
3- Araştırmanın Evreni.....	30
4- Araştırmanın Örneklemi.....	31
5- Araştırmanın Hipotezleri.....	31
6- Verilerin Toplanması.....	31
6.1. Veri Toplama Araçları.....	32
7- Yazılı Bilgi Verme Kitapçığının Geliştirilmesi.....	34
8- Uygulama.....	34
9- Araştırmanın sınırlılıkları.....	38
10- Verilerin Değerlendirilmesi.....	38
V. BULGULAR.....	39
VI. TARTIŞMA.....	54
VII. SONUÇLAR.....	61
VIII. ÖNERİLER.....	63
IX. ÖZET.....	65
SUMMARY.....	67
KAYNAKLAR.....	69
EKLER	

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri.....	40
Tablo 2. Kadınların Meme Polikliniğine Gelme, Mamografi Çektirme Nedeni ve Mamografi Çekimine İlişkin Bilgileri	43
Tablo 3. Kadınların Mamografi İşlemi Öncesi Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları.....	44
Tablo 4. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları.....	45
Tablo 5. Kadınların Meme Polikliniğine Gelme ve Mamografi Çektirme Nedenlerine Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 6. Kadınların Mamografi İşlemini Bilme Durumlarına Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitelerindeki yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları.....	47
Tablo 7. Kadınların Yaşadıkları Ağrı Düzeyleri.....	48
Tablo 8. Kadınların Tekrar Mamografi Çektirip Çektirmeyeceği ve Çektirmeme Nedenleri.....	49
Tablo 9. Kadınların İşlemi Hatırlama Durumları	50
Tablo 10. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Mamografi İşlemi Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyleri.....	51
Tablo 11. Kadınların İşlem Sonrası Ağrı Düzeyleri ile Anksiyete Puanları	52
Tablo 12. Kadınların Ağrı Düzeylerine Göre Tekrar Mamografi Çektirmek İsteme Durumları.....	53

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Meme kanseri, dünyadaki tüm kadınlarda en sık görülen ve ölüme yol açan ciddi hastalıklardan biridir (Louwman ve ark. 2007, Aydınтуğ 2004, Nahcivan ve Seçginli 2003, Hossfeld ve ark. 1992). Dünyada her yıl bir milyon kadına yeni meme kanseri tanısı konmakta olup, meme kanseri tüm kanser olgularının %18'ini oluşturmaktadır (Karayurt ve Zorukoş 2008).

Meme kanserinin erken dönemde tanılanması mortalite ve yaşam kalitesi açısından çok önemli olduğu (Singh ve ark. 2008, Tabar ve ark. 2008, Yücel ve ark. 2005, Tükel 2002, Ekeberg ve ark. 2001, Koçak 2000, Tuncer 2000, Turgut ve ark. 2000, Vietri 1997, www.cancer.org), ve meme kanserinde erken tanı ile beş yıllık yaşamın %84 oranında arttığı bildirilmektedir (Çiçekçioğlu ve ark. 2005).

Meme kanserinin erken tanısı için kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik muayene ve mamografi önemlidir (Çiçekçioğlu ve ark. 2005, Çadır ve ark. 2004, Erdoğan 2003, Topuz ve ark. 2003, Sevil ve Ünsal 2002, Erdoğan 2001). Ancak ilk iki yöntemde 1 cm'den küçük ve derinde yer alan lezyonların elle belirlenmesi zordur. Oysa mamografi yöntemi ile 0,5 cm ya da daha küçük lezyonların belirlenmesi mümkündür. Bu nedenle mamografi, kadının KKMM ya da doktorunun fizik muayenesi sırasında hissedilemeyecek kadar küçük kitleleri görüntüleyebilmesi açısından erken tanılamada önemli rol oynamaktadır (Erdoğan 2003).

Ancak Oran ve ark.(2003)'nın üniversite öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada, kadınların mamografi yaptırmadığını saptamıştır. Atlı (2002) çalışmasında kadınların %22,2'sinin, Zincir ve Eğri (2000) kadınların %13,8'inin, Çadır ve ark (2004)'da kadınların yalnızca %10,5'inin mamografi çektiğini saptamıştır.

Çalışma sonuçlarında da görüldüğü gibi kadınların büyük bir kısmı mamografi çekmemektedir. Bu nedenle kadınların mamografi çekmeme nedenlerinin belirlenmesi önemlidir. Kadınların mamografi çekmeme

istememelerinin nedenlerinden birisi, meme dokusunun yüksek doz radyasyona maruz kaldığı inancıdır. Oysa günümüzde mamografi tekniğinin gelişmiş olması nedeniyle mamografi sırasında maruz kalınan radyasyon dozu yaklaşık olarak 0,1 rad (100milirad)'dır (Yücel ve ark. 2005, Turgut ve ark. 2000). Bu doz teorik olarak mamografinin sağladığı yarar karşısında önemsizdir (Koçyiğit 2007, Yılmaz ve Yazıcı Sayın 2001, Üstün 1992).

Diğer bir neden ise, mamografi çekimi sırasında memenin plakalar arasında sıkıştırılmasından kaynaklanan ağrıdır. Literatürde bu işlem sırasında hissedilen ağrı %0,2'den %70'e kadar değişen oranlarda bildirilmektedir (Keemers ve ark. 2000, Hafslund ve Lecturer 2000, Duijm ve ark. 1998, Aro ve ark. 1996, Kornguth ve ark. 1996, Fine ve ark. 1993, Rutter ve ark. 1992, Nielsen ve ark. 1991, Sullivan ve ark 1991, Fallowfield 1990). Sapir ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada, kadınların %77'sinin mamografi işlemini ağrılı bulduğu, %31'inin ağrı yoğunluğunu orta, %34'ünün şiddetli olarak tanımladıkları, %67'sinin ise mamografi işlemi sırasında yaşadıkları ağrının işlemden sonra 10 dk. içinde hafiflediğini ifade ettikleri saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Alimoğlu ve ark. 2004, Kime-Smith 2000, Özdemir ve ark. 2000, Sullivan ve ark.1991, Fallowfield 1990). Kornguth ve arkadaşları (1993)'nın sıkıştırma kontrolünü kadınlara vererek yaptıkları çalışmada, kadınların daha az ağrı yaşadıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada, ağrı veren bir işlemin kontrolünü elinde bulundurmanın, kadınların hissedilen ağrıyı daha kolay kabullenmelerine ve düzeyini daha düşük algılamalarına neden olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca kadına mamografi çekilmesi sırasında ağrı yaşayabileceğine ilişkin önceden bilgi verilmesinin ağrıyı algılamasını azaltabileceği belirtilmektedir (Alimoğlu ve ark. 2004, Marshall 1994).

Kadınların mamografi sırasında yaşadıkları ağrının şiddeti ikinci kez mamografi çektirmelerine engel olmaktadır (Alimoğlu ve ark. 2004, Elwood ve ark. 1998). Bu konuda yapılmış çalışmalarda kadınların ilk mamografiden sonra

ikinci kez mamografi yaptırmak istemedikleri belirlenmiştir (Marshall 1994, Doyle ve Stanton 2002).

Mamografi işlemi için gelen kadınlar ağrının yanında bilinmezlik, mahremiyet kaybı ve kanser tanısı alma korkusu nedeniyle anksiyete yaşamaktadır (Doyle ve Stanton 2002, Elwood ve ark. 1998). Literatürde mamografi öncesi yaşanan anksiyetenin yöntemle ilişkili korku, mamografi sonrası anksiyetenin ise, mamografi sonucunun kanser çıkma korkusu nedeniyle ortaya çıktığı bildirilmektedir (Alimoğlu ve ark. 2004, Mainiero ve ark. 2001, Keemers ve ark. 2000, Stegges ve ark. 1998). Bu konuda yapılan çalışmalarda kadınların %60'ının mamografi sonrası (Fine ve ark. 1993), diğer iki çalışmada ise mamografi öncesinde, ve tanı amacıyla mamografi yaptıran kadınların tarama amacıyla yaptırılanlara göre (Mainiero ve ark 2001, Hafslund ve Lecturer 2000), ilk kez mamografi yapılan kadınların işlem ve işlemin sonuçlarına yönelik (Ekeberg ve ark. 2001, Mainiero ve ark. 2001, Hafslund ve Lecturer 2000, Elwood ve ark. 1998) daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Gram ve Slenker (1992)'de tarama mamografisi yapılan kadınların 1/3'ünün meme kanseri çıkma olasılığından dolayı anksiyete yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Mamografi işlemine yönelik bireylerin yaşadıkları ağrı ve anksiyete düzeyleri işlem öncesi bilgi verilerek azaltılabilir. Bilindiği gibi yapılacak işlemler hakkında bireye bilgi vermek hemşirenin en önemli sorumluluklarından ve bağımsız rollerinden birisidir. Aynı zamanda yapılacak girişim ve sonuçları ile ilişkili hastaya bilgi vermek bir hasta hakkıdır (Yılmaz 1991). Bu hak, ülkemizde 1998 yılında resmi olarak "Hasta Hakları Yasası" ile güvence altına alınmıştır.

Nielsen ve arkadaşları (1991) kadınlara mamografi sırasında neler olacağına ilişkin eğitilmiş bir hemşire tarafından bilgi verilmesinin mamografi ile ilişkili ağrı ve anksiyeteyi azalttığını belirlemişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da iyi bir iletişim ve bilgi vermenin mamografi işlemine ilişkin kadınların yaşadığı anksiyeteyi azalttığı saptanmıştır (Alimoğlu ve ark. 2004, Teasdale 1993, Baines ve ark 1990, Jackson ve ark 1988). Ancak, Mainiero ve arkadaşları (2001) mamografi çekimi için başvuran kadınların bir kısmına bekleme salonunda

mamografi ile ilgili eğitici bir film, diğerlerine eğitici özelliği olmayan bir film seyrettirdikleri çalışmalarında, iki grup arasında işleme bağlı kaygı düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Doyle ve Stanton (2002)' da, mamografi işlemine ilişkin fazla bilgi isteyen kadınların istemeyen kadınlara göre daha fazla anksiyete yaşadıklarını saptamıştır. Bu konuda ülkemizde Alimoğlu ve arkadaşları (2004)'nın yaptığı çalışmada, işlem öncesi bilgilendirilen kadınların anksiyete/kaygı düzeylerinde anlamlı bir azalmanın olmadığı bulunmuştur.

Mamografi işleminin ağrı ve anksiyete üzerindeki etkisi ile ilgili farklı kültürlerde birçok çalışma bulunmakla birlikte ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Şahin ve ark. 2007, Alimoğlu ve ark. 2004, Özdemir ve ark. 2000). Ağrı ve anksiyete kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle ülkemiz kültüründe mamografi çekilecek kadınların işleme ilişkin yaşadıkları ağrı ve anksiyete durumlarının belirlenerek kurumda kadınların ağrı ve anksiyete düzeylerinin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasına rehberlik etmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumun mamografi ünitesinde, hastalara işleme ilişkin yazılı bilgi verilmemektedir. Bilindiği gibi sözel verilen bilgi bireysel faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda yazılı öğretim materyallerinin hasta bireyler üzerindeki olumlu etkisi ispatlanmıştır (Alimoğlu ve ark. 2004, Mainiero ve ark. 2001, Reers ve Bath 2000, Wellisch ve ark. 1999, Karayurt 1998, Fox ve ark. 1990). Bu nedenle bu çalışmada mamografi çekilecek kadınlara yazılı materyal ile bilgi verilmesinin bilgiyi etkili hale getireceği düşünülmüştür.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu alıŐma, mamografi çekilecek kadınlara verilen bilginin işlem öncesi anksiyete ve işlem sonrası ağrı düzeyi, işlem sırasında derin solunum ve sayı saydırmanın ağrı düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

1. MEME KANSERİ

Meme kanseri gün geçtikçe artan bir sağlık sorunudur. Batı ülkelerinde yaşamı boyunca her 8–9 kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Dünyada kadınlarda görülen kanserlerin %32'sini ve kansere bağlı ölümlerin %19'unu oluşturur. ABD'de yapılan istatistiklerde, meme kanseri insidansında ki artışa rağmen meme kanserine bağlı değişik yaş gruplarındaki mortalite oranları hemen hemen sabittir. Hastalık sıklığındaki artışa rağmen mortalitenin göreceli olarak düşmesi hastalığın erken tanı ve tedavisindeki gelişmelere bağlıdır. En eski kanser kayıt sistemleri bulunan ABD'de meme kanserinin yıllık artma hızı 1940- 1980 yılları arasında %1,2'dir. Buna karşılık SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) programının tespitine göre; 1973–1980 yılları arasında ki artış %3'iken 1980–1988 döneminde ki artış % 30 olarak hesaplanmıştır. Bu duruma bakılırsa ülkede meme kanserinin hızlı bir oranda arttığı düşünülebilir. Bu dönem mamografinin sık kullanılmaya başlandığı yıllar olduğundan sıklık oranının yükselişi, tanıdaki artışı yansıtmaktadır. Ülkemize ait verilerin çok güvenilir olduğunu söylemek zor olmakla birlikte, gözlemlerimiz meme kanserinin ülkemizde de çok sık görüldüğü ve gün geçtikçe arttığı yönündedir (Aydıntuğ 2004).

Meme kanserinin doğal seyri oldukça uzundur. Ortalama doubling zamanı (doubling zamanı: tümörün boyutunun bir kat artması için geçen süredir) 100 gündür. Klinik olarak saptanabilecek 1 cm'lik kitle oluşumu için yaklaşık 8 yıl (30 doubling zamanı) gerekir. Yaklaşık 20.doubling zamanında ise kendi neovaskülarizasyonuna sahip olur. Süre uzadıkça tümör hücrelerinde mutasyon için olasılık artar ve hastalar; büyüme hızı, metastaz eğilimi ve ilaç duyarlılığı farklı olan pek çok tümör klonuna sahip olabilirler (Koçyiğit 2007).

A. Meme Kanseri Nedir?

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş, farklılaşmış bir ter bezidir, tubuloalveolar bir bezdir. Süt üreten lobül sistemi ile bunları meme başına aktaran duktus sisteminin birleşiminden oluşur. Zengin kanlanma, lenfatik yapı, bağ dokusu, yağ dokusu, sinirler, deri, memenin şeklini verir ve aynı zamanda sekonder bir seks organı olmasını sağlar. Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm on yıllarca sürer. Başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içinde sınırlı olan kanser hücreleri sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar. Bir gram meme kanseri dokusunun ortalama sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir. Ancak bu tüm tümörler için geçerli olmayabilir. Bazı tümörler daha çok küçük olduğu dönemde metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3-4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Bu heterojen yapı meme kanserini tek bir hastalıktan çok, bir hastalıklar topluluğu durumuna getirmektedir. Meme kanseri tedavi edilmezse biyolojik davranışına göre, uzak organ metastazları yapar ve sonunda ölüme neden olur. Ortalama olarak klinik tanı konduktan sonra hastalar beş yıl içinde ölürlür. Ölümlerin büyük çoğunluğu organ metastazları nedeniyle olur. Kemik metastazları ile daha uzun süre yaşanabildiği halde, beyin, karaciğer, akciğer metastazları ortaya çıktıktan sonra yaşamda kalma süresi ayları geçmez. Uzak organ metastazları ortaya çıktıktan sonra bugün için bilinen küratif bir tedavi bulunmamaktadır. Meme kanseri daha çok 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülür. Yaş ilerledikçe giderek görülme sıklığı ve önemi artar. Genetik geçiş gösteren formlar tüm meme kanserlerinin %10'unu oluşturur ve bu gruptaki hastalarda, daha genç yaşta ve her iki memede kanser insidansının yüksek olması dikkat çekicidir (Aydıntuğ 2004, Turgut ve ark. 2000).

B. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Daha önce belirtildiği gibi her kadın risk altındadır. Ancak meme kanserinin heterojen bir hastalıklar topluluğu olması nedeniyle, her kadın meme kanseri gelişimi açısından aynı derecede risk altında değildir. Bu risk gruplarının ayırt edilmesi ve erken tanılamada bu kişilere öncelik verilmesi gereklidir. Şunu da unutmamalıyız ki kadının öz ve soy geçmişinde meme kanseri ile ilgili hiçbir risk etmeni olmasa bile, bu kadının yaşamı boyunca meme kanseri olma olasılığı %12'ye yakındır (Aydıntuğ 2004).

Cinsiyet: Kadın olmak başlı başına bir risk oluştururken, literatürdeki verilere bakıldığında %1 olasılıkla erkeklerde de meme kanseri görülmektedir. Klinikte her 100–200 kadın meme kanserine karşılık, bir erkek meme kanseri ile karşılaşılır (Aydıntuğ 2004, Alican 1996, Lewis ve ark. 1996, Anderson 1994).

Yaş: Kansere yakalanma riski yaşla beraber artar ve her 10 yılda iki katına çıkar. ABD'de meme kanserinin %95'i 40 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır (Aslan ve Gürkan 2007, Ferrante ve ark. 2007).

Aile Hikâyesi: Meme kanserine ailesel yatkınlık ilk olarak 1866'da Paul Broca tarafından kendi eşinin ailesinde dört nesil süresince 24 kadının onunda meme kanserinin ortaya çıkmasından sonra ileri sürülmüştür. Daha sonra Macklin meme kanserli bir kişinin annesinde, toplumdaki kadınlara göre meme kanseri gelişme olasılığının 2 kat, kız kardeşinde ise 2,5 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Anderson 1994). Aile hikâyesi olan kişilerde meme kanserinin ortaya çıkma yaşı daha erken olup, hastalık bilateral olma eğilimindedir ve hastalığın erken ortaya çıkışı özellikle annesinde meme kanseri olanlarda daha belirgindir (Anderson 1994). İki veya daha fazla, birinci derece akrabasında meme kanseri varsa bu risk çok daha fazla artar. Akrabalarında meme kanseri ne kadar erken ortaya çıkmış ise o kişide risk o kadar artar. Birinci derece akrabasında bilateral meme kanseri olması da riski artırır. Meme kanserinin genç yaşta ortaya çıkması genetik yatkınlığın en önemli göstergesidir. Yaşı 50'yi geçen bir kadında görülme riski, artık ailesel hastalığa bağlı yüksek risk döneminden çıkmıştır. Genel olarak meme kanserinin soy geçmişle ilgisi ancak %10'dur (Slattery ve

Kerber 1993). Tüm bu çalışmalara ve sonuçlarına rağmen artmış ailesel riskin ne kadarının genetik olarak geçmiş etkenlere ne kadarının da ailenin ortak yaşam tarzına, beslenme alışkanlığına bağlı olduğunu söyleyebilmek pek mümkün değildir.

Aile öyküsü olan kadınlarda meme kanseri riski genel nüfusun 2–3 katıdır. Bu risk birinci derece veya 40 yaşından önce meme kanseri gelişen akrabada en yüksek düzeye ulaşmaktadır (Lynch ve Mulcahy 1996).

