

**T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ  
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Sibel ATEŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL 2014**

**T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ  
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Sibel ATEŞ**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Feride YİĞİT**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2014**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Sibel ATEŞ



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

<b>1. ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>2. SUMMARY</b> .....	<b>2</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>3</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
4.1.MEME ANATOMİSİ .....	5
4.2.MEMENİN FİZYOLOJİSİ .....	8
4.3.MEME KANSERİ .....	9
4.3.1.Meme Kanseri Tarihçesi .....	13
4.3.2.Meme Kanseri Epidemiyolojisi .....	14
4.3.3.Meme Kanserinin Etiyolojisi.....	17
4.3.4.Meme Kanseri Belirti ve Bulguları .....	19
4.4.Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri .....	21
4.4.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi .....	21
4.4.1.1.Memelerin Gözle Değerlendirilmesi .....	22
4.4.1.2.Memelerin Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirilmesi.....	22
4.4.1.3.Memelerin Ayakta Elle ve Banyoda Değerlendirilmesi .....	23
4.4.2.Klinik Meme Muayenesi .....	24
4.4.3.Mamografi .....	25
4.5. MEME KANSERİN ERKEN TANI VE TARAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ .....	26
4.6. MEME KANSERİNDE KORUNMA .....	28
4.6.1. Birincil Korunma .....	28
4.6.1.1. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma .....	28
4.6.1.2. Yüksek Riskli Kadınlar için Koruyucu Cerrahi .....	28

4.6.1.3. Kimyasal Korunma .....	29
4.6.2. İkincil Korunma .....	29
4.6.2.1. Risk Değerlendirme Araçları .....	29
4.7.KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ .....	31
4.8.SAĞLIK EĞİTİM VE SAĞLIK DAVRANIŞI KAZANDIRMA .....	32
4.9.SAĞLIK İNANÇ MODELİ .....	33
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>35</b>
5.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ .....	35
5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH .....	35
5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	35
5.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	36
5.4.1.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	36
5.4.2.Verİ Toplamada İzlenen Yol .....	37
5.5.Verilerin Değerlendirilmesi .....	38
5.6.Araştırmanın Etik Yönü .....	38
5.7. Çalışmanın Sınırlılıkları .....	38
<b>6.BULGULAR .....</b>	<b>39</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>57</b>
7.1.TANITICI ÖZELLİKLERE AİT TARTIŞMA .....	57
7.2.KKKM MUAYENESİNİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞMA .....	60
<b>8.SONUÇ .....</b>	<b>68</b>
<b>9.TEŞEKKÜR .....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER</b>	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>DNA</b>	<b>:Deoksiribonükleik Asit</b>
<b>WHO</b>	<b>:Word Health Organization,</b>
<b>NCI</b>	<b>:National Cancer Institue</b>
<b>ACS</b>	<b>:American Cancer Society</b>
<b>KKMM</b>	<b>:Kendi Kendine Meme Muayenesi</b>
<b>KMM</b>	<b>:Klinik Meme Muayenesi</b>
<b>SİM</b>	<b>:Sağlık İnanç Modeli</b>

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 23.05.2013 tarihli karar no: 23.05.2013/06-51 numaralı karar ile onaylanmıştır.

**Proje numarası: HEM/1342012**

# TABLolar LİSTESİ

## Sayfa No

<b>Tablo 4.3.2.1.</b> Dünyada Meme Kanseri İnsidansı .....	16
<b>Tablo 6.1.</b> Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	39
<b>Tablo 6.2.</b> Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı .....	41
<b>Tablo 6.3.</b> Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri ve KKMM Hakkındaki Bilgi Durumlarının Dağılımı .....	43
<b>Tablo 6.4.</b> Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri Belirtisi Tanımlama Durumlarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 6.5.</b> Olguların Mememe Kanseri Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutlarının Ortalamaları, Standart Sapması, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı .....	45
<b>Tablo 6.6.</b> Medeni Durum Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 6.7.</b> Öğrenim Durumu Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 6.8.</b> Birinci Dereceden Yakınında Kanser Olup Olmamasına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 6.9.</b> Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 6.10.</b> Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	52
<b>Tablo 6.11.</b> KKMM Anlatım Doğruluğu Gruplara Göre Memem Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	53

<b>Tablo 6.12</b> Ekonomik Duruma Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boylularından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	55
---	----





# ŞEKİLLER LİSTESİ

## Sayfa No

Şekil1. Memenin Anatomik Yapısı .....	6
Şekil 2. Memenin Yandan Görünümü .....	7
Şekil 3. Memenin Dış Görünümü ve Kadranları .....	7
Şekil 4. Kanserli Meme Dokusunun Gösterimi .....	11



## 1. ÖZET

Meme kanseri, birçok ülkede kadınlarda en sık görülen kanser türü ve ölüm nedenidir. Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapılması, meme kanseri için etkili bir tanı yöntemidir. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için kendi kendine meme muayenesi basit, herkes tarafından uygulanabilen, özel araç gereç gerektirmeyen, kişilerin ayda on dakikasını alan bir erken tanı yöntemidir.

Araştırmamız, kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve uygulamalarını araştırmak için yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma 16 Eylül – 16 Aralık 2013 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Örneklem 18 yaş üzerinde olup çalışmayı gönüllülük ile kabul eden ve araştırma kriterlerine uygun 285 kadın alınmıştır. Olgular ile yüz yüze görüşülüp, gönüllü olur formu ile izin alınmış tanıtıcı bilgi formu ve Champion Sağlık İnanç Modeli ölçeği doldurtularak veriler toplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %41,4'ü 20-29 yaş arasında olup %60'ı evlidir ve %7,7'sinin ailesinde meme kanseri vardır. Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olanların oranı %61,05 olup %20,7 si bilgi kaynağı olarak yakın çevreden öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların tamamına yakını (%91,5 ) kendi kendine meme muayenesi yapmanın gerekliliğine inanırken, % 43,5'nin meme muayenesi yapmadığı ve yapmama nedeni olarak nasıl yapıldığını bilmediklerini (%23,1) ifade ettikleri belirlenmiştir.

Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli kullanılarak elde edilen tarama davranışlarına yönelik sağlık inançları ölçek alt boyut puan ortalamalarının 8.0 ( $\pm 2.26$ ) ile 31.52 ( $\pm 7.14$ ) puan arasında değiştiği bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda kadınların meme kanseri erken tanı ve uygulama yöntemleri hakkında eksikliklerin olduğu ve eğitimlerle bu eksikliklerin giderilebileceği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kendi Kendine Meme Muayenesi, Meme Kanseri, Farkındalık, Hemşire, Klinik Meme Muayenesi,

## 2.SUMMARY

Breast cancer is the most common type of cancer in women in many countries and is the cause of death. Breast self-examinations done regularly every month, breast cancer is an effective diagnostic method. For early diagnosis and treatment of breast cancer, breast self-examination is simple, can be applied by anyone, does not require special tools, people taking ten minutes a month is a method of early diagnosis. Research has been made in the Family Health Center between September 16 and December 16, 2013. Sampling over the age of 18 and agree with voluntary work and research that meets the criteria of 285 women were included. Discussed with patients face to face, are permitted with consent form identifying information form filled out and Champion's health belief model scale data was collected.

41.4% of the women who participated in the study, are between 20-29 years old, 60% are married and 7.7% has breast cancer history in her family. The rate of women who have information about breast self-examination is 61.05% and the rate of women who have stated that they had learned about the breast self-examination from near abroad is 20.7%. While Almost all women (91.5%) believe the necessity of doing of breast self-examination, 43,5% of them does not do breast examination and 23.1% of them stated that the reason for not doing self examination is that they don't know how to do it.

It is found out that health beliefs devoted to scanning attitudes which are obtained by using Breast Cancer Health Belief Model changes between average subdimensional score of 8.0 points ( $\pm 2.26$ ) and 31.52 points ( $\pm 7.14$ ).

As a result of the research, women don't have enough consciousness about breast cancer and its methods of early diagnosis It has been determined that with education and training these deficiencies can be eliminated.

**Keywords:** Breast Self-Examination, Breast Cancer, Realization, Nurse, Clinical Breast Examination

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipi olup, kansere bağılı ölümlerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Son yıllarda meme kanserinin tanı ve tedavisinde birçok ilacın kullanıma girmesine karşın tedavinin etkinliği tatmin edici şekilde artmamıştır. Bu nedenle halen riskli bir hastalık olma özelliğini koruduğundan daha etkili tedavi şekillerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Meme kanseri tedavilerinin uzun, pahalı ve bazen organ kaybına neden olması ve hastalığın çabuk yayılabilmesi kadınlar arasında en önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Bu nedenle meme kanserinde erken tanı çok önemlidir.

Meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) yeri çok önemlidir. Meme muayenesi; hastanın kendi memesini muayene edebilmesi, herhangi bir masraf gerektirmemesi ve uygulanabilirliğinin kolay olması nedeniyle meme hastalıklarının erken tanısında uzun yıllardan beri kullanılmaktadır. Meme kanseri olan kadınların büyük çoğunluğu KKMM yaparak hastalıklarını erken dönemde belirlemişlerdir.

Kendi kendini meme muayenesi; hastanın KKMM yapması, meme sağlığı farkındalığını, meme kanserinin erken tanınma olasılığını, meme kanserli hastalarda sağ kalım oranını artırır. Bu nedenle genç kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı az da olsa KKMM erken yaşta öğretilerek bu durumun alışkanlık haline alması önemlidir. Adet gören kadınlar meme boyutların kısmen daha az olduğu adet başlangıcından 7-10 gün sonra, menopozdaki kadınlar ise her ay belirledikleri bir günde aylık meme muayenelerini yapmalı ve bir değişiklik tespit ettiklerinde doktorlarına bildirmelidirler.

Bu araştırma; İstanbul ili, Esenler ilçesi 8 no'lu Aile Sağlığı Birimleri'nde, kadınların KKMM ilişkin inanç durumlarının incelenerek KKMM inanç ölçeği alt boyutlarının bazı sosyo-demografik özellikler bakımından farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla nicel araştırma alt türlerinden nedensel karşılaştırma modeli uygulanması için planlanmıştır.

Aynı denek grubunun meme kanseri bilgisini, KKMM bilgisi, KKMM uygulama alışkanlıklarını, meme kanseri risk faktörlerini betimlemek amacıyla nicel araştırma alt türlerinden olan betimsel model kullanılarak oluşturulmuştur.

Araştırmamızın kısa vadedeki amaçları ve uzun vadedeki yararları aşağıda belirtilmiştir.

1. Kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak,
2. KKMM konusunda eğitim uygulamak,
3. KKMM eğitiminin etkinliğini saptamak.

Uzun vadedeki yararları,

1. Kadınlarda meme kanseri erken tanı bilincinin yerleştirilmesi,
2. Kadınların KKMM yapma alışkanlığı kazanması,
3. KKMM eğitimlerinde hemşirelere aktif rol sunulması olarak saptanmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. MEME ANATOMİSİ

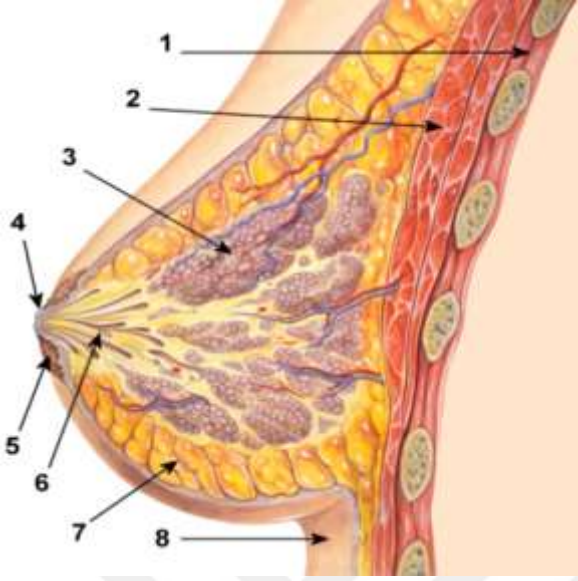
Erişkin kadın memesi üstte ikinci Coope ya da üçüncü kostanın üst sınırından başlar; altta, altıncı Coope hizasında biter. İç sınırı sternumun kenarında, dış sınırı orta veya ön koltukaltı çizgisindedir. Meme, üst dış ucunda, pektoralis majörün alt kenarı boyunca koltuk altına doğru bir dil şeklinde uzanır (“Spence’in aksilla kuyruğu”). Bu uzantı, bazen ele gelen, hatta gözle görülebilen bir kitle oluşturabilir; bunun uç kısmı koltukaltı lenf düğümlerinin pektoral grubu hizasına kadar gelebilir (1).

Memenin üst dış kadranı diğer kadrana nazaran çok daha azla glandüler elaman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür (2).

Meme bezinin önünde memeyi çepeçevre saran yüzeysel Coope, arkasında pektoralis majör kasını saran derin Coope bulunur. Meme derisinden derin fasyaya doğru uzanan ligamentlere “Cooper ligamentleri”denir. Bu ligamentler memeyi yerine tespit ederler ve memenin hareketli olmasını sağlarlar (3).

Memeler, vücudun değişik yerlerinden salgılanan farklı hormonların etkisi altında büyür ve gelişirler. Bu hormonların salgılanmaya başladıkları yaş ve miktar ile orantılı olarak da gelişimini erken ya da geç tamamlarlar (4).

Ortalama bir meme, laktasyon dışında, 150-400 gr. ağırlıkta 10–12 cm çapındadır; kalınlığı, orta kısımda 5-7 cm’ dir. Laktasyonda ağırlık 500 gramın üstüne çıkar (5).

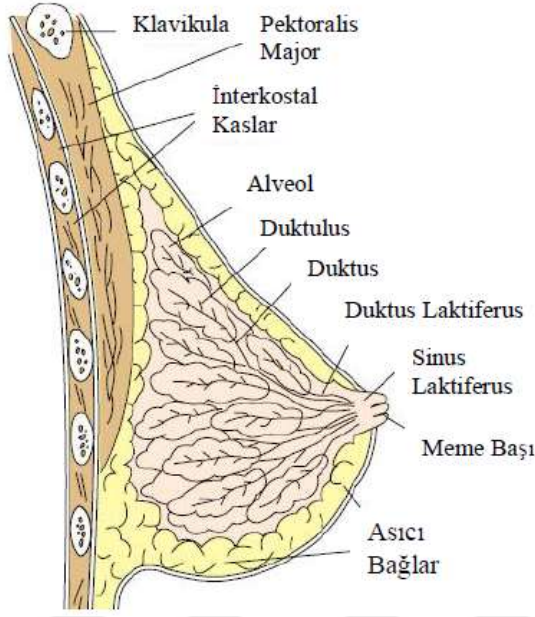


1. Göğüs duvarı
2. Pektoral kas
3. Lobüller
4. Meme başı
5. Areola
6. Laktiferöz kanal
7. Yağ dokusu
8. Cilt

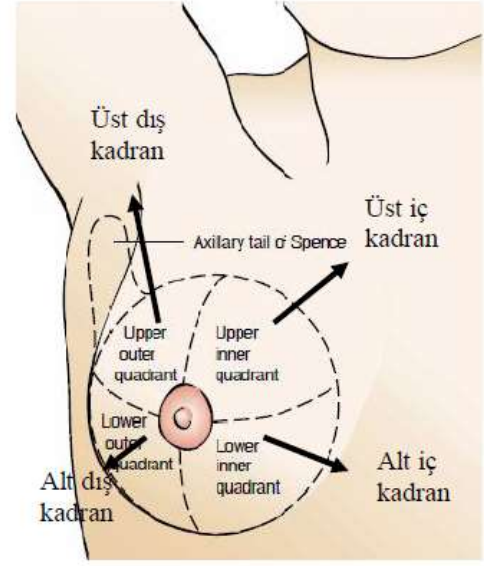
**Şekil 1:** Memenin Anatomik Yapısı

Memelerin içyapısında 15–20 lob, her lobda da 20–40 kadar lobüller bulunur. Bunların sayıları ve büyüklükleri yaşa ve fizyolojik şartlara göre değişir. Her bir lobdan gelen süt kanalları (duktus), süt sinüsleri ile meme ucunda sonlanır. Bu lobların aralarını bağ ve yağ dokusu destekler (6).

Meme diskoid, hemiserik, konik ve benzeri biçimlerde olabilir. Genellikle hiç doğurmamışlarda koniktir; doğurmuşlarda ve yaş ilerledikçe, belirgin yağlanma yoksa gevşer, daha sarkık bir biçim alır. Pubertedeki çarpıcı değişikliği her bir menstrüel siklustaki, gebelikteki laktasyondaki ve nihayet, menopozdaki involüsvon izler. Genelde her iki memede büyüklük açısından eşit değildir. Fizik muayenede normal bulunan böyle farklı büyüklükteki memelerde patolojik bir neden düşünüp yoğun ve soistik araştırmalara girmek gereksizdir. Bazı kadınlarda ise belirgin nodülarite vardır (7).



**Şekil 2.** Memenin Yandan Görünümü



**Şekil 3.** Memenin Dış Görünümü ve Kadrantları

(Şekil 2. ve Şekil 3. Smeltzer SC, Bare, BG., Brunner & Suddarth's Textbook o Medical-Surgical Nursing, 10th Edition kaynağından alınmıştır (2005)).

Meme dokusunun içerisinde bulunan lenfatik aę çok yaygın ve zengindir. Özellikle malign olaylarda metastazlar açısından önemlidir. Memenin lenfatikleri; aksiller ven nodları, external meme nodları, skapular nodlar, santral nodlar, subklavikuler nodlar, interpektoral nodlar ve internal mammaryal nodlardan oluşmaktadır. Genel olarak memenin lenfatik akımı, subepitelyal pleksustan başlar. Buradan intraparankimal lenfatikler üzerinden aksiller veya parasternal internal mammaryal alana yönelir.

Meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış kadranda yerleşmesinden dolayı, lezyonlar daha sık üst dış kadranda görülür. Derin planda, memenin yaklaşık dörtte üçü pektoraliz majör kası üzerinde bulunur. Dışta serratus anteriorum kası, altta kısmen serratus anteriorve eksternal oblik kasın, iğte de rektus kılıfının üst kısmını örter (8).



## 4.2. MEMENİN FİZYOLOJİSİ

İntrauterin hayatta gelişmeye başlayan kadın meme dokusunda, yaşam boyu büyük değişimler gözlenir (9).

Fetal yaşamda, çocuklukta, puberte ve adölesan dönemde, gebelikte, lohusalıkta, menopozda ve her ay adet dönemi boyunca değişiklikler görülür (10).

Dünyaya geldiğinde bebeğin meme dokusu, süt kanalları ve birkaç alveolarasinüsten oluşur. Ayrıca doğumdan kısa bir süre sonra meme başı ve areola belirginleşmeye başlar. Kız ve erkek bebeklerin memelerinde, maternal östrojene bağlı şişlik ve süte benzer ince bir akıntı görülebilir. Bu durum normal fizyolojik bir olaydır. Çocukluk döneminde vücut büyümesiyle orantılı olarak stromal doku çoğalır, duktuslar uzar, cinsiyet hormonlarının düzeyi düşüktür ve meme fonksiyonel olarak inaktiftir (11).