Meme Kanserinden Etkilenen Aile Bireylerine Göre Risk Faktörü Dağılımı

Etkilenen aile bireyi	Rölatif risk
45 yaşından küçük anne veya kızkardeş	2.2- 3.8
45 yaşından büyük anne veya kızkardeş	1.4- 1.6
Anne veya kızkardeşte bilateral CA	5
İki veya daha çok 1.derece akrabada CA	2.5 -8
1.derece erkek akrabada CA	2.3(kadın için) 6.1(erkek için)

Ailesel Kalıtsal Sendromlar: Kalıtsal meme kanseri aile içi görülen meme kanserlerinin ancak küçük bir kısmını oluşturur. Gerçek kalıtsal meme kanserlerinin %3 -8 olduğu bildirilmektedir. Buna Herediter meme kanseri sendromu denilmektedir ki otozomal dominant olup, menopoz öncesi daha çok bilateral meme kanseri ile ilişkilidir ve aile bireyleri için %50- 85 risk taşımaktadır. Bu sendromlar arasında Li Fraumeni, Cowden, Klienfelter Sendromu vardır.

Genetik Lezyonlar: Bunlara gen mutasyonları da denir. Li Fraumeni sendromunda bir tümör süpresör geni olan p53'de mutasyon söz konusudur. Mutasyonla süpresyon ortadan kalkınca birçok tümör gibi meme kanseri ortaya çıkışı da artmaktadır.

Son yıllarda izole edilen kromozom 17q'da oturan BRCA 1 geni de süpresör bir gendir ve germline mutasyonla meme kanseri riskini arttırmaktadır. Kalıtsal mutasyonlarla BRCA 1 birikmesiyle %100 kalıtsal meme kanseri oluşmasından sorumludur. Bu tiplerde hastalık erken yaşlarda ortaya çıkar. Son olarak kromozom 13'te BRCA 2 saptanmış ve bunun BRCA ile ilgili olmayan kalıtsal meme kanserinin %70 sorumlusu olduğu bildirilmiştir (Karayurt ve ark. 2008, Koçyiğit 2007).

Fertilite-İnfertilite: İnfertilite ve nulliparite için meme kanseri riski fertil ve multipar kadınlara göre %30 -70 daha yüksektir. 18 yaşından önce hamile kalan ve hamileliği tamamlayan bir kadın, 35 yaşından sonra hamile kalan kadınların taşıdığı riskin 1/3'ü kadar risk taşır (Alican 1996).

Emzirme ve Menopoz: Laktasyon ile meme kanseri arasındaki ilişki konusunda henüz tam bir fikir birliği olmamakla beraber, laktasyonun toplam ovulatar dönem sayısını azaltarak koruyucu etki yaptığı düşünülmektedir. Geç menopoz meme kanserinde bir risk faktörüdür. 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda meme kanserine yakalanma riski, 45 yaşından önce menopoza giren kadınların iki katı kadardır (Brinton ve Schairer 1993).

Diyet Faktörleri: Diyet ile meme kanseri arasında açık bir ilişki saptanmamıştır. Fakat yağ tüketimi ile meme kanseri arasında belirgin bir ilişki vardır. Düşük yağ ve şekerden zengin diyet, serum östrojeninde azalmaya yol açmaktadır. Kahve ve alkol kullanımı ile vitamin-A yetersizliği, meme kanseri gelişiminde önemli olabilir (Alican 1996). Orta düzeyde alkol alımı östrojen metabolizmasında değişikliklere sebep olur. Çoğu prospektif çalışmalar göstermiştir ki alkol meme kanseri riskini %30 artırmaktadır (Ferraroni 1998).

Benign Meme Lezyonları: Fibroadenom ve fibrokistik hastalık maligniteye yol açmasa da epitelyozis gibi özellikleri nedeniyle sorumlu olabilirler. Sklerozan adenozis ve papillomada risk 1,5-2 kat, atipik duktal hiperplazi ve atipik lobüler hiperplazide 4 -5 kat artar. Ayrıca bu lezyonlara sahip kişilerin ailesinde meme kanseri öyküsü de varsa risk 9 kat artmaktadır (Lynch ve Mulcahy 1996).

Radyasyon: Nagasaki ve Hiroshima'daki atom bombası mağdurları, akut postpartum mastit nedeniyle yüksek radyasyon ile tedavi olanlarda ve pulmoner tüberküloz nedeniyle pek çok kez göğüs floroskopik incelemesi yapılanlarda meme kanseri insidansı artmaktadır. Aynı dozun parçalar halinde alınması ile tek doz halinde alınması arasında risk açısından hiçbir fark yoktur. Meme kanseri için uygulanan radyoterapi kontralateral memede kanser riskini arttırmaktadır (Hom ve Thompson 1998).

Obezite: Çalışmalar meme kanserinin kilo ile direkt ilişkili olduğunu göstermiştir. Obez kadınlar obez olmayan kadınlara göre meme kanseri yönünden 1,5–2 kez daha riskli durumdadırlar. Japonya'daki kadınlarda meme kanserine bağlı mortalitenin artan boy ve kiloya bağlı olduğu saptanmıştır (Willet ve Brown 1990).

Daha Önce Meme Kanseri Geçirmiş Olmak: Brinton, daha önce bir memesinde meme kanseri geçirmiş kadınların karşı memesinde de meme kanseri çıkma olasılığının 3–4 kat daha fazla olabileceğini saptamışlardı. İkinci bir kez meme kanseri çıkma olasılığı ailede meme kanseri olanlarda daha yüksektir. Ayrıca daha önce over veya endometrium kanseri geçiren kadınlarda meme kanseri oluşması için relatif risk 1,3–1,4 düzeyindedir.

Hormon Kullanımı: Malone ve arkadaşlarına göre doğurganlık çağının ortalamada (25-39 yaş) kombine kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanseri yönünden her hangi bir artış söz konusu değildir. Dünya Sağlık Örgütüne göre ise enjeksiyon yöntemiyle kontraseptif kullanımı meme kanseri riskini ne azaltmakta ne de arttırmaktadır. Postmenopozal kadınlarda menopoiz semptomlarını ortadan kaldırmak, osteoporozu önlemek ve iskemik kalp hastalığı riskini azaltmak için hormon replasman tedavisi uygulanmaktadır. Postmenopozal kadınlarda östrojen replasman tedavisinin meme kanseri riskiyle ilişkisi konusunda son 15 -20 yılda sayısız epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucuna göre perimenapozal ve postmenapozal hormon replasmanı meme kanseri ihtimalini hafif de olsa arttırmaktadır (Fenndrick ve ark. 1998, Havel ve ark. 1998, Brinton ve Schairer 1993, Malone ve Daling 1993).

Fiziksel Aktivite: Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığına yönelik çalışmalar vardır (Cummung 2007).

Major Risk Faktörleri

- 1-Yaş
- 2-Cinsiyet
- 3-Aile öyküsünde meme kanseri
- 4-Atipik hiperplazi
- 5-BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon

Minör risk Faktörleri

- 1-Menstrüal öykü
- 2-Doğum öyküsü
- 3-Günlük alkol alımı
- 4-Yağlı diyet

Koruyucu faktörler

- 1-Emzirme
- 2- İlk çocuğun 30 yaş öncesinde doğması
- 3-Haftada 3 kez egzersiz yapma; Haftada 3 kez yapılan düzenli egzersiz, adipoz dokuyu azaltmakta dolayısıyla endojen östrojen salınımı azaldığından risk %35-%40 oranında azaltma göstermektedir (Gross 2000).

C. Meme Kanserin Klinik Özellikleri

Meme karsinomlu kadınlar genellikle hastalıklarını kendileri bulurlar. Ancak son zamanlarda rutin olarak kontrole gelen veya başka bir hastalık nedeniyle müracaat eden hastalarda dikkatli yapılan fizik muayene sırasında, gittikçe artan bir sıklıkla meme karsinomu tespit edilmektedirler. Meme kanserli hastalarda, memede saptanabilen belirti ve bulgular şöyledir (Karayurt ve ark. 2008, Koçyiğit 2007):

Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Belirti ve bulgular	Yorum
Kitle	<ul style="list-style-type: none">• Hareketsizdir• Ağrısızdır• 1-2 cm büyüklüğündedir• Tek taraflı ve süreklidir• Sınırları kısmen belirlenebilir• Şekilsizdir ve zor palpe edilebilir
Ağrı	<ul style="list-style-type: none">• Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.
Meme başı akıntısı	<ul style="list-style-type: none">• Pek sık rastlanmaz• Tek taraflı• Genellikle kanlıdır
Forge belirtisi	<ul style="list-style-type: none">• Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadrındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesi ile olur.
Meme üzerindeki deride eritem	<ul style="list-style-type: none">• Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.
Meme başında retraksiyon veya çökme	<ul style="list-style-type: none">• Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
Deride ülserasyon ve eritem	<ul style="list-style-type: none">• Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada M. Pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.
Lenf nodüllerinde büyüme	<ul style="list-style-type: none">• Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda oluşur.
Üst kolda anormal şişlik	<ul style="list-style-type: none">• Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

D. Meme Kanserinin Önemi

Sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir ve günümüz koşullarında erken evrelerde tanınmasının olanaklı olması, meme kanserinin önemini artırmaktadır. Ayrıca son yıllarda meme kanserli hastalar giderek daha teknik olarak tedavi edilmekte ve daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu sevindirici gelişme, yeni ve "tümöre yönelik bireysel tedavi"lerle birlikte oldukça pahalıya mal olmaktadır. Tanı için harcanan para, cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi, immünolojik tedaviler, lokal rekürrensi ve sistemik metastazı ortaya çıkarmak için yapılan incelemelerin hepsi tedavi masraflarını ciddi olarak arttırmaktadır. İnsan yaşamının değerinin ekonomik yükünü tartışmak duyarlı bir konudur. Fakat birçok batı ülkesinde hızla yaşlanan nüfusun, sağlık harcamalarının boyutunu sigorta şirketlerinin karşılamakta zorlandıkları da bir gerçektir. Bu nedenle, meme kanserinde olduğu gibi, birçok hastalıkta erken tanı için gereken testlerde sigortaların karşıladıkları tutar giderek düşürülmektedir. Ülkemizde ise bu konu ile ilgili olarak net bir devlet politikası yoktur (Aydınтуğ 2004).

E. Meme Kanserinde Erken Tanının Anlamı ve Önemi

Meme kanseri, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye için de önemli bir sağlık sorunudur. Çünkü meme kanseri, Türkiye’de de kadınlarda en sık rastlanan kanser tipidir ve Türkiye’de kadınlarda meme kanseri insidans hızı orta derecede yüksek olan ülkeler arasındadır. Bu nedenle Türkiye’de kanser kontrolünün bir parçası olarak, meme kanserinin kontrolü için, topluma yönelik programların uygulanması gerekmektedir.

Meme kanseri sistemik bir hastalık olmakla birlikte, sistemik hastalığın belirgin duruma gelmesi için (metastaz gelişimi için) genellikle tümör çapının 1 cm’den büyük olması ve aksiler lenf nodu metastazının olması gerekir. Meme kanseri heterojen bir hastalıklar topluluğudur. Çok daha küçük tümörlerin agresif bir davranışla hematojen yolla metastaz yapmaları olanaklıdır. Fakat genel kural olarak, küçük tümörlerin saptanması, hastalığın metastaz yapma olasılığını azaltır. Dolayısıyla hastaliksız sağkalım süresi uzar. Belki de bunlardan daha önemlisi

erken tanı yaşam kalitesini arttırır. Çünkü erken evrede tanı konulup tedavi gören bir hasta uzun süre yaşama şansının yüksek olduğunu bildiğinden, hastanın yaşama bakış açısı ve yaşamdan zevk alışı çok değişecektir. Yine, tümör eğer küçükse meme koruyucu cerrahi yapmak mümkündür. Meme koruyucu cerrahi, maslektomi ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesini ileri derecede arttıran bir cerrahi girişimdir. Bu günkü teknoloji, özellikle mamografinin kullanımı ile meme kanserini 1 cm ve daha küçük boyutlarda yakalamaya uygundur.

F. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri ve Tanı Basamakları

Meme kanseri insidansı günden güne artmakla birlikte hastalık erken tanılanarak ölümler azaltılabilir. Bu nedenle erken tanı ve kitle taraması bu hastalık için önem taşımaktadır (Alimoğlu 2004, Karayurt ve ark. 2008).

Meme hastalıklarına yaklaşımda ve meme hastalıklarının değerlendirilmesinde tanı basamakları:

1. Klinik,
2. Radyolojik (görüntüleme yöntemleri),
3. Patolojik inceleme olarak ele alınır.

Diğer sistemlerde olduğu gibi anamnez ve iyi bir fizik muayene önemli olan ilk tanı basamağını oluşturur. Memenin kendi kendine muayenesi de bu basamak içinde yer alır. Buna göre olguları asemptomatik ve memeye ait semptom/klinik bulgu gösteren olgular olarak gruplandırmak gerekir. Daha sonra uygulanacak olan görüntüleme yöntemleri hastanın asemptomatik ya da semptomatik olma durumuna ve yaşına göre belirlenir. Fizik muayene ve görüntüleme bulgularının değerlendirilmesinden sonra, kuşkulu lezyonlarda üçüncü adım olarak sitolojik ya da histolojik değerlendirmeye gidilir. Fizik muayene mamografi ve sitolojik inceleme üçlü test olarak adlandırılır ve bulgular korele edilerek yaklaşımda bulunulur.

F.1. Görüntüleme yöntemleri:

Memede görüntüleme yöntemlerinin kullanımı:

1. Asemptomatik kadınlarda, meme kanseri için tarama amaçlı,
2. Semptomlu olgularda tanı ve tedavi planlaması amaçlı,

3. Tedavi edilen olgularda izlem amaçlı olmak üzere gruplanabilir.

Meme görüntüleme yöntemlerinden beklenen:

- Yöntemin kolay uygulanabilmesi,
- Tekrarlanabilir olması,
- Duyarlılığı,
- Özgül oluşu ve
- Maliyetidir.

Meme görüntülemesinde başarı, yöntemin doğru seçimine, iyi tekniğe ve görüntülerin doğru yorumlanmasına bağlıdır. Günümüzde meme görüntülemesinde kullanılan temel, vazgeçilmez yöntem mamografidir ve yukarıda sayılan görüntüleme yöntemlerinden beklenen kriterleri en çok karşılayan yöntemdir. Rutinde tek başına ya da mamografiyi tamamlayıcı olarak sıkça kullanılan diğer yöntem ultrasonografi (US) dir. Son yıllarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) seçilmiş olgularda başvurulan bir görüntüleme yöntemi olarak memede kullanılmaktadır. Bunların dışında üzerinde halen çalışılan farklı yeni yöntemler vardır. Bunlar arasında sintimamografi, dijital mamografi ve pozitron emisyon tomografi (PET) sayılabilir. Mamografi ve ultrasonografi temel olmak üzere farklı yöntemlerin uygulanabildiği, meme incelemesi yapılan merkezlere “meme görüntüleme merkezi” denmektedir.

Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılan meme kanseri tarama planı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (www.cancer.org).

Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Planı

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

F.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM): Amerikan Kanser Topluluğu kendi kendine meme muayenesine (KKMM) 20 yaşından başlanması gerektiğini ve aynı zaman da hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir (Gülen ve ark. 2007, www.cancer.org).

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Meme kanserlerinin yaklaşık %90'ı hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir (Aydınтуğ 2004).

Düzenli ve doğru uygulanan kendi kendine meme muayenesi erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (Bulut ve ark. 2007, Gülen ve ark. 2007, Parlar ve ark.2004).

KKMM ile bir toplumda meme kanserinin evresinin düşeceği ve yaşam süresinin ve sürecinin olumlu yönde etkileneceği bildirilmiştir (Beştepe ve ark. 2007). Feldman ve arkadaşları (2001) tanısı konulmuş 996 kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada hastalığın evresi ile KKMM arasında son derece önemli bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. KKMM'ni ayda bir kez yapanlarla hiç

yapmayanlar ya da nadiren yapanları karşılaştırdıklarında tümör çapının ayda bir defa yapanlarda daha küçük, diğerlerinde ise 4 cm veya daha büyük olduğunu belirtmişlerdir (Feldman ve ark. 2001).

Yapılan çalışmalar kadınların KKMM uygulama oranının %20 ile %40 arasında değiştiğini göstermektedir. Ancak hala kadınların büyük bölümü bu yararlı uygulamayı yapmamaktadır (Scaf-Klomp ve ark. 1997).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz ve her ay düzenli KKMM uygulama oranının da düşük olduğu saptanmıştır (Bulut ve ark. 2007, Erel ve ark. 2007, Gülen ve ark. 2007, Kılıç ve ark 2006, Parlar ve ark. 2007, Özgün ve ark 2007, Nural ve Akdemir 2000).

F.3. Mamografi

Mamografi, Meme kanserinin erken dönemde tanınması amacıyla geliştirilen tarama protokollerinde kullanılan en uygun ve etkin tanı yöntemidir (Maniero ve ark. 2001, Stegges 1998). Mamografi 1970’li yılların ortalarından itibaren meme kanseri olgularında mortalite oranında azalmaya neden olmuştur(www.cancer.org).

1.Mamografinin tarihçesi

İlk defa 1913 yılında Albert Salomon maslektomi ile çıkarılmış memelerde bu yöntemi uygulamıştır. Sonra daha yoğun çalışmalar yapılarak memenin 1920’lerde radyolojik tetkikleri yapılmış ve bu tetkikler Kleinfchmidt tarafından bir kitap halinde yayınlanmıştır.1931’den 1950 yılına kadar birçok araştırmacı mamografinin klinik uygulaması üzerine çalışmıştır. Jacop Gerson Cohen ve Albert Strickler, 1938 yılında meme dokusunun radyolojik görünümünün yaş ve menstruel period fazları ile ilişkili olarak değişiklik gösterdiğini bildirmişlerdir. Leborgne 1949’daki çalışma serisinde meme kanserlerinin %30’unda radyografik olarak belirlenen mikrokalsifikasyonların bulunduğunu, bu kalsifikasyonların görünüşlerinin de bening ve maling meme dokularında farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Aynı zamanda Leborngne kuşkulu meme alanına yönelik spot kompresyon mamogramlarının uygulanmasını da ilk olarak ortaya koymuştur.