Meme gelişmesi ve fonksiyonu üzerine etkisi olan hormonların en önemlileri östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonu, kortizol ve büyüme hormonlarıdır. Bu hormonların salgısı hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohümorale kontrolündedir (12).

Meme lobüller ve ductuslar olmak üzere iki kısımdan oluşur. Memede süt salgılayan bölüm lobüller, ductuslar ile memenin tam ortasında bulunan areola denilen koyu renkli bölgede meme başına açılırlar. Memede lobüllerin birleşmesiyle loblar oluşur. Meme başı çevresi areola denilen sirküler pigment alandan oluşur. Areola epitelinde küçük tüyler, yağ ve ter bezleri aksesuar meme bezleri bulunur. Meme dokusu en fazla üst dış kadranda bulunur. Aksiller bölgeyi de kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde meme dokusu bulunması bu bölümde tümörlerin daha azla oluşmasına neden olur (13).

Memenin gelişimi ve fonksiyonu östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonu, kortizol ve büyüme hormonunun da arasında bulunduğu çeşitli hormonal uyarılarla başlar. Östrojen, progesteron ve prolaktin özellikle normal meme gelişimi ve fonksiyonunda önemli olan belirgin trofik etkileri vardır. Östrojen duktal gelişmeyi başlatırken, progesteron epitelin farklılaşmasından ve lobüller gelişmeden sorumludur. Prolaktin gebeliğin geç evresinde ve doğum sonrası dönemde laktogenez için birincil uyarıcıdır, hormon reseptörlerinin artışı düzenler epitelial gelişmeyi uyarır (14).

Kızlarda puberte ile birlikte on ve on beşinci yaşlarda meme dokusu artar, areolanın rengi koyulaşır, meme başı büyür. Bu dönemde meme dokusunda meydana gelen değişiklikler prolaktin, östrojen ve progesteron hormonlarının yanı sıra adrenal steroidler, insülin, growth hormon ve tiroid hormonlarının etkisiyledir. Kızlarda puberte gelişimi Tanner sınıflamasına göre klasik olarak beş evredir. İlk evre, evre 1 olup, prepubertal dönemi ifade eder, meme gelişimi ve pubik kıllanma yoktur. Evre 2 ile birlikte meme gelişimi başlar ve evre 5'te erişkin kadın biçimini alır. Pubik kıllanma genellikle meme gelişiminden altı ay sonra başlar (15).

Gebeliğin 32–40 haftalarında lobüller gelişir, meme başı tomurcuğuna açılan süt kanalları ektodermal kalınlaşma olan areola ile çevrilir ve areola pigmente olur. Meme dokusunun fetal gelişimini plesental yol ile gelen prolaktin, östrojen ve progesteron uyarır. Dünyaya geldiğinde bebeğin meme dokusu, süt kanalları ve birkaç alveolarasinüsten oluşur. Ayrıca doğumdan kısa bir süre sonra meme başı ve areola belirginleşmeye başlar. Kız ve erkek bebeklerin memelerinde, maternal östrojene bağlı şişlik ve süte benzer ince bir akıntı görülebilir. Bu durum normal fizyolojik bir olaydır. Çocukluk döneminde vücut büyümesiyle orantılı olarak stromal doku çoğalır, duktuslar uzar, cinsiyet hormonlarının düzeyi düşüktür ve meme fonksiyonel olarak inaktiftir (16).

Erkeklerde, memenin kadın memesinde olduğu gibi şekil ve boyut yönünden büyümesine jinekomasti denir. Pubertede görülür ve 1–2 yıl içinde kendiliğinden kaybolur. İleri yaşlarda görülen jinekomasti östrojen düzeyinin yüksekliğine bağlı olabilir. Testis tümörleri, böbrek üstü tümörler, ilaçlar, alkole bağlı siroz, kronik böbrek yetmezliği, kronik akciğer hastalıkları ve kötü beslenme sonucu ya da hiçbir nedene bağlı olmadan jinekomasti gelişebilir (17).

### **4.3. MEME KANSERİ**

Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Organ ve dokular oluşurken hücreler belirli bir düzen içinde, belirli iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar, yaşlanan hücreler de belirli bir hızda yıkılmaktadırlar (18).

İnsan vücudundaki bu hücreler, görevlerini DNA (Deoksiribonükleik asit) kontrolünde yerine getirmektedir. Çeşitli nedenlerle DNA üzerinde meydana gelen değişiklikler sonucu hücrelerin çoğalmasını denetleyen mekanizma ortadan kalkar ve hücrelerde kontrolsüz aşırı çoğalma başlar. Kontrol dışı çoğalmaya başlayan bu hücrelerin oluşturduğu klinik tabloya 'kanser' denir. Meme dokusu kadınlarda kanserin geliştiği en önemli dokulardan biridir. Bunun yanı sıra meme birçok iyi huylu tümörün ve akut inflamasyonun da görüldüğü bir dokudur (19).

Meme, göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş ve önemli gözlemlerin yapılmasını sağlamıştır.

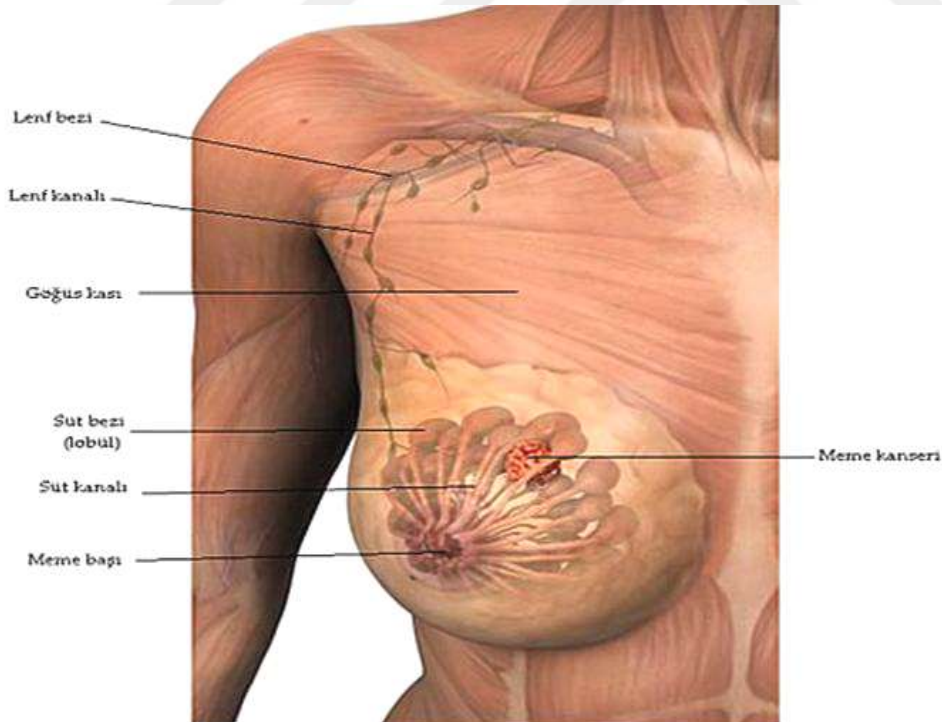
Meme hastalıklarıyla ilgili ilk yazılı kayıtlara eski Mısır'da rastlanmıştır. Teb şehrinde 1862 yılında Edwin Smith tarafından bulunup okunan bu papirüsler MÖ 3000 yıllarına aittir. 48 vaka içeren bu papirüslerdeapse, travma, yaralar ve tümör hakkında bilgiler verilmiştir. Sekiz vakada sert, dokunulduğunda soğuk, sıvı içermeyen oluşumlar olmasının tarif edilmesi ayrıca tedavi olanağının olmadığı belirtilmesi tümörü düşündürmektedir. Hammurabi'nin hastaların ölümüne sebep olan doktorun da öldürülmesi kanunu, Hipokrat'ın diğer kanserler gibi meme kanserinde de cerrahi işe yaramaz tavsiyesi, bir süre hekimleri meme kanseriyle uğraşmaktan alıkoymuştur. İlk kez İskenderiyeli Leonides milattan sonra 100. yıllarda birbirini izleyen kesi ve koterizasyon yaparak sağlam meme dokusuyla birlikte tümörü çıkarmıştır. Ebu Kasım 10. yüzyıl, Modevill 13. yüzyıl ve Lanranc, Leonides'in tekniğini geliştirmişlerdir.

Fabry 16. ve 17. yüzyılda önce sıkıştırarak meme amputasyonu yapılabilen bir alet geliştirmiş daha sonra Arceo ilk kez mastektomi yapmış, Cabrol pektoral kasın çıkarılmasını sonrasında Severinus koltukaltı diseksiyonunu eklemiştir. Halsted ve Mayer 1894 yılında radikal mastektomiye tarif etmişlerdir. Daha sonra, geniş radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi, basit mastektomi gibi sınırlı amputasyonlar yapılmaya başlanmıştır. 1940'lı yıllarda ilk uygulamaları başlayan meme ameliyatları sonrası ışın tedavisi uygulaması o zamanki ışın tedavisinin komplikasyonları sonucu yaygın kullanım alanı bulunamamıştır. Co 60 ve lineer akseleratör gibi mega voltaj ünitelerinin kullanma

alanına geçmesiyle birlikte meme koruyucu ameliyatlar her yerde yaygın olarak kullanmaya başlanmıştır (3,20).

Meme kanseri, meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan kötü huylu tümörlerin genel adıdır. En çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitel köken alan bir adenokanserdir ve noninvaziv (in situ) ya da invaziv olarak sınıflandırılır (21).

Noninvaziv (in situ) karsinomada malign hücreler çevre dokuya yayılmaksızın meme lobülleri ya da kanalları içinde çoğalırlar. İnvaziv karsinomada ise malign hücreler memenin kanallarında ortaya çıkar ve çevredeki meme dokusuna, lenf ve kan damarlarına yayılım gösterir. “Lobüler karsinomlarda sıklıkla normal glandüler yapılar korunur. Malign hücreler daha küçük, pleomorfizm daha az, mitotik index düşük, nekroz daha nadirdir. İnvaziv lobüler karsinomların % 80-90’ında %50’den az insitu lobüler karsinom birlikteliği görülmektedir. Metastazlarını daha çok meningeal ve peritoneal yüzeyler gibi metastaz sıklığı düşük olan bölgelere yapar” (22).



**Şekil 4.** Kanserli Meme dokusunun gösterimi

(<http://hatay.hsm.saglik.gov.tr/?saya=haberler&no=103&dil=tr> Erişim Tarihi 13.01.14)

Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçerek sonunda meme kanserine dönüşmektedir. Başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içinde sınırlı olan kanser hücreleri sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçmektedir. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olmaktadır. Bir gram meme kanseri dokusunun ortalama sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir (21, 23).

Meme kanseri bütün dünyada görülme sıklığı gittikçe artmakta olan, kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO)'ne göre dünya genelinde her yıl 1,2 milyon kişi meme kanseri tanısı almakta ve 500 000 kadarı bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmektedir National Cancer Institute (NCI), ABD genelinde 2008 yılı için hesaplanan yeni meme kanseri vaka sayısını kadınlarda 182.460, erkeklerde 1990 vaka; beklenen ölümleri ise kadınlarda 40.480, erkeklerde 450 vaka olarak rapor etmiştir. NCI 2000-2004 verilerine göre her sekiz kadından birinde hayatı boyunca meme kanseri gelişebileceği ve her otuz kadından birinin meme kanseri nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (24).

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranı, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Meme kanseri mortalite hızı gelişmiş olan ülkelerde %30 (190 000 ölüm / 636 000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise %43 (221 000 ölüm / 514 000 olgu) 'dür.

Ülkemizde mevcut verilere göre meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100 000, batı bölgelerimizde ise 40–50/100 000 oranında olduğu tahmin edilmektedir.

Bu rakamlardan yola çıkılarak, Türkiye'de her yıl meme kanserine yakalanan kadın sayısının on bin kadar olduğu hesaplanabilir. Ülkenin doğusu ile batısı arasındaki sıklık farkı, Türkiye'nin batı bölgelerindeki yaşamın batı toplumlarındakine benzerliğinden

("Westernizing lie") kaynaklanmaktadır. Kadınlarda erken menarş (<12yaş),geç doğum(>30 yaş), geç menopoz (>55 yaş), daha azla hormon replasman tedavisi alma, daha kısa laktasyon süresi ve beslenme alışkanlıklarındaki tipi yaşam biçiminin meme kanserinin insidans hızının artması ile ilgili öğeleri arasında sayılabilir (25, 26).

Kanser, mutasyonlar, karsinojen maddeler, virüsler, x ışınları gibi etkilerle değişime uğramış hücrelerin gerek olduğu organda gerekse yayılma yoluyla uzak doku ve organlarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan malign hastalıklar grubudur (26).

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, Amerikan Kanser Derneği'nin (American Cancer Society) 2012 verilerine göre kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (27).

#### **4.3.1.Meme Kanseri Tarihçesi**

Kanser antik Yunan, Roma ve İran'daki yazarlarca tanımlanmış ve ortaçağ metinlerinde not edilip tedavilerine yer verilmiştir. Amerikan eski Mısır bilimcisi Edwin Smith, kendi adıyla anılan, yaklaşık M.Ö. 2500'den kalma cerrahi vaka öykülerine ayrılmış cerrahi papirüsleri gün ışığına çıkarmıştır ve bunlardan 45 numaralı olanı kanser konusundaki en eski metinlerdendir (28). Kos'lu Hipokrat'ın (M.Ö. 460 doğumlu) vecizeleri kötü huylu hastalığa bir dizi referans içermektedir. 38 numaralısında "her kanser ele geçirdiği kısmı çürütmekle kalmaz, daha öteye de sıçrar" denmektedir. Galen (M.S. 131-200) "kanserli tümörler en sık olarak kadınların memelerinde gelişmektedir" şeklinde not düşmüştür. Derinin üstüne çıkıntı yapan ve merkezden çevreye doğru lenf kanalları boyunca çoklukla kırmızı damarlar halinde çepeçevre yayılan bir tümörü tanımlamıştır. Galen lezyonu bir yengece benzetmiştir: Yunanca karkinos, Latince cancer. Galen ameliyatın tek tedavi yolu olduğunu ve tüm lezyonun alınmasının mümkün olduğu erken bir safhada yapılması ihtiyacını fark etmiştir. Pers Kralı Darius ordusunun ele geçirdiği Yunanlı hekim Democedes'i memesinde büyüyen ve zamanla ülserlesen bir kitle olan Kraliçe Atossa'yı tedavi etmesi için çağırtmıştır. Kraliçenin iffeti tümör iyice büyümeden onu birilerine göstermesine mani olmuştur. John Hunter kadın memesinde, rahimde, dudaklarda ve midedeki kanserlerin cerrahisinin uzun bir tasvirini yaparken tümörlerin kalıtsal

olabileceğini ve kitlenin palpasyonunun yumuşak bir şekilde yapılması, aksi halde hastalığın yayılabileceği uyarısında bulunmuştur. Ayrıca “bir tedavinin bulunamadığı” notunu da düşmüştür.

Meme muayene ederken göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş dolayısıyla da önemli gözlemlerin yapılmasını sağlamıştır. Meme hastalıkları ile ilgili ilk yazılı kayıtlardan da anlaşıldığı üzere meme hastalıkları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak eski çağlardan beri önemini korumaktadır (29).

#### **4.3.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Meme kanseri her zaman büyük bir halk sağlığı sorunu olmuştur. Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık yüzde 30'unu oluştururken; tüm toplumlarda sıklığı giderek artan bir kanser türüdür.

Meme kanserinin, kadınlarda yaşam boyu görülme riski yüzde 12,3'tür ve her 7 kadından 1'inde meme kanseri gelişme riski vardır (24).

Dünyada ortalama her yıl 10 milyon kanser olgusunun varlığı bilinmektedir. Bu olguların 1 milyonu (yüzde 10) meme kanseridir. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda yüz binde 80–90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, Japonya'da sadece yüz binde 12–15 arasındadır. 1970'ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır (30).

Meme kanseri kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir. DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı International Agency on Cancer or Research'ün 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında yüzde 25'lik artış görülmektedir. Meme kanserli hastalarda

tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde yüzde 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde yüzde 53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Dünyada her üç dakikada bir kadına yeni meme kanseri tanısı konulmakta ve her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeni ile ölmektedir (31).

Meme kanseri 2008 yılında 1.380.000 yeni vaka ile kadınlarda dünya çapında en sık görülen kanser türüdür. Bu durum, tüm yeni kanser vakalarının yüzde 11'i ve kadınlarda görülen kanserlerin yüzde 23'ünü temsil eder (32). Verilere göre 2010 yılında yaklaşık 1,5 milyon kadına "meme kanseri" tanısı konulmuştur (33). 2012 yılında ise 1,7 milyon yeni vaka görülmüştür. Bu oran tüm yeni kanser vakalarının yaklaşık yüzde 12'sini, kadınlarda ise yüzde 25'ini temsil etmektedir (34).

Meme kanserinin en sık görüldüğü ülkeler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir; (35)



**Tablo 4.3.2.1. Dünyada Meme Kanseri İnsidansı (2012)**

Ülke	Kanser İnsidansı (yüz binde)	Ülke	Kanser İnsidansı (yüz binde)
Belçika	109.2	Kıbrıs	67.5
Danimarka	101.1	Slovenya	64.9
Fransa (Metropol)	99.7	Hırvatistan	64.0
Hollanda	98.5	Fransa (Martinik)	63.3
İsrail	96.8	Avusturya	62.1
İzlanda	95.5	Bahamalar	61.0
İrlanda	93.9	İspanya	61.0
Uruguay	90.7	Portekiz	60.0
İsviçre	89.4	Singapur	59.9
Yeni Zelanda	89.4	Fransa (Guadalup)	57.4
Büyük Britanya	89.1	Sırbistan	57.1
Finlandiya	86.3	Jamaika	56.8
İtalya	86.3	Macaristan	56.8
Avustralya	84.8	Guam	56.7
Kanada	83.2	Yeni Kaledonya	56.5
Lüksemburg	82.3	Bulgaristan	55.5
Almanya	81.8	Lübnan	55.4
İsveç	79.4	Porto Riko	54.2
Fransız Polinezya'sı	76.8	Makedonya	53.5
ABD	76.0	Slovakya	53.4
Arjantin	74.0	Çin (Taipei)	52.8
Barbados	74.0	Paraguay	51.4
Norveç	73.5	Estonya	50.2
Malta	72.2	Karadağ	50.0
Çek Cumhuriyeti	70.9	Bahreyn	49.8

(Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007;18:581-592.)

Türkiye'deki kadınlarda meme kanseri yönünden Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinin birinci sırada yer aldığı, Marmara, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin ikinci sırada yer aldığı ifade edilmektedir. Türkiye'de 2000'li yıllarda yaşanan coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdeki değişimlerin meme kanseri insidansının artışına katkısı olduğu görülmüştür (36).

### 4.3.3.Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin etiyojijisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Hastanın yaşı ve ırkı gibi risk faktörleri değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılırken, çevresel faktörler değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Meme kanseri risk faktörleri aşığıda verilmiştir (37).

<b>Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</b>
o Cinsiyet (kadın olmak)
o Yaş (40 yaş üzerinde olmak)
o Genetik risk aktörleri (BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu vb.)
o Birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü olması (anne, kız kardeş)
o Memede daha önceden kanser ya da atipik hiperplazi olması
o İrk
o Meme dokusunun yoğunluğu
o Benign meme hastalıkları
o Erken menarş, geç menopoz
o Daha önce göğse alınan radyasyon
o Diethylstilbestrol ilacına maruz kalmaktır

<b>Değiştirilebilir Risk Faktörleri</b>
o Çocuk sahibi olmaması ya da ilk doğumun 30 yaşın üzerinde yapılması
o Postmenapozal hormon tedavisi
o Kombine östrojen ve progesteron kullanımı
o Emzirme
o Günlük alkol alımı
o Postmenapozal obezite
o Fiziksel aktivite

<b>Kesin Olmayan, Tartışmalı veya Kanıtlanmamış Risk Faktörleri</b>
o Diyet ve vitamin alımı
o Antiperspirantlar
o Sutyen
o Kürtaj
o Meme implantları
o Çevredeki kimyasallar
o Sigara kullanımı
o Gece çalışma

(ACS Breast Cancer acts&figures 2010'dan alınmıştır).

Meme kanseri, erken tanı/tarama programlarının risk yaklaşımı ile planlanması son derece önemlidir. Meme kanseri riskinin bilinmesi kadar, riskin kontrol altına alınması da önemlidir. Meme kanserine karşı kesin koruyucu bir yöntem olmadığından korunmada hastalığın erken dönemde saptanması önemlidir (38).

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

Meme kanserinin belirtileri hastalığın vücuttaki yayılım derecesine ve kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Kadınların çoğunda meme kanseri ilk başlarda ağrısız olarak ortaya çıksa da aşağıda yer alacak olan belirtilerin görüleceği de ifade edilmektedir. Bu nedenle yapılan meme muayenesi sırasında bu değişiklikler fark edildiğinde gecikmeden bir hekime başvurulması gerekmektedir.

Meme kanserinin belirtileri konusunda unutulmaması gereken nokta, memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeni olduğudur. Bu değişikliklerin büyük çoğunluğu zararsız olmakla birlikte küçük bir ihtimalle meme kanserinin ilk işaretleri olabileceği de unutulmamalıdır. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişikliklerin neler olduğunu tespit etmeleri ve gecikmeden rapor etmeleri tavsiye edilmekte ve yaşları ile orantılı meme tarama programlarına katılmalarının önemine dikkat çekilmektedir (37).

Memede ele gelen kitlelerin çoğu kanser olmamakla beraber, kadınlar tarafından memede farklı bir kitle veya sertlik fark edildiğinde yeterli önlemlerin alınması gerekmektedir. Ancak birtakım semptomlar görülmesine karşın birçok kadının hekime gitmeyi geciktirdiği ifade edilmektedir (39).

Meme kanseri öncelikle bölgesel lenf bezlerine yayılmakta ve sıklıkla da koltukaltı lenf bezlerini tutmaktadır. Bölgesel lenf bezlerini aşan kanser hücreleri kan dolaşımına katılarak sırasıyla akciğer, plevra (akciğer zarı), kemik (kaburga, bel omurları, kafatası, kol kemikleri), karaciğer, periton (karın zarı), böbrek üstü bezleri, beyin ve yumurtalıklara yayılma gösterebilmektedir.

Meme kanserinin ileri evrelerinde kanserin meme dışındaki başka organlara yayılmasına da metastaz denilmektedir.

Bu da meme kanseri hastalarında sıklıkla görülen durumlardan biri olarak ifade edilmektedir. Gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında, meme kanseri tarama programlarının gelişme göstermesi, tedavi yöntemlerinin ilerleme kaydetmesi metastazın hala bir sorun olduğu gerçeğini değiştirememiştir (40, 41).

Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı ciddiyet göz önüne alındığında; KKMM yapılması, klinik meme muayenesi (KMM) yapılması ve mamografi çektilmesi olarak nitelendirilen ve meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanması söz konusu olmaktadır. Meme kanserinin erken tanısında yaygın olarak kullanılan bu tarama yöntemlerinin dışında gerekli görülen bazı hallerde de The Gail Model'de belirtildiği gibi, kısa vadeli ve yaşam boyunca olası meme kanseri riskinin hesaplanmasına yönelik faaliyetlerin gerçekleştirildiği, meme kanseri açısından risk altındaki kadınlar için, tarama yaşının 30 ya da daha erken yaş olarak belirlendiği, MRI çekilmesi ve ultrasonografi taraması yapılması vb. şekilde önerilerin geliştirildiği de görülmektedir (41).

**Kitle;** hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. Kitle, bir iki cm büyüklüğündedir. Tek taraflı ve süreklidir. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir.

**Ağrı;** başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.

**Meme Başı Akıntısı;** bu bulguya pek sık rastlanmaz. Genellikle tek taraflıdır ve kanlıdır, seröz, seröz-kanlı da olabilir. Spontandır.

**Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünüm (Pau d'orange);** tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride ödem oluşur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenememesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır.

**Meme Başında Retraksiyon;** tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur.

Meme derisinde çukurlaşma; tümör hücrelerinin deriye ulaşması ve deriyi çekmesi sonucu gelişir.

**Deride Ülserasyon ve Eritem;** kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada m. pektoralis'e, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur.

**Lenf Nodüllerinde Büyüme;** tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması nedeniyle oluşur.

Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda %45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5 oranındadır (38).

### **Enflamasyon bulguları;**

Hastaların %4'ünde kanser kendini enflamasyon bulguları ile ortaya koyar. Meme bütünü ile büyür, derisi kızarır ve ödemlidir. Deride portakal kabuğu görünümü hâkimdir. Kitle bu belirtilere eşlik edebilir de etmeyebilir de (42).

## **4.4. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri**

Erken tanı için temelde önerilen bir birini tamamlayıcı üç yöntem vardır.

- KKMM
- KMM
- Mamografi

### **4.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Meme hastalıklarının saptanmasında hastaların kendileri önemli rol oynamaktadır. KKMM hastaların farkındalıklarını arttırmada rol oynadığı için klinik meme muayenesi ve mammografi ile birlikte uygulanmaktadır. KKMM ucuz, basit ve üstelik kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayenedir. Menstrual siklus, gebelik ve menopoz gibi durumlarda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. KKMM, menstrual dönemde meydana gelen bu değişiklikler sonucu doğru sonuçlar elde edilememesi riski nedeniyle her ay menstrasyonun başlangıcından itibaren 5–7. günlerde ya da postmenopozal dönemde her ayın belirli gününde yapılmalıdır (43).

KKMM, kolay, ekonomik, ağrı/zarar verici bir girişim ve herhangi bir araç kullanımını gerektirmeyen ve kadının mahremiyetinin korunduğu bir yöntemdir. Düzenli olarak KKMM yapılması, kadının memesinin normalde nasıl olması gerektiği konusunda fikir sahibi olmasına, normal durumun ne olduğunu öğrenmesine ve herhangi bir değişiklik gelişince kısa sürede belirlenmesine imkân tanımaktadır (44).

20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak bu muayenenin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (45).

Diğer tarama yöntemlerinde hekimlere başvurulması gerekirken, KKMM' nde böyle bir durum söz konusu olmamakta, bu muayene, sağlık merkezleri ve hizmet sunucuları ile kurulan ilişkilerin dışında kalmakta ve kadınların kendi kontrolleri altında olan bir yöntem olarak nitelendirilmektedir (46).

Kendi kendine meme muayenesinin üç ayrı aşaması vardır. Bunlar;

- Memelerin gözle değerlendirilmesi,
- Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi,
- Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi

#### **4.4.1.1.Memelerin Gözle Değerlendirilmesi**

KKMM yapılmasının ilk aşaması memelerin gözle değerlendirilmesi olarak ifade edilmekte ve bunun için de iyi aydınlatılmış bir odada muayeneye başlanması gerektiğine işaret edilmektedir. Bu değerlendirme yönteminde; memelerde belirgin şişlik, meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme hali veya ciltte "portakal kabuğu" görünümüne benzeyen bulguların olup olmadığına bakılmaktadır. Muayene işlemleri ile meme dokusunda olmaması gereken bir doku ve normal dışı kitlenin varlığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Bunun için de meme dokusu tümü ile taranmakta, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanları dikkatlice hissedilerek değerlendirilmektedir (43).

#### **4.4.1.2.Memelerin Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirilmesi**

Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi için sırtüstü yatılıp, sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu konulması gerekmekte, bu işlemden sonra sağ el başın altına yerleştirilerek yukarıda açıklanan elle tarama yöntemleri kullanılıp, sağ meme tümü ile taranmaktadır. Sağ memenin değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme için de uygulanmaktadır (43).

#### 4.4.1.3.Memelerin Ayakta Elle ve Banyoda Değerlendirilmesi

Bu muayenenin ideal olarak duş altında ve sabunlu elle yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle meme dokusundaki muhtemel kitlelerin daha kolay bir biçimde belirlenebileceği belirtilmektedir.

Çünkü parmaklar ıslak ve sabunlu bir cilt üzerinde kaydığından muayene daha kolay olur. Sağ meme sol elle ve sol meme sağ elle muayene edilir. Muayene; 2. 3.ve 4. parmakların iç yüzleri ile meme üzerinde daireler çizerek, dikey ya da memeyi kadranlara bölerek dikkatli ve yavaş bir şekilde yapılır.

Muayene yapılacak memenin bulunduğu taraftaki kol yukarıya veya başın arkasına konularak meme ve aksiler bölge muayene edilir. İşlem her iki meme için gerçekleştirilir (6).

Gözle yapılan bu muayenede şu bulgular araştırılır.

- İki memede de büyüme, küçülme, büzüşme, ya da iki meme arasında bariz büyüklük farkı, şişlik,
- Meme cildinde kızarıklık, morluk, genişlemiş damarlar, çöküntü, portakal kabuğu görünümü, ülserasyonlar, küçük nodüller
- Areolada şekil, büyüklük, renk bakımından değişiklikler, meme başında genişleme düzleşme, çökme yön değiştirme, kabuklanma, çatlak, kırmızılık, yara
- Meme başında akıntı ve koltuk altında gözle görülebilen şişlikler (43,47,48).

Meme muayenesinin her ay düzenli olarak yapılması, kadının kendi meme yapısını daha iyi tanımasını ve önceki aya göre meme dokusunda herhangi bir değişiklik olup olmadığını daha kolay anlamasını sağlar. Ancak yapılan çalışmalarda kadınların KKMM' nin ne olduğunu ve önemini bildikleri, buna karşın sadece %25–30 oranında uygulandığı görülmüştür.

KKMM yapmama nedenleri olarak; kadınların memelerinde bir kanser kitlesi saptamaktan korktukları, kendi memelerini muayene etmelerinin hoşlarına gitmemesi ve memelerinin çok yumrulu bir yapıya sahip olmasından dolayı ne hissetmesi gerektiğini bilmemeleri



belirtilmiştir. Ayrıca meme kanseri riski yüksek olan kadınların KKMM uygulamasında daha isteksiz oldukları saptanmıştır (49).

Ayakta meme muayenesi yapılırken, göğüs kemiğinin ortasından koltukaltının orta hattına kadar, yukarıda köprücük kemiğinden aşağıda memeden birkaç santimetre aşağıya kadar bölge muayene edilir.

Bölgenin elle muayenesi:

Memenin elle muayenesine ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol basın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile muayene edilir.

Aynı işlem sağ meme içinde tekrarlanır ve sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir.

Muayene sırasında sırt üstü yatma, muayene edilecek tarafın sırt ve kürek kemiği altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma, muayene edilecek taraftaki kolu bas altına yerleştirme önemlidir.

Böylece meme dokusu kaburgalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir (50).

#### **4.4.2.Klinik Meme Muayenesi**

Klinik meme muayenesi, sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara yapılması gereken fizik muayenedir.

Klinik meme muayenesi, hasta oturur pozisyondayken ve yatar pozisyondayken olmak üzere iki aşamada yapılır. Kullanılan yöntemler ise inspeksiyon ve palpasyondur. Yapılan bu fiziksel muayenede; memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı gözlenir ve palpasyonla değişiklik olup olmadığı gibi meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir (43).

#### **4.4.3.Mamografi**

Mamografi memedeki oluşumların erken tanısında oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Memenin kas, yağ ve glandüler yapılarını incelemek amacıyla kullanılır. Mamografinin, düşük enerjili röntgen ışınları ve kompresyon uygulanarak elde edilen özel bir radyografi yöntemidir. Meme kanserinin erken tanılanmasında çok önemli bir yere sahiptir. Mamografinin meme kanserini saptamadaki duyarlılığı %63–98 oranındadır. Ancak doku yoğunluğu fazla olan memelerde bu oranın %30-48'lere düştüğü belirtilmektedir. Özellikle doku yoğunluğu fazla olan (dens) memelerde mamografik duyarlılığın az olması nedeniyle ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi ek tanı yöntemlerinin de kullanılması gerektiği belirtilmektedir (43).

Yüksek riskli kadınların ailelerindeki meme kanseri görülme yaşından 10 yıl daha erken mamografi uygulamasına başlamaları önerilmektedir. Mamografi uygulamasında hemşirenin görevi, hastaya işlemin yapılma nedeni, nerede, nasıl, ne sıklıkta yapılacağı ve ne kadar radyasyona maruz kalacağı konusunda bilgi vermektir. Ayrıca mamografi sırasında ağrı ve rahatsızlık duymaması için hastaya memelerinin çok fazla duyarlı olmadığı dönemde mamografi çektirmesini söylemelidir. Bu dönem premenopozal dönemlerde menstrasyon başlangıcını izleyen iki haftanın sonudur.

Unutulmaması gereken bir diğer nokta da, mamografinin bazı kanserleri gözden kaçırmaması nedeni ile her zaman mükemmel olarak nitelendirilemeyeceğidir. Bu nedenle hekimler, zaman zaman mamografide bulunan değişikliklerin kanser olup olmadığını belirleyebilmek için düzenli mamografiye ilave olarak birtakım testlerin yapılmasını da tavsiye etmektedir (43).

#### **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

MRG güçlü bir manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir yöntemdir. MRG memedeki lezyonların saptanmasında en yüksek duyarlılığı olan bir görüntüleme yöntemidir.

Mamografi ve ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamayan durumlarda MRG kullanılmaktadır (43).

### **Ultrason**

Ultrason meme hastalıklarının tanısında yaygın olarak kullanılan, kolay ulaşılabilir, ucuz ve noninvaziv bir görüntüleme yöntemidir. Fizik muayenede ya da mamografide saptanan kitlelerin karakterizasyonunda ve mamografiyi tamamlayıcı tetkik olarak yaygın bir kullanım alanı vardır. Adölesan dönemde, genç kadınlarda ve hamilelik döneminde primer görüntüleme yöntemidir. Perkütan biyopsi ve lezyon işaretleme işlemlerinde güvenilir bir kılavuzdur. Ultrasonografinin meme lezyonlarının ayırıcı tanısına katkısı bilinmektedir. Meme lezyonlarında benign-malign ayırımında güvenilir ve kullanışlı ultrason bulguları tanımlanmıştır (51).

## **4.5. MEME KANSERİN ERKEN TANI VE TARAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ**

Sağlık ekibi içinde önemli yeri olan hemşirelerin, hastane gibi tedavi edici kurumlarda, okullar, sağlık ocakları gibi koruyucu sağlık hizmeti veren birimlerde, kanser dernekleri gibi rehabilitasyon hizmeti veren merkezlerde ve evlerde, kadınlarla sürekli iletişim halinde olması nedeniyle KKMM'ni öğretmesi ve yaygınlaştırması açısından önemli rolü vardır.

Dolayısıyla da kadın sağlığını korumak ve geliştirmek için hemşirelerin, diğer sağlık personeliyle birlikte eğitim programlarını arttırmaları gerekmektedir.

Meme bakım hemşireleri tedavide en iyisini seçme ve karar verme sürecinde kadınlara yardımcı olmada önemli rol oynamaktadır. Meme bakım hemşiresinin diğer rolleri:

- Tanıdan, tedavi ve rehabilitasyona kadar her dönemde bilgi, eğitim ve destek vermek,
- Kanserli kadınların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin farkında olup destek olmak,
- Cesaretlendirmek,
- Kadınlara uygun bakım için diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği halinde çalışmak,

- Hastaları gereksinimi olan birimlere yönlendirmek,
- Klinik değerlendirme yapmak,
- Multidisipliner ekibin bir parçası olmak,
- Liyezon hemşireliği yapmak,
- Danışmanlık yapmaktır (52).

Dünyanın birçok yerinde hemşireler, meme kanserinden korunma, erken tanı ve tedavisinde anahtar rol oynamaktadır. Dünyada meme kanseri insidansının en hızlı yükseldiği yer olan, Avustralya’da meme kanseri için erken tanı, meme kanseri tedavisi ve rehabilitasyonu ile ilgili hasta eğitimini hemşireler üstlenmiştir.

Hastanelerde ise hasta eğitimini doktorlardan çok, hemşireler üstlenmiş durumdadır. KKMM eğitimi pek çok araştırmacı tarafında önemli bir hemşirelik fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Meme kanserinden korunma yöntemleri hakkında sağlık eğitimi vererek; bu konularda kadınları bilinçlendirmek hemşirenin önemli görevleri arasındadır (53).

Eğitimde büyük rolü olan hemşireler, meme kanserinin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı ve bu bilgileri etkin iletişim ve eğitim becerilerini kullanarak kadınlara meme muayenesinin yöntemini anlatarak, KKMM muayenesini yapma konusunda davranış kazandırabilmelidirler. Bu konuda yapılan araştırmalara göre hemşirelerin olumlu sağlık inançları hizmet verdikleri toplumda, kadınlarda olumlu sağlık inançlarını oluşturmaları açısından önem taşımaktadır.

Hemşire eğitim işlevinde öncelikle kadınların meme kanseri ve KKMM hakkında neyi bilip neyi bilmediklerini, neyi bilmek istediklerini saptayarak eğitim ihtiyacını belirlemek zorundadır. Bu bilgiler doğrultusunda kişiye özel eğitim programını hazırlayabilir ve etkili bir eğitim sunabilir. Ancak davranış değişikliği oluşturabilmek için hemşirelerin etkin iletişim ve ikna yöntemlerini iyi bilmesi gereklidir (54).

## **4.6. MEME KANSERİNDE KORUNMA**

### **4.6.1. Birincil Korunma**

Birincil korunmanın temel hedefi hastalığın oluşma sıklığının azaltılmasıdır. Karsinogenezis sürecini başlatabilecek her türlü etkenle teması engellemektir. Meme kanserinde kadınlar yaş, cinsiyet, aile öyküsü, menstural durum gibi bazı risk faktörlerini kontrol edemezler. Ancak bu konuda bilgilendirilmeleri risk durumunun belirlenmesi açısından önemlidir. Birincil önlemlerde kontrol edilebilecek risk faktörleri ise yaşa göre önerilen kilonun korunması, fizik egzersiz ve sağlıklı beslenmedir (55).