Robert Egan 1960 yılında yüksek miliamper ve düşük kilovoltaj ile uygulanan mamografik tekniği tanımlamıştır. Mamografide gözlenen nonpalpable meme lezyonlarına biyopsi öncesi iğne lokalizasyonu ilk kez 1963’de G.Dodd tarafından uygulanmıştır. Gershon-Cohen ve arkadaşları 1956–61 yıllarında, mamografi ile saptanan meme kanserlerinin semptomatik olanlara göre daha iyi prognoza sahip olduklarını bildirdiler. Fizik muayene ve mamografiden oluşan ilk periyodik, kontrollü, randomize tarama programı 1963–1966 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri’nde gerçekleştirilmiştir. İlk olarak 1965 yılında “dedicated” yani sadece yüksek kalitede meme incelemeleri yapmak üzere özelleşmiş radyografi sistemi geliştirilmiştir. Bu cihazda konvansiyonel Tungsten yerine Molibdenium hedefi ve 0,7 mm fokal spot kullanılmıştır. Yüksek kontrast rezolüsyonu ve kompresyon plağı ile hareketi ve saçılan radyasyonu azaltma özelliği vardı, elde edilen mamogramlarda yumuşak doku kontrast rezolüsyonu çok daha fazlaydı ve daha fazla detay içeriyordu. Daha sonra 1970 yılında exposure süresini kısaltarak hareket bulanıklığını ve radyasyon dozunu önemli derecede azaltan, yüksek detaylı güçlendirici ekran ve tek emülsiyonlu filmin bir arada kullanıldığı ilk screen-film mamografi sistemi üretilmiştir. 1972 yılında alternatif görüntüleme yöntemi Xeromamografi cihazı tanıtılmıştır. Kalsifikasyonlar gibi yüksek dansiteli yapılarda kenar belirginliğini daha iyi ortaya koyarak görüntü kalitesini arttırmasına karşın sistem kontrastının düşük olması bu yöntemin bir dezavantajıdır. Sickles ve arkadaşları 1977 yılında magnifikasyon mamografisini tanıttılar, bu tarihten sonra magnifikasyon imajları tüm mamografi ünitelerinde giderek yaygınlaşmıştır (Ünal 2006, Erdoğan 2001).

Mamografi;

- Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeniyle palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar,
- Biyopsi alanını belirler,
- Aksiler bölgeye metastaz yapmış ancak memede yeri ortaya konulamayan primer lezyonu bulmaya yarar,

- Kanser tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik evrede birçok kanserli hastayı saptar (Chagpar ve Masters 2007, Stephen ve Feig 2004).

Burgut ve arkadaşlarının 1994 yılında Türkiye’de kanser tanısı koyan ve patoloji servisi olan 16 merkezde kanser verilerinin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalarında, tüm kanser olguları içinde insutu kanserleri erkeklerde % 0.96, kadınlarda % 1.1; metastatik kanserleri ise erkeklerde % 9, kadınlarda % 9.4 olarak bulunmuştur (Burgut ve ark. 1994). Bu bulgu, Türkiye’de kanserin geç devrede saptandığını, erken devrede yakalamak için risk gruplarına yönelik tarama çalışmalarına gereksinim olduğunu göstermektedir (Nural ve Akdemir 2000).

Mamografik tarama ile sağlanan erken tanı mortaliteyi %20-70 oranında azaltmaktadır. Bu nedenle mamografi meme kanserinin tanısında “altın standart” olarak kabul edilir. Tarama amaçlı mamografinin 40-49 yaşları arasında 1-2 yılda bir, daha sonra yılda bir uygulanması önerilmektedir. Bu nedenle mamografinin meme kanserinin erken tanısındaki yeri konusunda bilinçlilik önemlidir (Turgut ve ark. 2000). Rutin mamografik görüntüleme 40 yaşın altındaki hastalarda şu nedenlerden dolayı genellikle önerilmez:

- Genel olarak kanser riski belirgin olarak düşüktür. 50 yaşından büyük kadınlarda 10/10000’i geçen meme kanseri insidansı 25 yaş altı kadınlarda 1/10000’in altındadır.
- Meme dokusu radyasyona daha duyarlıdır.
- Mamografi genç, yoğun memelerde daha az faydalıdır. Tarama programları ile dünyada mortalitede %25-30 düşüş sağlanmıştır (Fletcher ve Elmore 2003).

Topluma dayalı mammografi programlarından maksimum düzeyde toplum sağlığı yararı elde etmek için, 30-40 yaşları arasındaki kadınların başlangıç mammogramı yaptırmaları ve 70 yaşına kadar en az senelik veya iki yılda bir tekrarlı tarama mammografisi yaptırmaları önemlidir. Batı şehirlerinde mamografik taramalara kabul edilme oranını değerlendiren çalışmalar, sosyal

sağlık sistemleri olan şehirlerde 50 yaşından büyük kadınlar arasında, tarama mamografisi performansı oranını %70-90 olarak göstermiştir. Amerika'da 40 yaş üzerindeki kadınların %33-63'ü en az bir mamografik incelemeden geçmiştir. 50 yaş ve üzeri bayanların yılda iki kez mamografi çekilmesi yoluyla meme kanseri taraması yapılması, bu kanser sebebiyle gerçekleşen ölüm oranlarını %30 azaltmaktadır (Sapir ve ark. 2003, Aro ve ark. 2000,).

İsrail'de 1995'ten beri İsrail Ulusal Sağlık Sigortası Yasası altında sağlanan hizmetler arasında 50 yaş üzerindeki kadınlarda meme kanserinin erken belirlenmesine yönelik mamografik tarama yer almaktadır. Buna rağmen tarama mammografisi müracatı nispeten düşüktür (Sapir ve ark. 2003).

Tarama programlarından verimli sonuçlar alabilmek için katılım yüksek olmalıdır. Bu nedenle tarama mamografisine başvurmadaki engellerin belirlenmesi ve bu engellerin azaltılması gereklidir.

2. Mamografi Çekimi

Mamografi üç boyutlu meme yapılarının düşük X ışını kullanarak iki boyutlu olarak görüntülenmesidir (Tükel 2002, Turgut ve ark. 2000). Mamografi, tarama ya da tanı amaçlı olarak yapılmaktadır. Her iki durumda da mamografinin amacı, meme kanserini erken tanılamaktır. Her kadının kırk yaşından sonra bir kez klinik muayene yaptırıp mamografi çektirmesi gerekmektedir. Bununla birlikte kadının yüksek risk grubunda olduğu düşünülüyorsa mamografi çekimine daha erken yaşlarda da başlanabilir. Bu konu ile ilgili yayınlarda kadınların 30 yaşlarında bir kez mamografi çektirmesinin daha sonraki mamogramlara referans olması açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Topuz ve ark. 2003, Sevil ve Ünsal 2002, Turgut ve ark. 2000). Amerikan Kanser Derneği tarafından 40-50 yaşları arasında iki yılda bir, 50 yaşından sonra ise yıllık mamografi çekilmesi gerektiği bildirilmektedir (www.cancer.org).

Mamografi çekimi sırasında uygulanan sıkıştırma işlemi meme dokusunun üst üste gelen kısımlarını birbirinden ayırarak var olan bir kitlenin gözden kaçmamasını ve yalancı kitle görünümünün ortadan kalkması sağlanmış olur.

Bunun yanı sıra sıkıştırma ile memenin alacağı radyasyon dozu azalır ve görüntü kalitesi artar (Sapir 2003, Turgut 2000, Bruyninckxa ve ark. 1999).

3. Mamografide Kullanılan Pozisyonlar

Rutin mamografi iki pozisyonda yapılmalıdır. Kraniokaudal ve lateral oblik, standart projeksiyonlardır. Meme içerisindeki spesifik alanları değerlendirmek için ek pozisyonlar gerekebilir.

Kraniokaudal (CC) Pozisyon: Memenin standart transvers pozisyonudur.

Mediolateral-Oblik (LO) Pozisyon: Bu pozisyonda pectoralis major kası ve memenin alt kısmı ile memenin aksiler kuyruk kısmını içerecek şekilde tamamı görüntülenebilir. Kasette 30-45 derece açı verilir. Hasta aynı tarafa doğru yan olarak uzanır. Bu pozisyonda pectoralis major kası en kolay şekilde göğüs duvarından öne doğru çekilir, memenin arka kısımlarının en iyi şekilde görüntülenmesi sağlanır.

Medio-Lateral (ML) Pozisyon: Memenin arka ve kuyruk kısımlarını tam olarak içermediği için rutinde oblik pozisyon kullanılır. Ancak ML pozisyon lezyonların lokalizasyonu için gereklidir. Lezyon ile glandüler dokunun süper pozisyonu ayırtdılır. ML görüntü gerçek bir sagittal görüntüdür. Yine üst-iç kadranın üst kısımlarındaki lezyonları oblik pozisyondan daha iyi gösterir. Ayrıca derinde göğüs duvarı yakınında memenin inferomedial ve inferolateral kısmındaki lezyonları da daha iyi gösterir. Oblik grafide incelenebilen ancak CCpozisyonunda görülmeyen lezyonların lokalizasyonunda da ML görüntü yararlı olur. ML görüntüde oblik grafi görüntüsünden daha aşağıda olan lezyon lateral yerleşimli, daha yukarıda olan medial yerleşimlidir.

Medial-Oblik (MO) Pozisyon: Bu pozisyon ile uzak medioposteriora yerleşik ve sadece CC mamogramda görülebilen ya da mamografide görülemeyen iç kadradaki palpabl lezyonlar görüntülenebilir.

Ekzajare (Abartılmış) CC (EX-CC) Pozisyon: Laterior, posterior ya da medioposteriorun derinindeki doku rutin CC görüntüsünde görülemeyebilir. Rutin LO pozisyonda görülen bir lezyon, CC pozisyonunda görülmediğinde ekzajare lateral ve ya medial CC pozisyon yararlı olur.

Spot Kompresyon Lezyonu: Standart grafilerde daha ayrıntılı görülmek istenen bir alan spot kompresyon tekniği ile çevre dokular uzaklaştırılarak daha iyi görüntülenebilir. Spot kompresyon özellikle bir nodülün kenarlarının değerlendirilmesinde ya da fokal bir dansitenin gerçek bir lezyon mu yoksa dokuların üst üste gelmesinin yalancı görüntüsü mü olduğunun ayırımında oldukça faydalıdır. Küçük nodül ya da kalsifikasyonların değerlendirilmesinde spot kompresyonla birlikte magnifikasyonda kullanılabilir.

Aksiler Pozisyon: Genellikle oblik grafilerde memenin aksiler kuyruğu ve aksillanın aşağı kısmının görüntülenmesine karşın aksillanın üst kısmın değerlendirmek için aksiler projeksiyon gereklidir.

Magnifikasyon Grafileri: Magnifikasyon kitle lezyonlarının sınırlarının ve mikrokalsifikasyonların sayı ve morfolojilerinin belirlenmesinde yararlıdır. Ayrıca multisentrik tümörlerin tanımlanmasında da faydalı olur. Magnifikasyon grafilerinde memeye verilen radyasyon dozunda konvansiyonel mamografiye oranla 1.5-4 katlık bir artış vardır.

4. Mamografi Çektirmeme Nedenleri

a) Mamografi çekilen yere ve personeline ilişkin sorunlar:

Hastaneye gelen her birey yabancı oldukları bu ortama ilişkin olarak yaşadığı korku ve endişeleri karşısında sağlık bakım ekibinin tutumu, bireylerin hastane deneyimini büyük ölçüde etkilemektedir. Hastane ortamı hasta birey için yabancı, korkutucu, endişe verici ve karmaşık bir ortamdır . Mamografi çekilen yerin özellikleri, ilgili bölümlere çalışan personelin hizmeti sunuş biçimi gibi özellikler kadınların o bölüme gidip gitmemesini etkileyecektir (Fernandez ve ark. 2005). Kadınların mamografi çekimi esnasında yaşadıkları deneyim, sunulan hizmetin hedef kitlesi tarafından kabul edilebilirliği açısından büyük önem taşır. Olumsuz tecrübeler yaşamış kadınlar, programa katılmayı düşünen başka kadınlarında cesaretini kırabilir. Daha önce yaşanmış olumsuz bir mamografi deneyimi kadının tarama programına devam etmesine engel olur (Doyle ve Stanton 2002).

b) Bilgisi eksikliği:

Mamografinin faydasını bilmemek, yanlış inanışlar vb. durumlar kişinin mamografi çekimine engel oluşturacak durumlardır (Loken ve ark. 1998).

c) Radyasyona maruz kalma düşüncesi:

Mamografik taramanın benimsenmemesi konusunda inceleme sırasında meme dokusunun yüksek doz radyasyona maruz kaldığı inancı önemli bir sorun oluşturmaktadır. Ancak henüz mamografi nedeniyle kanser olan kadın bulunmamaktadır. Mamografi tekniğinin gelişmesine paralel olarak meme dokusunun inceleme sırasında maruz kaldığı doz azaltılmaktadır. Mamografinin klasik röntgenden en önemli farkı düşük dozda daha yüksek görüntü kalitesi elde etmesidir. Teknik olarak kaliteli bir mamografide memenin tümü ya da olabildiğince fazla meme alanı yüksek kontrast ve optimum görüntü ayrıntısı ile görüntülenmelidir (Loken ve ark. 1998, Turgut ve ark. 2000).

d) Mamografi deneyimi:

Bir önceki mamografi işlemi ile ilgili yaşadığı tüm olumsuz deneyimler bireyin mamografi çekimine engel oluşturacaktır. Kişinin önceki mamografisinde ağrı deneyiminin oluşu o mamografide de ağrı yaşamasını önemli ölçüde etkileyecektir ve bu şekilde yaşadığı tüm olumsuzluklar da bireyin sonraki mamografi çekimine gelmelerini engelleyecektir (Ekeberg ve ark. 2001, Fernandez ve ark. 2005, Kornguth ve ark. 1996). Stres ve utanmanın da bunda rolü vardır fakat ağrı etkeni ile karıştırıldığında onun kadar önemli değildir. Dolayısıyla ilk deneyimde yaşanan memnuniyet düzeyi sonraki mamografi çekimini etkilemektedir (Doyle ve Stanton 2002, Marshall 1994).

e) Ağrı:

Ağrı insanoğlunun en yakından tanıdığı, en rahatsız edici ama en de vazgeçilmez yaşantularından biridir. Ağrı sadece sinir uçlarına fiziksel bir uyarım değil; fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir etkileşim olarak kabul edilmektedir (Bryninckx ve ark. 1999, Doksat 2003). Ağrı sadece objektif bir kavram değildir, subjektif boyutuda vardır, kişi ağrısının olduğunu söylüyorsa vardır. Ayrıca düşünce ile ilgili birçok faktörde ağrıya sebep

olabilir.(Bendelow ve Williams 1995). Ağrı toleransı bireyden bireye farklılık gösterir ve bireysel bir tepkidir (Hafslund ve Lecturer 2000). Mamografi bazı kadınlara göre ağrı veren bir sınavdır (Bruyninckx ve ark. 1999). Mamografi ağrısı, başarılı bir mamogram muayenesinin çok önemli bir kompanenti olan meme kompresyonu nedeniyle oluşur. Bu, kimi zaman hastalarda rahatsızlık yaratabilir, ancak yeterli sıkıştırma ile memenin alacağı radyasyon dozu azalır. Aynı zamanda meme dokusunun üst üste gelen kısımlarının ayrılmasıyla var olan bir kitle gözden kaçırılmamış olur ve yalancı kitle görünümüleri kaybolur (Fernanez ve ark. 2005, Turgut ve ark 2000).

Mamografide ağrıya neden olan faktörler:

Faktörler	
Prosedürel faktörler	İşleme alınma sırası Sıkıştırma oranı
Bağlamsal faktörler	Mamografi ünitesi Bekleme zamanı Bekleme odası Muayene odası
Çekim personeli (Bireysel faktörler)	Cinsiyet Cinsellik düşüncesi Yaş Eğitim düzeyi Mamografi ile ilgili bireysel tecrübe Kendisi ile barışık olma Hastalığın etkisi Mamografi ile ilgili tutumu Hastalık nedeniyle ağrı düşüncesi Ağrı yaratacağı düşüncesi
Çekim personeli ile ilgili faktörler	İşleyiş(mamografi çekimi) Prosedür hakkındaki bilgi İşlem sırasında kişinin dur diyememesi Sorulara yanıt Birey ile sohbet
Kadınla ilgili faktörler (1. Psikososyal)	Emosyonel durum Önceki ağrı deneyimi Mamografi hakkındaki bilgi Mamografi ile ilgili Anksiyete Sonuçla ilgili Anksiyete Ağrı beklentisi Gerginliğin ortaya çıkışı
Kadınla ilgili faktörler (2. Biyolojik)	Menstrüel siklus Menopozal durum Hormonal durum Memede genel hassasiyet Mamografi gününde hassasiyet Glandüler doku Amputasyon Protez
Kadınla ilgili faktörler (3. Diğer)	Yaş Eğitim Evlilik durumu Meslek

Kadınlara mamografi işleminin nasıl olduğu, kompresyonun ağrıya sebep olabileceği, bu kompresyonun nedeni açıklanırsa bireyin yaşayabileceği ağrı azaltılır (Sullivan ve ark. 1991).

f)Anksiyete:

Sağlık kuruluşlarına başvurmada bu kadar engeli olan kadınlar sağlık kuruluşuna başvurduklarında ise hastalıklar, hastane ortamı, hastanede uygulanan tanı, tedavi işlemlerini bir tehlike olarak algılamaktadırlar. Hastane ortamına giren kadınlar, başkalarına bağımlı hale gelmekte, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, korkutucu kurallar, anlaşılmayan tıbbi dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve mahremiyet gibi nedenlerle anksiyete yaşayabilmektedirler (Mete 1998). Anksiyete de ağrı gibi bireysel deneyimdir ve birkaç kelimeyle tanımlanması zor bir kavramdır (Hafslund ve Lecturer 2000). Her birey alışlageldiği yaşam içerisinde, ne olduğunu tam olarak bilemediği bir durum ile karşılaştığı zaman anksiyete yaşar. Mammografi ile ilişkili anksiyetenin en önemli sorumlusu meme kanseri çıkma korkusudur (Ekeberg ve ark. 2001). Sağlık sorununu önemsememe, ekonomik sorunlar ve mahremiyet gibi durumlar mamografi çekimine gelmeyi etkileyen ve anksiyeteye neden olan diğer sorunlardır (Mete 1998). Kadınların yaşadığı anksiyete mamografi çekiminden kaçmasına, durumunun ilerlemesine neden olup bireyin yaşam kalitesi ve sağkalımı olumsuz yönde etkileyecektir.

5. Mamografi Hakkında Bilgi Verme

Mamografi “vücudun doğru pozisyona getirilmesi ve filminin çekilmesi sanatı” olarak da tarif edilmiştir. Kadının belli bir pozisyonda tutulup göğsüne basınç uygulanmasının bir sanat olduğu inkar edilemez. Bu da mamografiyi çeken görevlinin hem üst düzey bir teknik bilgi ve yeteneğe sahip olmasını hem de mamografi esnasında kadına güçlü ve etkin bir iletişim kurmasını zorunlu kılar. Görevlinin memeye uygulanan baskının kısa süreceği konusunda hastayı bilgilendirmesi, özellikle de kadınlar sıkıntı içinde ve endişelilerse bunun onlar tarafından anlaşılması önemlidir. Mamografiyi çeken radyologun hastaya karşı

tutumu, saygı gösterme ve önem verme anksiyeteyi azaltmada olumlu etmenlerdir (Hafslund ve Lecturer 2000). Uygulamanın ilk aşamasından olumlu ayrılma olmadıysa bu durum sonraki muayenelere katılma konusunda kadının cesaretini kırabilir. Kadınlara mamografi hakkında bilgi verilmesi daha gerçekçi beklentiler oluşmasını sağlayacağı bildirilmektedir. Bilgilendirme verilen hizmetten memnun olma düzeyinin yükselmesine katkıda bulunabilir.