#### **4.6.1.1. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma**

Meme kanserinde yüksek riskli kadınlar;

- Birinci derece yakınlarında (anne, kız kardeş/kız kardeşler, kızı) veya ikinci derece yakınlarında meme veya over kanseri öyküsü,
- Birinci veya ikinci derece yakınlarında bilateral veya premenopozal meme kanseri varlığı,
- Atipik hiperplazi, lobüler karsinoma insitu, ve pozitif gen testi (BRCA1, BRCA2 gen mutasyonu) olan kadınlardır.

Yüksek riskli kadınlarda birincil korunmada koruyucu cerrahi olarak; bilateral profilaktik mastektomi, bilateral profilaktik ooforektomi, kimyasal korunma olarak; tamoksifen, raloksifen kullanımı bulunmaktadır (38).

#### **4.6.1.2. Yüksek Riskli Kadınlar için Koruyucu Cerrahi**

##### **Bilateral Profilaktik Mastektomi**

Bilateral profilaktik mastektomi meme kanserini önlemek için kullanılan bir yöntemdir. Meme kanseri riskini %90 oranında azaltmaktadır ve bu nedenle de “risk azaltıcı mastektomi” olarak da isimlendirilmektedir.

Hastanın karar verme sürecinde multidisipliner bir yaklaşımla operasyonun tüm yarar ve zararları hastaya açıklanarak karar vermesi sağlanmalıdır. Operasyondan sonra enfeksiyon,

ağrı, üzerine yatamama, his kaybı, gibi fiziksel durumların yanı sıra psikolojik sonuçlar da ortaya çıkabilir (38).

### **Bilateral Profilaktik Oofektomi**

Menopoz öncesi overlerin çıkarılması BRCA1-2 gen mutasyonu olan kadınlarda meme kanseri riskini %50 oranında azaltmaktadır. Çünkü bu yöntemle vücuttaki temel östrojen kaynağı ortadan kaldırılmaktadır.

Profilaktik mastektomide olduğu gibi bu ameliyata karar verme sürecinde de hastaya tüm yarar ve zararlar (tekrar çocuk sahibi olamama vb) anlatılarak hastanın karar vermesi sağlanmalıdır. Profilaktik oofektomi çocuk sahibi olan premenopozal dönemdeki kadınlara önerilmektedir (38).

### **4.6.1.3. Kimyasal Korunma**

#### **Tamoksifen**

Tamoksifen meme kanserini önlemede kullanılan en yaygın antiöstrojen ilaçtır. Meme dokusundaki östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojenin hücre içine alınmasını engeller.

Raloksifen tamoksifen gibi östrojenin meme dokusu üzerine olan etkilerini engellemektedir ve böylece meme kanseri riskini azaltmaktadır (38, 56).

### **4.6.2. İkincil Korunma**

İkincil korunmada hedef erken dönemde meme kanseri tanısının konulmasına yönelik uygulamalardır. Riskin değerlendirilmesi ve erken tanılama yöntemleri kullanılır. Meme kanserinde erken tanı konulması tamamen iyileşme şansını arttırmaktadır.

#### **4.6.2.1. Risk Değerlendirme Araçları**

Meme kanseri risk değerlendirmesi için geliştirilen üç model bulunmaktadır.

## **Gail Modeli**

Gail ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen “Gail Modeli” kadınların bireysel risk faktörlerini kullanarak beş yıllık ve yaşam boyu risklerini hesaplamaktadır. Gail modelinde risk hesaplamasında, kadının aile öyküsünün yanı sıra birçok risk faktörü birlikte değerlendirilmektedir.

### Gail modelinde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Menarş yaşı,
- Canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama,
- Meme kanseri olan birinci derece yakınının sayısı,
- Önceki benign meme biyopsi sayısı
- Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi olması
- Irk’ dır (57).

## **Claus Modeli**

Claus ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen “Claus Modeli” daha çok genetik risk faktörleriyle kadınların on yıllık ve yaşam boyu sağ kalımlarını hesaplamaktadır. Model, “Kanser ve Steroid Hormon Çalışması”nın verileri temel alınarak geliştirilmiştir. Bu model hastanın yaşını ve aile öyküsünü temel almaktadır.

### Claus modelinde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşıdır (58).

## **Tyrer-Cuzick Modeli**

Tyrer ve Cuzick tarafından 2004 yılında geliştirilen “Tyrer-Cuzick Modeli” BRCA-1/2 gen mutasyonları ve diğer risk aktörlerini değerlendirerek kadınların meme kanseri riskini

hesaplamaktadır. Tyrer-Cuzick modelinde değerlendirilen risk faktörleri Gail ve Claus modeline göre daha kapsamlıdır. Modelde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Menarş yaşı,
- Canlı ilk doğum yaşı,
- Menopoz yaşı,
- Atipik hiperplazi, lobular carcinoma in situ (LCIS) varlığı,
- Önceki benign meme biyopsi sayısı, Meme kanseri olan birinci derece yakınının sayısı,
- Meme kanseri olan ikinci derece akraba sayısı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabasının meme kanseri olma yaşı,
- Birinci derece yakınlarında bilateral meme kanseri,
- Birinci derece yakınlarında over kanseridir (59).

#### **4.7.KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ**

Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavi şansının yüksek olması ve sağ kalım oranının artması ebe ve hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır.

Hasta ya da sağlam bireyle karşılaşma olasılığı ve ortamları yüksek olan ebe ve hemşireler kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda çok önemli görev üstlenmektedirler.

Yeterli bilgiye ve beceriye sahip olarak ve etkin iletişim tekniklerini de kullanarak, kadınlara meme kanseri, belirti bulgularını, tarama yöntemlerini ve tarama yöntemlerinin önemini anlatabilirler ve kadınları KKMM yapmaları, klinik meme muayenesi yaptırmaları ve mamografiyi çektirmeleri konusunda cesaretlendirerek motive edebilirler. Ama bu konuda ebe ve hemşirelerin öncelikle bir kadın olarak, sonra hizmet verdikleri kişilerden sorumlu bireyler olarak KKMM'ni yöntemsel olarak doğru ve düzenli yapmaları, klinik meme muayenesi ve mamografi kontrollerini rutin bir davranış şekline dönüştürmeleri, meme kanserinin belirti ve bulguları, risk grupları konusunda geniş bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.



Hemşire ve ebelerin bu konuda daha bilinçli davranmalarını sağlamak için meme kanserinin erken tanısı ve KKMM konusunda bilgilerin paylaşıldığı ve KKMM uygulamasını kendilerinin gerçekleştirdiği beceri eğitimlerinin ön planda tutulduğu hizmet içi eğitimler verilmelidir (60).

#### **4.8.SAĞLIK EĞİTİM VE SAĞLIK DAVRANIŞI KAZANDIRMA**

Bireylerin sağlığı için yapılabilecek en önemli girişimin olumlu yönde davranış değişikliği sağlamak olduğunu söylenebilir. Davranış değişikliği sağlamanın yolu ise bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının en önemli görevlerinden birinin sağlıklı ve hasta bireylere yönelik sağlık eğitimi olduğu anlaşılmaktadır (61).

Sağlığın geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücünü oluşturmaya devam etmektedir. Alma Ata Bildirgesinde; Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ve 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin büyük bir kısmında; bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitilmeleri gereği vurgulanmıştır. Bu hedefler arasında yer alan 11. hedefte; 2015 yılına kadar, toplumda ki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri ve özellikle; beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili konularda sağlıklı davranışlarının artırılması belirtilmiştir (62).

Sağlık bakımının artan maliyeti ve sağlık problemlerinin yaşam biçimi ile bağlantısı nedeniyle "sağlığın geliştirilmesi" ve buna yönelik olarak da "sağlık eğitimi", üzerinde önemle durulan bir konu olmuş sağlık eğitimi önceleri korunma olarak ele alınırken, daha sonra beceri geliştirmede güçlendirici bir araç olarak ele alınmıştır. Sağlık eğitimi ile kişi, kendi potansiyelini fark etmekte, gereksinimlerini belirlemekte, sağlıkla ilgili konularda sesini duyurmakta, sağlıklı çevreler yaratmak için birlikte çalışmakta ve sağlık politikaları oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır( 62).

Sağlığı geliştirme ise sadece hastalıkların önlenmesine temellenmeyip, bireyin iyilik halinin korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve bireylerin kendi sağlığı ile ilgili kararların sorumluluğunu almasını içermektedir. Kendi sağlık sorumluluğunu alan bireyler ise sağlıklı toplumlar oluşturacaktır. Sağlıklı bir toplum oluşmasında sağlık çalışanları hem

rol model olmaları hem de diğer bireyleri etkileme güçleri nedeni ile önemli bir grubu oluşturmaktadır (63).

#### **4.9.SAĞLIK İNANÇ MODELİ**

Hemşirelik alanında Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir.

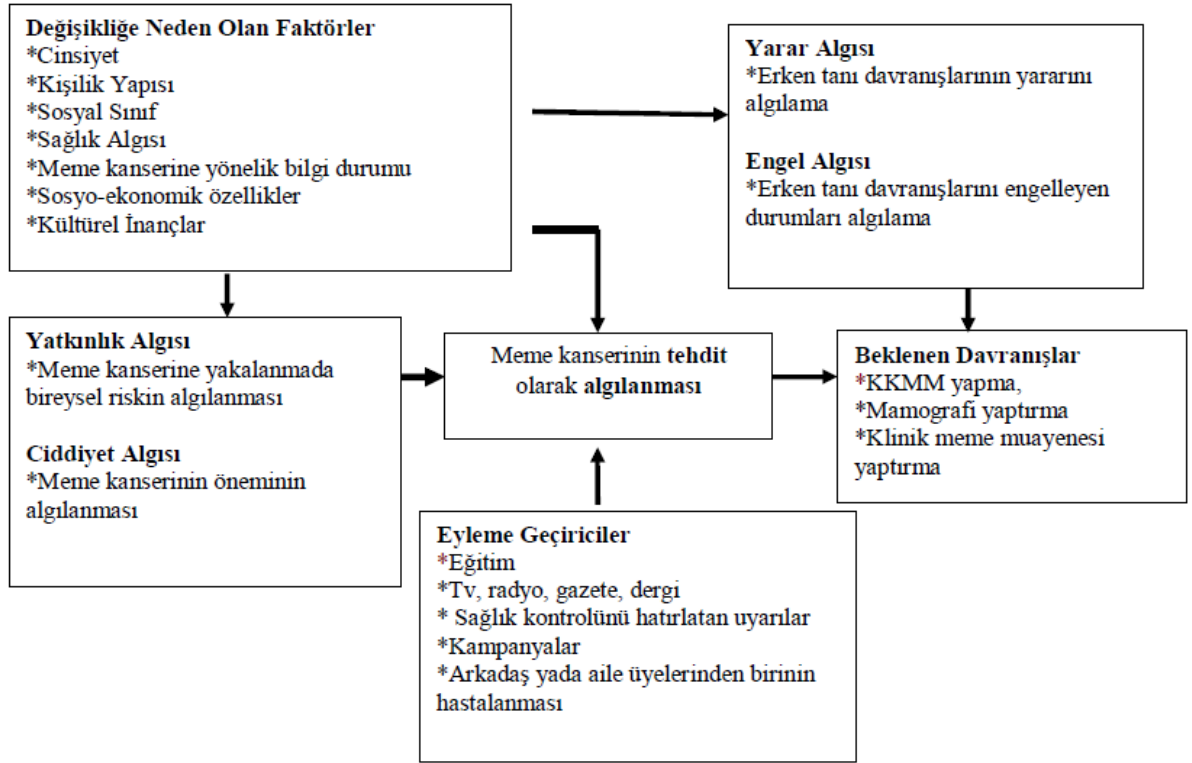
Sağlık inanç modeli son elli yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (64).

Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (65).

Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (66).

Sağlık inanç modelinde, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi) varsa, ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (67).

Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanserine uyarlanmış şekli aşağıda yer almaktadır.



Şekil 5: Sağlık İnanç Modeli'nin Meme Kanserine Uyarlaması (Nahcivan ve Seçginli, 2003)

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi ve uygulamalarını araştırmak için yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

İstanbul ili, Esenler ilçesi 8 nolu Aile sağlığı birimlerinde yapılmış olan bu çalışma, kadınların kendi kendine meme muayenesine ilişkin inanç durumlarının incelenerek kendi kendine meme muayenesi inanç ölçeği alt boyutlarının bazı sosyo-demografik özellikler bakımından farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla nicel araştırma alt türlerinden nedensel karşılaştırma modeli uygulanması için planlanmıştır.

Aynı denek grubunun meme kanseri bilgisini, KKMM bilgisi, KKMM uygulama alışkanlıklarını, meme kanseri risk faktörlerini betimlemek amacıyla nicel araştırma alt türlerinden olan betimsel model kullanılmıştır.

### **5.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH**

Araştırma 16.09.2013 ile 16.12.2013 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü sınırları içerisinde kalan Esenler 8 nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlanmadan kurumdan yazılı izin alınmıştır (Ek2).

Aile Sağlığı Merkezi'nde 3 doktor, 3 hemşire, 1 tıbbi sekreter ve 1 temizlik personeli çalışmaktadır. Aile sağlığı merkezi 08:00 ile 17:00 arası hizmet vermektedir.

### **5.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evreni Esenler ilçesinde yer alan 8 nolu Aile Sağlığı Merkezine gelen, kadınlar oluşturmaktadır.

Örnekleme çalışmanın yapıldığı tarihlerde sağlık birimine herhangi bir nedenle gelmiş olan kadınlardan basit tesadüfi yöntemle iletişim sorunu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul

eden 285 kadın alınmıştır. Basit tesadüfi yöntemle her bir kişiye çalışmada eşit düzeyde yer alma şansı verilmiştir.

## **5.4. VERİLERİN TOPLANMASI**

### **5.4.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmada veri toplama araçları olarak demografik özellikleri içeren “Hasta Tanıtım Formu” ve “Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği” kullanılmıştır.

#### **5.4.1.1. Hasta Tanıtım Formu**

Literatür doğrultusunda geliştirilen formun birinci bölümünde kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren 7 soru, ikinci bölümde meme kanseri risk faktörlerini içeren 11 soru, üçüncü bölümde KKMM bilgi düzeyleri, KKMM uygulamaları ve KKMM uygulama tekniği içeren 9 soru ve son olarak dördüncü bölümde meme kanserinin belirtileri ve KMM ile ilgili 3 soru sorulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların demografik özelliklerini, meme kanser bilgisini, KKMM bilgisini ve KKMM uygulama alışkanlıklarını betimleyebilmek için araştırmacı tarafından geliştirilen form 30 sorudan oluşmaktadır (Ek 3).

#### **5.4.1.2. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği**

Çalışmada nedensel- karşılaştırma modeli için 52 sorudan oluşan 2004 yılında Gözüm ve Aydın tarafından Türkçeye uyarlanan versiyonundan bazı alt boyutlar çıkarılarak, 36 soru ve Duyarlılık (3 madde), Önemseme Ciddiyet (6 madde), Sağlık Motivasyonu (5 madde), KKMM yararları (4 madde), KKMM Engelleri (8 madde), ve KKMM Öz Etkililiği (10 madde) alt boyutlarından oluşan Sağlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan sağlık inanç modelinde Mamografi yararları (5 soru) ve Mamografi engelleri (11 soru) alt boyutlarına ait maddeler çıkarılmıştır (Ek 4).

Gözüm ve Aydın tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,69 ile 0,83 arasında bulunmuştur (81). Bizim yapmış olduğumuz bu çalışmada ise Cronbach's Alpha değeri 0,78 olarak bulunmuştur.

Sağlık İnanç Ölçeği Modeli, Victoria Champion tarafından meme kanserine yönelik sağlık davranışlarının açıklanmasında ve hastalıklarda korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerde geliştirilmiştir ve daha sonraları akademisyenler tarafından farklı sağlık alanlarına adapte edilerek kullanılmıştır (71). Modelin ana amacı koruyucu sağlık davranışlarının belirleyen etmenlerin ortaya çıkarılmasıdır (72,73).

Sağlık İnanç Modeli ölçeği 1 den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir (81,).

Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar, duyarlılık için en az 3 en fazla 15, önemseme ciddiyet için, en az 6 en fazla 30, sağlık motivasyonu için, en az 5 en fazla 25, KKMM yararları için, en az 4 en fazla 20, KKMM engelleri için, en az 8 en fazla 40, KKMM öz-etkililiği için, en az 10 en yüksek 50'dir.

Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin bileşenleri; Algılanan Duyarlılık, Kişinin sağlığını tehdit eden hastalığa ilişkin algısıdır. Algılanan Ciddiyet, tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Algılanan Yarar, hastalıktan korunmak için yapılacak olan doğru davranış sergilediğinde hastalığa yakalanma riskinin azalacağına ilişkin yararır. Algılanan engeller, hastalıktan korunmak için yapılaması gereken doğru davranışı sergilemesi için oluşan zorlaştırıcı nedenlerdir. Öz yeterlilik, kişinin doğru davranışı sergilemek için kendine duyduğu güvendir (74).

Araştırmaya katılanlara uygulanan soru formu ve sağlık inanç ölçeğinin tamamının uygulanması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

#### **5.4.2. Veri Toplamada İzlenen Yol**

İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan ve İstanbul İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Ek 2) yazılı izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Araştırmaya katılan okuma yazma bilmeyen kadınlara anket sorunları araştırmacı tarafından tek tek okunup cevaplanmıştır.

### **5.5.Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences ) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için frekans, yüzde ve ortalama değerler bulunmuştur. Tanımlayıcı demografik özelliklerin alt boyutlarda yarattığı etkileri incelemek içinse iki bağımsız değişken ve iki grup ortalamaları karşılaştırması için Mann Whitney U testi ve ikiden fazla grup ortalamaları karşılaştırılması içinse Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında  $p<0.05$  (%5) anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

### **5.6.Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma yapılmadan önce İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından 23.05.2014 tarih ve 2014/06-51 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” kullanılarak açıklanmış ve izinleri alınmıştır.

Her katılımcıya çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman rahatlıkla çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış ve merak ettikleri sorular yanıtlanmıştır.

### **5.7. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, 8Nolu Aile Sağlığı Merkezindeki kadınlar üzerinde yapıldığı için onlara özgü sonuçları yansıtmaktadır, genelleme yapılamaz.

## 6.BULGULAR

Bu bölümde çalışma sonucu elde edilen nicel veriler betimsel istatistikler yardımıyla ve demografik özelliklerin ölçeğin alt boyutlarına yapmış olduğu etkiler istatistiksel analizler yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 6.1. de Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir.

**Tablo 6.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:285)**

<b>Gruplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
19 Yaş ve Altı	12	4,21
20-29 Yaş Arası	118	41,40
30-39 Yaş Arası	92	32,28
40 Yaş ve Üstü	63	22,11
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	171	60,00
Bekâr	102	35,79
Dul	12	4,21
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil	10	3,51
Okur Yazar	21	7,37
İlk Öğretim	74	25,96
Orta Öğretim	110	38,60
Üniversite	70	24,56
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	144	50,53
Çalışmıyor	124	43,51
Öğrenci	17	5,96
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	247	86,67
Yok	38	13,33
<b>Ekonomik Durum</b>		
Gelir Giderden Fazla	39	13,68
Gelir Gidere Denk	178	62,46
Gelir Giderden Az	68	23,86



Tablo 6.1. de görüleceği üzere 20-29 yaş arası grup en yüksek frekansa (118 kişi, %41,40) sahip grubu oluşturmaktadır. İkinci en yüksek frekansa sahip grup ise 30-39 yaş grubudur(92 kişi, %32,28). En düşük frekans ise 19 yaş ve altı grupta bulunmaktadır (12 kişi, %4,21). Katılımcıların büyük çoğunluğu evlidir (171 kişi, %60). Katılımcıların %24,5'i (110 kişi) üniversite mezunu, %38,60'ı orta öğretim ve %25,96'sı ilköğretim mezunudur, buradan hareketle katılımcıların yüksek çoğunluğunu okuma yazma bildiği, eğitim düzeyinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Gelir grubu özelliğini tablodan inceleyecek olursak büyük çoğunluğunun gelirinin gidere denk olduğunu (%62,46) ve gelirinin giderden az olanların gelirinin giderden fazla olanlardan daha yüksek bir yüzdeye sahip olduğunu söyleyebiliriz. Katılımcıların %50,53'ü çalışmakta, % 43,51 ise çalışmaktadır, öğrenci olanlar ise %5,96'tır. Örneklemin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi vardır.

**Tablo 6.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı (n:285)**

<b>Gruplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ailede meme kanseri olma durumu</b>		
Evet	22	7,72
Hayır	263	92,28
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
1.Derece	3	1,05
2. Derece	7	2,46
3.Derece	9	3,16
4. Derece	3	1,05
Kanser yok	263	92,28
<b>Memede kitle varlığı</b>		
Evet	19	6,67
Hayır	266	93,33
<b>İlk Adet Yaşınız</b>		
10-13 Yaş	188	65,96
14-16 Yaş	97	34,04
<b>Âdetin düzenli olma durumu</b>		
Evet	213	74,74
Hayır	34	11,93
Menopozda	38	13,33
<b>İlk Doğum Yaşı</b>		
Yapmadı	127	44,56
16-20 yaş	58	20,35
21-25 yaş	74	25,96
26-30 yaş	26	9,12
<b>Çocuk sayısı</b>		
Çocuk Yok	127	44,56
1-3 Çocuk	145	50,88
4-6 Çocuk	13	4,56
<b>Emzirme süresi</b>		
0-3 ay süre ile	18	6,32
0-6 ay süre ile	22	7,72
6 aydan fazla	116	40,70
Anne Sütü Vermedim/Çocuğum yok	129	45,26

Katılımcıların, %7,22'si (22 kişi) kan bağı olan bir kimsede kanser olduğunu belirtmiş, 1. Dereceden yakınında kanser olanlar %1,05, 2. Derece yakınında kanser olanlar %2,46, 3. derecen yakınında kanser olanlar ise %3,16 olduğunu belirtmiştir. Meme ile sorun ve kitle olduğunu belirtenler %6,67 (19 kişi) olmuştur. İlk adet yaşı ise en çok (%65,96, 188 kişi) 10-13 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Örneklemin yoğunluğunun düzenli adet gördüğü tespit edilmiştir (%74,74, 213 kişi). %55,44'ü doğum yaptığını belirtmiş ve doğum yapanların ilk doğumunu 21-25 yaş aralığında yapanlar %25,96'tır ve 1-3 çocuk sahibi olanlar %50,88, %40,70'i 6 aydan fazla anne sütü vermiştir.



**Tablo 6.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Meme Kanseri ve KKMM Hakkındaki Bilgi Durumlarının Dağılımı (n:285)**

<b>Meme Kanseri ve KKMM Hakkındaki Bilgileri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Meme kanseri hakkında bilgi sahibi olan	174	61,05
Meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmayan	111	38,95
<b>Bilgi Kaynakları</b>		
Bilmiyor	111	38,95
Görsel basın	48	16,84
Yazılı basın	12	4,21
Sağlık kuruluşu	36	12,63
Yakın çevre	59	20,70
İnternet	19	6,67
<b>KKMM Yapan</b>	161	56,49
<b>KKMM Yapmayan</b>	124	43,51
<b>KKMM Yapma Sıklığı</b>		
Bir kez yaptım	18	6,32
Bazen yapıyorum	108	37,89
Düzenli olarak her ay yapıyorum	35	12,28
Yapmıyorum	124	43,51
<b>KKMM yapmanın gerekliliğine inanan</b>	261	91,58
<b>KKMM yapmanın gerekliliğine inanmayan</b>	24	8,42
<b>KKMM Hakkındaki Düşünceleri</b>		
Düzenli olarak her ay yapmak gerekir	119	41,75
Genç kadınların yapmasına gerek yoktur	12	4,21
KKMM yapmak için kendimi yeterli hissetmiyorum	51	17,89
KKMM yapılırken bir kitle bulunmasından endişe ediyorum	33	11,58
KKMM yaparak kendime bakmak adına bir şey yapıyorum	65	22,81
KKMM yapmaya gerek yok	5	1,75
<b>KKMM Yapma Durumları</b>		
KKMM yapmıyor	124	43,51
Zaman fark etmiyor	88	30,88
Adet olduktan sonra	33	11,58
Adet olmadan önce	10	3,51
Adet olduğum sırada	7	2,46
Şikâyetim olursa	23	8,07
<b>KKMM Yapmama Nedenleri</b>		
KKMM yapan	161	56,49
Nasıl yapıldığını bilmiyor	66	23,16
Şikâyeti olmadığı için gereksiz buluyor	36	12,63
Zamanının yeterli olmaması	6	2,11
Ailede meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyor	5	1,75
Henüz muayene için yaşının genç olduğunu düşünüyor	11	3,86
<b>KKMM tekniğini Bilme Durumu</b>		
KKMM tekniğini bilen	73	25,61
KKMM tekniğini bilmeyen	98	34,39
KKMM tekniğini kısmen bilen	114	40,00

Meme kanseri, KKMM bilgisi ve KKMM uygulama alışkanlıkları Tablo 6.3. te verilmiştir. Tablo 6.3.'e göre meme kanseri hakkında bilgisi olanlar %61,05 olarak tespit edilmiştir. Meme kanseri hakkında bilgisi olanların %19,65'i (56 kişi) meme kanseri hakkında bilgiyi yakın çevresinden aldığını belirtmiştir. KKMM yapanlar %56,49'dur (161 kişi). KKMM

yapmayanların yapmama nedenini bilmiyorum olarak belirtenler %43,51, şikâyeti olmadığı için gereksiz bulanlar ise %23,26 olarak tespit edilmiştir. KKMM yapanlarda bazen (%36,14) ve düzenli yapanlar (12,28) büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Hangi durumlarda KKMM uygulanmalı sorusuna ise zaman fark etmez diyenler %50, şikâyetim olursa diyenler ise %22,54 olarak tespit edilmiştir. KKMM düzenli olarak yapmak gerektiğini belirtenlerin oranı %41,75 olarak tespit edilmiştir. KKMM yapma tekniğini bilenler %25,61, Kısmen bilenler %40 olarak tespit edilmiştir. KKMM yapmak gerekli diyenler ise %91,58 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 6.4. Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri Belirtisi Tanımlama Durumlarının Dağılımı (n:285)**

Meme Kanseri Belirtileri	Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumu											
	Evet				Hayır				Toplam			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	% n	n	% n	n	% n	n	% n	% n	% n	% n	% n
Memede 2 haftadan uzun sertlik ya da kitle	114	65.52	60	34.48	69	62.16	42	37.84	183	64,21	102	35,79
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişikliği	68	39.08	106	60.92	31	27.93	80	72.07	99	34,74	186	65,26
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ya da yara olması	51	29.31	123	70.69	24	21.62	87	78.38	75	26,32	210	73,68
Memede ya da meme başında içeri doğru çökme	62	35.63	112	64.37	23	20.72	88	79.28	85	29,82	200	70,18
Meme ucunda pozisyonunda değişiklik	45	25.86	129	74.14	14	12.61	97	87.39	59	20,70	226	79,30
Koltuk altında ele gelen şişlikler	120	68.97	54	31.03	70	63.06	41	36.94	190	66,67	95	33,33
Meme ucundan koyu kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak bir akıntı gelmesi	63	36.21	111	63.79	20	18.02	91	81.98	83	29,12	202	70,88

Meme kanseri hakkında bilgisi olduğunu belirtenler içinde, 120 kişi koltuk altında ele gelen şişlikleri meme kanser belirtisi olarak belirtmiş, 114 kişi ise memede 2 haftadan uzun sertlik ya da kitle olmasını meme kanseri belirtisi olarak işaretlemiştir. Meme kanseri hakkında bilgisi olmadığını belirtenler ise en çok (70 kişi) koltuk altında ele gelen şişlikleri meme kanser belirtisi olarak belirtmişlerdir, ikinci sırada ise memede 2 haftadan uzun sertlik ya da kitle halini (69) meme kanser belirtisi olarak işaretlemiştirler. Bu sonuçtan hareketle meme kanseri hakkında bilgisi olan ve olmayanlar meme kanseri tanısında aynı seçeneklerde yoğunlaşmışlardır (Tablo 6.4).

**Tablo 6.5. Olguların Mememe Kanseri Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutlarının Ortalamaları, Standart Sapması, Minimum ve Maksimum Değerlerinin Dağılımı**

	<b>Madde Sayıları</b>	$\bar{X}$	<b>Standart Sapması</b>	<b>Maximum</b>	<b>Minimum</b>
Duyarlılık	3	8,00	2,26	15	3
Önemseme Ciddiyet	6	20,27	4,70	30	7
Sağlık Motivasyonu	5	19,40	4,30	25	5
KKMM Yararları	4	15,29	3,40	20	4
KKMM Engelleri	8	18,05	5,26	36	8
KKMM Öz Etkinliği	10	31,52	7,14	50	10

Yukarıdaki Tablo 6.5. incelendiğinde sağlık inanç modeli puanlamaları sonucu elde edilen ortalama, minimum ve maksimum değerlerinin ölçeğin teknik bilgileriyle örtüştüğünü tespit edebiliriz. Minimum ve maksimum değerleri toplanıp aritmetik ortalaması alındığında yukarıdaki tabloda sadece Duyarlılık alt boyut puan ortalamasının kendi ortalamasını altında olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.6. Medeni Durum Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Sıra Ortalaması	KW	SD	P
Duyarlılık	Evli	171	146,06	2,440	2	,295
	Bekâr	102	141,97			
	Dul	12	108,25			
Önemseme Ciddiyet	Evli	171	145,86	<b>6,774</b>	2	<b>,034</b>
	Bekâr	102	145,32			
	Dul	12	82,54			
Sağlık Motivasyonu	Evli	171	137,19	2,586	2	,274
	Bekar	102	153,47			
	Dul	12	136,83			
KKMM Yararları	Evli	171	142,93	,898	2	,638
	Bekar	102	145,59			
	Dul	12	121,96			
KKMM Engelleri	Evli	171	151,19	5,771	2	,056
	Bekar	102	127,44			
	Dul	12	158,50			
KKMM Öz Etkinliği	Evli	171	148,53	4,937	2	,085
	Bekar	102	130,12			
	Dul	12	173,67			

Örneklemede yer alan deneklerin medeni durumlarına sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması için yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre, Duyarlılık, Sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri ve KKMM öz etkinliği alt boyutlarında her ne kadar puan ortalamaları arasında bir fark olsa da bu farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Diğer bir ifadeyle bu alt boyutlarda farklı medeni grupların sağlık inanç ölçek puan ortalamaları birbirine benzerdir (Sd= 2, p>0.05).

Önemseme ve ciddiyette gruplar arası puan ortalamalarında bir fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sd=2, p>0,05), Diğer bir ifadeyle farklı medeni gruplarının sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları bir birinden farklıdır ve istatistiksel

olarak bu fark anlamlıdır. Tablo incelendiğinde evlilerin puan ortalaması en yüksek değere sahiptir ve en düşük puan ortalamasına dul olanlar sahiptir.

**Tablo 6.7. Öğrenim Durumu Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Sıra Ortalaması	KW	SD	p
Duyarlılık	OYD	10	160,90	<b>13,342</b>	4	<b>,010</b>
	OY	21	106,10			
	İlköğretim	74	157,16			
	Orta Öğretim	110	128,48			
	Üniversite ve Üstü	70	159,36			
Önemseme Ciddiyet	OYD	10	128,15	<b>12,837</b>	4	<b>,012</b>
	OY	21	139,07			
	İlköğretim	74	164,85			
	Orta Öğretim	110	123,67			
	Üniversite ve Üstü	70	153,58			
Sağlık Motivasyonu	OYD	10	119,45	<b>19,754</b>	4	<b>,001</b>
	OY	21	134,90			
	İlköğretim	74	124,36			
	Orta Öğretim	110	135,82			
	Üniversite ve Üstü	70	179,77			
KKMM Yararları	OYD	10	153,65	7,912	4	<b>,095</b>
	OY	21	130,50			
	İlköğretim	74	142,76			
	Orta Öğretim	110	130,90			
	Üniversite ve Üstü	70	164,49			
KKMM Engelleri	OYD	10	164,85	<b>24,207</b>	4	<b>,000</b>
	OY	21	155,48			
	İlköğretim	74	155,07			
	Orta Öğretim	110	157,18			
	Üniversite ve Üstü	70	101,10			
KKMM Öz Etkililiği	OYD	10	165,60	<b>10,460</b>	4	<b>,033</b>
	OY	21	99,29			
	İlköğretim	74	133,45			
	Orta Öğretim	110	145,45			
	Üniversite ve Üstü	70	159,14			



Duyarlılık alt boyutunda oluşan bu anlamlı farkın hangi gruplar arasındaki anlamlı farktan kaynaklandığını bulabilmek için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda farkın Evli ve dul olanlar ( $p=0.013$ ,  $p<0,05$ ) ve bekâr ile dul olanlar ( $p=0,08$ ,  $p<0,05$ ) arasındaki anlamlı farktan kaynaklanmaktadır. Evli ve bekâr olanlar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 6.6).

Tablo 6.7’de görüldüğü gibi duyarlılık alt boyutunda öğrenim durumuna göre gruplar arası fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda farkın kaynağının, Okur-yazar ile İlköğretim mezunu ( $p=0,018$ ), okur-yazar ile üniversite mezunu ( $p=0,010$ ), ilköğretim mezunu ile orta öğretim mezunu ( $p=0,021$ ) grupları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan farklardan kaynaklanmaktadır.

Tablo incelendiğinde en yüksek ortalamaya üniversite mezunu ve üstü grup sahiptir ve üniversite mezunu ve üstü grubun KKMM konusunda diğer eğitim gruplarına göre daha duyarlı olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle eğitim duyarlılık alt boyutunda fark yaratmaktadır.

Önemseme ciddiyet alt boyutunda Öğrenim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,05$ ).

Bu farkın nerden kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, farkın ilköğretim mezunu grubu ile ortaöğretim mezunu grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlılığı tespit edilen farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ( $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ). Diğer bir ifade ile ilköğretim mezunu olan grubun algılanan ciddiyeti yani KKMM’yi önleyici davranışları sergileme konusundaki yaklaşımı ortaöğretim mezunlarına göre daha yüksek bir seviyededir.

Önemseme ciddiyet alt boyutunda diğer öğrenim grupları arasında tabloda görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Öğrenim durumu sadece ortaöğretim ve ilköğretim mezunu grupları arasında fark yaratmaktadır.

Sağlık motivasyonu alt boyutunda öğrenim durumu grupları arasında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, Üniversite ve üstü grubunun ortalaması diğer tüm gruplardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (her bir eğitim grubuyla yapılan ikili karşılaştırmalarda  $p=0,010$ ,  $p=0,023$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$  sonuçları elde edilmiştir ve  $p<0,05$ 'tir.). Üniversite mezunu grubun sağlık motivasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde diğer eğitim gruplarından daha yüksektir bu sonuçtan hareketle üniversite mezunları meme kanseri ve diğer hastalıklar için koruyucu önlem veya hastalıklardan kaçınmak için daha yüksek motivasyona sahiptirler.

KKMM yararları alt boyutunda eğitim grupları arası ortalamalar arasında anlamlı bir fark yoktur eğitim düzeyi bu alt boyutta fark yaratmamaktadır ( $p>0,05$ ).

KKMM engelleri alt boyutunda eğitim grupları arasındaki sıra ortalaması farkları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Farklılığın hangi gruplar arası farktan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, Üniversite mezunu olan gruba diğer tüm eğitim gruplarını ikili olarak karşılaştırdığımızda bu grubun tüm diğer gruplar ile arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ( $p=0,014$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ). Diğer eğitim gruplarının kendi aralarında anlamlı bir fark yoktur. Tablodan sıra ortalamaları kontrol edildiğinde üniversite mezunlarının KKMM engel puanının diğer gruplardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

KKMM Öz etkililiği alt boyutunda eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır bu alt boyuttaki sıra ortalamaları incelendiğinde en yüksek sıra ortalamasına okur-yazar olamayan eğitim grubunun sahip olduğu anlaşılmıştır. Öz etkililiği alt boyutunda eğitim guruplarında tespit edilen bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulabilmek yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farkın, Okur yazar olamayan grup ile okur-yazar arasındaki ( $p=0,034$ ,  $p<0,05$ ), okur-yazar grubu ile ortaöğretim arasındaki ( $p=0,017$ ,  $p<0,05$ ) ve okur-yazar grubu ile üniversite ve üstü grup arasındaki ( $p=0,007$ ,  $p<0,05$ ) anlamlı farktan kaynaklanmaktadır. Eğitim durumu okuryazar olan grup ilköğretim grubu dışındaki diğer tüm eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı bir fark içermektedir.

**Tablo 6.8. Birinci Dereceden Yakınında Kanser Olup Olmamasına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyullarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Ailede meme kanseri	N	Sıra Ortalaması	Medyan	U	Z	P
Duyarlılık	Evet	22	184,27	9,50	1963,000	<b>-2,512</b>	<b>,012</b>
	Hayır	263	138,99	9,00			
Önemseme Ciddiyet	Evet	22	126,14	19,50	2522,000	-,975	,329
	Hayır	263	143,87	21,00			
Sağlık Motivasyonu	Evet	22	124,34	19,00	2482,500	-1,085	,278
	Hayır	263	144,02	20,00			
KKMM Yararları	Evet	22	132,16	15,50	2654,500	-,620	,535
	Hayır	263	143,37	16,00			
KKMM Engelleri	Evet	22	108,77	15,50	2140,000	<b>-2,009</b>	<b>,045</b>
	Hayır	263	145,33	18,00			
KKMM Öz Etkinliği	Evet	22	147,52	32,50	2771,500	-,299	,765
	Hayır	263	142,08	32,00			

Tablo 6.8. incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin birinci dereceden yakınında kanser olan ve olmayanlar arasında sağlık inanç ölçeği alt boyutlarında puan ortalamalarında farklılık araştırmasında elde edilen sonuçları görebiliriz. Yukarıdaki analiz sonuçlarına göre birinci dereceden akrabasında kanser olan ve olmayanların Duyarlılık ( $p=0,012$ ,  $p<0,05$ ) ve KKMM Engelleri ( $p=0,045$ ,  $p<0,05$ ) boyutunda aralarında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle birinci dereceden yakınında kanser olanların duyarlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları olmayanlardan daha yüksektir ve böylece kanserli birinci dereceden akrabası olanlar daha duyarlıdır. Ayrıca KKMM engelleri puanları birinci dereceden yakınında kanser olmayanların KKMM engel boyutundan aldıkları puan ortalamaları olanlardan daha yüksektir.