Kadınlara mamografi işleminin aşamalarını resimlerle gösteren broşürlerinin hazırlanarak bilgi verilmesinin kadınlara mamografiye zihinsel olarak hazırlanma imkânı verecektir. Verilen broşürler hissettikleri endişeyi azaltmasa da kadınlar, kendilerine ilgi gösterildiği için memnun olduklarını belirtmektedirler. Yazılı broşürlerle bilgi verilmesi durumunda, kadınlar mamografiyi sıkıntılı bulsalar da işlemin aşırı ağırlı olmasını beklememektedirler. Mamografi çekilmeden önce yaşanan anksiyetenin çoğunun yetersiz bilgi nedeniyle olduğunu belirtilmektedir (Hafslund ve Lecturer 2000). Bununla birlikte sözü edilen bilgilendirmenin yapılabilmesi için, kadınların hangi tür bilgiyi ne miktarda istediklerini ortaya koyacak daha ileri araştırmalara gereksinim vardır (Doyle ve Stanton 2002).

Kadınların kompresyon basıncını kendilerinin kontrol etmesinin ağrı ve anksiyete üzerinde azaltıcı etkisinin olduğu belirtilmektedir (Kornguth ve ark. 1996). Bunun yanı sıra memeye uygulanan baskının yavaş yavaş artırılması, kadınlara ritmik sayı saydırma önerilmektedir. Memesinde ağrıya aşırı duyarlılık bulunan kadınlar için uygun randevu zamanlarının ayrılması da önem taşımaktadır. Bu önlemler ağrı korkusunun kadınları mammografi taramasından alıkoymasını engellemek ve uygulamadan memnuniyet açısından önemlidir (Doyle ve Stanton 2002).

Ağrı ve rahatsızlığı en aza indirmek için mamografi çekiminin yapıldığı ortamda önemlidir. Rahat, mahremiyeti sağlayan bir ortam, anksiyetenin azalmasına katkıda bulunabilir. Bunun yanı sıra, kadınların yaşadıkları rahatsızlıkları ortadan kaldıracak yeni yöntemlerin geliştirilebilmesi için daha kapsamlı araştırmalara gereksinim vardır (Doyle ve Stanton 2002). Örneğin;

mamografinin uygulandığı ortamda müzik, tablolar, dergiler bulunması hissedilen ağrının azalmasına yardımcı olabilir. Müziğin potansiyel tedavi edici etkisi dikkate alınmalı ve bu konuda daha ileri düzeyde araştırmalar yapılmalıdır.

Kadının sunulan hizmet ve sağlık bakımının standartları konusunda ne derece memnun olduğunun ölçülmesi, devamlı ve yüksek bir katılımın sağlanması açısından oldukça önemlidir (Doyle ve Stanton 2002).

V. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

1. Araştırmanın Şekli

Araştırma deneysel olarak yapılmıştır.

2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi polikliniği içinde bulunan meme hastalıkları polikliniği ve mamografi ünitesinde yürütülmüştür. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sivas iline 7 km uzaklıkta bulunan Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü içindedir. Çalışmanın yapıldığı meme hastalıkları polikliniği hastanenin birinci katındaki genel cerrahi polikliniği içinde, mamografi ünitesi ise zemin katta radyoloji bölümünde bulunmaktadır. Meme hastalıkları polikliniği ve mamografi ünitesinde hafta içi her gün 08:00–17:00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Genel cerrahi polikliniğinde bir hekim, bir hemşire, bir sekreter ve bir personel çalışmaktadır. Poliklinikte bulunan bu görevliler aynı zamanda meme hastalıkları polikliniğinde de çalışmaktadır. Mamografi ünitesinde ise üç profesör, bir radyolog, bir radyoloji teknikeri hizmet vermektedir.

Memesine ilişkin problemi olan veya tarama amaçlı gelen kadınlar poliklinik girişinde sıra ile içeri alınmaktadır. Cihaza ilişkin bir sorun yada olumsuz herhangi bir durum yok ise kadınlar aynı gün içinde mamografi çekilmektedir. Meme polikliniğinde hemşire tarafından kayıt işlemi yapıldıktan sonra yine hemşire yardımı ile kadın giysilerini çıkararak meme muayenesi için uygun olan bir önlük giymektedir. Daha sonra hekim kadının öyküsünü alıp meme muayenesini yapmaktadır. Bu muayeneden sonra kadınlar hekim tarafından karar verilen tanı işlemini yaptırmaktadır. Mamografi çekilmesine karar verilen kadınların mamografi ünitesinde radyoloji teknisyeni tarafından mamografisi çekilmektedir. Mamografi sonucu ilgili hekimler tarafından değerlendirilmektedir.

3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi-Meme Polikliniğine gelen kadınlar oluşturmaktadır.

4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada kontrol ve deney grubu kullanılmıştır. Örnekleme alınacak deney ve kontrol grubuna;

- 35–60 yaşları arasında,
- Okuma yazması olan,
- Daha önce mamografi işlemi yaptırmamış olan,
- Görme/işitme/algılama problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini yukarıdaki kriterlere sahip ve ilgili ünitelerde halen uygulanmakta olan girişimlerle işleme hazırlanan 32 kadın kontrol grubunu, aynı kriterlere sahip ancak araştırmacı tarafından literatür taranarak mamografi işlemine ilişkin geliştirilmiş yazılı kitapçık ile planlanmış bilgi verilerek işleme hazırlanan 31 kadın deney grubu olmak üzere toplam 63 kadın oluşturmuştur. Araştırmaya meme polikliniğine ilk gelen kadın kontrol grubuna ikinci gelen kadın deney grubuna alınarak başlanmıştır. Çalışmaya daha sonra bir kontrol bir deney grubuna olmak üzere örneklem büyüklüğüne ulaşılana kadar devam edilmiştir.

5. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Mamografi işlemi öncesinde yazılı-görsel kitapçık ile verilen bilgi işlem öncesi anksiyeteyi azaltır.

H₂: Mamografi işlemi öncesinde yazılı-görsel kitapçık ile verilen bilgi işlem sonrası ağrıyı azaltır.

6. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler ‘‘Kişisel bilgi formu’’ (Ek1), ‘‘Durumluk Kaygı Envanteri’’ (Ek 2) ve ‘‘ Sözel Kategori Ölçeği ‘‘ (Ek 3) aracılığı ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Listesi

Ölçümler	Araçlar
➤ Meme polikliniğinde kadınların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi	➤ Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)
➤ Meme polikliniğinde kadınların anksiyete düzeyinin belirlenmesi	➤ Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 2)
➤ Kadınların mamografi ünitesinde işlem öncesi anksiyete düzeyinin belirlenmesi	➤ Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 2)
➤ Mamografi çekiminden sonra kadınların ağrı düzeylerinin belirlenmesi	➤ Sözel Kategori Ölçeği (Ek 3)
➤ Mamografi çekiminden sonra kadınların mamografi hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi	➤ Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) (Son 3 soru)

6.1. Veri Toplama Araçları

6.1.a.Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kadınların tanımlayıcı özellikleri, mamografi çektirme nedeni ve mamografi hakkında bilgisine ilişkin bilgilerin yer aldığı 13 soruyu içerirken; ikinci bölümde, mamografiyi nasıl hatırladığı, bir daha mamografi çektirip çektirmeyeceği ve çektirmeme nedenine ilişkin bilgilerle ilgili 3 soru yer almaktadır.

6.1.b.Durumluk Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory) (Ek 2):

Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilmiş olan Spielberger State-

Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri), Spielberger'in İki Faktörlü Kaygı Kuramından kaynaklanmıştır. Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri kısa ifadelerden oluşan bir özdeğerlendirme anketidir ve toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. 14 yaş üstü bireylere uygulanabilmektedir. Durumluk Kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Yirmişer maddelik bu iki ölçek, iki ayrı sayfada Form TX-1 ve TX-2 şeklinde basılmıştır. Katılımcılar, envantere yer alan her bir ifade için “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çoğu zaman” ya da “hemen her zaman” seçeneklerinden kendilerine en uygun olanı işaretlerler. 20 maddenin değerlendirilmesi yapılırken 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeler için pozitif (toplam kaygı puanını arttıran), kalan maddeler içinse negatif (toplam kaygı puanını azaltan) puanlar verilmektedir. Her madde için 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmekte olup elde edilecek toplam puana 50 eklenmektedir. Elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Hesaplanan toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse envanteri dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır. 35 puanın üstü "anksiyete var" altı "anksiyete yok" olarak değerlendirilir. Envanter, Öner ve Lecompte tarafından dilimize çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Öner ve Lecompte 1985).

6.1.c.Sözel Kategori Ölçeği (Verbal Category Scale-VRS) (Ek 3)

Melzack ve Katz tarafından 1992'de geliştirilmiş olan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı, Eti- Aslan ve Olgun (1998) tarafından yapılmıştır. Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir. Sözel Kategori Ölçeğinin avantajları; kolay uygulanması ve sınıflamasının basit olmasıdır. Dezavantajları ise; ölçekte ağrı şiddetini tanımlayan kelimenin anımsanması ya da ağrı şiddetinin tanımlanmasında listedeki mevcut kelime sayısına bağımlı olma gibi kullanım

sınırlılıkları vardır. Ayrıca literatürde kategori ölçeklerinde hastaların uçta (başta ve sonda) yer alan kelimeler yerine ortada yer alan kelimeleri kullanma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Eti-Aslan 1998). Sözel Kategori Ölçeğinin bu sınırlamalarının yanı sıra, orta şiddetteki ağrıyı tanımlamada duyarlılığın görsel kıyaslama ölçeğine göre fazla olduğu da belirlenmiştir (Eti-Aslan 2002).

7. Yazılı Bilgi Verme Kitapçığının Geliştirilmesi (Ek 4)

Sözel verilen bilginin bireysel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle yazılı materyal ile bilgi verilmesinin bilgiyi etkili hale getireceği düşünülmektedir.

Konu ile ilişkili kaynaklardan (www.breastscreen.org.au, www.accv.org.au, www.whv.org.au, www.nbcc.org.au) yararlanılarak hazırlanan kitapçık, meme polikliniğinde hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılarak mamografi çekilmesine karar verilen kadınlara meme polikliniğinde araştırma için düzenlenmiş odada mamografi ünitesine gitmeden 15 dakika önce uygulanmıştır. Ek 4’de yer alan kitapçık, mamografinin nasıl bir işlem olduğu, ne sıklıkta ve kimlere yapılması gerektiği, işlem öncesi yapılması gerekenler, işlem sırasında verilecek pozisyon, yaşayacağı ağrı ve alınan radyasyon, mamografi cihazına ilişkin bilgi ve uygulamaları içermektedir.

8.Uygulama

Araştırmada formlar Nisan–Aralık 2007 tarihleri arasında meme polikliniğinde mamografi çekilmesi kararı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara işlem öncesi ve sonrası dönemde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve kadınlar poliklinikte rutin olarak yapılan girişimlerle işleme hazırlanmıştır. Deney grubuna ise araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olan mamografiye ilişkin yazılı kitapçıkla bilgi verilmiştir.

Meme polikliniğine gelen ve hekim tarafından klinik meme muayenesi yapıp mamografi çekilmesine karar verilen kadınlardan araştırma standardına uyan her kadın çalışmaya alınmıştır. Uygulamanın büyük kısmı poliklinikte bulunan ve çalışma için verilen odada gerçekleştirilmiştir. Tüm kadınlara

çalışmanın amacı açıklanıp, sözel izinleri alındıktan sonra; “Kişisel Bilgi Formu”nun ilk bölümü aracılığıyla 5 dakikalık sürede, yüz yüze görüşme tekniği ile kadınların tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler toplanmıştır.

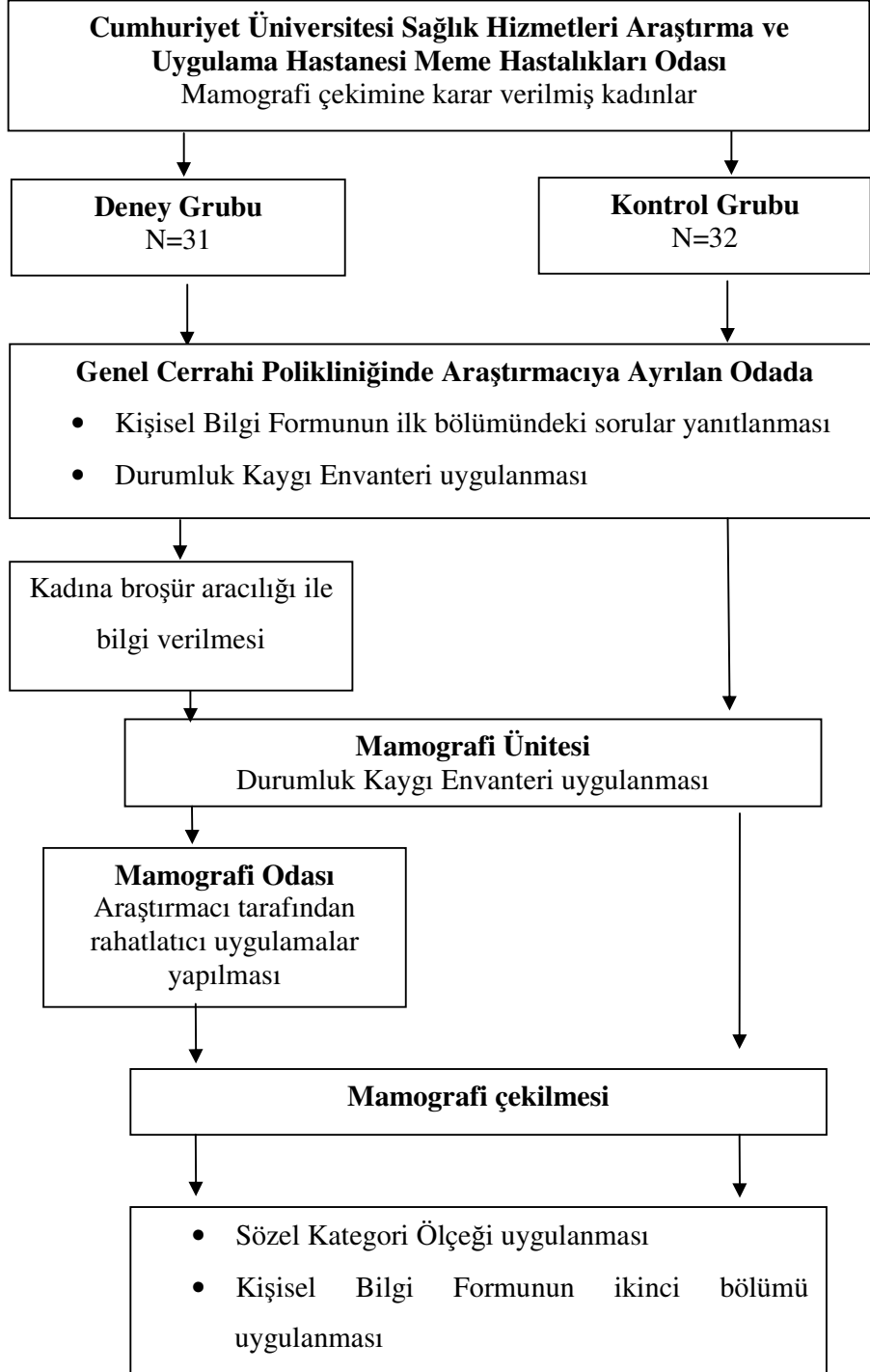
Kontrol grubundaki kadınlara meme polikliniğinde bu araştırma için düzenlenmiş odada “Kişisel Bilgi Formu” uygulandıktan hemen sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle “Durumluk Kaygı Envanteri” uygulanmıştır. Kadınlara “Kişisel Bilgi Formu” ve “Durumluk Kaygı Envanteri” uygulandıktan sonra mamografi işlemini yaptırmak üzere araştırmacı, kadın ile birlikte mamografi ünitesine gitmiştir. Mamografi ünitesinde kadınlar mamografi işlemini yaptırmak üzere odaya girmeden önce 5 dakikalık sürede araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile “Durumluk Kaygı Envanteri” ikinci kez uygulanmıştır.

Deney grubundaki kadınlara ise, poliklinikteki odada araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle “Kişisel Bilgi Formu” ve “Durumluk Kaygı Envanteri” uygulanmıştır. “Durumluk Kaygı Envanteri” ve “Kişisel Bilgi Formu” uygulandıktan hemen sonra kadınlara yazılı kitapçık kullanılarak mamografi işlemi ile ilişkili bilgi verilmiştir. Bilgi verildikten sonra araştırmacı, kadınla birlikte mamografi ünitesine giderek, mamografi işleminin yapıldığı odaya girmeden önce 5 dakikalık sürede ikinci kez yüz yüze görüşme tekniği ile “Durumluk Kaygı Envanteri” uygulanmıştır.

Mamografi çekimi sırasında kadınların meme dokusunu incelterek var olan patolojilerin belirlenebilmesi için meme plakalar arasında sıkıştırılmaktadır. Kadınlar bu sırada ağrı yaşamaktadır. Mamografi çekimi sırasında yaşanan ağrı işleminden sonra 10 dakika içinde geçmektedir. Bu nedenle “Sözel Kategori Ölçeği” hem kontrol hem deney grubundaki kadınlara mamografi çekimi sırasında yaşadığı/algıladığı ağrıyı belirlemek üzere mamografi çekildikten sonra 2-5 dakikalık sürede yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara işlem sırasında yaşadıkları ağrıya ilişkin müdahalede bulunulmamıştır. Deney grubunda ise kadınlarla mamografi işleminin yapıldığı odaya girilmiş ve işlem sırasında kadınlara yaşadıkları ağrıyla baş edebilmeleri

için derin soluk alma ve sayı sayma girişimleri uygulatılmıştır. İşlemden sonra hem deney hemde kontrol grubuna odanın dışında ‘‘Sözel Kategori Ölçeği’’ uygulandıktan sonra ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’unun ikinci bölümünde yer alan mamografiyi nasıl hatırladığı ile bir daha çektirip çektirmeyeceği ve çektirmek istememe nedenine ilişkin sorular sorulmuştur.