**Tablo 6.9. Meme Kanseri Hakkında Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Meme kanseri hakkında bilgi durumu	N	Sıra Ortalaması	Medyan	U	Z	P
Duyarlılık	Evet	174	152,38	9,00	8024,500	<b>-2,434</b>	<b>,015</b>
	Hayır	111	128,29	7,00			
Önemseme Ciddiyet	Evet	174	148,17	21,00	8758,000	-1,328	,184
	Hayır	111	134,90	20,00			
Sağlık Motivasyonu	Evet	174	158,39	20,50	6979,000	<b>-3,966</b>	<b>,000</b>
	Hayır	111	118,87	19,00			
KKMM Yararları	Evet	174	153,73	16,00	7790,000	<b>-2,775</b>	<b>,006</b>
	Hayır	111	126,18	15,00			
KKMM Engelleri	Evet	174	126,32	17,00	6754,500	<b>-4,286</b>	<b>,000</b>
	Hayır	111	169,15	20,00			
KKMM Öz Etkinliği	Evet	174	161,48	34,00	6441,000	<b>-4,746</b>	<b>,000</b>
	Hayır	111	114,03	30,00			

Meme kanseri hakkında bilgisi olama durumuna göre oluşturulan gruplarda sağlık inanç alt ölçeği boyutlarında alınan puanların ortalamaları karşılaştırıldığında önemseme ciddiyet alt boyutu dışında ki diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Diğer tüm boyutlar için p değeri 0.05 ten küçük çıkmıştır. Tablo incelendiğinde meme kanseri hakkında bilgisi olanların alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. Meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma önemseme ciddiyet alt boyutu dışındaki diğer alt boyutların ortalama puanlarında fark yaratmaktadır.

**Tablo 6.10. Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyularından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Yaş grupları	n	Sıra Ortalaması	KW	SD	p
Duyarlılık	19 yaş ve altı	12	96.46	4.837	3	.184
	20-29 yaş arası	118	142.56			
	30-39 yaş arası	92	150.97			
	40 yaş ve üstü	63	141.04			
Önemseme Ciddiyet	19 yaş ve altı	12	109.21	2.268	3	.519
	20-29 yaş arası	118	146.60			
	30-39 yaş arası	92	142.20			
	40 yaş ve üstü	63	143.86			
Sağlık Motivasyonu	19 yaş ve altı	12	158.17	<b>11.765</b>	3	<b>.008</b>
	20-29 yaş arası	118	161.36			
	30-39 yaş arası	92	129.97			
	40 yaş ve üstü	63	124.75			
KKMM Yararları	19 yaş ve altı	12	94.21	6.275	3	.099
	20-29 yaş arası	118	148.03			
	30-39 yaş arası	92	149.72			
	40 yaş ve üstü	63	133.06			
KKMM Engelleri	19 yaş ve altı	12	205.46	<b>14.651</b>	3	<b>.002</b>
	20-29 yaş arası	118	124.70			
	30-39 yaş arası	92	151.83			
	40 yaş ve üstü	63	152.48			
KKMM Öz Etkinliği	19 yaş ve altı	12	97.71	3.979	3	.264
	20-29 yaş arası	118	142.57			
	30-39 yaş arası	92	147.27			
	40 yaş ve üstü	63	146.20			

Yaş gruplarına göre sağlık inanç modeli alt grupları incelendiğinde Duyarlılık ( $p=0,184$ ), Önemseme ciddiyet ( $p=0,519$ ), KKMM Yararları ( $p=0,099$ ), KKMM Öz etkinliği ( $p=0,264$ ) alt boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlık motivasyonu ( $p=0,008$ ) ve KKMM engelleri ( $p=0,002$ ) alt boyutunda yaş grupları arasında bu alt boyutlardan alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ( $p<0,05$ ).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farkın 20-29 ile 30-39 yaş grupları ( $p=0,007$ ,  $p<0,05$ ) ve 20-29 ile 40 ve üstü yaş grupları ( $p=0,004$ ,  $p<0,05$ ) arasında tespit edilen ve istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak yaş değişkeni sağlık inanç modelinde sadece sağlık motivasyonu ve KKMM öz etkililiği alt boyutlarında yukarıda belirtilen yaş grupları arasında anlamlı farka etki etmektedir.

**Tablo 6.11. KKMM Anlatım Doğruluğu Gruplara Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:125)**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	KKMM Anlatım Doğruluğu	n	Sıra Ortalaması	X <sup>2</sup>	SD	p
Duyarlılık	Doğru Anlatım	11	66.50	.551	2	.759
	Yanlış Anlatım	61	60.60			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	65.04			
Önemseme Ciddiyet	Doğru Anlatım	11	57.32	.319	2	.852
	Yanlış Anlatım	61	64.01			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	63.02			
Sağlık Motivasyonu	Doğru Anlatım	11	64.55	5.551	2	.062
	Yanlış Anlatım	61	55.45			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	71.37			
KKMM Yararları	Doğru Anlatım	11	62.86	1.053	2	.591
	Yanlış Anlatım	61	59.80			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	66.72			
KKMM Engelleri	Doğru Anlatım	11	47.09	4.697	2	.096
	Yanlış Anlatım	61	69.38			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	58.96			
KKMM Öz Etkinliği	Doğru Anlatım	11	63.45	<b>5.978</b>	2	<b>.050</b>
	Yanlış Anlatım	61	55.24			
	Kısmen Doğru Anlatım	53	71.84			

Tablo 6.11. incelendiğinde, KKMM uygulamasını anlatım doğruluğuna göre sağlık inanç modeli alt boyutlarında alına puan ortalamaları karşılaştırıldığında Duyarlılık ( $p=0,759$ ,  $p>0,05$ ), Önemseme ciddiyet ( $p=0,852$ ,  $p>0,05$ ), Sağlık Motivasyonu ( $p=0,062$ ,  $p>0,05$ ), KKMM yaraları ( $p=0,591$ ,  $p>0,05$ ), KMM engelleri ( $p=0,096$ ,  $p>0,05$ ), alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

KKMM Öz etkililiği alt boyutunda ise  $p=0,050$  çıkmıştır bu sonuca KKMM uygulama anlatım doğruluğuna göre oluşturulan gruplar arasında tespit edilen farkın anlamlı ya da anlamsız olduğu konusunda bir yorum getiremeyiz yani ne anlamlıdır nede anlamsızdır.



**Tablo 6.12. Ekonomik Duruma Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyularından Aldığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli Alt Boyutları	Ekonomik Durum	n	Sıra Ortalaması	KW	SD	p
Duyarlılık	Gelir Giderden Fazla	39	122.68	2.811	2	.245
	Gelir Gidere Denk	178	146.24			
	Gelir Giderden Fazla	68	146.17			
Önemseme Ciddiyet	Gelir Giderden Fazla	39	135.50	.376	2	.829
	Gelir Gidere Denk	178	144.22			
	Gelir Giderden Fazla	68	144.10			
Sağlık Motivasyonu	Gelir Giderden Fazla	39	157.15	<b>6.378</b>	2	<b>.041</b>
	Gelir Gidere Denk	178	148.01			
	Gelir Giderden Fazla	68	121.77			
KKMM Yararları	Gelir Giderden Fazla	39	136.92	2.255	2	.324
	Gelir Gidere Denk	178	148.53			
	Gelir Giderden Fazla	68	132.02			
KKMM Engelleri	Gelir Giderden Fazla	39	130.94	1.771	2	.412
	Gelir Gidere Denk	178	142.01			
	Gelir Giderden Fazla	68	152.50			
KKMM Öz Etkinliği	Gelir Giderden Fazla	39	164.00	3.149	2	.207
	Gelir Gidere Denk	178	138.19			
	Gelir Giderden Fazla	68	143.54			



Ekonomik duruma göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puanların ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda Duyarlılık ( $p=0,245$ ,  $p>0,05$ ), önemseme ciddiyet ( $p=0,829$ ,  $p>0,05$ ), KKMM yararları ( $p=0,324$ ,  $p>0,05$ ), KKMM engelleri ( $p=0,412$ ,  $p>0,05$ ), KKMM öz etkililiği ( $p=0,207$ ,  $p>0,05$ ) alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo incelendiğinde tek anlamlı farkın Sağlık motivasyonu ( $p=0,041$ ,  $p<0,05$ ) alt boyutunda olduğu görölmektedir. Bu anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda geliri gidere az olan grup ile geliri giderden fazla ( $p=0,044$ ,  $p>0,05$ ) ve geliri giderden fazla olan grup ile geliri giderden az grup ( $p=0,022$ ,  $p>0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı olan farktan kaynaklanmaktadır.

## 7. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarının Değerlendirmesi incelenmiş elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

### 7.1.TANITICI ÖZELLİKLERE AİT TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %41,4'ü 20-29 yaş arası, %32,28'i 30-39 yaş arası olup %22,11'nin 40 yaş üstü olduğu saptanmıştır. Kadınların %60'nın evli olduğu, katılımcıların %24,5'nin üniversite,%38,60'ı orta öğretim ve %25,96'sı ilköğretim mezunu olduğunu ifade etmektedir. Kadınların ekonomik durumlarının %62,46'sı gelirinin gidere denk olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %50,53'ü çalışan, %43,51 ise çalışmayan, %5,96'sının öğrenci olduğu belirlenmiş olup, %86,7'nin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır.

Amerikan Kanseri Derneği, kadınların 20 yaşından sonra her ay düzenli olarak KKMM yaptırmalarını önermektedir (69).

Karayurt ve ark.'nın (2008) hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi davranışları çalışmasında kadınların %48'nin 20-29 yaş arası,%45'nin 30-39 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Karayurt ve ark.'nın çalışmasında kendi kendine muayene uygulayan kadınların yaş aralığı bizim çalışmamızla uyumludur (1). Canbulat'ın (2006) sağlık çalışanları ile kendi kendine meme muayenesi ve sağlık inançlarının incelendiği çalışmasında kadınların %56'sı 20-29 yaş grubunda olup, %32'si 30-39 yaş aralığında, 40 yaş üstü toplamda %11,9 olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuş olup, 40 yaş üstü kadın grubumuzun Canbulat'ın çalışmasındaki kadın grubundan daha yüksektir (70).

Göçgeldi ve ark.'nın (2008) KKMM yapma tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada; kadınların %12,6'sı ortaokul, %39,2 'si lise mezunu,%26,9'u üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir, bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir (71).

Güney'in (2009) çalışmasında geliri giderinden fazla / eşit olan kadınlar % 61,1'i, geliri giderinden az olan kadınlar % 38,9 olarak belirlenmiş olup bizim çalışmamızla gelir durumu açısından farklılık göstermektedir (72). Zincir'in (1999) çalışmasında kadınların %73,7'sinin (73), Budakoğlu'nun (2003) çalışmasında ise kadınların %65,6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamız Budakoğlu ve Güney'in çalışmasından farklı bulunmuştur. Bu farklılık çalışmanın yapıldığı örneklem gruplarından kaynaklanıyor olabilir. Bu verilerden hareketle, çalışmamızın 20–29 yaş aralığında evli ve okuma yazma bilen çoğunluğu çalışan, sosyal güvencesi bulunan, ekonomik olarak gelir gider dengesi eşit olan bireyler üzerinde yapıldığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri risk faktörleri özellikleri incelendiğinde; katılımcıların, %7,22'sinin ailesinde meme kanseri olduğunu, kadınların %6,67 memede sorun ve kitle olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların %65,96'nın ilk adet yaşının 10–13 yaş aralığında olduğu, %74,74'nün düzenli adet gördüğü tespit edilmiştir, %55,44'ü doğum yaptığı ve %25,96'sı ilk doğumunu 21–25 yaş aralığında yaptığını ifade etmiştir. 50,88'i 1–3 çocuk doğurduğu ve %40,70'i 6 aydan fazla çocuklarını emzirdikleri saptanmıştır.

Bu verilerden hareketle araştırmaya katılan kadınların meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde, çoğunlukla ailesinde meme kanseri olgusu olmayan, meme de kitle olgusu olmayan, 10–13 yaşından itibaren çoğunlukla düzenli adet gören, çoğunluğunun çocuğu olmayan, çocuğu bulunan kesiminde 1–3 arası çocuğu bulunan kadın grubundan oluşmaktadır.

Canbulat'ın (2006) çalışmasında birinci derece akrabalarında 1 tane meme kanseri öyküsü olan kişilerin oranı %7,5 bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (74). Mermer'in (2010), çalışma grubundaki kadınların %13,4'ünün yakınlarında meme kanseri olduğu belirtilmiştir (74). Bu çalışma bizim çalışmamızla benzerlik göstermesinin yanı sıra ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların daha fazla olduğu görülmektedir. Altuncan ve ark. (2007) yapmış olduğu çalışmada kadınların %52,6'sı ilk menstrual sikluslarını 13 yaş ve üstünde başladığını bildirmiş olup bizim çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur (75).

Araştırmamızda kadınların %44,56'sı doğum yapmadıklarını ifade etmişlerdir bu durum yaş ortalaması olarak genç bir grup ile çalışılmasından dolayı olduğu belirtilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi durumlarının incelendiğinde; kadınların %61,05'nin meme kanseri bilgisi olduğu, bilgi alınan kaynakların %20,70'i yakın çevreden, %16,84'ü görsel basından, sadece %12,3'ü sağlık kuruluşu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %56,49 KKMM yaptığı, KKMM yapmama nedenini %43,51'i bilmiyorum, %23,26 şikâyeti olmadığı için gereksiz bulanlar olduğu saptanmıştır. Kadınların %12,28'i düzenli KKMM yaptıkları bulunmuştur. KKMM uygulama zamanı %50'si fark etmez, %22,54'ü şikâyet varlığında KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların KKMM yapılması ile ilgili %41,75'i düzenli yapılması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %25,61'i KKMM yapma tekniğini bildikleri saptanmıştır.

Çadır ve ark'nın (2004) kadınların meme kanseri hakkındaki bilgilerinin ana kaynağını %30.9'nun radyo/televizyon, %24.1'nin sağlık personeli, %11.5'nin kitap, gazete, dergi, broşür, %9'nun arkadaş komşu, %4.5'nin aile akraba olarak belirttiği ve %20.1'nin ise bilgi almadığı görülmüştür (76). Bizim çalışmamız Çadır ve ark.'nın çalışmasıyla farklı olarak bilgi almama oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık örneklem grubumuzun eğitim seviyelerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Nergiz 'in (2004) yaptığı çalışmada kadınların %74.2'sinin KKMM'ni bilmesine ve %97.9'nun KKMM'nin gerekli olduğunu ifade etmesine karşın %53'ü KKMM yaptığı bulunmuştur (77). Bu oran çalışmamızdaki orandan daha düşük bulunmuştur. KKMM yapma oranlarının artması Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü projelerden kaynaklanıyor olabilir. Kadınların duyarlılığını artması olumlu bir durumdur.

Aydın ve Işıklı'nın (2004) koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançlarını inceledikleri çalışmalarında; ebe ve hemşirelerin %96.3'ünün KKMM yaptığı ancak %28.6'sının bu muayeneyi düzenli olarak yaptığı tespit edilmiştir. Aydın ve Işıklı'nın çalışması anlamlı olarak bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (83). Bu farkın onların çalışması örnekleminin sağlık çalışanı olmasından kaynaklandığı sağlık çalışanlarının sağlıklarına daha duyarlı olduklarından kaynaklanıyor olabilir (78).

Meme kanseri hakkında bilgi durumuna göre meme kanseri belirtisi tanımlamasına bakıldığında, meme kanseri hakkında bilgisi olduğunu belirtenler içinde, 120 kişi koltuk

altında ele gelen şişlikleri meme kanser belirtisi olarak belirtmiş, 114 kişi ise memede 2 haftadan uzun sertlik ya da kitle olmasını meme kanseri belirtisi olarak işaretlemiştir. Meme kanseri hakkında bilgisi olmadığını belirtenler ise en çok (70 kişi) koltuk altında ele gelen şişlikleri meme kanser belirtisi olarak belirtmişlerdir, ikinci sırada ise memede 2 haftadan uzun sertlik ya da kitle halini (69) meme kanser belirtisi olarak işaretlemiştir. Bu sonuçtan hareketle meme kanseri hakkında bilgisi olan ve olmayanlar meme kanseri tanısında aynı seçeneklerde yoğunlaşmışlardır.

Meme kanseri hakkında bilgisi olmayan kadınların, meme kanseri belirtileri konusunda da bilgileri olmadığı saptanmıştır. Kadınlar ele gelen sertlik ve şişlik belirtilerini daha yüksek derecede meme kanseri belirtileri olarak algılanmamaktadır.%65,52 memede sertlik %68,92 koltuk altında şişlik yüksek derecede meme kanseri belirtisi olarak ifade etmektedir.

## **7.2.KKKM MUAYENESİNİN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ İLE TARTIŞMA**

Bu bölümde, kadınların meme kanseri sağlık inanç modeli alt boyutlarından aldığı puan ortalamaları, standart sapması, minimum ve maksimum değerlerinin dağılımına göre anlamlı olup olmadığı incelenmektedir. Araştırmadan ulaşılan, sonuçlar aşağıda tartışılarak sunulmuştur.

Araştırmaya katılan bireylere ait olguların meme kanseri sağlık inanç modeli alt boyutlarının ortalamaları, standart sapması, minimum ve maksimum değerlerinin dağılımına bakıldığında, sağlık inanç modeli puanlamaları sonucu elde edilen ortalama, minimum ve maksimum değerlerinin ölçeğin teknik bilgileriyle örtüştüğünü tespit edebiliriz. Minimum ve maksimum değerleri toplanıp aritmetik ortalaması alındığında, sadece duyarlılık alt boyut puan ortalamasının kendi ortalamasının altında olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's

Alpha değerlendirmelerinde; Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında (79) alfa değerleri, 0.74 ile 0.85 arasında, Karayurt'un çalışmasında, 0.58 ile 0.89, Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında (80) ise 0.69 ile 0.83 arasında bulunmuştur.

Ölçek Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe'ye uyarlanırken 6 maddenin faktör yükü 30'un altında olduğu için çıkarılmıştır. Önemseme boyutundan 1, sağlık motivasyonundan 2, KKMM engelleri boyutundan 3 madde atılmıştır. Çalışmamızda "mamografi yararları" ve "mamografi engelleri" boyutları kullanılmamıştır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır (80).

E. Nergiz (2008) araştırmasında Cronbach's Alpha değerleri ise; duyarlılık algısı alpha değeri .87, önemseme/ciddiyet algısı alpha değeri .82, sağlık motivasyonu algısı alpha değeri .74, KKMM yararları alpha değeri .95, KKMM engelleri alpha değeri .94, KKMM öz etkinlik alpha değeri .98, mamografi yararları alpha değeri .78 ve mamografi engelleri alpha değeri .83 bulunmuştur (77).

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına gruplarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, örnekleme yer alan deneklerin medeni durumlarına sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması için yapılan Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre, Duyarlılık, Sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri ve KKMM öz etkililiği alt boyutlarında her ne kadar sıra ortalamaları arasında bir fark olsa da bu farklar istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlenmiştir. Diğer bir ifadeyle bu alt boyutlarda farklı medeni grupların sağlık inanç ölçek puan ortalamaları birbirine benzer olarak bulunmuştur. (Sd= 2, p>0.05)

Önemseme ve ciddiyette gruplar arası sıra ortalamalarında bir fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sd=2, p>0,05), Diğer bir ifadeyle farklı medeni gruplarının sağlık inanç ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları bir birinden farklı ve istatistiksel olarak bu fark anlamlıdır. Evlilerin sıra ortalaması en yüksek değere sahipken, en düşük sıra ortalamasına dul olanlar sahip olduğu söylenebilir.

Duyarlılık alt boyutunda oluşan bu anlamlı farkın hangi gruplar arasındaki anlamlı farktan kaynaklandığını bulabilmek için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda farkın evli ve dul

olanlar ( $p=0.013$ ,  $p<0,05$ ) ve bekâr ile dul olanalar ( $p=0,08$ ,  $p<0,05$ ) arasındaki anlamlı farktan kaynaklanmaktadır. Evli ve bekâr olanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir.

Canbulat'ın çalışmasında dul/boşanmışların sağlık motivasyonu algısını bekâr ve evlilere göre daha düşük algılamışlardır ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir (81).

Karayurt ve ark.'larının çalışmasında önemseme ciddiyet algısı kontrol ve deney grubunda bizden farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sosyo-demografik özelliklerden evlilerin ciddiyet algısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının nedeni iki çalışma arasında kişisel özellikler farklılığından kaynaklandığını düşündürmektedir (82).

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumuna gruplarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyullarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, duyarlılık alt boyutunda öğrenim durumuna göre gruplar arası fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak 0,05 düzeyinde anlamlı olarak bulunmuştur. ( $p<0,05$ ).

Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda farkın kaynağının, Okur-yazar ile İlköğretim mezunu ( $p=0,018$ ), okur-yazar ile üniversite mezunu ( $p=0,010$ ), ilköğretim mezunu ile orta öğretim mezunu ( $p=0,021$ ) gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan farklardan kaynaklandığı gözlemlenmiştir.

Üniversite mezunu ve üstü grubun KKMM konusunda diğer eğitim gruplarına göre daha duyarlı olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle eğitim duyarlılık alt boyutunda fark yarattığı gözlemlenmektedir.

Önemseme ciddiyet alt boyutunda öğrenim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Altuncan ve ark.'larının (2007) KKMM yarar algısı puan ortalaması; ortaokul ve daha fazla eğitimi olanlarda ilkokul ve daha az eğitimlilere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (83).

Bu farkın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, farkın ilköğretim mezunu grubu ile ortaöğretim mezunu grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlılığı tespit edilen farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ( $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ). Diğer bir ifade ile ilköğretim mezunu olan grubun algılanan ciddiyeti yani KKMM'yi önleyici davranışları sergileme konusundaki yaklaşımı ortaöğretim mezunlarına göre daha yüksek bir seviyededir.

Önemseme ciddiyet alt boyutunda diğer öğrenim grupları arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Öğrenim durumu sadece ortaöğretim ve ilköğretim mezunu gruplar arasında fark yaratmaktadır.

Sağlık motivasyonu alt boyutunda öğrenim durumu grupları arasında anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Bu farkın hangi gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, Üniversite ve üstü grubunun ortalaması diğer tüm gruplardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (her bir eğitim grubuyla yapılan ikili karşılaştırmalarda  $p=0,010$ ,  $p=0,023$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,001$  sonuçları elde edilmiştir ve  $p<0,05$ 'tir.). Üniversite mezunu grubun sağlık motivasyonu istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde diğer eğitim gruplarından daha yüksektir bu sonuçtan hareketle üniversite mezunları meme kanseri ve diğer hastalıklar için koruyucu önlem veya hastalıklardan kaçınmak için daha yüksek motivasyona sahiptirler.

KKMM yararları alt boyutunda eğitim grupları arası ortalamalar arasında anlamlı bir fark yoktur eğitim düzeyi bu alt boyutta fark yaratmamaktadır ( $p>0,05$ ).

KKMM engelleri alt boyutunda eğitim grupları arasındaki sıra ortalaması farkları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Farklılığın hangi gruplar arası farktan kaynaklandığını bulmak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda, Üniversite mezunu olan gruba diğer tüm eğitim gruplarını ikili olarak karşılaştırdığımızda bu grubun tüm diğer gruplar ile arasında anlamlı bir fark



bulunmuştur. ( $p=0,014$ ,  $p=0,012$ ,  $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ). Diğer eğitim gruplarının kendi aralarında anlamlı bir fark yoktur. Sıra ortalamaları kontrol edildiğinde üniversite mezunlarının KKMM engel puanının diğer gruplardan anlamlı bir şekilde daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

KKMM Öz etkililiği alt boyutunda eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır bu alt boyuttaki sıra ortalamaları incelendiğinde en yüksek sıra ortalamasına okur-yazar olamayan eğitim grubunun sahip olduğu anlaşılmıştır. Öz etkililiği alt boyutunda eğitim guruplarında tespit edilen bu anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulabilmek yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farkın, Okuryazar olamayan grup ile okur-yazar arasında ( $p=0,034$ ,  $p<0,05$ ), okur-yazar grubu ile ortaöğretim arasında ( $p=0,017$ ,  $p<0,05$ ) ve okur-yazar grubu ile üniversite ve üstü grup arasında ( $p=0,007$ ,  $p<0,05$ ) olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu oku-yazar olan grup ilköğretim grubu dışındaki diğer tüm eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı bir fark içerdiği gözlemlenmiştir.

Altuncan ve ark. (2007)KKMM engel algısı puan ortalaması; ilkokul ve daha az eğitilmiş olanlarda ortaokul mezunu ve daha fazla eğitilmiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (83).

Araştırmaya katılan bireylere ait birinci dereceden yakınında kanser olup olmamasına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyullarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin birinci derecen yakınında kanser olan ve olmayanlar arasında sağlık inanç ölçeği alt boyutlarında puan ortalamalarında farklılık gözlemlenmektedir. Analiz sonuçlarına göre birinci dereceden akrabasında kanser olan ve olmayanların Duyarlılık ( $p=0,012$ ,  $p<0,05$ ) ve KKMM Engelleri ( $p=0,045$ ,  $p<0,05$ ) boyutunda aralarında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle birinci dereceden yakınında kanser olanların duyarlılık alt boyutundan aldıkları ortalamaları olmayanlardan daha yüksektir ve böylece kanserli birinci dereceden akrabası olanlar daha duyarlıdır. Ayrıca KKMM engelleri puanları birinci dereceden yakınında kanser olmayanların KKMM engel boyutundan aldıkları puan ortalamaları olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Canbulat; birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan grubun duyarlılık, Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olup olmadığını bilmeyen grubun KKMM engel algısını diğer gruplara göre daha yüksek algıladıkları bulunmuştur (81).

Lewis ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre, kendilerini meme kanseri gelişimi açısından daha fazla risk altında algıladıklarının görülmesi tarama davranışlarına daha duyarlı olacaklarını göstermekte ve bu çalışma bulgularını desteklemektedir (79).

Araştırmaya katılan bireylere ait meme kanseri hakkında bilgi durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyullarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, meme kanseri hakkında bilgisi olma durumuna göre oluşturulan gruplarda sağlık inanç alt ölçeği boyutlarında alınan puanların ortalamaları karşılaştırıldığında önemseme ciddiyet alt boyutu dışında ki diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Diğer tüm boyutlar için p değeri 0.05 ten küçük çıkmıştır. Meme kanseri hakkında bilgisi olanların alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmanın önemseme ciddiyet alt boyutu dışındaki diğer alt boyutların ortalama puanlarında fark yarattığı gözlemlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylere ait yaş gruplarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyullarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, Yaş gruplarına göre sağlık inanç modeli alt grupları incelendiğinde Duyarlılık ( $p=0,184$ ), Önemseme ciddiyet ( $p=0,519$ ), KKMM Yararları ( $p=0,099$ ), KKMM Öz etkililiği ( $p=0,264$ ) alt boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Aydın Avcı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada öğrencilerin sağlık motivasyonun  $21.59\pm 3.27$  ile yüksek olduğu bildirilmektedir. Seçginli ve Nahçıvan'ın sağlık motivasyonu puanı olan  $24.70\pm 3.91$ , bu çalışma bulgusundan daha yüksek düzeyde olup alınabilecek en yüksek puana yakındır (79).

Sağlık motivasyonu ( $p=0,008$ ) ve KKMM engelleri ( $p=0,002$ ) alt boyutunda yaş grupları arasında bu alt boyutlardan alınan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir. ( $p<0,05$ ).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farkın 20–29 ile 30-39 yaş grupları ( $p=0,007$ ,  $p<0,05$ ) ve 20-29 ile 40 ve üstü yaş grupları ( $p=0,004$ ,  $p<0,05$ ) arasında tespit edilen ve istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Canbulat çalışmasında sağlık motivasyonu algısı 20-29 ve 30-39 yaş grubunda 40 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek algılanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir.

Sonuç olarak yaş değişkeni sağlık inanç modelinde sadece sağlık motivasyonu ve KKMM öz etkililiği alt boyutlarında yukarıda belirtilen yaş grupları arasında anlamlı farka etki ettiği saptanmıştır.

Altuncan ve ark. Önemseme/ciddiyet algısı puan ortalamaları; 39 yaş ve altı grup da,40 yaş ve üstü gruba göre daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (83).

Araştırmaya katılan bireylerin, KKMM anlatım doğruluğu gruplara göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, anlatım doğruluğuna göre sağlık inanç modeli alt boyutlarında alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında Duyarlılık ( $p=0,759$ ,  $p>0,05$ ), Önemseme ciddiyet ( $p=0,852$ ,  $p>0,05$ ), Sağlık Motivasyonu ( $p=0,062$ ,  $p>0,05$ ), KKMM yaraları ( $p=0,591$ ,  $p>0,05$ ), KMM engelleri ( $p=0,096$ ,  $p>0,05$ ), alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

KKMM Öz etkililiği alt boyutunda ise  $p=0,050$  çıkmıştır bu sonuca KKMM uygulama anlatım doğruluğuna göre oluşturulan gruplar arasında tespit edilen farkın anlamlı ya da anlamsız olduğu konusunda bir yorum getiremeyiz yani ne anlamlıdır nede anlamsız olduğu gözlemlenmiştir.

Han KKMM yaptığını ifade eden kadınlarda sağlık motivasyonu algı puanını yüksek bulmuştur. Petro-Nustas ise çalışmasında sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma ile önemli bir ilişkisinin olmadığını ifade etmiştir (84,85).

Araştırmaya katılan bireylerin ekonomik duruma göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boylularından aldığı puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, Duyarlılık (  $p=0,245$ ,  $p>0,05$ ), önemseme ciddiyet (  $p=0,829$ ,  $p>0,05$ ), KKMM yararları (  $p=0,324$ ,  $p>0,05$ ), KKMM engelleri(  $p=0,412$ ,  $p>0,05$ ), KKMM öz etkililiği (  $p=0,207$ ,  $p>0,05$ ) alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tek anlamlı farkın Sağlık motivasyonu (  $p=0,041$ ,  $p<0,05$ ) alt boyutunda olduğu görülmektedir. Bu anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda geliri gidere az olan grup ile geliri giderden fazla (  $p=0,044$ ,  $p>0,05$ ) ve geliri gidere denk grubu ile geliri giderden az grup (  $p=0,022$ ,  $p>0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı olan farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

Nergiz (2008) çalışmasında, ekonomik durumunu gelir–giderden çok olarak algılayan kadınların KKMM yarar algısı; geliri giderden az olarak algılayan kadınlara göre yüksek, geliri gidere denk olarak algılayan kadınların KKMM öz-etkililik algısı geliri giderden az olarak algılayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderden az olarak algılayan kadınların KKMM engel algısı diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (77).

## 8.SONUÇ

Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamalarının değerlendirilmesi, kadınların sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma grubuna alınan kadınların;

- Araştırmada, meme kanseri risk faktörleri dağılımdan ailesinde meme kanseri olmayıp memesinde kitle varlığının da olmaması yüzdesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, meme kanserinde KKMM yararları açısından, KKMM yapma yüzdesinin yüksek olup, meme kanseri hakkında bilgi durumu ve erken tanı için en önemli belirteçlerden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi sahibi olan bireylerin sayısının fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, ekonomik durum olarak düşük gelir kapsamında olan bireylerin, KKMM algısının oluşması açısından, daha düşük bir yüzdeye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada, KKMM yapma durumları açısından büyük çoğunluğun yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırmada; KKMM yapma düşünceleri değerlendirildiğinde, her ay bir kere yapmak gerekli olduğu fikrini savunanların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan ve kendini meme kanserine yakalanma tehdidi altında hisseden bir kadının tarama davranışlarını yaptırma eğiliminde olacağı; Tarama davranışlarının yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaştıran, KKMM'ni yapabileceğine inanan ve sağlık motivasyon algısı yüksek olan bir kadının ilgili davranışları sergileme oranının da yüksek olacağı beklenir.

Sunulan çalışmamızda, verilen bilgiler ışığında meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda; olası belirtilerin dikkatle izlenmesi, gerekli

kontrollere yapılması ve şikâyet ile karşılaşılması durumunda da hekime başvurulması gerektiğinin nedenleri daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesinde büyük önem taşıyan yöntemlerin uygun bir şekilde kullanımının, meme kanserinin tedavi olanağını yükseltmekle beraber, bu hastalığa bağlı olarak görülen ölümlerin azaltılmasında da etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun sonucunda, hastalığın toplumda yaratacağı hasarın minimum düzeye indirilerek, yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseltilebilmesinin de mümkün olabileceğine işaret edilmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda kadınlarımızın meme kanserinden ölüm oranlarını azaltmak amacıyla tanı yöntemlerinin ve tarama testlerinin kullanılma oranlarını artırmak için şu uygulamaların yapılması önerilir:

1. Halk eğitim merkezleri, Aile Sağlığı merkezleri gibi sağlıklı kadınlara toplu olarak ulaşma olanağı sağlayan ortamların kadın sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik bu ve buna benzer sağlık eğitimi aktiviteleri için bir fırsat olarak değerlendirilmesi önerilir.

2. KKMM ile ilgili eğitimlerde hemşireler bilgi ve etkinliklerini arttırarak aktif görev almalı, eğitici rolünü kullanmalıdırlar. Kadınlara sağlık bakım sisteminin fonksiyonlarını anlatmada, sağlık bakım hizmetlerini nasıl kullanacakları konusunda bilgi sağlamada, sağlık bakımında engelleri nasıl kaldıracağı konusunda anahtar rol oynayan hemşireler KKMM' nin öğretilmesi ve etkili uygulanması konusunda da etkin rol oynayabilirler. KKMM' yi etkileyen aktörler bilirse hemşireler KKMM uygulama sıklığını arttırmak için bu bilgiyi kullanarak girişimler planlayabilirler. Hemşireler KKMM' nin ve meme kanserinin etken saptanmasında önemli bir rol oynadıklarına inanmalı, KKMM uygulama becerisinin sürdürülmesinden, geliştirilmesinden, hastalara ve halka öğretilmesinden sorumlu olduğunun bilincinde olmalıdırlar.

3. Hastanelerde, meme ile ilgili yaşanan sağlık problemlerinde veya kontrollerde hastaların direk başvuruda bulunabileceği, aynı zamanda takip edilebileceği meme merkezleri, meme poliklinikleri kurulmalıdır. Bu merkezlerde birer hemşire görev almalıdır.

4. Sağlık Bakanlığı' na bağlı sağlık kuruluşları ve gönüllü kuruluşlar tarafından hazırlanan meme kanserinin erken tanısına yönelik afis ve broşürler, öncelikle yetişkin kadınların

katıldığı hanım lokallerinde, halk eğitim merkezlerinde, kurslarda ücretsiz olarak dağıtılmalıdır.

5. Konuyla ilgili çeşitli programlar hazırlanmalı, hatta maddi kaynak sağlanabilirse tarama programları düzenlenmelidir.

6. Erken tanı yöntemlerinden faydalanma durumu sürekli izlenmeli, karşılaşılan sorunları çözmek için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

7. Yazılı ve görsel tüm kitle iletişim araçları vasıtasıyla meme kanseri ve meme kanserinin erken tanısı gibi konularda doğru ve etkili eğitici yayınlar yapılması için gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.



## 9.TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının planlanmasında ve yürütülmesinde bilgi ve tecrübesini benimle paylaşan Sn. Yard.Doç. Dr. Feride YİĞİT'e; içten teşekkürlerimi sunarım.

Canım aileme...