ŞEMA 2. Araştırmanın Uygulanması



9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada deney grubunda bulunan kadınlara yazılı bilgi verme ile birlikte derin soluk alma egzersizleri yaptırılmıştır. Dolayısıyla anksiyete ve ağrı d¼zeyi ¼zerinde yalnızca bilgi vermenin değil yanında bulunmanın etkisi olabilir. Bu nedenle bu konu hakkında yalnızca yazılı materyalle bilgi vermenin etkisine bakılan çalışmalar yapılabilir.

10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde; "İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi", "Khi kare", "Kruskal Wallis" ve "Mann Whitney U" testleri kullanılmıştır. Veriler tablolarda ortalama, standart sapma, sayı ve % şeklinde belirtilip yanılma d¼zeyi 0.05 olarak alınmıştır.

V. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 63 bireyin (31 deney, 32 kontrol) tanımlayıcı özellikleri, mamografi çekilme nedeni, mamografi hakkındaki bilgi düzeyi ve bu bilgiyi nerden öğrendiği ile anksiyete, işlem sonrası ağrı ve tekrar mamografi çektirme durumu ile çektirmek istememe sebebi ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Kişisel Özellikler	Kontrol		Deney		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
35-39	21	65.6	21	67.7	$\chi^2=0.032$
40 yaş ve üzeri	10	31.3	10	32.3	$p=0.859$
Eğitim					
Düşük *	26	81.3	22	71	$\chi^2=0.918$
Yüksek **	6	18.7	9	29	$p=0.338$
Medeni Durum					
Evli	29	90.6	26	83.9	$\chi^2=0.684$
Bekâr	3	9.4	5	16.1	$p=0.421$
Meslek					
Çalışıyor	6	18.8	11	35.5	$\chi^2=2.238$
Çalışmıyor***	26	81.2	20	64.5	$p=0.135$
Ailede meme kanseri öyküsü					
Var	4	12.5	4	12.9	$\chi^2=0.02$
Yok	28	87.5	27	87.1	$p=0.962$

*Okuryazar ve ilköğretim mezunu ** Lise ve üniversite mezunu *** Ev hanımı

Tablo 1 incelendiğinde her iki gruptaki bireylerin yarıdan fazlasının 35-39 yaşları arasında (kontrol grubu % 67.7, deney grubu %65.6), eğitim düzeylerinin düşük (kontrol grubu % 71, deney grubu %81.3), evli (kontrol grubu % 83.9, deney grubu %90.6) ve çalışmadığı (kontrol grubu % 64.5, deney grubu %81.2) görülmektedir. Kadınların ailesinde meme kanseri olma durumuna bakıldığında, deney grubundaki kadınların %12.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %12.9'unun ailesinde meme kanseri olduğu saptandı.

Tabloda görüldüğü gibi kontrol ve deney grubunda yer alan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak farkın önemli olmadığı belirlendi. Bu sonuçlar, her iki grupta yer alan bireylerin benzer özellikler taşıdığını göstermektedir.

Tablo 2. Kadınların Meme Polikliniğine Gelme, Mamografi Çektirme Nedeni ve Mamografi Çekimine İlişkin Bilgileri

Özellikler	Kontrol Sayı	%	Deney Sayı	%	Test
Meme polikliniğine gelme nedeni					
KKMM sırasında ele gelen kitle	8	25.0	13	41.9	x ² =5.134 p=0.274
Meme başı akıntısı	9	28.1	5	16.1	
Memede ağrı	7	21.9	10	32.3	
Portakal kabuğu görünümü	1	3.1	1	3.2	
Tarama amaçlı	7	21.9	2	6.5	
Mamografi çektirme nedeni					
Kitle	28	87.6	28	90.3	x ² =0.127 p=0.722
Kontrol için	4	12.4	3	9.7	
Mamografinin ne için yapıldığını					
Biliyor	2	6.3	8	25.8	x ² =4.510 p=0.034
Bilmiyor	30	93.7	23	74.2	
İşlemin ne için yapıldığını nereden öğrendiği					
Sağlık personeli	1	50.0	5	62.5	x ² =0.104 p=0.747
Mamografi işlemini yaptırmış kadınlardan	1	50.0	3	37.5	
Mamografinin nasıl yapıldığı					
Biliyor	2	6.3	4	12.7	x ² =0.809 p=0.368
Bilmiyor	30	93.7	27	87.3	
İşlemin nasıl yapıldığını kimden öğrendiği					
Sağlık personeli	1	50.0	3	75.0	x ² =0.375 p=0.540
Mamografi çektirmiş kadınlar	1	50.0	1	25.0	

Tablo 2’de kadınların mamografi polikliniğine gelme, mamografi çektirme nedenleri ve mamografinin ne için ve nasıl yapıldığını bilme durumları ile bu bilgileri kimden öğrendiğine ilişkin dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kontrol grubundaki kadınların %28.1’i meme başından gelen akıntı, %25’i KKMM sırasında ele gelen kitle, %21.9’u ise memede ağrı, %21.9’u tarama amaçlı ve %3.1’i portakal kabuğu görünümü nedeniyle polikliniğe gelmişken; deney grubundaki kadınların %41.9’u KKMM sırasında ele gelen kitle, % 32.3’ü memede ağrı, %16.1’i meme başından gelen akıntı ve %6.5’i tarama amaçlı ve

%3.2'si portakal kabuğu görünümü nedeniyle meme polikliniğine gelmiştir. Kontrol grubundaki kadınların % 87.6'sı kitle, %12.4'ü kontrol için; deney grubundaki kadınların ise %90.3'ü kitle ve %9.7'si kontrol için mamografi çektiği, kontrol grubundaki kadınların %93.7'si, deney grubundaki kadınların %74.2'si mamografinin ne için yapıldığını bilmediği, kontrol grubunda mamografinin ne için yapıldığını bilen kadınların %50'si bu bilgiyi sağlık personelinde ve diğer %50'si de mamografi çekilen kadınlardan; deney grubundaki kadınların ise %62.5'i sağlık personelinde ve %37.5'i mamografi çekilen kadınlardan öğrendiği, kontrol grubundaki kadınların %93.7'si, deney grubundaki kadınların %87.3'ü mamografinin nasıl yapıldığını bilmediğini, kontrol grubunda mamografinin nasıl yapıldığını bilen kadınların %50'si bu bilgiyi sağlık personelinde ve diğer %50'si de mamografi çekilen kadınlardan; deney grubundaki kadınların ise %75'i sağlık personelinde ve %25'i mamografi çekilen kadınlardan öğrendiğini ifade ettikleri belirlendi.

Tablo 3. Kadınların Mamografi İşlemi Öncesi Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları

Anksiyete Düzeyi							
Anksiyete Ölçüm Yeri	Kontrol(N:32)			Deney(N:31)			Test
	Min	Max	X±SD	Min	Max	X±SD	
Poliklinik	23.0	76.0	46.41±12.73	26.0	72.0	46.19 ±11.88	t=0.06 p= 0.094
Mamografi Ünitesi	32.0	77.0	51.41±10.59	24.0	62.0	35.35±10.30	t=6.09 p= 0.00
Test	t=4.11 p=0.00			t= 8.01 p=0.00			

Tablo 3’de kadınların mamografi işlemi öncesi poliklinik ve mamografi ünitesinde yaşadıkları anksiyete puanları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi mamografi işlemi öncesi deney grubundaki kadınların poliklinikteki anksiyete puan ortalaması (46.19±11.88) ile kontrol grubundaki kadınların anksiyete puan ortalaması (46.41±12.73) arasında fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Mamografi ünitesinde ise deney grubundaki kadınların anksiyete puan ortalaması (35.35±10.30), kontrol grubundaki kadınların anksiyete puan ortalamalarına (51.41±10.59) göre düşük bulundu (p=0.00).

Her iki grup ayrı ayrı değerlendirildiğinde deney grubundaki kadınlarda poliklinikteki anksiyete puanının (46.19 ±11.88), mamografi ünitesinde (35.35±10.30) düştüğü (p=0.00), kontrol grubundaki kadınlarda poliklinikteki anksiyete puanının (46.41±12.73) mamografi ünitesinde (51.41±10.59) yükseldiği bulundu (p=0.00).

Tablo 4. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları

Özellikler	Kontrol		Deney	
	Poliklinik X±SD	Mamografi Ü. X±SD	Poliklinik X±SD	Mamografi Ü. X±SD
Yaş				
35-39	46.47±14.32	51.71±50.81	47.33±11.99	36.00±9.24
40 yaş ve üzeri	46.27±9.58	50.81±6.12	43.80±11.89	34.00±12.67
Test	p=0.648	p=0.843	p=0.553	p=0.309
Eğitim				
Düşük *	46.30±11.33	51.57±9.52	46.21±11.98	35.27±9.97
Yüksek **	46.83±19.02	50.66±15.51	46.00±12.35	35.55±11.68
Test	p=0.595	p=0.612	p=0.695	p=0.810
Medeni Durum				
Ev	45.13±11.88	35.35±10.30	45.36±11.94	35.50±10.43
Bekâr	58.66±22.67	59.00±21.63	50.60±11.73	34.60±10.66
Test	p=0.231	p= 0.832	p=0.247	p=0.856
Meslek				
Çalışıyor	56.67±17.50	58.00±13.78	45.27±11.42	35.18±10.17
Çalışmıyor	44.03±10.42	49.88±9.39	46.70±12.39	35.45±10.63
Test	p=0.095	p=0.128	p=0.934	p=0.885
Ailede Meme Kanseri Öyküsü				
Var	54.25±12.57	57.50±15.74	56.00±15.74	38.75±14.77
Yok	45.28±12.67	50.53±10.76	44.74±10.33	34.85±10.30
Test	p=0.318	p=0.189	p=0.132	p=0.768

Tablo 4’de kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre poliklinik ve mamografi ünitesinde yaşadıkları anksiyete puan ortalamaları gösterilmiştir. Her iki grupta bulunan kadınların poliklinikteki ve mamografi ünitesindeki anksiyete düzeyleri arasında tanımlayıcı özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Tablo 5. Kadınların Meme Polikliniğine Gelme ve Mamografi Çektirme Nedenlerine Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitesinde Yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları

Nedenler	Anksiyete puan ortalamaları			
	Kontrol		Deney	
	Poliklinik X±SD	Mamografi Ünitesi X±SD	Poliklinik X±SD	Mamografi Ünitesi X±SD
Meme polikliniğine gelme nedenleri				
Kitle	50.12±13.48	57.25±13.43	51.69±12.80	38.23±9.95
Akıntı	54.55±10.78	55.33±7.58	37.40±8.29	34.20±9.44
Memede ağrı	40.85±13.80	47.57±17.43	45.70±10.24	34.00±12.22
Portakal kabuğu görünümü	39.66±6.65	45.30±8.09	46.00	34.00
Tarama	37.60±5.94	44.00±9.87	-	27.00
Test	p=0.368	p=0.531	p=0.038	p=0.373
Mamografi çektirme nedenleri				
Kitle	46.60±13.45	51.10±11.21	45.10±11.81	34.57±9.48
Tarama	45.00±10.48	53.50±4.50	56.33±8.02	42.66±17.00
Test	p=0.842	p=0.628	p=0.094	p=0.315

Tablo 5’de kadınların meme polikliniğine gelme ve mamografi çektirme nedenleri ile poliklinik ve mamografi ünitesinde yaşadıkları anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması görülmektedir. Dağılımlar değerlendirildiğinde kontrol grubunda akıntı, deney grubunda da kitle nedeni ile mamografi çektiren kadınların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların meme polikliniğine gelme ve mamografi çektirme nedenleri ile poliklinik ve mamografi ünitesinde yaşadıkları anksiyete düzeyleri arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. Kadınların Mamografi İşlemini Bilme Durumlarına Göre Poliklinik ve Mamografi Ünitelerindeki yaşadıkları Anksiyete Puan Ortalamaları

Anksiyete	Mamografi işleminin ne için yapıldığını bilme			
	Kontrol		Deney	
	Biliyor X±SD	Bilmiyor X±SD	Biliyor X±SD	Bilmiyor X±SD
Poliklinik	54.00±12.72	45.90±12.78	47.75±11.54	56.5±12.20
Mamografi Ünitesi	56.00±9.89	51.10±10.72	32.62±10.99	36.30±10.12
Test	p=0.436	p=0.459	p=0.544	p=0.253
Mamografi işleminin nasıl yapıldığını bilme				
Poliklinik	54.25±11.84	45.00±11.63	54.00±12.72	45.90±12.78
Mamografi Ünitesi	35.25±14.59	35.37±9.89	56.00±9.89	51.10±10.72
Test	p=0.092	p= 0.679	p=0.436	p=0.459

Tablo 6’da kadınların mamografi işleminin ne için ve nasıl yapıldığını bilme durumu ile anksiyete puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirmede gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak grupların puanlarına bakıldığında kontrol grubundaki kadınlardan mamografi işlemini ne için yapıldığını bilenlerin ve bilmeyenlerin poliklinikteki anksiyete puanı mamografi ünitesinde daha yüksek bulunurken, deney grubunda tersine düşük bulunduğu görülmektedir.

Tablo 7. Kadınların Yaşadıkları Ağrı Düzeyleri

Ağrı tanımlamaları	Kontrol		Deney	
	S	%	S	%
Hafif	13	40.5	16	51.6
Rahatsız edici	12	37.5	11	35.5
Şiddetli	7	22.0	4	12.9
Toplam	32	100.0	31	100.0
Test	p=0.561			

Tablo 7’de mamografi çekilen kadınların yaşadıkları ağrı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da kadınların ağrılarının daha çok hafif düzeyde olduğu bulunmuştur.

Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. Kadınların Tekrar Mamografi Çektirip Çektirmeyeceği ve Çektirmeme Nedenleri

Mamografiyi tekrar çektirip çektirmeyeceği	Kontrol		Deney		Test
	S	%	S	%	
Evet	26	81.3	30	96.8	$\chi^2=3.842$ $p=0.50$
Hayır	6	18.8	1	3.2	
Mamografi çektirmek istememe nedeni					
Ağrı	5	83.3	1	100.0	$\chi^2=5.64$ $p=0.53$
Mahremiyet	1	16.7	-	-	

Tablo 8’da kadınların tekrar mamografi çektirip çektirmeme durumu ile çektirmek istememe nedeni karşılaştırılmıştır. Kontrol grubundaki kadınların %18.8’i, deney grubundaki kadınların ise %3.2’si daha sonra mamografi çektirmeyeceğini ifade etmiştir. Mamografi çektirmek istemeyen kadınların %83.3’ü ağrı nedeniyle, %16.7’si ise mahremiyet nedeniyle çektirmeyeceğini ifade etmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 9. Kadınların İşlemi Hatırlama Durumları

Mamografi işlemini hatırlama	Kontrol		Deney		Test
	S	%	S	%	
Ağrılı	16	50.0	9	29.0	x ² =4.078 p=0.130
Sıkıntılı	14	43.8	16	51.6	
Rahatsız olmama	2	6.2	6	19.4	
Toplam	32	100.0	31	100.0	

Tablo 9’da kadınların mamografi işlemini hatırlama durumuna ilişkin dağılım verilmiştir. Tablo incelendiğinde kontrol grubundaki kadınların %50’sinin işlemi ağrılı, %43.8’i sıkıntılı ve %6.3’ünün ise hiç rahatsız olmadığı; deney grubundaki kadınların %51.6’sının sıkıntılı, %29’unun ağrılı ve %19.4’ünün rahatsız olmadığını ifade ettikleri belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark anlamlı bulunmadı (p>0.05).

Tablo 10. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Mamografi İşlemi Sonrası Yaşadıkları Ağrı Düzeyleri

Özellikler	Mamografi işlemi sonrası ağrı düzeyleri							
	Kontrol (n:32)			Test	Deney (n:31)			Test
	Hafif	Orta	Şiddetli		Hafif	Orta	Şiddetli	
Yaş								
40 Yaş ve ↓	9	8	4	p=0.859	10	8	3	p=0.809
40 Yaş ve ↑	4	4	3		6	3	1	
Eğitim								
Düşük *	16	11	4	p=0.867	11	8	3	p=0.958
Yüksek **	10	10	6		5	3	1	
Medeni Durum								
Evli	12	10	7	p=0.468	15	7	4	p=0.072
Bekâr	1	2	-		1	4	-	
Meslek								
Çalışıyor	5	1	-	p=0.05	7	4	-	p=0.262
Çalışmıyor	8	11	7		9	7	4	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü								
Var	2	1	1	p=0.857	1	2	1	p=0.491
Yok	11	11	6		15	9	3	

Tablo 10’da mamografi çekilen kadınların tanımlayıcı özellikleri ile işlem sonrası ağrı düzeylerinin karşılaştırıldığı görülmektedir. Deney ve kontrol grubunun ağrı düzeylerinde, tanımlayıcı özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 11. Kadınların İşlem Sonrası Ağrı Düzeyleri ile Anksiyete Puanları

Ağrı tanımlamaları	Kontrol		Deney	
	Poliklinik X±SD	Mamografi X±SD	Poliklinik X±SD	Mamografi X±SD
Hafif	49.56±13.90	53.62±10.19	44.55±9.48	35.33±8.66
Rahatsız edici	43.64±12.08	49.35±11.38	43.81±11.38	32.25±10.54
Şiddetli	40.50±3.53	48.00±8.48	55.00±14.08	41.00±11.11
Test	p= 0.479	p=0.935	p=0.856	p=0.299

Tablo 11’de mamografi çekilen kadınların işlem sonrası ağrı düzeyleri ile anksiyete puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi tüm ağrı düzeylerinde kontrol grubundaki kadınlarda poliklinikte anksiyete düzeyi düşük iken mamografi ünitesinde yükselmiş, deney grubunda ise tersine anksiyete poliklinikte yüksek iken mamografi ünitesinde azalmıştır. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Kadınların Ağrı Düzeylerine Göre Tekrar Mamografi Çektirmek İsteme Durumları

Tekrar Mamografi Çektirme	Mamografi işlemi sonrası ağrı düzeyleri					
	Hafif	Kontrol Orta	Şiddetli	Hafif	Deney Orta	Şiddetli
Evet	13	11	2	16	11	3
Hayır	-	1	5	-	-	1

Tablo 12’de mamografi çekilen kadınların ağrı tanımlamaları ile mamografi çekirme durumu karşılaştırılmıştır. Tabloya bakıldığında kontrol grubundaki kadınların deney grubundaki kadınlara göre daha fazla ikinci kez mamografi çekirmeyeceğini ifade ettiği belirlendi. İkinci kez mamografi çekirmek istemeyen kadınların aynı zamanda şiddetli ağrı yaşayan kadınlar olduğu bulundu. Tekrar mamografi çekirme durumları açısından gruplar arası fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

VI. TARTIŞMA

Bu bölümde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel cerrahi polikliniğinde bulunan; meme hastalıkları odası ve mamografi ünitesinde mamografi yapılmak üzere gelen; 31 deney, 32 kontrolden oluşan toplam 63 kadının tanımlayıcı özellikleri ile bilgi verilen ve verilmeyen kadınlarda mamografi sonrası yaşadıkları ağrı ve işlem öncesi anksiyete düzeylerinin etkilenme durumu tartışılmıştır.

Günümüzde kadınlar için yaygın ve öldürücü olan meme kanseri erken tanılanabilirse mortalite oranı azaltılabilir. Meme kanserinin erken tanısı için tarama programları oldukça önemlidir (Karayurt ve Zorukoş 2008, Alimoğlu ve ark. 2004, Nahcıvan ve Seçginli 2003). Mamografi meme kanserinin erken tanınması amacıyla yapılabilecek tarama programı için ideal bir yöntemdir. Topluma dayalı mamografi programlarından maksimum düzeyde toplum sağlığı yararı elde etmek için, 30–40 yaşları arasındaki kadınların başlangıç mamogramı yaptırmaları ve 70 yaşına kadar en az yılda bir veya iki yılda bir tekrarlı tarama mamografisi yaptırmaları önemlidir (Turgut ve ark. 2000). 50 yaş ve üzeri kadınların yılda iki kez mamografi çekilerek meme kanseri taraması yapılması mortalite oranını %30 azalttığı bildirilmektedir (Sapir ve ark. 2003).

Türkiye’de Oran ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada üniversitede öğretim elemanı olarak çalışan kadınların mamografi yaptırmadığını, Atlı (2002) kadınların %22,2’sinin, Zincir ve Eğri (2000) %13,8’inin, Çadır ve ark. (2004)’da %10,5’inin mamografi çektiğini saptamıştır.

Türkiye’de meme kanserinin görülme oranının sağlık bakanlığı verilerine göre %24.1 olduğu bildirilmektedir. Meme kanserinin tanılanmasında en büyük görev kadının kendisine düşmektedir. Tarama programlarına katılmasının yanında KKMM ile memedeki bulguyu ilk fark eden kişide kadının kendisidir. Türkiye’de meme kanseri vakalarının %90’dan fazlası hastalığı tesadüfen fark ederek sağlık kuruluşuna başvurmaktadır (Beştepe ve ark. 2007).

Özgün ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış bir çalışmada kadınların memede kitle olduğunu fark edip sağlık kuruluşuna başvurması arasındaki süreyi ortalama 7.4 ± 1.3 ay olarak bulmuştur. Bu çalışmada kontrol grubundaki kadınların %28.1'i meme başından gelen akıntı, %25'i KKMM sırasında ele gelen kitle, %21.9'u ise memede ağrı, %21.9'u tarama amaçlı ve %3.1'i portakal kabuğu görünümü nedeniyle, deney grubundaki kadınların %41.9'u KKMM sırasında ele gelen kitle, % 32.3'ü memede ağrı, %16.1'i meme başından gelen akıntı ve %6.5'i tarama amaçlı ve %3.2'si portakal kabuğu görünümü nedeniyle meme polikliniğine geldiği bulundu. Kontrol grubundaki kadınların % 87.6'sı kitle, %12.4'ü kontrol için; deney grubundaki kadınların ise %90.3'ü kitle ve %9.7'si kontrol için mamografi çektiği belirlendi. Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi meme polikliniğine gelen kadınların çoğunluğunun memede saptadığı kitle nedeniyle mamografi çektiği saptandı. Çalışmacıların konu ile ilgili daha önce yaptıkları çalışmalarda da kadınların benzer şikâyetler nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurdukları belirlenmiştir (Elverici ve ark 2007, Özgün ve ark 2007)

Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun mamografinin ne için ve nasıl yapıldığını bilmediği, bilenlerin ise bu bilgiyi sağlık personelinin ve daha önce mamografi çekirmiş kadınlardan öğrendiği belirlendi. Erel ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %37'sinin mamografi hakkında bilgisinin olmadığı ve bilgisi olanlarında bu bilgileri en çok sağlık personelinin edindikleri belirlenmiştir.

Tarama programlarının etkinliği için katılım yüksek olmalıdır. Katılımın yüksek olması için tarama mamografisine başvurmadaki engellerin belirlenmesi gereklidir. Birçok araştırmacı, yöntemle ilişkili anksiyetenin kadınların tarama mamografisine katılımında engel oluşturduğunu bildirmektedir (Alimoğlu ve ark. 2004, Sapir ve ark. 2003, Maniero ve ark 2001, Aro ve ark. 2000, Hafslund ve Lecturer 2000, Keemers-Gels ve ark. 2000, Bruyninckx ve ark. 1999, Elwood ve

ark. 1998, Jackson ve ark. 1998, Kornguth ve ark. 1996, Fine ve ark. 1993, Rutter ve ark. 1992, Nielsen ve ark. 1991, Sullivan ve ark. 1991, Fallowfield 1990).

Mamografi öncesi anksiyete yöntemiyle ilişkili, mamografi sonrası ise genellikle mamografik muayenenin sonucu ile ilgili gergin bekleyiş ve kanser çıkma korkusu nedeniyledir. Araştırmacılar yaptıkları çalışmalarda mamografi sonucunda meme kanseri çıkma korkusunun anksiyeteyi tetiklediğini bulmuşlardır (Alimoğlu ve ark. 2004, Mainiero ve ark. 2001, Aro ve ark. 2000, Hafslund ve Lecturer 2000, Fine ve ark. 1993, Fallowfield 1990, Nielsen ve ark. 1991). Ursin ve Zahl-Begnum (1993) yaşanan anksiyetenin çoğunun yetersiz bilgi nedeniyle olduğunu ve özel yöntemlere ilişkin verilen bilginin ve işlemin sonucunun ne zaman alınacağı konusunda açıklama yapılmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Bu çalışmada kadınların işlem öncesi yaşadıkları anksiyete düzeyinin mamografi hakkında verilen bilgi ile azalıp azalmadığı değerlendirilmiş ve sonuç olarak mamografi hakkında bilgi verilen deney grubunun anksiyete düzeyinin azaldığı bulundu. Elde edilen bu sonuca göre H₁ hipotezi kabul edilmiştir. Bu konuda Nielsen ve arkadaşları (1991) tarafından yapılan çalışmada da kadınlara mamografi işlemi hakkında kendilerini nelerin beklediği ve kadınlarla mamografi sırasında olabileceklere yönelik konuşarak hazırladıkları kadınların anksiyete düzeyinin azaldığını bulmuşlardır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin hastaya bilgi vermesi ve sıcak tutumunun anksiyeteyi azaltmada önemli olduğu söylenebilir.

Hafslund ve Lecturer (2000) mamografi çekilen kadınların ağrı ve anksiyete düzeylerini araştırdıkları çalışmada mamografi işlemi öncesinde kadınların durumluk anksiyete puan ortalaması 35.5, mamografi sonrasında ise 32.1 olarak bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda mamografi sonucunda genellikle kanser çıkma korkusunun anksiyeteye neden olduğu belirlenmiştir (Mainiero ve ark. 2001, Gram ve Slenker 1992). Alimoğlu ve ark. (2004) çalışmalarında bu çalışmanın tersine bilgi vermenin anksiyete üzerinde etkili olmadığını, Özgün ve arkadaşları (2007) da anksiyete düzeyini oldukça düşük bulmuşlardır.

Araştırma sonuçları kadınların mamografi çektirmelerine engel teşkil eden yaşadıkları sıkıntıları en aza indirecek yeni stratejilerin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda Hafslund ve Lecturer (2000) mamografi sırasında kompresyon basıncının kadınlar tarafından kontrol altına alınması durumunda anksiyetenin azaldığını bulmuştur. Jackson ve arkadaşları (1998) ve Baries ve arkadaşları (1990) anksiyeteyi azaltmada iletişim ve bilgi vermenin önemini vurgulamışlardır. Doyle ve Stanton (2002) çalışmasında, mamografi çekimi ile ilgili duyulan endişenin en aza indirilmesine katkıda bulunacak sıcak bir atmosfer oluşturulması ve bunun içinde uygulamanın kliniği hatırlatmayan müzik, tablo ve dergilerin bulunduğu sevimli bir ortamda gerçekleştirilmesi ile kadınların bilgilendirilmesini tavsiye etmiştir. Ayrıca uygulama ile ilgili broşürlerin hazırlanmasının çok önemli olduğunun üzerinde durulmuştur. Bu broşür ile bireylerin kendini işleme daha iyi hazırlayacağı, bunun sayesinde hissedilen endişenin ve ağrının azalacağını ve memnuniyetin artacağı vurgulanmıştır. Teasdale (1993) de çalışmasında benzer sonuçları savunmuştur. Mainiero ve arkadaşları (2001)'nin yaptığı çalışmada ise anksiyete ve ağrıyı azaltmak için mamografi ile ilgili öğretici ve eğlenceli video izlettiği çalışmalarında anksiyete ve ağrı ile ilişkili anlamlı bir azalma olmadığını bulmuştur. Bownload ve arkadaşları (2003) kadınlarda oluşan duygusal, sosyal ve fiziksel olumsuzlukları azaltmak amacıyla telefonla ve yüz yüze danışmanlık sunulmasının etkisini araştırmıştır. Fakat bu çalışmasında her iki danışmanlık türünde de anlamlı bir etki bulunmamıştır.

Mamografiye yönelik yapılan çalışmalarda anksiyetenin yanında, bazı kadınların mamografiyi ağrılı ve rahatsız edici bir yöntem olarak bulduğu için, bu tür tarama programına katılmak istemedikleri belirlenmiştir (Alimoğlu 2004, Stephen ve Feig 2004, Maniero ve ark. 2001, Keemers ve ark. 2000, Aro ve ark. 1996). Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun hafif düzeyde ağrı yaşadığı bulundu. İstatistiksel olarak gruplar arasında fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Elde edilen bu sonuca göre H2 hipotezi reddedilmiştir. Araştırma kapsamına

alınan kadın sayısının az oluşunun bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Daha geniş gruplarla hipotezin yeniden denendiği çalışmalar yapılabilir.

Bilindiği gibi ağrı insanoğlunun en yakından tanıdığı, en rahatsız edici yaşantılarından biridir. Ağrı fiziksel, davranışsal, emosyonel ve kognitif boyutları olan kompleks bir kavramdır (Doksat 2003, Bryninckx ve ark. 1999, Bendelow ve Williams 1995). Ağrının yalnızca objektif bir kavram olmayıp aynı zamanda subjektif boyutunda bulunması nedeniyle kişi ağrısının olduğunu söylüyorsa var olduğu kabul edilir. Çünkü düşünce ile ilgili birçok faktör de ağrıya neden olabilir (Bendelow ve Williams 1995). Ağrı toleransı bireyden bireye farklılık gösterir (Hafslund ve Lecturer 2000). Mamografi bazı kadınlara göre ağrılı bir deneyimdir (Bruyninckx ve ark. 1999). Mamografi ağrısı, başarılı bir mamogram muayenesinin çok önemli bir komponenti olan meme kompresyonu nedeniyle oluşur (Fernandez ve ark. 2005, Turgut ve ark 2000, Kornguth ve ark. 1993, Eklund ve Cardenosa 1991, Sullivan ve ark. 1991). Ancak kadınlarda rahatsızlığa neden olan yeterli sıkıştırma ile memenin alacağı radyasyon dozu azalır. Aynı zamanda meme dokusunun üst üste gelen kısımlarının ayrılmasıyla var olan bir kitle gözden kaçırılmamış olur ve yalancı kitle görünümleri kaybolur.

Sullivan ve arkadaşları (1991) ve Kimme-Smith (2000) yaptığı çalışmalarında kompresyon ile ağrı yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, Hafslund ve Lecturer (2000) ise yaptıkları çalışmada ağrı ve meme kalınlığı arasında korelasyon bulunduğunu, meme dokusu yoğun olan kadınların daha şiddetli ağrı yaşadıklarını ifade ettiklerini belirlemiştir. Sapir ve ark. (2003) mamografide ağrıya neden olan faktörleri incelediği çalışmasında en önemli ağrı belirleyicisinin önceden var olan döngüsel meme ağrısı olduğunu, Keemers-Gels ve arkadaşları (2000) ağrının nedenini memede hassasiyet, ailede meme kanseri olup olmaması, beklenen ağrı ve daha önceki mamogram, yüksek eğitim ve endişe olduğu saptanmıştır. Mainiero ve arkadaşları (2001) tanısal hastaların tarama hastalarına göre daha fazla ağrı yaşadıklarını belirlemiştir. Türkiye’de Alimoğlu ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada kadınların mamografi sırasında %53.5’inin, Özdemir ve arkadaşları (2000) %90’nının ağrı hissettikleri ve ağrının

nedeni olarak işlem öncesinde meme hassasiyeti ve pozitif fizik muayene bulgusu olanlarda kanser kaygısı gösterilmiştir.

İşleme bağlı ağrının azaltılması için mamografi, meme hassasiyetinin en az olduğu dönemlerde yapılabilir. Bu çalışmada herhangi bir meme patolojisi olanların ve ağrısı olanların çalışma dışı bırakılması nedeniyle ağrı hissetme oranının düşük bulunduğu düşünülmektedir.

Ağrıya sebep olan tek etken kompresyon basıncı değildir. Diğer önemli faktör anksiyete en önemli belirleyicilerdendir. Akut ağrı ve anksiyete genellikle birlikte görülür. Azalan anksiyete ağrı şiddetini de azaltmaktadır. Bu nedenle anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların deneyimlediği ağrı da yüksektir. Hemşirenin anksiyete ve ağrıyı hafifletmek için mamografi gibi bilinmeyen işlemler konusunda bilgi vermek, kullanacağı en önemli stratejilerden biridir (Karayurt 1998, Sullivan ve ark. 1991, Fallowfield 1990).

Bu çalışmada anksiyete ile işlem sonrası ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olmakla birlikte dağılımları değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki bireylerin anksiyete puanı yükselirken deney grubunda azaldığı bulundu. Bu konuda yapılan çalışmalarda da anksiyete ile ağrı arasında güçlü bağlantı olduğu ve mamografi sonucu ile ilişkili anksiyete düzeyi yüksek olan kadınların yüksek olmayanlara göre şiddetli ağrı yaşadığını ifade ettikleri saptanmıştır (Mainiero ve ark. 2001, Hafslund ve Lecturer 2000).

Mamografi işlemi ile ilgili ağrıyı azaltmaya yönelik Konrngth ve arkadaşları(1996)'nın çalışmasında kadınların %22'sinin mamografinin olduğu gün analjezik ya da sedatif aldıkları belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada ilaç kullanımının ağrı oranını etkilemediği bulunmuştur. Mamografi sırasında yaşanan ağrının azaltılması için analjezik alma ile ilişkili çalışmalar yeterli değildir.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların ikinci kez mamografi çektirip çekirmeyeceği arasındaki ilişki anlamlı çıkmıştır ($p=0.05$). Deney grubundakilerin %96.8.'inin, kontrol grubundakilerin %81.3'ünün tekrar mamografi çektiğini ifade ettikleri saptandı. Mamografi çekirmek istemeyenlerin deney grubunda bir kadın, kontrol grubunda beş kadın ağrı ve bir

kadın mahremiyet nedeniyle istemediğini ifade ettikleri belirlendi. Bu konuda yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Ekeberg ve ark. 2001, Aro ve ark. 2000, Marshall 1994). Doyle ve Stanton (2002) ve Baines ve ark. (1990) tarafından yapılan çalışmada yapılan mamografi işleminden memnun olan kadınların sonraki tarama programlarına katılımın yüksek olduğu bulunmuştur.

Mamografi çekimi sırasında yaşanan ağrı, 10 dakika içinde geçmektedir (Sapir ve ark. 2003). Rutter ve ark. (1992)'nin yaptığı çalışmada bu sonuca benzer çıkmıştır. Bruyninckx ve ark. (1999) mamografi çekiminden biraz zaman geçtikten sonra ağrının hafiflediğini ya da tamamen geçtiği ifade ettiklerini saptamıştır.

Bu çalışmada kadınlara mamografi işleminden sonra mamografi işlemini nasıl hatırladığı sorulmuş ve hem kontrol grubunda hemde deney grubunda yer alan kadınların çoğunluğu mamografiyi rahatsız edici bulmadıklarını ifade etmiştir. Doyle ve Stanton (2002) kadınların mamografi çekimi ile ilişkili memnuniyet düzeyini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bilgilendirme, fiziksel ortam, deneyim, rahatsızlık duymanın etkili olduğunu belirlemiştir.

Sonuç olarak meme kanserinin erken tanınmasında oldukça önemli yeri olan mamografi işlemi yaptıracak kadınlar ağrı ve kanser çıkma korkusu nedeniyle anksiyete yaşamaktadır. Yaşadıkları anksiyete işlem sırasında daha fazla ağrı hissetmelerine neden olmaktadır. Mamografi hakkında verilen bilgi ve hastaya yakın davranma ve gevşeme egzersizlerinin ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkileri vardır. Bu nedenle bu işlemin yapıldığı kurumlarda kadınlara yapılacak girişimler ve sonuçları ile ilgili bilgi verilmesinin gerekli olduğu kanısına varılmıştır.

VII. SONUÇLAR

Mamografi çekilecek kadınlara yazılı kitapçıkla verilen bilginin işlem öncesi anksiyete ve işlem sonrası ağrı düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1) Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunluğu 35-39 yaşları arasında, eğitim düzeyi düşük (okur-yazar ve ilköğretim mezunu), evli, ev hanımı ve ailesinde meme kanseri olmayan bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

2) Kontrol grubundaki kadınların %28.1'i meme başından gelen akıntı, %25'i KKMM sırasında ele gelen kitle, %21.9'u ise memede ağrı, %21.9'u tarama amaçlı ve %3.1'i portakal kabuğu görünümü nedeniyle polikliniğe gelmişken; deney grubundaki kadınların %41.9'u KKMM sırasında ele gelen kitle, % 32.3'ü memede ağrı, %16.1'i meme başından gelen akıntı ve %6.5'i tarama amaçlı ve %3.2'si portakal kabuğu görünümü nedeniyle meme polikliniğine gelmiştir (Tablo 2).

3) Her iki gruptaki kadınların çoğunluğunun kitle nedeniyle mamografi çektirdiği, mamografi işleminin ne için ve nasıl yapıldığını bilmediği, bilenlerin ise sağlık personeli ve daha önce mamografi yapılmış kadınlardan öğrendiği saptanmıştır (Tablo 2).

4) Deney grubundaki kadınların poliklinikteki anksiyete puan ortalaması (46,19 ±11,88), mamografi ünitesinde (35,35±10,30) düşmüş (p=0.00). Buna karşın kontrol grubundaki kadınların poliklinikteki anksiyete puanı (46,41±12.73) mamografi ünitesinde (51.41±10.59) yükselmiştir (p=0.00) (Tablo 3).

5) Deney ve kontrol grubundaki kadınların anksiyete puan ortalamaları ile tanımlayıcı özellikler (yaş, eğitim, medeni durum, meslek ve ailede meme kanseri öyküsü) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4).

7) Deney ve kontrol grubundaki kadınların meme polikliniğine gelme ve mamografi çekirme nedenleri ile poliklinik ve mamografi ünitesinde yaşadıkları anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

8) Mamografi işleminin ne için yapıldığını bilen kontrol grubunda bulunan kadınların anksiyete puanı (54.00 ± 12.72) deney grubuna (47.75 ± 11.54) göre daha yüksek bulunmuş ve kontrol grubunun mamografi ünitesinde anksiyete puanında daha fazla artma olduğu belirlenmiştir (56.00 ± 9.89). Deney grubunda ise işlemin ne için yapıldığını bilmeyenlerin anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken (56.5 ± 12.20), mamografi çekimi öncesinde anksiyete puan ortalamalarında azalma gözlenmiştir (47.75 ± 11.54 'den 32.62 ± 10.99 'ye ve 56.5 ± 12.20 'den 36.30 ± 10.12 'ye düşmüştür) (Tablo 6).

9) Mamografi işleminin nasıl yapıldığını bilme durumuna ilişkin olarak her iki grupta da bilenlerin anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulunmuşken, deney grubunda verilen bilginin etkisiyle mamografi ünitesinde anksiyete puanında düşme gelişmiştir. Kontrol grubunda ise durum tam tersine yükselme olmuştur (Tablo 6).

10) Her iki grupta da kadınların mamografi sırasında yaşadıkları ağrıyı daha çok hafif düzeyde olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede gruplara arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

11) Kontrol grubundaki kadınların %18.8'i, deney grubundaki kadınların ise %3.2'si daha sonra mamografi ikinci kez mamografi çekirmeyeceğini ifade etmiştir. Mamografi çekirmek istemeyen kadınların %83.3'ü ağrı, %16.7'si ise mahremiyet nedeniyle çekirmeyeceğini ifade etmiştir. istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

12) mamografi çekilen kadınlara işlemi nasıl hatırladığı sorulduğunda, kontrol grubundaki kadınların %50'sinin işlemi ağrılı, %43.8'inin sıkıntılı ve %6.3'ünün ise rahatsız edici olmadığını; deney grubundaki kadınların %51.6'sının sıkıntılı, %29'unun ağrılı ve %19.4'ünün de rahatsız edici olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede gruplara arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

13) Deney ve kontrol grubunun ağrı düzeyleri ile tanımlayıcı özellikleri yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

15) Mamografi çekilen kadınların işlem sonrası ağrı düzeyleri ile anksiyete puan ortalamaları karşılaştırılmış ve tüm ağrı düzeylerinde kontrol grubundaki kadınlarda poliklinikte anksiyete düzeyi düşük iken mamografi ünitesinde yükselmiş, deney grubunda ise tersine anksiyete poliklinikte yüksek iken mamografi ünitesinde azalmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

17) Kontrol grubundaki altı kadın, deney grubunda ise bir kadın mamografi çektirmeyeceğini ifade etmiştir. Bu kişiler aynı zamanda şiddetli ağrı yaşadığını ifade eden kişilerdir. Tekrar mamografi çektirme durumları açısından gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

18) İkinci kez mamografi çektirmek istemeyen kadınların şiddetli ağrı yaşayan kadınlar olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede mamografi çektirmek istememe nedeni ile işlem sonrası ifade edilen ağrı düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir:

1) Çalışmada, bilgi verilen kadınlarda anksiyete düzeyleri düşük bulunmuştur. Aynı zamanda tekrar mamografi çekirme durumunun olumsuz yönde etkilenmesi önlenmiştir. Bilindiği gibi yapılacak girişim ve sonuçları ile ilişkili bireye bilgi verilmesi etik ve hasta hakları açısından gereklidir. Bu doğrultuda mamografi ünitelerinde ve meme polikliniği gibi ilgili kliniklerde yazılı/resimli broşür ile bilgi vermenin sürekli hale getirilmesi,

2) Bu araştırmada sınırlı örneklem ile çalışılmıştır. Çalışılan bu örneklem ile de olumlu sonuçlar elde edildi ise de, araştırmanın tekrar çalışılması durumunda daha geçerli sonuçlar elde edilebilmesi için daha fazla kişi ile çalışılması,

3) Bireylerin anksiyete ve ağrı düzeyini azaltmak ve memnuniyeti daha fazla arttırmak için bilgilendirmenin yanında destekleyici yaklaşım vb. girişimlerin etkisini ortaya koyan çalışmaların yapılması,

4) Meme polikliniği ve mamografi ünitelerinde anksiyeteyi azaltmak için, bu konuda eğitilmiş hemşirelerin görevlendirilmesi,

5) Mamografi çekimine gelen kadınların işlem sırasında anksiyetelerini azaltmak amacı ile standardize edilmiş hemşirelik girişimlerinin yer aldığı bir formun hazırlanması, uygulanması ve hemşirelerin bu doğrultuda eğitilmeleri önerilmektedir.

IX. ÖZET

Bu araştırma, mamografi çekilecek kadınlara yazılı kitapçıkla verilen bilginin işlem öncesi anksiyete ve işlem sonrası ağrı düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacı ile deneysel olarak yapıldı.

Araştırmaya Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği (Meme Hastalıkları Odası) ve Mamografi ünitesinde, Nisan-Aralık 2007 tarihleri arasında, örneklem özelliğine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 31 deney, 32 kontrol grubu olmak üzere toplam 63 kadın alındı.

Araştırmada veriler, ‘Kişisel Bilgi Formu’, ‘Durumluk Kaygı Envanteri’ ve ‘Sözel Kategori Ölçeği’ ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Deney grubundaki bireylere, mamografi işleminden önce yazılı broşür aracılığı ile mamografi hakkında bilgi verildi, kontrol grubundakilere ise bilgi verilmedi. Araştırmacı mamografi işlemi için her iki gruptaki kadınlarla mamografi ünitesine giderek işlem öncesi kadınların “Durumluk Kaygı Envanteri” ile ikinci kez anksiyete düzeylerini belirledi. İşlem sırasında deney grubundaki kadınların yanında bulunulup, derin soluk alma ve sayı sayma girişimleri yapıldı, ancak kontrol grubundaki kadınlara ağrıyı azaltacak girişimlerde bulunulmadı. Mamografi işlemi tamamlandıktan sonra her iki gruptaki kadınlara “Sözel Kategori Ölçeği” kullanılarak mamografi sırasında yaşadıkları ağrı düzeyi belirlendi ve “Kişisel Bilgi Formu”nda yer alan mamografi işlemi nasıl hatırladığı ve tekrar mamografi çektirip çektirmeme ve çektirmeme nedenine yönelik sorular soruldu.

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statical Package for Social Sciences (SPSS-13) paket programında değerlendirildi. Verilerin analizinde ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Man Whitney U testleri kullanıldı.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, her iki grupta da tanımlayıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Deney grubuna verilen bilgi sonrasında poliklinikteki anksiyete düzeyinin mamografi ünitesinde

düştüğü, kontrol grubunda ise yükseldiği belirlendi. Her iki grupta da kadınların mamografi çekimi sırasında çoğunlukla hafif düzeyde ağrı yaşadıkları, mamografi işlemi yapılan kadınlara, yazılı broşür kullanılarak bilgi vermenin işlem öncesi yaşanan anksiyete düzeyini azalttığı ancak ağrı düzeyine etkisi olmadığı belirlendi.

Sonuç olarak mamografi hakkında işlem öncesi verilen bilgi anksiyete düzeyini azaltmaktadır. Bu nedenle bu işlemin yapıldığı kurumlarda kadınlara yapılacak girişimler ile ilgili bilgi verilmesinin gerekli olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Mamografi, bilgi verme, ağrı, anksiyete, hemşirelik.

X. SUMMARY

This research had done experientaly in order to determine the effect of the information given with written booklet to the women - who will have been exposed to mammography - on the post process pain level and pre process anxiety.

Between the dates April – December 2007, totally 63 women as 31 experiment, 32 control group - who were compatible with sampling attribute and accepted to attend the research - had been being taken into the research at Cumhuriyet University, Research and Practice Hospital, General Surgery Polyclinic (Disease of Breast Chamber) and Mammography unit.

In research, the datas were collected via using face-to-face technique with ‘Personal Information Form’, ‘State Anxiety Inventory’ and ‘Verbal Category Scale’ by the investigator.

The women’s who were decided to being exposed to mammography descriptive characteristics were determined via ‘Personal Information Form’(excluding last 3 questions); the anxiety level was determined via ‘State Anxiety Inventory’ before the mammography process, both before and after giving information.

At first, the information about mammography was given to the experiment group, but not to the control group. Investigator redetermined the anxiety levels of women in both groups with ‘State Anxiety Inventory’ for the mammography process by going to mammography unit with the women in both groups before the process. During the process, investigator got women do pain reducing excercises (counting, respiratory excercises, giving inculcation) by being with the women in experiment group, but have not the women in the control group. After the mammography process finished, the pain level which the women suffered during mammography were determined with using ‘Verbal Category Scale’ to them in both groups and asked how they had remembered the mammography process and

questions about being exposed to mammography again or not and reasons why not.

The datas obtained, were evaluated in the packaged software Statical Package for Social Sciences (SPSS-13) in computer environment. At the analising the datas chi-square test, test of materiality of the difference between two averages and Man Whitney U tests were used.

According to the findings obtained in the research, in terms of defining characteristics statistically any significant difference didn't find in both groups. After giving information to the experiment group, in the mammography unit, a decrease of anxiety level of the women, but an increase in the control group was determined.

In both groups, it was determined that women commonly had light pain during to be exposed to mammography, and to giving information, before mammography by using written brochure who are decided to exposed to mammography decreased the anxiety level but isn't effecting of pain level.

As a conclusion, giving information by using written brochure to the women reduces the anxiety. Therefore it was concluded that in the settings where mammogaphy is applied, giving information to women about interventions that will apply is necessary.

Key words: Mammography, giving information, pain, anxiety, nursing.

KAYNAKÇA

1. Ali NS, Khall HZ (1996) Cancer Prevelation and Early Detection Among Egyptians, *Cancer Nursing*, 19(2):104-111.
2. Alican F (1996) Meme Kanseri, Değişen Kavramlar ve Güncel Tedaviler, Ankara.
3. Alimoğlu E, Alimoğlu MK, Kabaalioğlu A, Çeken K, Apaydın A, Lüleci E (2004) Mamografi Çekimine Bağlı Ağrı ve Kaygı, Tanı ve Girişimsel Radyoloji, 10:213-217.
4. Anderson DE (1994) Genetic Study of Breast Cancer, Dentification of High Risk Group, *Cancer*, 43:1090-1097.
5. Aro AR, Absetz-Ylostalo P, Eerola T (1996) Pain and Discomfort During Mammography, *European Journal Cancer*, 32:1674–1679.
6. Aro AR, Absetz SP, Elderen TM, Ploeg E ve Kamp LT (2000) False-Positive Findings in Mammography Screening Induces Short-Term Distress-Breast Cancer-Specific Concern Prevails Longer, *European Journal of Cancer*, 36:1089-1097.
7. Asghari A, Nicholas MK (2004) Pain During Mammography: The Role of Coping Strategies, *Pain*, 108:170-179.
8. Aslan F (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):9-16.
9. Aslan FE, Gürkan A (2007) Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2):63-68.
10. Atlı Ö (2002) Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları ile Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi, *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

11. Aydıntuğ S (2004) Meme Kanserinde Erken Tanı, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 13:226-228.
12. Baines CJ, To T, Wall C (1990) Women's Attitudes to Screening After Participation in The National Breast Screening Study, Cancer, 65:1663-1690.
13. Bendelow GA, Williams SJ, (1995) Transcending the Dualism: Towards a Sociology of Pain, Sociology of Health and Illness, 17:139-165.
14. Beştepe G, Ceylantekin Y, Özyürek P (2007) Afyonkarahisar Merkezine Bağlı Bulunan Liselerdeki Bayan Öğretmenlerin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgi Düzeyi, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 3 (ek sayı).
15. Bownload L, Cockburn J, Cawson J, Anderson HC, Moorehead S, Kenny M (2003) Counselling Interventions to Address The Psychological Consequences of Screening Mammography: A Randomised Trial, Patient Education and Counseling, 49:189-198.
16. Brinton LA, Schairer C (1993) Estrogen Replacement Therapy and Breast Cancer Risk, Epidemiology Review, 15:256-262.
17. Bruyninckxa E, Mortelmansa D, Goethemb MV, Hove EV (1999) Risk Factors of Pain in Mammographic Screening, Social Science & Medicine, 49:933-941.
18. Bulut HK, Erdöl H, Gürsoy AA, Hindistan S, Kahrıman İ, Mumcu HK, Nural N, Yeşilçiçek K, Yılmaz F, Yiğitbaş Ç (2007) Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Sağlık İnançlarının Belirlenmesi: Trabzon Örneği, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 3 (ek sayı).
19. Burgut R, Tuncer İ, Bozdemir N, Coşar E (1994) Türkiye'e 16 Merkezin Kanseri Verilerinin Değerlendirilmesi: Türkiye'de Kanseri Sıklığı, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana.

20. Chagpar AB, Masters KM (2007) Trends in Mammography and Clinical Breast Examination:A Population-Based Study, Journal of Surgical Research, 140:214–219.
21. Cumming SR (2007) Primary Prevention of Breast Cancer: New Approaches, Maturitas, 57:39-41.
22. Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Oktan K, Arslan K (2004) Muğla Merkez, Bayır, Yerleşik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Bilgi ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 12:62-75.
23. Çiçeklioğlu M, Ege EC, Soyer Mt, Çımat S (2005) Birinci Basamaktaki Hemşire/Ebelerin Eğitiminde Akran Eğiticilerin Kullanılması: Meme Kanseri Erken Tanısı Eğitim Programı Geliştirme Deneyimi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 14(11):249-255.
24. Davey B (2007) Pain During Mammography: Possible Risk Factors And Ways Alleviate, Padiography, 13:229-234.
25. Doksat MK (2003) Ağrı ve Psikiyatri, Psikiyatri ve Sanat Yayınevi, Bursa.
26. Doyle CA, Stanton MT (2002) Significant Factors in Patient Satisfaction Ratings of Screening Mammography, Radiography, 8:159-172.
27. Duijm LE, Guit GL, Hendriks JH, Zaat JO, Mali WP.(1998) Value of Breast İmaging in Women With Painful Breasts: Observational Follow up Study. British Medical Journal, 12:1492-1497.
28. Dullum JR, Lewis EC ve Mayer JA (2000) Rates and Correlates of Discomfort Associated with Mamography, Padiology, 214:547-552.
29. Ekeberg Q, Skjauff H, Karsen R (2001) Screening for Breast Cancer İs Associated With a Low Degree of Psychological Distress, The Breast, 10:20–24.
30. Ekizler H (1992) Genital Enfeksiyonların Önlenmesi ve Tedavisinde Sağlık Eğitiminin Rolü, Birinci Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Hemşireliği

Sempozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi Basımevi Ve Film Merkezi:83-90.

31. Eklund GW (1991) Mammography Compression: Science or Art?, *Radiology*, 181:339-341.
32. Eklund GW, Cardenosa K (1991) Art of Positioning Needs Revival in Mammography, *Diagnostic Imaging*, 13: 131–140.
33. Elwood M, McNoe B, Smith T (1998) Once is Enough—Why Some Women do not Continue to Participate in a Breast Cancer Screening Programme, *Women's Health Issues*, 111:180–183.
34. Elverici E, Barca AN, Düzgün AP, Araz L, Yüksel E (2007) Geriatrik Yaş Grubundaki Kadın Hastalarda Meme Görüntüleme Bulguları, *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(1):1-4.
35. Erel S, Koçyiğit O, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu MZ, Akkuş MA (2007) Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mammografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 3 (ek sayı).
36. Erdoğan B (2001) Meme Kanseri Tanısında Kızılötesi Görüntüleme Yöntemi, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Teknik Üniversitesi.
37. Erdoğan S (2003) Meme Kitlelerinin Değerlendirilmesinde Nükleer Tıp Yaklaşımı, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34(4):219-225.
38. Fallowfield LJ (1990) What are the Psychological Factors Influencing Attendance, Non- Attendance and Re-Attendance at A Breast Screening Centre?, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83:547–551.
39. Fendrick JL, Raafat AM, Halsam SZ (1998) Mammary Gland Growth And Development From The Postnatal Period to Postmenopause: Ovarian Steroid Reseptor Ontogeny and Regulation in the Mouse, *Journal Mammary Gland Biological Neoplasia*, 3:7-22.

40. Fernandez MA, Palmer RC, Leong-Wu CA (2005) Repeat Mammography Screening Among Low-Income and Minority Women: A Qualitative Study, *Cancer, Culture and Literacy Supplement*, 5(3):77-83.
41. Ferrante JM, Chen PH, Crabtree BF, Wartenberg D (2007) Cancer Screening in Women, *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6):525-531.
42. Ferraroni M (1998) Alcohol Consumption and Risk of Breast Cancer, *European Journal Cancer*, 15:534-539.
43. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM (2001) Incidence in İzmir in 1993-1994: First Results From İzmir Cancer Registry, *European Journal Cancer*, 37:83-92.
44. Fine MK, Rimer BK, Watts P (1993) Women's responses to the mammography experience, *Women's Health Issues*, 6:546-555.
45. Fletcher SW, Elmore JG (2003) Mammographic Screening for Breast Cancer, *N Engl J Med*, 348:1672-1680.
46. Fox SA, Klos DS, Worthen NJ, Pennington E, Gold RH (1990) Improving the Adherence of Urban Women to Mammography Guidelines: Strategies for Radiologists, *Radiology*, 174(1):203-206.
47. Gram ET, Slenker SE (1992) Cancer Anxiety and Attitudes Toward Mammography Among Screening Attenders, Nonattenders, and Women Never Invited, *Journal Public Health*, 82:249-251.
48. Gross RE (2000) Breast Cancer: Risk Factor, Screening and Prevention, *Seminars in Oncology Nursing*, 16(3):176-184.
49. Guyton C.A, Hall E.J (2001) *Tıbbi Fizyoloji*, Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul.
50. Gülen H, Bayram N, Taşkın L (2007) Üniversite öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 3 (ek sayı).
51. Hafslund B, Lecturer P (2000) Mammography and the Experience of Pain and Anxiety, *Radiography*, 6:269-272.

52. Havell A, Anderson E, Blamey R (1998) The Primary use of Endocrine Therapies, *Recent Results in Cancer Research*, 155:227-244.
53. Hom PL, Thompson WD (1998) Risk of Contralateral Breast Cancer: Associations With Histologic, Clinical and Therapeutic Factors, *Cancer*, 62:412-419.
54. Hossfeld DK, Sherman CD, Kars A, Sarıalioğlu F, Fırat D (Ed) (1992) *Klinik onkoloji, Uluslararası Kanserele Savaş Birliği-5*, Ankara, Başbakanlık Basım Evi.
55. İğci A, Tunacı M (2007) Meme Kanserinde Tanı, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2):100-106.
56. Jackson VP, Lex AM, Smith DJ (1998) Patient Discomfort During Screen-Film Mammography, *Radiology*, 168:421-423.
57. Karayurt Ö (1998) Ameliyat Öncesi Uygulanan Farklı Eğitim Programlarının Hastaların Anksiyete ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1):20-26.
58. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K (2008) Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1):15-20.
59. Karayurt Ö, Zorukoş SN (2008) Meme Kanseri Riski Yüksek Olan Kadınların Yaşadıkları Duygular ve Bilgi- Destek Gereksinimlerinin Karşılanması, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2):56-61.
60. Keemers-Gels ME, Groenendijk RP, Heuvel JH, Boetes C, Peer PG, Wobbes TH (2000) Pain Experienced by Women Attending Breast Cancer Screening, *Breast Cancer Res Treat*, 60(3):235-240.
61. Keith GL, Laguens MD, (2002) Are Mammography and Palpation Sufficient for Breast Cancer Screening? A Dissenting Opinion, *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 11:17-25.
62. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, İnse S, Ergüvenli E, YıldırımA, Portakal N, Kuru N (2006) Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamasının

GATA Eğitim Hastanesinde Görevli Hemşire, Hemşirelik Öğrencileri ve Hastaneye Müracaat Eden Kadın Hastalarda Araştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48:200-204.

63. Kimme-Smith CM (2000) Patient Comfort Level Full Breast Compression Required by Mammography, *Radiology*, 4:24-38.
64. Koçak S (2000) Kimler Meme Kanseri Olur?, *Klinik Bilimler ve Doktor*, 6 (1):68-72.
65. Koçyiğit O (2007) Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara.
66. Kornguth PJ, Rimer BK, Conaway MR (1993) Impact of Patient-controlled Compression on the Mammography Experience, *Radiology*, 186:99-102.
67. Kornguth PJ, Keefe FJ, Conaway MR (1996) Pain During Mammography: Characteristics and Relationship to Demographic and Medical Variables, *Pain*, 66:187–194.
68. Lewis SM, Collier IC, Heitkember MM (1996) *Medical Surgical Nursing* Mosby, St. Louis, 323-342.
69. Lynch HT, Mulcahy GN (1996) Genetic Factors in Breast Cancer, *Asurvey Pathol Ann*, 1:77-101.
70. Loken K, Steine S, Laerum E (1998) Mammography: Influence of Departmental Practice and Women's Characteristics on Patient Satisfaction: Comparison of Six Departments in Norway, *Quality in Health Care*, 7:136–141.
71. Louwman WJ, Voogd AC, van Dijck JA (2007) On the Rising Trends of Incidence and Prognosis for Breast Cancer Patients Diagnosed 1975–2004: A Long-Term Population-Based Study in Southeastern Netherlands. *Cancer Causes Control*:24-32.

72. Mainiero MB, Schepps B, Clements NC, Bird CE. (2001) Mammography-Related Anxiety: Effect of Preprocedural Patient Education, *Women's Health Issues*, 11(2):110-115.
73. Malone KE, Daling JR (1993) Oral Contraceptives in Relation to Breast Cancer, *Epidemiology Review*, 15:80-89.
74. Marshall GA (1994) Comparative Study of Reattenders and Non-Reattenders for Second Triennial National Breast Screening Programme appointments, *Journal Public Health Med*, 16 (1):79-86.
75. McCreedy T, Littlewood D, Jenkinson J (2005) Breast Self-Examination and Breast Awareness: a Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*, 14:570-578.
76. Mete S (1998) Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2):1-8.
77. Nahcivan NÖ, Seçginli S (2003) Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:33-38.
78. Nielsen BB, Miaskowski C, Dibble SL, Beber B, Altman N. McCoy CB (1991). Pain and Discomfort Associated With Film-Screen Mammography, *Journal of the National Cancer Institute*, 83:1754-1756.
79. Nural N, Akdemir N (2000) Dahiliye Servisinde Yatan Hastalarda Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2):1-13.
80. Oran A, Utkualp N, Ekici E (2003) Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanserine Yönelik Davranışları, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(8):146-149.
81. Öner N, Lecompte A (1985) Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

82. Özdemir A, Coşar B, Maral I, Konuş ÖL, Coşar S, Öner AY, Işık S (2000). Mamografi Sırasında Ağrı: Sıklık, Şiddet ve Nedenleri, Tanı Girişim Radyoloji Dergisi, 6:31-36.
83. Özgün H, Soyder A, Erpek H, Boylu Ş (2007) Meme Kanseri Olgularında Erken Evre Oranları ve Etkileyen Faktörler, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi,3 (ek sayı).
84. Parlar S, Bozkurt Aİ, Owayolu N (2004) Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2):9-15.
85. Reers CE, Bath PA (2000) The Information Needs and Source Preference of Women with Breast Cancer and Their Family Members: A Review of the Literature Published Between 1988 and 1998, Journal of Advanced Nursing 34:497-507.
86. Rutter DR, Calnan M, Vaile MSB, Field S, Wade KA (1992) Discomfort and Pain During Mammography: Description, Prediction, and Prevention. British Medical Journal, 305:443-445.
87. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB (2001) Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detections, Public Health Nursing, 18(5):357-363.
88. Sapir R, Patlas M, Strano SD (2003) Does Mammography Hurt? Journal of Pain and Symptom Management, 25(1):53-63.
89. Scaf-Klomp W, Van Sonderen E, Van Den Heuvel W (1997) Compliance After 17 Years of Breast Cancer Screening: Factors Associated With Reattendance for Periodic Breast Screening, European Journal of Public Health, 192-187.
90. Sevil Ü, Ünsal Ş (2002) Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı, Hemşirelik Formu Dergisi, 5:32-39.

91. Singh V, Saunders C, Wylie L, Bourke A (2008) New Diagnostic Techniques for Breast Cancer Detection, *Future Oncology*, Aug;4(4):501-13.
92. Slattery ML, Kerber RA (1993) A Comprehensive Evaluation of Family History and Breast Cancer Risk, *JAMA*, 270:1563-1568.
93. Steggle S, Lightfoot N, Sellick SM (1998) Psychological Distress Associated With Organized Breast Cancer Screening, *Cancer Prevention Control*, 2(5):213-220.
94. Stephen AF, Feig MD (2004) Adverse Effects of Screening Mammography, *Radiologic Clinics of North America*, 42(5):807-819.
95. Sullivan DC, Beam CA, Goodman SM, Watt DL (1991) Measurement of Force Applied During Mammography, *Radiology*, 181:355-357.
96. Şahin S, Özer FG, Karamanoğlu AY (2007) Erken Tanı Merkezine Mamografi Çektirmek Amacıyla Başvuran Hastaların Anksiyete Düzeyleri, 9. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 3 (ek sayı).
97. Tabar L, Tot T, Dean PB (2008) Breast Cancer: Early Detection With Mammography Casting Type Calcifications: Sign of a Subtype With Deceptive Features, *Clinical Imaging*, 32:241-244.
98. Teasdale K (1993) Information and Anxiety: A Critical Reappraisal, *Journal Advanced Nursing*, 15:1125-1132.
99. Topuz E, Aydın A, Dinçer M (2003) Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
100. Tuncer S (2000), Jinekolojik Kanselerde Tarama, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31 (2):113-120.
101. Turgut AT, Hasırcıoğlu F, Koşar U (2000) Meme Hastalıklarının Tanısında Mamografi, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 9(12):1-8.
102. Tükel S (2002) Dijital Mamografi, Tanı ve Girişimsel Radyoloji, 8:222-227.
103. Ursin H, Zahl-Begnum O (1993) Biologisk psykology, Oslo, Tanum-Norli, 116-123.

104. Ünal H (2006) Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Etkinlikleri, 54:9-13.
105. Üstün EE (1992) Meme Radyolojisi, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 33-38,230.
106. Wellisch DK, Hoffman A, Goldman S, Hammerstain J, Klein K, Bell M (1999) Depresyon and Anxiety Symptoms in Women at High Risk for Breast Cancer: Pilot Study of a group intervention, American Journal Psychiatry, 156:1097-1104.
107. Willett WC, Brown ML (1990) Relative Weight and Risk of Breast Cancer Among Premenopausal Women, American Journal Epidemiology, 122:731-738.
108. Vessey MP (1994) Exogenous Hormones in the etiology of cancer in women, Journal R Soc Med, 77:542-550.
109. Vietri V, Poskitt S, Slainka SC (1997) Enhancing Breast Cancer Screening in the University Setting, Cancer Nursing, 20(5):323-329.
110. Yılmaz M (1991) Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hastalar Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
111. Yılmaz M, Sayın YY (2001) Meme Kanseri Hakkında En Çok Sorulan Sorular, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri, 16 (2):39-47.
112. Yücel A, Değirmenci B, Acar M, Ellidokuz H, Albayrak H (2005) Knowledge About Breast Cancer and Mammography in Breast Cancer Screening Among Women Awaiting Mammography, Türk Journal Medicine Science, 35:35-42.
113. Zincir H, Eğri M (2000) Malatya il Merkezinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları, 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu, Malatya.
114. www.breastscreen.org.au, 2006.
115. www.cancer.org American Cancer Society, 2006.

116. www.cancercare.on.ca, 2006.
117. www.nbcc.org.au, 2006.
118. www.saglik.gov.tr/extras/statistics, 2007
119. www.whv.org.au, 2006.

EKLER

EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşı
 - 35–39
 - 40 yaş ve üzeri
2. Eğitimi
 - Düşük (Okur-yazar ve İlköğretim mezunu)
 - Yüksek(Lise mezunu ve Üniversite mezunu)
3. Medeni durumu
 - Evli
 - Bekâr
4. Mesleği
 - Çalışıyor
 - Çalışmıyor
5. Meme polikliniğine gelme nedeni
 - KKMM muayenesi sırasında ele gelen kitle
 - Meme başından gelen akıntı
 - Memede ağrı
 - Portakal kabuğu görünümü
 - Kontrol için
5. Ailede meme kanseri öyküsü
 - Var (6.soruyu cevaplayınız)
 - Yok
6. Ailede meme kanseri olan (birden fazla işaretlenebilir)
 - Birinci dereceden akraba
 - İkinci dereceden akraba
 - Diğer
7. Mamografi çekirme nedeniniz nedir?
 - Hekimin klinik muayenesinde ele gelen kitle
 - Kontrol için
 - Diğer.....
8. Mamografi işleminden önce açıklama/bilgi verildi mi?
 - Evet
 - Hayır

9. Açıklama/ bilgi veren kişi
- Sağlık personeli
 - Mamografi işlemini yaptırmış kadınlardan
 - Diğer.....
10. Mamografi işleminin ne için yapıldığını biliyor musunuz?
- Evet (11 soruya cevaplayınız)
 - Hayır
11. Mamografi işleminin ne için yapıldığını nereden öğrendiniz?
- Sağlık personeli
 - Mamografi işlemini yaptırmış kadınlardan
 - Diğer.....
12. Mamografi işleminin nasıl yapıldığını biliyor musunuz?
- Evet
 - Hayır
13. Mamografi işleminin nasıl yapıldığını nereden öğrendiniz?
- Sağlık personeli
 - Mamografi işlemini yaptırmış kadınlardan
 - Diğer.....

Mamografi çekildikten sonra sorulacak

14. Mamografi işlemini nasıl hatırlıyor?
(birden fazla seçenek işaretlenebilir)
- Ağrılı
 - Sıkıntılı
 - Hiç rahatsız olmadım
15. Tekrar mamografi çektirmeyi
- Çektireceğini ifade ediyor
 - Çektirmeyeceğini ifade ediyor
16. Çektirmek istememesinin nedeni
- Ağrı
 - Mahremiyet
 - Diğer.....

EK 2

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

(STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ilişkin duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra nasıl hissettiğinizi ifadelerinin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanına (x) koyarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin o anda nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Çok fazla
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sınırlarım gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içerisindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe duyuyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş	()	()	()	()

hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

EK 3

SÖZEL KATEGORİ ÖLÇEĞİ (VERBAL CATEGORY SCALE-VRS)

Aşağıda mamografi çekilirken yaşadığınız ağrıyı en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz

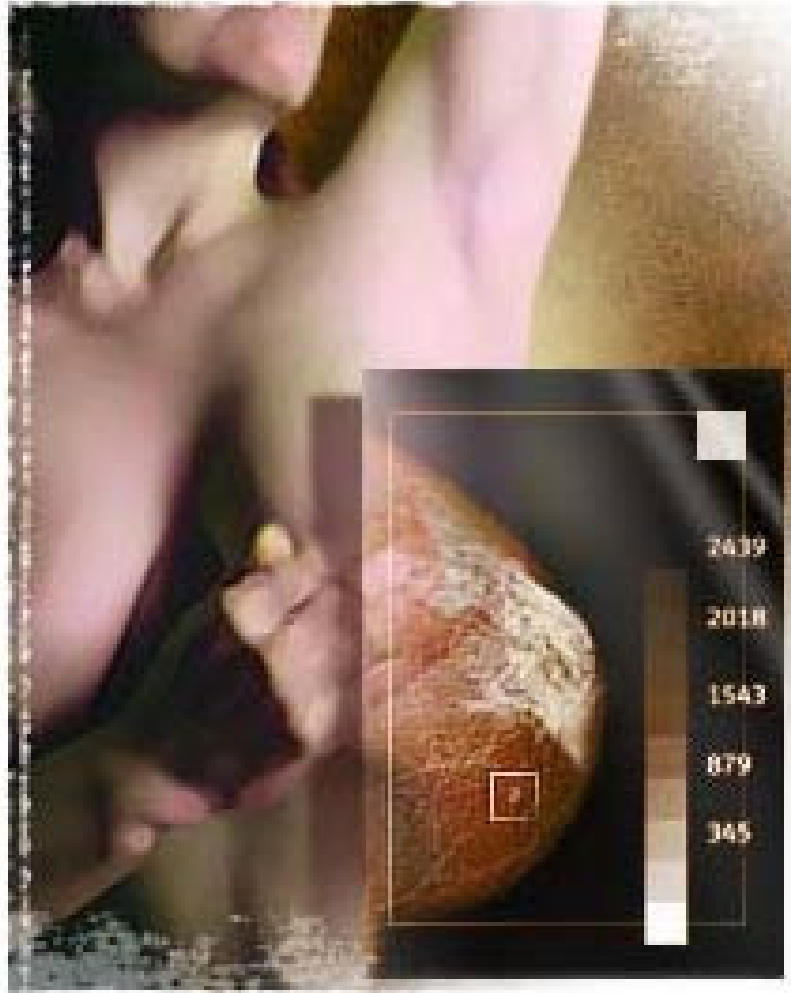
Hafif	Rahatsız Edici	Şiddetli	Çok Şiddetli	Dayanılmaz
-------	----------------	----------	--------------	------------

EK 4


MAMOGRAFİ İŞLEMİNE YÖNELİK BİLGİ REHBERİ




MAMOGRAFİ ve BEN





Mamografi Nedir?

 Mamografi, meme dokusundaki anormal değişim ve gelişimleri belirlemek için düşük dozda radyasyonla (X-ray) çekilen bir röntgen filmidir.


 Memede, muayene ile saptanamayacak kadar küçük anormalliklerin/kitlelerin tespit edilmesi amacı ile çekilir. Mamografi ile hastalık, muayene ile tespit edilebilecek aşamadan önce saptanır. Bu nedenle kesin yaşam kurtarıcıdır.


Ne Zaman Çektirilmelidir?

 Mamografi çekilirken meme, iki tabaka arasında birkaç saniye hafifçe sıkıştırılır. Bu nedenle memelerin en az hassas olduğu zamanda mamografi çekilmesi, önerilmektedir.

 Adet bitimini takip eden hafta, memelerin hassasiyetinin en az olduğu zamandır. Ayrıca adet bitimini takip eden hafta, hormonal nedenlerle memelerin şişliği en alt düzeydedir bu nedenle bu dönemde daha iyi sonuçlar alınmaktadır. Bu nedenle herhangi özel bir durum olmadıkça, mamografi çekiminin, adet bitimini takip eden haftada yapılması önerilmektedir.

Mamografi Çektirmeye Giderken Nelere Dikkat Edilmelidir?

 Mamografi çekilirken belden yukarısı çıplaktır. Bu nedenle çekime gelirken iki parça elbise giyilmesi önerilir. Bu sayede çekim sırasında belden üstü kolaylıkla çıkartılabilir.

 Filmi etkileyebileceğinden, koltuk altlarına deodorant, talk pudrası, losyon gibi şeyler sürülmemelidir.

Mamografi nasıl yapılır?

Size X-ray (mamografi) cihazının önünde ayakta durmanız söylenecektir.

Mamografi çekimini yapan sağlık görevlisi memenizi iki plaka arasına yerleştirecektir. Meme dokunuzun incelmesi için plakalar arasında hafifçe sıkıştırılacaktır. Memenizin plakalar arasında sıkıştırılması daha az radyasyon almanızı ve daha iyi görüntü alınmasını sağlayacaktır.

Memnizin plakalar arasında sıkıştırılmasından dolayı birkaç saniye hafif ağrı ya da rahatsızlık hissedebilirsiniz.





Mamografinin çekildiği alet




Mamografiyi ne sıklıkta yaptırılmalıdır?


Amerikan kanser birliğinin önerisine göre;

 Hiçbir meme yakınması olmayan bir kadın 40 yaşında memesinde herhangi bir sorun olup olmadığını belirlemek için mamografi çekmelidir (bazı mamografi).


 Kırk yaşını geçen kadınlar her yıl veya iki yılda bir mamografi çekmeli ve her yıl uzman bir hekime meme muayenesi olmalıdır. Elli yaşını geçen kadınlar ise her yıl mamografi çekmeli ve hekime muayene olmalıdır.

Memede Bir Kitle Tespit Edildiğinde Ne Yapılmalı?


 Memede bir kitle tespit edilince bunun kanser mi, yoksa başka bir hastalık mı olduğu araştırılmalıdır.

 Ancak önemle vurgulamak gerekir ki, memede saptanan her kitle kanser değildir. Bu nedenle, memede şüpheli bir kitle saptanınca, hemen korkup telaşlanmaya ve paniğe kapılmaya gerek yoktur. Memede bir kitle saptandığında, bir hekime başvurarak daha ileri tetkiklerin yapılması gereklidir.

Unutmayınız !!!

 Memelerde fark edilen anormalliklerin çoğu kanser değildir.

 Erken teşhis edilen bir kanserin tedavi şansı yüksektir.

 Mamografi %90 oranlarında meme kanserini teşhis edebilir.