En umutsuz anlarımda, destekleri ile yeniden çalışma azmi bulduğum manevi desteklerini esirgemeyen sevgili annem Sevdije Ateş'e ve sevgili babam Ziya Ateş'e varlığıyla ve yaptıklarıyla gurur duyduğum sevgili kardeşim Meral Ateş'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



## 10. KAYNAKÇA

- 1) National Cancer Institute, DCCPS, Surveillance Research Program, *Cancer Statistics Branch, Released* April 2007. Underlying Mortality Data Provided By NCHS ([www.cdc.gov/nchs](http://www.cdc.gov/nchs)).
- 2) Spratt JS, Tabin GR. *Gross anatomy o the breast. Cancer o the breast.* 4th edition. Ed. Donegan WL, Spratt JS, Philedelphia, London, 1995:22-42.
- 3) Ünal M, İğci A, Müslümanoğlu M, Bozakıoğlu Y, Özmen V, Keçer M, Dağoğlu T. *Meme Cerrahisi.* Kalaycı G (Editör). Genel Cerrahi. Cilt 1. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları,2002: 533- 631.
- 4) [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme\\_kanseri.pd](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kanseri.pd). Erişim Tarihi:24.03.2014
- 5) Aslay I. *Meme Kanseri: Biyoloji Tanı Evreleme,* Topuz,E.(ed).İstanbul Üniversitesi: Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 1997
- 6) Ünal G. *Memenin Cerrahi Anatomisi.* Ünal G, Ünal H. (Editörler). *Meme Hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 10–28
- 7) Güven G, Özden H. *Meme Lenatiklerinin Anatomik Yapısı Ve Klinik Önemi.* Dirim Tıp Gazetesi, 2008;82, (7-12).
- 8) Topuz, E., Aydınar, A., & Dinçer, M., *Meme Kanseri Tanı Tedavi Takip* , İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2006
- 9) Kalaycı, G. (Ed.), *Genel Cerrahi,* Cilt I, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002
- 10) Taşmalı M. Koray, *Meme Lezyonlarında Difüzyon-Stır Ağırlıklı Manyetik Rezonans Bulguları İle Patolojik Korelasyon,* Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İSTANBUL, 2009,s8
- 11) Perek A. *Meme Fizyolojisi.* Ünal G, Ünal H. (Editörler). *Meme Hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 29–36.
- 12) Kirby İ. Bland, copeland, Edward M. *Breast Principles of Surgery,* Volume i Ed. Seymour i Schwartz 1995 pp.531–593

- 13) Berkarda B. *Meme Kanseri*, İstanbul Üniversitesi Basımevi, 2000, 5- 87.
- 14) Brunicardi , Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews and Pollock RE. *Schwartz's Principles o Surgery*. 8th ed. 2009, 473-519.
- 15) Gönç, E.N. *Normal Puberte Gelişimi ve Puberte Prekoks*. Hacettepe Tıp Dergisi. 40:164-168. 2009.
- 16) Lale Taşkın, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 10. Baskı Ankara: Sistem Ofset, 2011.
- 17) Gençalp NS. *Meme Hastalıkları*. Şirin A, Kavlak O. (Editörler). *Kadın Sağlığı*.1. Baskı. İstanbul: Bedray Basım Yayıncılık, 2008: 174-197
- 18) Erhan Y, Kumar V, Cotran RS., Robins SL. (Ed.), *Temel Patoloji*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2000, 623-635.
- 19) Özmen, V. vd. Türkiye'de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: *Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu*. The Journal o Breast Health. *Meme Sağlığı Dergisi*. 5 (3):125–134. 2009.
- 20) Skandalakis JE, Colborn GL, Skandalakis PN, Weidman TA, Skandalakis LJ, oster RS, Kingsnorth AN. *Cerrahi Anatomi*. Başaklar AC (Çev.), Ankara, Palme Yayıncılık, 2008, 155-185.
- 21) Bavbek S. *Meme Kanserinde Prognostik aktörler. İçinde: Meme Kanseri* (Ed.) Topuz E, Aydın A, Dinçer M, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2003, 72–89.
- 22) Akdeniz, A. *Triple Negati Meme Kanserlerinin Demograik Klinik ve Patolojik Karakteristikleri*. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp akültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
- 23) Perek A. Ünal G, Ünal H. (Ed.). *Meme Fizyolojisi. Meme Hastalıkları*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2001, 29-36.
- 24) Aslan G, Çeber E. *Inormation and support needs o women with primary relatives with breast cancer*. *Breast J* 2011; 7(1): 15-21.

- 25) Özmen V, idaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E ve ark. *Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu”* The Journal o Breast Health 2009: 5(3):125-134.
- 26) Berkarda, B. (2000). Meme Kanseri. İstanbul: İ.Ü. Basımevi; Tıbbi Onkoloji Derneği. *Kanser Nedir?* .Erişim Tarihi:10.10.2013, <http://www.kanser.org/toplumknedir.php>; *Meme Kanseri*. Erişim:10.02.2014, <http://www.kanserleyasamak.org/genelbilgiler.php>
- 27) (<http://www.cancer.org/Research/Canceractsigures/index?ssSourceSiteId=null>, Erişim Tarihi: 12.05.2012).(<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7179/kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 12.05.2014)
- 28) Boyle P, Lyon LV(eds). *Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu 2008*,Dünya Sağlık Örgütü, Lyon, 2008.
- 29) Gençay T. *Hasta Ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk aktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması*. 2007,Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Doktora Tezi, İstanbul.
- 30) Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 10. Baskı Ankara: Sistem Oset, 2011.
- 31) Özmen, V. vd. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: *Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu*. The Journal o Breast Health. Meme Sağlığı Dergisi. 5 (3):125-134. 2009.
- 32) Mujer de Luz undacion, “*Women With Breast Cancer*”  
<http://www.muierdeluz.org/en/programas-sociales-undacion/mujeres-con-cancer-de-mama/>
- 33) Breast Cancer Statistics Worldwide  
<http://www.worldwidebreastcancer.com/learn/breast-cancer-statistics-worldwide/>  
04.01.2014
- 34)World Cancer Research und International “*Breast Cancer*”  
[http://www.wcr.org/cancer\\_statistics/data\\_speciic\\_cancers/breast\\_cancer\\_statistics.php](http://www.wcr.org/cancer_statistics/data_speciic_cancers/breast_cancer_statistics.php)  
[04.01.2014](http://www.wcr.org/cancer_statistics/data_speciic_cancers/breast_cancer_statistics.php)

35)World Cancer Statistics: *Breast Cancer*”

<https://www.google.com/usiontables/DataSource?docid=1Y8UVsimJjv9KQzTBgUiXYHrTm9RkBdQG9NVneA#rows:id=104.01.2014>

36) Taşçı Aslı , Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40 Yaş Üstü Kadınlarda ve Bu Merkezlerde Çalışan Hemşirelerde Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.

37) <http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Breast/> Aboutbreast-cancer/ Thebreasts.aspx Erişim Tarihi:14.03.2014.

38) American Cancer Society, Cancer acts & igures 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010.

39) Hilal Ünal, *Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi*, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 54 • Aralık 2006; s. 9 - 13

40) Çevikbaş U. (2003) Neoplazi (çeviri:Kumar V., Cotran R., Robbins S.) *Basic Pathology*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. ss: 166–210.

41) Smith R.A., Cokkinides V., Von Eschenbach A.C., Levin B., Cohen C., Runow.cz C.D., Sener S., Saslow D., Eyre H.J. (2002) “*American Cancer Society Guidelines or the Early Detection o Cancer*”, CA Cancer Journal or Clinicians January-February; 52(1): 8-22.

42) Tuğba GENÇAY, *Hasta Ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk aktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması*, Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2007,İstanbul

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

44) Özer Ali, Bankaoğlu Emine, Ekerbiçer Hasan Çetin, Hüdayioğlu M. Reha, Özdemir Mehmet, *Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler*, Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 28, Sayı 1, Ocak-Nisan 2009,S14

- 45) American Cancer Society Guidelines on The Early Detection of Cancer (2001) CA Cancer Journal for Clinicians; 51: 87–88.
- 46) Tang T.S., Solomon I.J., McCracken L.M. (2000) “*Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self Exam Among Chinese-American Women 60 and Older*”, Preventive Medicine; 31: 575-583.
- 47) Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. *Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Önemi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8 (1): 72-83.
- 48) Somunlu S. , Meme Kanseri: *Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4 (10): 104–122
- 49) Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi Kendine Meme Muayenesi: *Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?* The Journal of Breast Health. 2011;7(1):10–2.
- 50) Nustus W.P., Mikhail B.I., (2001) *Factors Associated With Breast Self Examination Among Jordanian Women. Public Health Nursing* 19, 263–271.
- 51) Füsün Taşkın, Alparslan Ünsal, İbrahim Meteoğlu, Alev Akdilli, *Memenin Benign Lezyonlarında Sonografi Arka Akustik Gölgeleme Bulgusu*, Meme Sağlığı Dergisi 2007 Cilt: 3 Sayı: 1
- 52) Karayurt Ö, Andıç S. *Meme Bakım Hemşireliği*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Meme Sağlığı Dergisi 2011;7,(4).
- 53) Meltem Çiçeklioğlu, Esin Ceber Ege, Meral Türk Soyer, Sündüz Çımat, *Birinci Basamaktaki Hemşire/Ebelerin Eğitiminde Akran Eğitimcilerin Kullanılması; Meme Kanseri Erken Tanısı Eğitim Programı Geliştirme Deneyimi*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2005 • cilt 14 • sayı:11,s249
- 54) Aysun Ünal, *Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Dışı Birimlerde İstihdamı ve Nedenlerinin İncelenmesi*; Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir 2008

- 55) Saadettin KILIÇKAP,Sercan AKSOY,İsmail ÇELİK, *Kanserde Birincil Korunma*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsü, Medikal Onkoloji Bölümü, Ankara,2006 [http://ichastaliklaridergisi.org/managete/u\\_older/2006-02/html/2006-13-2-057-071.htm](http://ichastaliklaridergisi.org/managete/u_older/2006-02/html/2006-13-2-057-071.htm) Erişim tarihi:14.02.14
- 56) <http://guidance.nice.org.uk/QS12/PublicInfo/pdf/> Erişim Tarihi:11.02.2014
- 57) Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK et al. *Projecting individualized probabilities o developing breast cancer or white emales who are being examined annually*. J NatlCancer Inst 1989; 81: 1879 – 86.
- 58) Claus EB, Risch N, Thompson WD. *Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer*. Implications for risk prediction. Cancer 1994; 73: 643-651.
- 59) Tyrer J, Duy SW, Cuzick J. *A breast cancer prediction model incorporating amilial and personal risk actors*. Stat Med 2004; 23:1111-1130.
- 60) Kerime Derya Beydağ, Birsen Yürügen, *The Eect o Breast Sel-Examination (Bse) Education Given to Midwiery Students on Their Knowledge and Attitudes*, School o Nursing, Okan University School o Health Sciences, Istanbul, Turkey ,Asian Paciic Journal o Cancer Prevention, Vol 11, 2010
- 61) Aktürk Z (2010). *Nedeni ve Nasılıyla Sağlık Eğitimi*. <http://www.aile.net/sunum/makaleler/HalkEgitimi.doc>, Erişim Tarihi: 20.02.2014
- 62) Avcı Aydın İ, Hacialioğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi G (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Gökтуğ Yayıncılık. Amasya:167-172
- 63) Özpulat Funda, *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği*,Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı 2010,Konya,s294
- 64) Avcı Aydın İlknur, *Meme Kanserinin Erken Tanısı Ve Erken Tanıda Sağlık İnanç Modelinin Etkililiği*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, 2. Karadeniz Meme Kongresi

- 65) Çenesiz Erdal, Atak Nazlı, *Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6(6),s427
- 66) Şermet Şenay, *Diyabetli yaşlıların diyabetin Bakım ve tedavisine Yönelik Sağlık İnançları*,Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı,Yüksek Lisans Tezi,Ankara 2012
- 67) Ersin Fatma, Bahar Zuhul, *Sağlığı Geliştirme Modelleri’nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, İzmir, 2012, 5 (1), 28-38
- 68) Nahcivan N.Ö.,Seçginli Sezgin. (2003). *Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modeli’nin Kullanımı*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2), 35-38.
- 69) Gözüm S, Aydın İ, Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion’s *Health Belief Model Scales*, Cancer Nursing.2004,27(6)s:491- 498.
- 70) Champion V. *Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening*, Research in Nursing and Health. 1999; 22: 341–348
- 71) Champion VL. *Instrument refinement for breast cancer screening behaviors*, Nursing Research. 1993; 42: 139–143 abstrack accessed 13.01.2009
- 72) Champion VL, Scott CR. *Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women*, Nursing Research. 1997; 46: 331–337 abstrack accessed 13.01.2009
- 73) Champion VL. *Instrument development for health belief model constructs. Advanced Nursing Science*, 1984;6: 73–85 abstrack accessed 13.01.2009
- 74) Karayurt Ö. *Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. (2003); Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi, İzmir

- 75) Nahcivan ÖN, Seçginli S. *Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 33- 37.
- 76) Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Öthan K, Arslan K. Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004;1-16. ISSN:1303-5134
- 77) E.Nergiz Ü.,2008, *Mamografi Ünitelerine Gelen Kadınların Meme Kanseri Ve Erken Tanısıyla İlgili Bilgi, Tutum Ve İnançları*, Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı 52 S.
- 78) Aydın İ, Işıklı Z. *Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları*, 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri özet Kitabı. Üniversite yayınları, Edirne.29- 30 Nisan 2004:32.
- 79) Seçginli S, Nahcivan N. (2004). *Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women Cancer Nursing*, 27 (4), s: 287.
- 80) Gözüm, S., Aydın, \_ . (2004). *Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales*, *Cancer Nursing*, 27(6), s: 491- 498
- 81) Canbulat N., 2006 Sağlık çalışanlarının meme kanseri ,kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi,Yüksek lisans tezi,Atatürk üniversitesi cerrahi hastalıklar hemşireliği anabilim dalı 47s.
- 82) Karayurt Ö. ,Çoşkun A. , Cerit K. 2007Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları,Meme sağlığı dergisi 2008 sayı :1 sayf 17-18
- 83) 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (Kkmm) Uygulama Davranışları Ve Farkındalık Düzeyleri Handan Altuncan1, Belgin Akın2, Emel Ege
- 84) Han Y,Baumann LC, Cimprich B.Factors influencing registered nurses teaching breast self-examination to female clients. *Cancer Nursing* 1996;19(3):197-203.



85) Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health beliefs about mammography.  
Journal of Community Health Nursing 2001;18(3):177-194.



## EKLER

### EK 1




T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462 /122  
KONU: Anket hk.

TARİH :29/05/2013

T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ  
İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE PROJELER BÜROSU'NA,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sibel ATEŞ'in, Yard. Doç. Dr. Feride YİĞİT'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili bünyenizde bulunan Esenler 8 Nolu Aile Sağlık Merkezi'nde anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187/ 030.03 / 62657 -  
Konu : Araştırma Projesi

31/07/2013

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İlgi: 29/05/2013 tarih ve 122 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sibel ATEŞ'in "Kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirilmesi" konulu tez çalışması kapsamında yapılacak anket uygulaması müdürlüğümüze değerlendirilmiş olup, "kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirmesi formu" nun revize edilmesi ve yeniden düzenlenerek tarafımıza iletilmesi hususunda;

Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU  
Müdür Yardımcısı  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ GELEN EVRAK	
Tarih: 00013	
Sayı: 464	

## ANKET

### KENDİ KENDİNE MEME MUAYNESİ YAPMA DURUMUNU DEĞERLENDİRME FORMU

Sayın katılımcı kendi kendine meme muayene durumlarınızı belirleyebilmek amacıyla planladığım çalışmamaya samimiyetle cevap vereceğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Sibel Ateş

- 1.Yaşınız : 19 yaş ve altı  20-29 yaş arası   
30-39 yaş arası  40 yaş ve üstü
- 2.Medeni durumunuz: Evli  Bekar  Dul
- 3.Öğrenim durumu : Okur yazar değil  Orta öğretim mezunu   
Okur yazar  Üniversite ve üstü   
İlköğretim mezunu
- 4.Çalışma durumunuz : Çalışıyor  Çalışmıyor  Öğrenci
- 5.Sosyal güvence : SGK  Sağlık güvencesi olmayan
- 6.Ekonomik durumu : Gelir giderden fazla   
Gelir gidere denk   
Gelir giderden az
- 7.Sigara kullanıyor musunuz? Evet  Hayır
- 8.Birinci derece yakınlarında meme kanseri var mı?  
Evet  Cevabımız evet ise yakınlık derecesi nedir..... Hayır
- 9.Meme ile ilgili sorun (kitle) var mı ? Evet  Hayır

**10.Meme kanseri hakkında bilginiz var mı ?**

Evet  Cevabınız evet ise 11. Soruyu cevaplayınız Hayır

**11. Kendi Kendine Meme Muayenesi veya Meme kanseri ile ilgili bilgiyi nereden öğrendiniz?**

Görsel basın

Sağlık kuruluşu

İnternet

Yazılı basın

Yakın çevre

Diğer.....

**12.İlk adet görme yaşınız ? .....**

**13.Düzenli olarak adet görüyor musunuz?**

Evet

Hayır

Menopozdayım

**14.Doğum yaptınız mı?**

Evet

Cevabınız evet ise 15. soruyu cevaplayınız

Hayır

**15. Cevabınız evet ise İlk doğum yaşınız ? .....**

**16.Çocuğunuz var mı?**

Evet

Hayır

Cevabınız hayır ise 19. Soruya geçiniz

**17. Kaç çocuğunuz var?...**

**18.Ne kadar süre ile anne sütü verdiniz mi?**

0-3 ay süre ile

6 aydan fazla

0-6 ay süre ile

Anne sütü vermedim

**19.Hiç kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?**

Evet  Cevabınız evet ise 21. 22. soruyu cevaplayınız

Hayır  Cevabınız evet ise 20. soruyu cevaplayınız

**20.Neden kendi kendinize meme muayenesi yapmıyorsunuz?**

Nasıl yapıldığını bilmiyorum.

Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.

Zamanın yeterli olmaması

Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum

Henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünme

Diğer.....(açıklayınız)

**21. Kendi kendine meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?**

Bir kez yaptım

Bazen yapıyorum

Düzenli olarak her ay yapıyorum

Diğer.....

**22.Düzenli olarak yapma nedeniniz**

Önceden önlem almak için

Önemli olduğu için

Risk grubu olduğu için

Korunmak için

Diğer.....

**23. Kendi kendine meme muayenesini ne hangi durumlarda uygulanır?**

Zaman fark etmiyor

Adet olduktan sonra

Adet olmadan önce

Adet olduğum sırada

Şikayetim olursa

Diğer.....

**24.**Kendi kendine meme muayenesini hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?

- Düzenli olarak her ay yapmam gerekir
- Genç kadınların yapmasına gerek yoktur
- Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmak için kendimi yeterli hissetmiyorum
- Kendi Kendine Meme Muayenesi yapılırsa bir kitle bulunmasından endişe ediyorum
- Kendi Kendine Meme Muayenesi yaparak kendime bakmak adına bir şey yapıyorum

Diğer.....

**25.**Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma tekniğini biliyor musunuz?

- Evet  Hayır  Kısmen

**26.**Sizce Kendi Kendine Meme Muayenesi yapmak gerekli mi?

- Evet  Hayır

**27.**Muayeneyi nasıl yapıyorsunuz, anlatır mısınız

.....  
.....  
.....

**28.**Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri belirtisi olabilir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

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

Diğer.....

29.Size hiç doktor tarafından meme muayenesi yapıldı mı ?

Evet  Cevabınız evet ise 30.soruyu cevaplayınız Hayır

30.Eğer yapıldıysa neden ?

Siz şişlik fark ettiğiniz için doktora gittiniz

Şikayetiniz olmasa da muayene olmak istediniz

Doktor düzenli olarak muayene olmanız gerektiğini söyledi

Diğer.....(yazınız )





## TÜRKÇE CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını içeren cümleler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun olan seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Boş cevap bırakmayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6. Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiyi tehdit eder					
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
12. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm					
14. Dengeli beslenirim					
15. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum					
16. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir					
17. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir					
18. Eğer kendi kendine meme muayenesi ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir					
19. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan sıkılıyorum					
20. Kendi kendine meme muayenesi yapmak çok fazla zaman alıyor					
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok					
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, kendi kendine meme muayenesi yapmanız gerekmez					
24. Rutin mammografi çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanız gerekmez					
25. Memelerim bana kendi kendine meme muayenesi yapamayacağım kadar büyük geliyor					

	Kesinlikle kandırıyoram	Kandırmıyorum	Kararsızım	Kandırmıyorum	Uzanımses kandırmıyorum
26. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan çok daha önemli problemlerim var					
27. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
29. Kendi kendine meme muayenesi yaparak mememde bir kitle bulabilirim					
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
33. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için takip edilecek adımları biliyorum					
34. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim					