



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EVDE HASTA BAKIMI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK UYGULAMALARI VE SAĞLIK İNANÇLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pelin PELİT

SAMSUN

Haziran-2019



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE HASTA BAKIMI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK UYGULAMALARI VE SAĞLIK İNANÇLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Pelin PELİT

Danışman

Doç. Dr. Birsen ALTAY

SAMSUN

Haziran-2019

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Pelin Pelit tarafından Doç. Dr. Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan “Hemşirelerin Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamaları ve Sağlık İnançları” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 04.07.2019 tarihinde yapılan sınav ile Evde Hasta Bakımı Hemşireliği Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI , Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye :Doç. Dr. Birsen ALTAY , Ondokuz Mayıs Üniversitesi (Danışman)

Üye :Doç. Dr. Gülay YILMAZEL , Hitit Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

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

Prof. Dr. Ahmet UZUN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitim hayatım da bilgi, beceri ve deneyimlerinden faydalandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde her zaman yardım ve desteklerini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Birsen ALTAY'a

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım; Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya , Sayın Dr. Öğretim Üyesi Nuran MUMCU'ya, Sayın Dr. Öğretim Üyesi Afıtap ÖZDELİKARA'ya

Araştırmanın yapıldığı Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin tüm çalışanları ve sevgili meslektaşlarıma,

Beni yetiştiren , bu günlere gelmemde en büyük etken olan emeğini, sabrını ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Müjgan PELİT, babam Kadir PELİT ve abim Gökhan PELİT'e

Çalışmam boyunca beni her zaman destekleyen, motive eden, yardımlarını esirgemeyen başta Serdar ALTUNTAŞ olmak üzere kıymetli arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

ÖZET

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK UYGULAMALARI VE SAĞLIK İNANÇLARI

Amaç : Bu araştırma, hemşirelerin meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları ve sağlık inançlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Method : Araştırma, Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu hastanede görev yapan toplam 480 kadın hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı gönüllü kabul eden 324 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen 24 sorudan oluşan bir anket formu ve Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile toplandı.

Bulgular : Hemşirelerin yaş ortalaması 30,952'dir. Hemşirelerin %59'u evlidir. Ailelerinde %15.7 oranında meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Hemşireler üzerinde yapılan bu çalışmada klinik meme muayenesi için %85.5 doktora gitmezken, %75'i kendi kendine meme muayenesi yaptırmaktadır. Kendi kendine meme muayenesi yapanların sağlık motivasyonu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Klinik meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu ile sağlık inançları mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması doktora gitmeyenlerde gidenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Mamografi çekirtmeyen bireylerin mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Meme kanseri koruyucu önlemleri konusunda hekime başvuru oranlarının düşük olduğu belirlendi. Meme kanserinde erken tanı uygulamalarının sağlık inanç düzeyleri üzerinde etkili olduğunu belirlendi.

Anahtar Kelimeler : Meme kanseri; Sağlık inançları; Hemşireler; Kendi kendine meme muayenesi; Mamografi ; Koruyucu önlemler

Pelin PELİT (Yüksek Lisans Tezi)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi - Samsun, Haziran-2019

ABSTRACT

PRACTICES AND BELIEFS OF NURSES FOR BREAST CANCER SCREENING

Aim : The purpose of this descriptive research is to investigate the practices and beliefs of nurses for breast cancer screening.

Material and Method : This research is conducted at Ondokuz Mayıs University Adult Hospital in Samsun, between May to June in 2017. The population of the study consisted of 480 female nurses working in this hospital. The sample consisted of 324 nurses who accepted the study voluntarily without selecting the sample. The data were collected by a questionnaire consisting of 24 questions developed by the researcher in line with the literature and the Champion Health Belief Model Scale for Breast Cancer Screenings.

Results: The mean age of the nurses was 30,952. 59.7% of the nurses are married. 15.7% of the families have a history of breast cancer. The mean health motivation score of the self-examiners was higher than the non-self-examiners ($p < 0.05$). For the clinical breast examination, regular visits to the physician and health beliefs mammography barriers subscale scores were found to be higher in those who did not go to the doctor ($p < 0.05$). The mean score of mammography barriers subscale scores of the non-mammographies was significantly higher ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the rates of application to the physician regarding breast cancer protection measures were low. Breast cancer early diagnosis practices were also effective on health belief levels.

Keywords: Breast cancer; Health beliefs; Nurses; Breast self examination; Mammography; Protective measures

Pelin PELİT (Master Thesis)

Ondokuz Mayıs University - Samsun, June – 2019

SİMGELELER ve KISALTMALAR

ACR : Amerikan Koleji Radyoloji

ACS : Amerikan Kanser Topluluğu

AIDS : Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

AJCC : Amerikan Kanser Ortak Komitesi

BT : Bilgisayarlı Tomografi

CAD : Bilgisayar Destekli Algılama

DBT : Meme Tomosentezi

FFDM : Tam Alanlı Dijital Mamografi

IARC : Uluslararası Kanser Ajansı

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM : Klinik Meme Muayenesi

MEDA : Akdeniz Kalkınma ve Yardım Programı

NCCN : Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı

NCI : Ulusal Kanser Enstitüsü

SİM : Sağlık İnanç Modeli

SİMÖ : Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

3D-Mamografi : 3 Boyutlu Mamografi

İÇİNDEKİLER	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	10
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	10
1.2. Araştırmanın Amacı.....	11
1.3. Araştırmanın Soruları.....	11
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1. Kanser.....	12
2.2. Meme Kanseri.....	12
2.2.1. Memenin Anatomik Yapısı.....	14
2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	15
2.2.3. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	16
2.2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	18
2.2.5. Meme Kanserinde Tanı.....	20
2.2.6. Meme Kanseri Evreleri.....	22
2.2.7. Meme Kanserinde Tedavi.....	25
2.2.8. Meme Kanserinde Korunma.....	26
2.3. Meme Kanseri Kalıtımı.....	27
2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Meme Kanseri.....	29
2.5. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	33

2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	34
2.5.2. Mamografi.....	38
2.5.3. Klinik Meme Muayenesi.....	39
2.6. Meme Kanseri Tarama Önerileri.....	39
2.7. Meme Kanserinin Erken Tanısında Sağlık Çalışanlarının Rolü.....	41
2.8. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	41
2.8.1. Sağlık İnanç Modelinin Majör Kavramları.....	42
2.8.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli.....	44
3. MATERYAL VE METOT.....	46
3.1. Araştırmanın Tipi.....	46
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	46
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi / Çalışma Grupları.....	46
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	46
3.4.1. Bağımlı Değişken.....	46
3.5. Veri Toplama Araçları.....	46
3.5.1. Tanımlayıcı Anket Formu.....	46
3.5.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ).....	47
3.6. Verilerin Toplanması.....	48
3.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	48
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
3.9. Etik Kurul Onay.....	49
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA.....	66

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	85



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadınlar arasında en sık görülen kanserlerden birisi meme kanseridir. Her yıl 2,1 milyon kadını etkilemektedir ve aynı zamanda kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin en fazla görüldüğü kanser çeşidi olarak görülmektedir. 2018 yılında yaklaşık 627.000 kadının meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir. Kadınlar arasındaki tüm kanser ölümlerinin %15'ine karşılık gelmektedir. Daha gelişmiş bölgelerdeki kadınlarda meme kanseri oranı daha yüksek olmakla birlikte, küresel olarak hemen hemen her bölgede oranlar artmaktadır. Meme kanserinde sağkalımı ve sonuçları iyileştirmek için erken tanı oldukça önemlidir. Kadınlardaki meme kanserinin çoğunun geç evrelerde teşhis edilmesi, sağlık sisteminin zayıf ve sınırlı olmasından kaynaklanmaktadır. Erken tanı programlarıyla belirti ve semptomların farkındalığına dikkat çekerek erken tanı ve tedaviye sevk edilmesi gerekmektedir (WHO, 2018).

Kanserin tedavisini kolaylaştırmak ve hastanın yaşam süresini uzatmak için diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinde de erken tanı son derece önemlidir. Meme kanserinin tarama yöntemleri, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mamografi önerilmektedir (American Cancer Society, 2017). KKMM'nin doğru ve düzenli aralıklarla yapılması, erken tanı için ekonomik, basit ve kadının mahremiyetinin korunduğu bir yöntemdir (Topuz, 2003).

Sağlık davranışları üzerinde inançların etkili olması, KKMM çalışmalarının kuramsal bir çatı altında toplamak amacıyla sağlık inanç modeli kullanılmaktadır (Champion, 1999 ; Gonzalez, 1990). Hochbaum ve arkadaşları tarafından ilk olarak 1950 yılında geliştirilmiştir. Kişinin davranış ve inançları arasındaki bağlantıyı açıklamaktadır. Sağlık inanç modeli, özellikle sağlık davranışlarının oluşmasında etkili olan durumları ve kişiyi sağlığıyla ilişkili uygulamaları yapmaya veya yapmamaya neyin motive ettiğini tanımlamaktadır (Taşkın, 2012).

Sağlık İnanç Modeli, KKMM ve meme kanseri tarama davranışlarının açıklanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bir kadının meme kanserine yönelik hassasiyeti ve meme kanseri ciddiyetinin düzeyinin yüksek olması KKMM yapma ihtimallerini arttırmaktadır. Yani bir kadın kendini meme kanseri tehdidinde ne kadar yakın görürse KKMM uygulama olasılığı o derecede yüksek olmaktadır. Benzer şekilde kadınların KKMM faydalarına ilişkin algıları, KKMM

engellerine dair algılarından üstün gelmesi durumunda KKMM uygulama oranının arttığı aktarılmıştır (Karayurt,2015).

Meme kanseri ve meme kanseri taramaları hakkında çeşitli ülkelerde kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmalar yapılmış ve katılımı etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan çalışmalara göre ; gelir, etnik köken, eğitim düzeyi, kültürel özellikler, göç, sosyal destek, ulaşım, sağlık arama davranışı, ailede kanser öyküsü, medeni durum ve kişisel veya çevresek bazı faktörler kanser taramasına katılımı etkilemede önemli etmenlerdir (Hodge, 2009 ; Kavar, 2013 ; Ma, 2012)

Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde, kadınların düzenli olarak mamografi ve meme kanseri taraması yaptırma sıklığının düşük olduğu görülmektedir. Kadınların bu konuda yetersiz olduğu ve bu konularda başlıca bilgi kaynağının televizyon olduğu görülmektedir. (Demir, 2014).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları ve sağlık inançlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Meme kanseri ve KKMM’ne ilişkin hemşirelerin inançların tutum ve davranışlarını incelemektedir.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin meme kanseri koruyucu önlemleri hakkında bilgileri yeterli midir?
2. Sağlık inançlarının meme kanseri koruyucu önlemleri üzerinde etkileri var mıdır
3. Hemşirelerin bilgi, tutum ve davranışlarıyla meme kanseri erken tanı ve davranışları arasında ilişki var mıdır ?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kanser, anormal hücrelerin kendi sınırları dışına çıkarak büyümesiyle karakterize edilen ve aynı zamanda diğer doku ve organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur. Kanser için yaygın olarak kullanılan diğer terimler neoplazma ve malign tümörlerdir. Kanser vücudun hemen her bölümünü etkilemektedir ve her biri özel yöntem ve strateji gerektiren birçok anatomik ve moleküler alt tipe sahiptir.

Kanser dünyada meydana gelen ölümlerde 2. sıradadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2018 yılında 18.1 milyon vaka ve 9.6 milyon kanserden kaynaklı ölümün olduğunu göstermektedir (Globocan, 2018) .

Başlıca kanser türleri:

- Akciğer (1.3 milyon ölüm / yıl)
- Mide (803.000 ölüm/yıl)
- Kolorektal (639.000 ölüm/yıl)
- Karaciğer (610.000 ölüm/yıl)
- Meme (519.000 ölüm/yıl)

Kanser ölümlerinin %70'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya çapında kanserden kaynaklı ölümlerin, 2030 yılında 11,5 milyona ulaşması beklenmektedir. Dünyadaki ve diğer ülkelerin kanser insidansı ülkemizle karşılaştırıldığında, ülkemizde hem kadınlarda hem de erkeklerde kanser açısından daha düşük bir hızla ilerlediği görülmektedir. Ülkemizde ve dünyada görülen ilk 5 kanser türü benzerlik göstermektedir. Kadınlarda meme kanser (40,6/100000 kişide), erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (66,0/100000 kişide) ve çocuklarda ise çocukluk çağı lösemileri en sık görülen kanser türüdür (Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2014).

2.2. Meme Kanseri

Kanser hücreleri, beyin, akciğer, karaciğer, lenfatik sistem ve kan akımı yoluyla kemik gibi uzak bölgelere metastaz yapabilme yeteneğine sahiptirler. Meme kanseri, memenin duktal alanlarında görülmektedir. Meme kanseri, memedeki bulunan hücre yapılarının kontrolsüz çoğalmasıyla ortaya çıkar İki şekilde sınıflandırılır (Kaynakçı, 2011; ACS, 2017).

İnvaziv Karsinoma : Meme lobülleri veya kanalları içinde çoğalır, malign hücreler çevre dokulara yayılmazlar.

Noninvaziv (in situ) karsinoma : Çevredeki meme dokusuna, lenf ve kan damarlarına yayılım göstermekte ve malign hücreler meme kanallarında ortaya çıkmaktadır.

Meme kanseri hastalıkları aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (Erhan, 2000) ;

1. Meme Tümörleri

- Karsinom

- Fibroadenom

-İntraduktal papillom

- Filloides tümör

2. Fibrokistik değişiklikler

3. Meme iltihapları

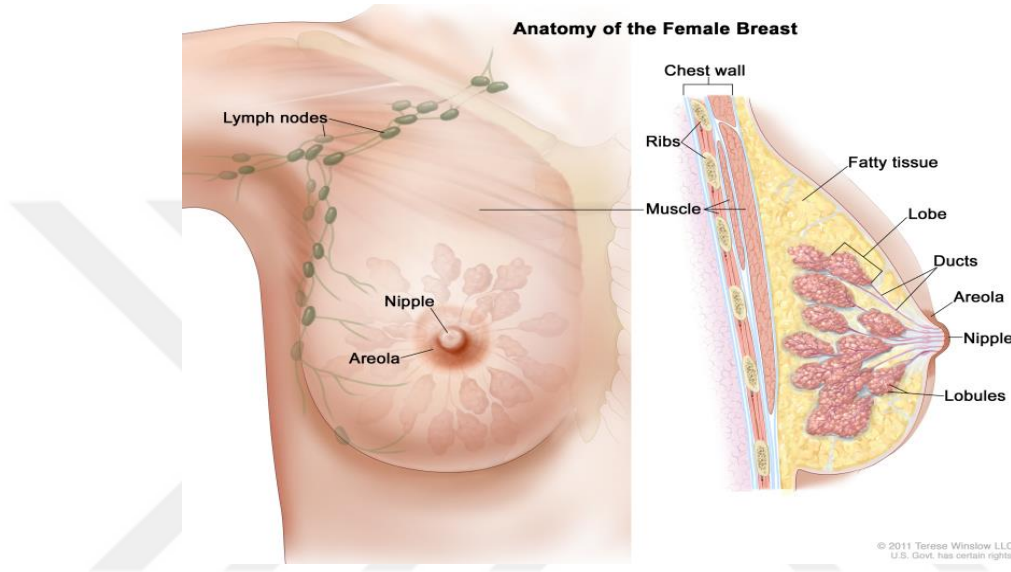
- Mastit

- Travmatik yağ nekrozu

Normal meme dokusunun kanser hücresine dönüşümü oldukça karmaşık ve çok aşamalı bir süreçten oluşmaktadır. İlk olarak normal hücrelerde gerçekleşen, sinyal moleküllerini etkileyen, transkripsiyon düzenleme mekanizmalarını bozan, sitoplazmik veya nükleer onkogenleri aktive eden, tümör supressör genlerin aktivitesini baskılayan ya da reseptör etkileşimini bozan ve büyüme faktörünü etkileyen çeşitli değişiklikler kanser hücrelerinin çoğalmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda ortaya çıkan yeni değişiklikler, meme karsinogenezinde komşu dokulara invaze olan, metastaz yapan ve immün denetimden kaçan kolonlar oluşturmaktadır. Bu kolonlar, hücre çoğalmasını uyaran doğal sinyallere yanıt verme yeteneğinin kaybederek sürekli çoğalmaya başlar (Koçak ve ark. 2011).

2.2.1. Memenin Anatomik Yapısı

Meme, toraks ön duvarının yüzeysel fasyasındaki derin ve yüzeysel tabakaları içinde yer alan ter bezinden modifiye olan bir yapıya sahiptir. Yukarıda 2.-3. kostalardan, aşağıda 6.-7. kostalara yani memenin deriden kabarık konik kısmından meme deri altı kıvrımına kadar uzanmaktadır. Medialinde sternumun lateral sınırı ile lateralinde ise ön aksiller çizgi içinde yer almaktadır (Şekil 1);(Taşkın,2016;Topuz, 2003).



Şekil 1.Memenin anatomik yapısı (<https://www.drozdogan.com/meme-kanseri-belirtileri-evreleri-ve-tedavisi/>)

Meme ; ışınal şekilde yerleşmiş, glandüler doku içeren tubuloalveolar tipte 15-20 lobdan oluşmaktadır. Her lob 20-40 lobulus, her lobulus da 10-100 asinüsten oluşmaktadır. Her lobun duktusu meme başına doğru hafif bir genişleme göstermektedir. Bu genişliğe sinüs laktiferus adı verilmektedir (Karayurt,2015 ; Moore-Higgs, 2000). Toraks kaslarını kapsayan fasyanın üzerinde memenin derin yüzeyi yer almaktadır. Meme dokusunun içinde yer alan yüzeysel fasya hem deriye hem de derin fasyaya uzantılar göstermektedir. “Cooper ligamentleri”, içinde lenf damarlarının da bulunduğu bu fibröz doku kuşaklarına verilen bir isimdir. Bu ligamentler, memenin toraks duvarı üzerinde dik durup desteklenmesini sağlamaktadır. Kanseri hücreleri, cooper ligamentleri tarafından infiltre edildiğinde kısılmaktadır. Böylece, meme derisinde çöküntülere neden olmaktadır ve buna deri çekintisi (retraksiyon) adı verilmektedir. Bu bulgular, meme kanseri tanısını koymada büyük öneme sahiptir.

Memenin pektoralis fasyası, meme arkasındaki gevşek dokunun hareket etmesini sağlamaktadır. Kanser hücrelerinin, cooper ligamentleri tarafından infiltre edilmesiyle pektoral fasya, pektoral kas üzerinde hareketsizleşmektedir (Değerli, 2002 ;Karayurt,2015;).

Memenin orta bölümünde ; areola ve meme başı bulunmaktadır. Meme derisinden daha fazla pigment içeren areolanın rengi daha koyudur. Östrojen seviyesi, rengin koyuluğunu etkilemektedir(Atasü, 2001; Kalaycı, 2002).

Memenin baş kısmında ; yağ bezleri ve gelişmiş cilt papilları bulunmaktadır. Kıl folikülleri ve yağ bezleri aksesuar areolar bezler “Montgomery bezleri” ise areolada yer almaktadır. Areola yüzeyinde montgomery bezleri küçük kabartılar şeklinde görülmektedir (Kalaycı, 2002;; Topuz ve ark., 2003). Meme başından geçen transvers ve vertikal iki sanal çizgi ile beş bölüme ayrılır ; üst iç, üst dış, alt iç, alt dış ve santral olarak isimlendirilmektedir. Üst dış katranda meme dokusunun ana kitlesi yer aldığı için malign veya benign tümörler daha çok bu alanda görülmektedir (Atasü, 2001; Değerli, 2002; Tüccar,2011). Pektoral kasın alt kenarından aksillaya kadar uzanan kısım meme dokusunun dış bölümünde yer almaktadır ve bu kısma memenin aksiller kuyruğu (spence) adı verilmektedir. Dik ve kolları yanında olarak oturan bir kadında bu kuyruk memeden ayrı bir şekilde duran kabartı gibi görünmektedir. Aksiller kuyrukta, memede oluşan tüm fizyolojik olaylar gerçekleşmektedir. Bu yüzden muayene sırasında bu bölgelerin de incelenmedi oldukça önemlidir (Kalaycı, 2002; Seven ve ark., 2000; Topuz ve ark., 2003).

2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) raporuna göre, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri, kadınlar arasında görülen kanserin en yaygın görülen çeşididir. Her yıl dünya çapında belirlenen her iki cinsiyette de tanımlanan 10 milyon yeni kanser olgusundan 1 milyondan fazlasının sorumlu olduğu kanser, meme kanseridir. Kadınlarda görülen meme kanseri bütün yeni kanserlerin %22'sinden sorumludur ve gelişmiş ülkelerde bu yüzde %27'ye kadar çıkmaktadır. Meme kanseri Amerika'da, en fazla tanı konulan kanser olduğu gibi kansere bağlı ölüm nedenleri arasında da ikinci sırada bulunmaktadır. Yaklaşık 2/3'ü 55 yaşın üzerindeki kadınları kapsamaktadır. Yaşam boyunca bir kadında meme kanserine yakalanma riskinin gün geçtikçe arttığı bilinmektedir (Bray, 2004).

Ülkemizde de 2001 yılında yapılan meme kanseri çalışmalarında tüm kanserler içinde %24,2'lik bir paya sahip olduğu için kadınlarda bildirilen kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerde ; solunum sistemi kanserleri %14.9 ile birinci sırada yer alırken, meme kanserine bağlı ölümler %13.7 ile ikinci sırada yer almaktadır (İrgil, 2001).

2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiyojisi de diğer malign tümörler gibi tam anlaşılammıştır. Yapılan epidemiyolojik, deneysel ve klinik araştırmalar, belirli gruplardaki kadınlarda meme kanserinin gelişimin yüksek olduğu görölmektedir (Baum, 2007).

Koruyucu programların geliştirilmesinde risk faktörleri önemli yere sahiptir. Meme kanser riskini arttıran bazı faktörler vardır (Tablo 2). Bunlar ;

- **Değıştirilemeyen Risk Faktörleri** : Aile öyküsü, cinsiyet, yaş, ilk gebelik yaşı, geç menapoz ve erken menarş.
- **Değıştirilebilen Risk Faktörleri** : Alkol tüketimi, fiziksel aktivite, post menapozal hormon kullanımı ve kilo alma.
- **Meme Dokusunu Doğrudan Etkileyen Risk Faktörleri** : Hormon kullanımı, obezite, geç menapoz ve erken menarş.

Tablo 2. Meme kanserinde risk faktörleri(Baum, 2007)

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri	Çelişkili Risk Faktörleri
Cinsiyet	Doğum yapmama / geç doğum yapma	Diyetteki yağ miktarı
Yaş	Doğum kontrol haplarının kullanımı	Tütün ürünleri kullanımı
Genetik risk faktörleri	Hormon Replasman Tedavisi (HRT)	Diğer çelişkili risk faktörleri
Ailede meme kanseri öyküsü	Kombine HRT	
Bireyde meme kanseri öyküsü	Östrojen replasman tedavisi	
İrk	Emzirme ve gebelik	
Benign tümör öyküsü	Alkol kullanımı	
Menstruel Periyod	Aşırı kilolu olmak	
Erken yaşlarda radyasyona maruz kalma	Egzersiz Yapmama	

Yukarıda belirtilen risk faktörlerinden bir ya da daha fazla risk faktörü tanımlanan kadınların %30'unda meme kanserine rastlanmaktadır (Abeloff, 2004). Tüm kadınlara meme kanseri ile ilgili eğitim programları, güncel tarama ve meme kanseri parametreleriyle ilgili eğitimler verilmelidir. Meme kanseri taramalarıyla hedef malign doku ilk evrede tanımlanarak, mortalite ve morbidite oranları azaltılmalıdır. Kanseri tanılamada düşük pozitif bulgulara bile gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca meme kanseri taramaları kabul edilebilir, düşük maliyetli, kolay ulaşılabilir ve güvenli olmalıdır. Meme kanseri tarama araçları olarak mamografi ve KKMM etkinliğinin araştırılması gerekmektedir (Baum, 2007 ; Abeloff, 2004).

Yaş ilerledikçe meme kanseri insidansı yükselmektedir. Meme kanseri, yaklaşık %50'si 50-64 yaş arası kadınlarda, %30'u 70 yaşından büyük kadınlarda rastlanmaktadır. Coğrafi varyasyonlarda insidansta etkilidir. En düşük insidanslar Asya ve Avrupa ülkelerinde görülürken en yüksek insidanslar ise batı ülkelerinde görülmektedir. Genetik faktörler de insidansta önemli bir yere sahiptir. Meme kanserinin doğal seyri ve popülasyonlar arasında farklılıklar görülmektedir (Baum, 2007)

2.2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanseri ilk olarak hastanın memesindeki değişiklikleri farketmesiyle ortaya çıkmaktadır (Koçak ve ark.,2014). Memede gözlemlenen değişiklikler şu şekildedir (Şekil 2) ;

1. Memede kitle : Memeye ilişkili tüm hastalıklarda görülen belirtidir. Menapoz öncesi ve sonrasında en sık rastlanan fizik muayene bulgularından birisidir. Kitlelerin %65'i hasta tarafından, şayet hasta düzenli olarak KKMM uyguluyorsa bu oran yaklaşık %85'e ulaşmaktadır . Tümör, vakaların %15-22'sinde meme başı ve areola'da, %12-15'inde üst iç, %2-5 alt dış, %2-5 alt iç kadranda, %47-50'sinde de üst dış bölgede görülmektedir. Görülen her kitle ve değişiklik kanserle ilişkili olmayabilir (Koçak ve ark.,2014) ;

- Tüm meme biyopsilerinin %65-80'i iyi huylu çıkmaktadır. Bu yüzden gerçek kitleler bile kötü huylu olmayabilmektedir.
- Memeler şayet ortalamadan büyükse, alt kısımlarında kalınlaşma hissedilebilmektedir. Bu vücut için normal bir taşıyıcı dokudur.
- Görülen veya hissedilen tüm değişiklikler ve kitleler kanserle ilişkili olmayabilmektedir. Bunlar göğüs kemiğiyle bağlantılı olduğu için tanımlanabilmektedir.
- Kadınların anatomileri gereği kaburgaları çıkıntılı olduğu için, herhangi bir şey kitle zannedilmektedir.
- Hormonal değişimler veya adet görme gerçek olmayan yumrulara neden olmaktadır. Halbuki bunlar normaldir ve iz bırakmadan kendi kendine yok olabilmektedir.

2. Memede ağrı : Sık görülen bir belirti değildir. Genellikle hastalığın geç evrelerinde görülmektedir. Hasta tarafından tümör bölgesinde aralıklı veya keskin 'bıçak saplanır' diye tanımlanan bir ağrıya tanımlanmaktadır.

3. Meme başında çekilme : Tümör büyümeye ve etrafındaki dokulara yayılmaya başladıkça retraksiyon belirtileri görülmektedir. Subareolar bölgedeki kanserlerde meme başı içeri çekilmeye başlamaktadır .

4. Meme başında akıntı : Genellikle kadınların %20'sinde meme ucundan akıntı gelmektedir. Bu akıntı ; temiz sütlü, yeşile kaçan ya da sarımtırak akıntılar meme kanseri ile ilişkili değildir. Fakat akıntı kanlı ya da suluysa, tek meme duct ile sınırlı ise

anormal kabul edilmekle birlikte %10'u da kanserdir. Şayet meme ucundan gelen akıntı aşağıdaki gibiye dikkate alınmalıdır ;

- Sütün dışında bir sıvı
- Sıvının yalnızca tek tarafta olması
- Meme ucuna dokunmadan spontan olarak sıvı gelmesi
- Yapışkan ve berrak renkli veya kahverengiden siyaha doğru renkte olması

5. Koltuk altında kitle

6. Meme derisinde eritem, ülser ve ödem : Kanselerde ve inflamatuvar hastalıklarda görülmektedir (Somunoğlu, 2009). Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarına tümör hücreleri ilerleyerek,derinin yüzeysel laf damarlarında tıkanıklıklara yol açmaktadır. Bunun sonucunda da lenf dolaşımı bozulur ve ödemler meydana gelmektedir. Buna da lenfödemi adı verilmektedir. Daha sonra tümör hücrelerinin yayılmasıyla deride önce eritem sonra d ülser meydana gelmektedir (Somunoğlu, 2009).

7. Meme derisinde kaşıntı

8. Portakal kabuğu görünümü (Peau d'orange) : Büyüyen tümör kitlesi cooper ligamentlerinin gerilmesine yol açarak deride portakala kabuğu görüntüsünün oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum, bazı vakalarda tümörün bulunduğu kısım parmaklarla sıkıştırıldığında geçici olarak, bazılarında ise açıkca görülmektedir. Ne yazık ki portakal kabuğu görünümü, vakaların geçikmiş olduğunu göstermektedir (Koçak 2000).

9. Metastazlarla ilişkili belirtiler : Metastaz kan ve lenfatik yolla gerçekleşmektedir. Klinikte ilk metastaz belirti koltuk altında görülmektedir. Meme kanserinin klinik evrelemesinde koltuk altında lenf nodülünün bulunması büyük önem taşımaktadır (ACS, 2018)



Şekil 2. Meme kanserinin uyarıcı belirtileri (<https://www.slideshare.net/mardinmardin/meme-kanseri-sunum>)

2.2.5. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserinde erken tanı oldukça önemlidir. Çünkü, tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde, tedavide başarıya ulaşılmasında ve hastanın hayatta kalma şansını büyük oranda arttırmaktadır. İleri safhadaki meme kanserinde, hastaların 5 yıllık yaşam olasılığı %10 oranlarında iken erken tanı koyulmuş hastalarda bu oran %80'lere çıkmaktadır. Günümüzde meme kanseri insidansını düşürecek elverişli bir metot henüz yoktur. Fakat erken tanıyla mortalitenin azaltıldığı kanıtlanmaktadır. Meme kanserine konulan erken tanı, tedavi edilme şansını arttırdığı gibi geç tanı konulan bireylere oranla çok daha şanslıdır. KKMM sayesinde 3-4 cm arasındaki ameliyat edilebilir durumdaki kitlelerin tümü teşhis edilebilmektedir. Tümörün çapı ne kadar küçük ve ne kadar erken teşhis edilirse prognozu o kadar iyidir. KKMM, meme kanserinin tedavisinde ve erken tanısında önemli olduğu kadar hastanın yaşam süresinin uzamasında da oldukça etkilidir (Parlar 2005). Kanserlerde kullanılan tarama programlarının ne kadar faydalı olduğunun kanıtlarının başında meme kanseri gelmektedir. Sadece periyodik fizik muayeneler yeterli gelmemektedir. Taramanın temelini mamografi oluşturmaktadır. Özellikle 50 yaş ve üzeri hastalarda kanserin görülme sıklığından dolayı taramanın etkililiği en yüksek seviyededir. Tarama programları dahilinde hem mamografi hem fiziksel

muayenenin birlikte yapılması en iyi sonuçların alınmasını sağlamaktadır. Bunun sebebi, yalnız mamografi ile meme kanserlerinin %40'ı, %60'ı ile ise yalnız palpasyon ile ortaya çıkartılmıştır (Parlar 2005). Erken tanıda birbirini tamamlayıcı temelde 3 yöntem vardır ;

- Kişisel (Kendi kendini meme muayenesi/ KKMM)
- Klinik meme kontrolleri (Fiziksel meme muayenesi)
- Mamografi

30-69 yaş arası kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için yapılan çalışmalarda, tarama ile yaklaşık %30 oranında meme kanseri mortalitesinin azaldığı gösterilmiştir. Meme kanseri tanısında günümüzde en çok kullanılan yöntemler şunlardır (Topuz 2003):

1. Hikaye alma : Ailenin sağlık hikayesi, yaşı, doğum yaşı, menapoz yaşı, menarj düzeni ve yaşı, meme ile geçirmiş olduğu hastalıklar gibi.

2. Biyopsi : Meme hastalıklarının kesin teşhisi sadece biyopsi ile konulmaktadır. Çünkü görüntüleme testleri teşhis için yeterli değildir. Her palpe edildiğinde memede hissedilen kitle ve meme başından sürekli akıntı geldiği durumlarda (gebelik ve laktasyon dışında) biyopsi yapılmalıdır.

3. Mamografi : Memeye uygulanan röntgen tekniğidir. Herhangi bir kontras madde kullanılmaz.

Mamografi ;

- Biyopsi alanının belirlenmesini sağlar.
- Klinik olarak şüphe edilen, boyutu küçük olan kitlelerin teşhisine yardımcı olmaktadır.
- Memedeki yeri belirlenemeyen aksiller bölgeye metastaz yapmış primer lezyonu bulmaya yardımcı olmaktadır.
- Asemptomatik devrede kanser taramalarıyla birçok kitlenin teşhisini kolaylaştırmaktadır.

4. Kserografi : Meme dokusu ve lezyonlar hakkında mamografiden daha net bulgular vermektedir. Memenin, X ışınları ile elektrikle yüklenmiş selenyumlu levhalarda görüntü alınmaktadır (Özberksoy, 2006).

5. Termografi : Kanser in saptanmasında meme derisinin yüzeyindeki ısı değişikliklerini görüntülemeye yönelik kullanılan bir tanı yöntemidir. İnfrared ışınlarla duyarlı bir kamera ile meme tümörlerinin yaydığı ısının kaydedilmesiyle elde

edilmektedir. Ancak neoplazmlar dışında hiperplazik değişiklikler ve inflamatuvar olaylar da memede ısı artışına neden olduğu için yöntem spesifik değildir (Özberksoy, 2006).

6. Ultrasonografi : Memenin kistik lezyonlarının tespit edilmesinde kullanılmaktadır.

7. KKMM : Basit, herkes tarafından rahatça uygulanabilen, maliyetsiz ve herhangi bir özel araç ve gereç gerektirmeksizin uygulanabilmesi nedeniyle oldukça nitelikli bir erken tanı yöntemidir.

8. Sitoloji : Meme başından gelen akıntılardan hücre aranmasıdır.

2.2.6. Meme Kanseri Evreleri

Meme kanserinin tedavisi için evresi oldukça önemlidir. Evreleme için (AJCC)'in belirlediği TNM sistemi kullanılmaktadır (Tablo 3-tablo 4). Bunlar ;

- Tümörün büyüklüğü (T)
- Lenf düğümlerine yayılıp yayılmaması (N)
- Diğer organ ve dokulara yayılıp yayılmaması (M)

Evre 0 (Stage 0): Tümör henüz kanalın dışına çıkmamıştır. Duktal karsinoma insuti safhasında bulunmaktadır.

Evre 1 (Stage 1): Koltuk altındaki lenf düğümlerine sızramamıştır ve tümörün çapı 2cm'den daha küçüktür.

Evre 2 (Stage 2): Koltuk altındaki lenf düğümleri birbirine yapışık değildir.. Tümör çapı 2cm ile 5cm arasındadır veya 2cm'den küçüktür.

Evre 3 (Stage 3): 2 safhaya ayrılır ;

Evre 3A: Koltuk altındaki lenf düğümleri birbirlerine yapışık ve tümörün çapı 5cm'den büyüktür.

Evre 3B: Meme derisine veya meme altındaki kaslara sızramış veya internal lenf düğümlerine (meme iç tarafında yer alır) sızramıştır ve tümörün çapının bir önemi yoktur.

Evre 4 (Stage 4): Kanseri meme bölgesi dışındaki bölgelere lenf düğümleri, kemik veya akciğer gibi diğer organlara sızrayabilir (Gürbüz 2005).

Tablo 3.Meme kanserinde TNM evrelemesi 1 (Ergüney, 2013)

T	Primer tümör	N	Bölgesel lenf nodları	M	Uzak metastaz
Tx	Değerlendirilmeyen primer tümör	Nx	Değerlendirilmeyen nodal tutulum	Mx	Değerlendirilemeyen uzak metastaz
To	Primer tümöre ait bulgu yok	N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok	M0	Uzak metastaz yok
Tis	İn situ karsinom	N1	Hareketli ip silateral bölgesel lenf nodu metastazı		
Tis (DCIS)	Duktal karsinoma	N2	İp silateral internal mammarial nodal metastaz		
Tis (LCIS)	Lobüler karsinoma	N2a	Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı		
Tis (Paget)	Meme başında paget hastalığı (primer başka tümör yok)	N2b	İpsilateral internal mammarial modal metastaz		

Tablo 4.Meme kanserinde TNM evrelemesi 2 (Ergüney, 2013)

T	Primer tümör	N	Bölgesel lenf nodları	M	Uzak metastaz
T1	≤ 2cm tümörler	N3	İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı + ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı / supraklaviküler lenf nodu metastazı		
T1mic	≤ 0,1 cm tümörler	N3a	İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı		
T1a	0,1 -0,5 cm tümörler	N3b	Klinik + radyolojik ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı		
T1b	0,5 -1cm tümörler	N3c	Supraklaviküler lenf nodu metastazı		
T1c	1-2 cm tümörler				
T2	2-5cm tümörler				
T3	> 5 cm tümörler				
T4	Boyutu önemli değil, göğüs duvarı veya ciltte direkt yayılan tümörler				
T4a	Pektoralis majör kas dışında göğüs duvarına yayılım				
T4b	Ödem, cilt ülserasyonu, portakal kabuğu görünümü				
T4c	T4a + T4b				
T4d	Enflamatuar karsinom				

2.2.7. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinde en uygun tedavi yönteminin seçilmesi için hastalığa kesin ve doğru bir tanının konulması ile mümkün olmaktadır. Tanının koyulduğu sıradaki tipi ve evresine bağlı olarak tedaviye yön verilmektedir. Tedavide evre en önemli etmenlerdendir. Aynı zamanda hastanın genel durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Primer ve sistemik tedavi olarak ikiye (Baum, 2007);

Primer tedavi : Cerrahi, radyoterapi ve lokal tedavi yöntemleridir. En etkili tedavi şekli cerrahi tedavidir. Cerrahi uygulamalarda ; yaş, başka hastalık, histoloji ve evre ameliyat riskini etkileyen önemli faktörlerdendir .Uygulanan bazı cerrahi yöntemler şu şekildedir (Baum, 2007);

- **Meme koruyucu cerrahi :** Tümör ve tümör çevresinde yer alan sağlıklı dokuların bir kısmı (lumpektomi) ve koltuk altı lenf nodları çıkarılmaktadır. Böylece iyi bir kozmetik sonuç elde edilmektedir. Cerrahi işlemden sonra geri kalan dokuya radyasyon uygulanmaktadır ve gerekli durumlarda da kemoterapi uygulanmaktadır.
- **Rekonstruktif cerrahi :** Mastektominin neden olduğu şekil bozukluğunun düzeltilmesine olanak vermektedir. Bu işlem, hastanın ilave tedavilerin gerekli olma durumu ve fiziksel durumuna bağlı olarak tercihe göre ameliyat sırasında veya daha ileri bir tarihte uygulanmaktadır. Rekonstruktif cerrahide ; sağlıklı meme başını veya diğer alanların dokularını kullanarak yeni meme başı oluşturulması, sırt ya da karın bölgesinden kas flabı uygulamaları ve pektoralis kası altına implant yerleştirilmesi gibi farklı yöntemlerle hastaya yardımcı olunmaktadır.
- **Radikal mastektomi :** Memenin tümünde bulunan tümör, koltuk altı lenf nodları ve göğüs duvarı kasları ile birlikte tümüyle çıkarılmaktadır.
- **Modifiye radikal mastektomi :** Göğüs duvarı kasları bırakılır, tümörün yer aldığı memenin tümü ve koltuk altı lenf nodları alınmaktadır.
- **Subkutan mastektomi :** Az sayıda kadına uygulanmaktadır. Meme başına ve cilde dokunmadan meme dokusunun büyük bir çoğunluğunun çıkarılması mümkün olmaktadır. Sonraki aşamada meme bir implantla rekonstrükte edilmektedir. Yapılan bu uygulama yalnızca karsinoma in situ gibi yüksek riskli prekanseröz hastalığa sahip kadınlarda kullanılmaktadır.
- **Total (simple) mastektomi :** Yalnızca tümörün bulunduğu alandaki tümör alınmaktadır.

Sistemik tedavi : Sitostatik kemoterapi, hormonal ve sistemik tedavidir.

- **Kemoterapi :** Genellikle oral veya intravenöz olarak uygulanmaktadır. İlaçlar, kan dolaşımına geçerek vücudun diğer kısımlarına dağılarak etki göstermektedirler. Cerrahi tedaviden sonra uygulanan kemoterapi, adjuvant kemoterapi olarak adlandırılmaktadır. Kemoterapinin amacı ; vücuda yayılmış olma ihtimali yüksek kanser hücrelerinin ortadan kaldırılmasıyla hastalığın tekrarlama riskini düşürmektir. Ayrıca, tanı anında yaygın hastalığa sahip bireylerde ve ilk tedaviden sonra uygulanmaktadır. Genellikle kemoterapinin ilk aşamasında ; methotrexate, doxorubicin (Adriamycin), fluorouracil, epirubicin, paclitaxel (taxol) ve cyclophosphamide gibi ilaçların özel karışımları kullanılmaktadır (Tayhan, 2017).
- **Radyoterapi:** Ameliyat öncesi alınacak tümörün boyutunu küçültmek ve ameliyat sonrası koltuk altında veya göğüs duvarında kalmış olan kanser hücrelerini öldürmek amacıyla radyasyon tedvaisyi kullanılmaktadır. Günümüzde teknolojik ilerlemeler doğrultusunda, bu tedavi istenilen bölgeye ve daha hassas uygulamalarla daha başarılı olunmasına olanak tanımaktadır. Böylece radyasyon tedavisiyle oluşan yan etkilerin büyük oranda azaldığı görülmektedir (Aydın, 2004).
- **Hormonal Tedavi :** Yapılan çalışmalar sonucu ; östrojen veya progesteron hormonları için algılayıcılar bulunan kadınlara, kanser hücreleri üzerindeki östrojen ve progesteron etkilerini durdurmak amacıyla ilaçlar önerilmektedir. Yaygın olarak tamoxifen kullanılmaktadır. Tamoxifenin, meme kanserini yıllık yenileme riskini %26, yıllık ölüm oranını %14 oranında düşürdüğü araştırmalarla gösterilmiştir. Yukarıda bahsedildiği gibi hormon algılayıcılarına sahip kadınlar, hem menapoz öncesi hem menapoz sonrası hormon tedavisini uygulamaktadırlar. Yumurtalıkların alınması veya işlevlerini kaybetmeleri sonucu tedavi gören menapoz öncesi kadınlarda östrojen üretimi büyük oranda azaldığı için yaşam oranlarında önemli gelişmeler meydana gelmiştir (Tayhan, 2017).

2.2.8. Meme Kanserinde Korunma

Meme kanserine yaşam boyunca yakalanma riskinin %11-12,57 oranında olması, meme kanserinden korunmanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Epidemiyolojik veriler, meme kanserinin yaşamı tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu öne çıkarmaktadır. Bu sebeple bu riski en aza indirgeyecek uygulamalarla kanser gelişiminin önlenmesi, hastalığın geliştiği durumlarda erken tanıyla uygun tedavi yönteminin uygulanması ve hastanın yaşam kalitesini yükseltici

girişimlerde bulunulması gereklidir (Gençtürk, 2007). Böylece 3 şekilde korunma yöntemi geliştirilmiştir ;

1. Birincil (Primer) Korunma : Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya vücutta meydana gelecek her türlü hasarın onarılması ile kanserin önlenmesine yönelik geliştirilen yöntemleri içermektedir (Kılıçkap, 2016).

- Sağlıklı beslenme
- Erken yaşta doğum
- Emzirme
- Fiziksel aktivite
- Hormon kullanımı
- Cerrahi erken menapoz
- Komoprevensiyon
- Profilaktik mastektomi
- Alkol ve sigara kullanımının engellenmesi
- İyonize radyasyona maruz kalmama

2. İkincil Korunma : Topluma ve bireye sağlık eğitimi ile olumlu davranış değişikliği önerilerinin verilmesi ve yüksek risk gruplarının belirlendiği tarama programları, meme kanserinin erken evrede belirlenmesi açısından son derece faydalıdır. Aynı zamanda KKMM, klinik muayene ve mamografîyi kapsayan programlar oluşturulmalıdır. İkincil korunmada amaç ; meme kanserinin klinik belirti vermeden erken tanı yöntemleriyle teşhis edilmesi, bireyin yaşam süresini ve kalitesini yükselterek mortalite ve morbidite oranını düşürmek ve hastalığın seyrini yavaşlatmaktır (Kılıçkap, 2016).

3. Üçüncül Korunma :

- Lenf ödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon
- Meme rekonstrüksiyonu
- Ameliyat sonrası kol egzersizleri (Gençtürk, 2007 ; Zorukuş 2008)

2.3. Meme Kanseri Kalıtımı

Meme kanseri vakalarının yaklaşık %5 ile %10'unun kalıtsal olduğu düşünülmektedir. Bunun anlamı ; doğrudan ebeveynlerden geçen gen mutasyonlarından kaynaklanmaktadır.

BRCA1 ve BRCA2 : Kalıtsal meme kanserinin en yaygın nedeni, BRCA1 veya BRCA2 geninde görülen kalıtsal bir mutasyondur. Normal hücrelerde, bu genler hasarlı DNA'yı onarabilen proteinler üretmeye yardımcı olmaktadır. Bu genlerin mutasyona uğramış versiyonları kansere yol açabilecek anormal hücre büyümesine yol açmaktadır. Her iki genin mutasyona uğramış bir kopyasının bir ebeveynden alınması meme kanseri riskini daha da arttırmaktadır. Ortalama olarak, bir BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonu olan bir kadının 80 yaşına kadar meme kanseri olma şansı yaklaşık %70'dir. Bu risk, diğer birçok aile üyesinin de meme kanseri olmasıyla artmaktadır. Bu mutasyonlardan birine sahip olan kadınların daha genç yaşta meme kanseri teşhisi konulmasının yanı sıra her iki memede de kansere yakalanma olasılığı daha yüksektir. Ayrıca, çoğunlukla yumurtalık kanseri olmak üzere, diğer bazı kanser türlerini geliştirme riski de daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, BRCA mutasyonları Aşkenazi (Doğu Avrupa) Yahudi halkında diğer ırk ve etnik gruplardan daha yaygındır, fakat herkes onlardan alabilir (ACS, 2019).

Diğer genlerdeki değişiklikler: Diğer gen mutasyonları da kalıtsal meme kanserlerine yol açabilir. Bu gen mutasyonları çok daha az yaygındır ve çoğu, BRCA genleri kadar meme kanseri riskini arttırmaz.

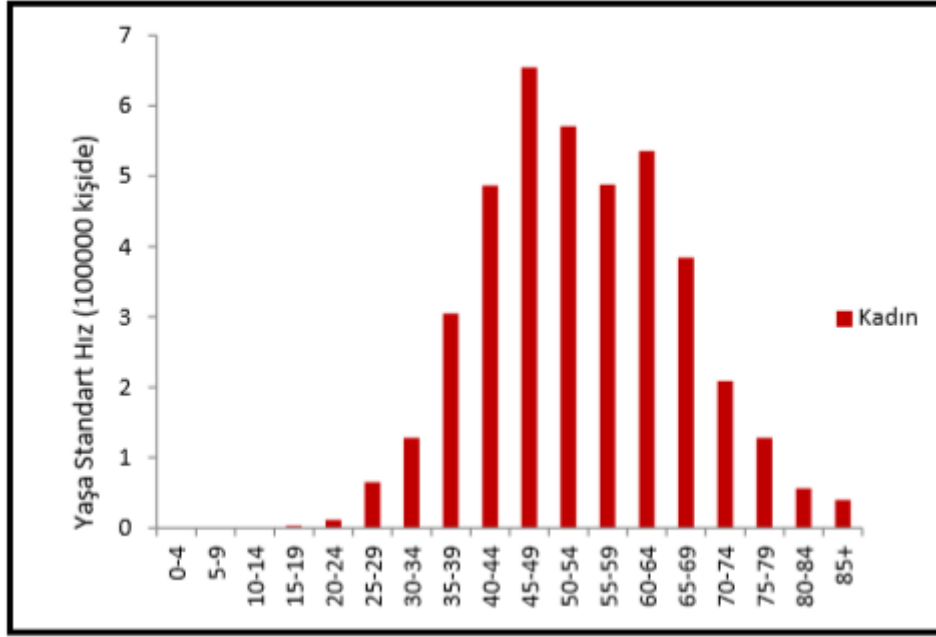
- **ATM:** Normalde ATM geni, hasarlı DNA'yı onarmaya yardımcı olur (veya hasar sabitlenemiyorsa hücreyi öldürmeye yardımcı olur). Bu genin anormal 2 kopyasını kalıtsal olarak almak, ataksi-telanjiektazi hastalığına neden olur. Bu genin anormal bir kopyasının kalıtsal olarak alınması, bazı ailelerde yüksek oranda meme kanseri ile ilişkilendirilmektedir.
- **TP53:** TP53 geni, anormal hücrelerin büyümesini durduracak şekilde, p53 denilen bir proteini üretmek için talimatlar verir. Bu genin kalıtsal mutasyonları Li-Fraumeni sendromuna neden olmaktadır. Bu sendromlu kişilerde lösemi, beyin tümörleri ve sarkomlar (kemik veya bağ dokusu kanserleri) gibi bazı diğer kanserlerin yanı sıra meme kanseri riskini de arttırmaktadır. Bu mutasyon meme kanserinin nadir bir nedenidir.
- **CHEK2:** CHEK2 geni, normalde DNA tamirine yardımcı olan başka bir genidir. Bir CHEK2 mutasyonu, meme kanseri riskini yaklaşık 2 kat arttırabilmektedir.
- **PTEN:** PTEN geni normalde hücre büyümesini düzenlemeye yardımcı olur. Bu gendeki kalıtsal mutasyonlar, insanları memedeki hem kanser hem de kanser tümörleri için yüksek risk altında bırakan nadir bir hastalık olan Cowden sendromuna ve ayrıca

sindirim sistemindeki, tiroid, uterus ve yumurtalıklardaki büyümeye neden olabilmektedir.

- **CDH1:** Bu gendeki kalıtsal mutasyonlar, insanların nadir görülen bir mide kanseri türü geliştirdiği bir sendrom olan kalıtsal yaygın mide kanserine neden olur. Bu gende mutasyon olan kadınlarda invaziv lobüler meme kanseri riskinde artışa sebep olmaktadır.
- **STK11:** Bu gendeki kusurlar Peutz-Jeghers sendromuna neden olabilir. Bu rahatsızlıktan etkilenen insanlar dudaklarında ve ağızlarında pigmentli lekelere, idrar ve sindirim kanallarındaki poliplere (anormal büyüme) ve meme kanseri de dahil olmak üzere birçok kanser türüne yakalanma riskine sahiptir.
- **PALB2:** PALB2 geni, BRCA2 geni tarafından yapılan protein ile etkileşime giren bir protein yapar. Bu gendeki mutasyonlar daha yüksek meme kanseri riskine neden olabilmektedir. Diğer birkaç gendeki mutasyonlar da meme kanseri ile bağlantılı olmuştur, ancak bunlar sadece az sayıda vakayı oluşturmaktadır (ACS, 2019)

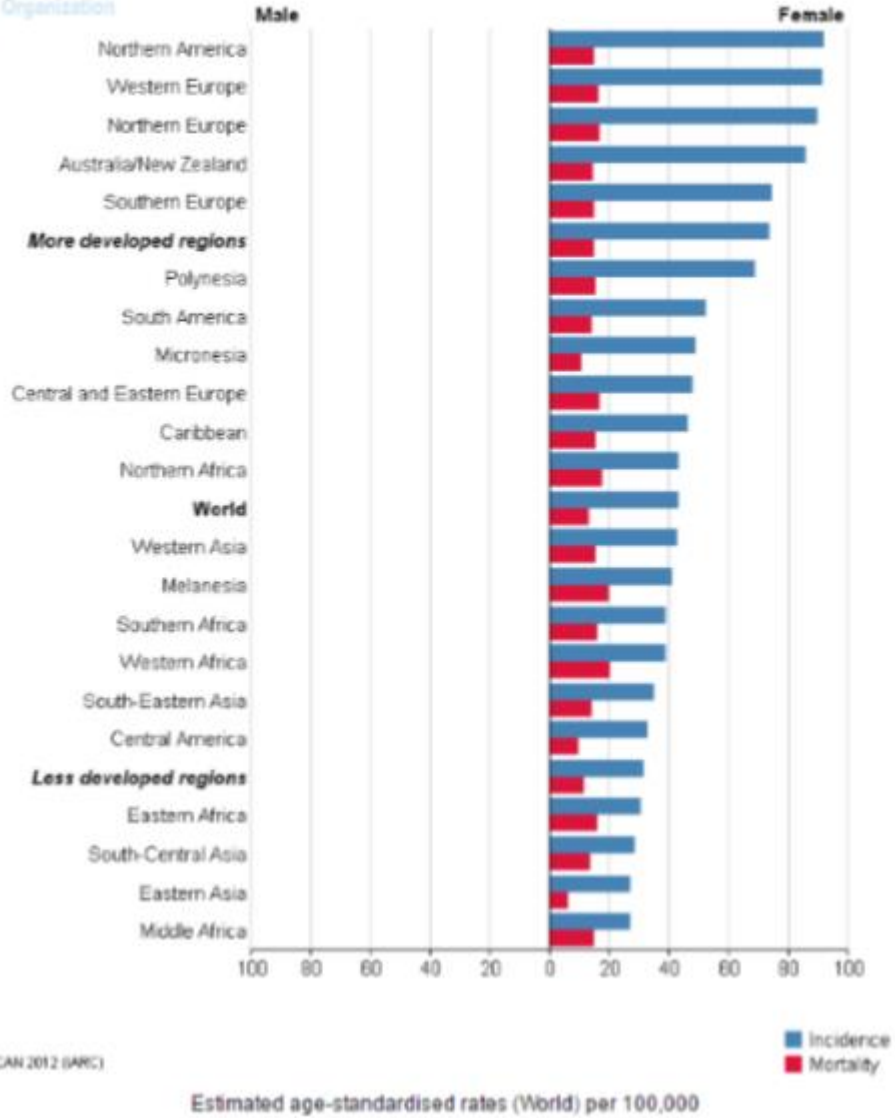
2.4. Türkiye’de ve Dünya’da Meme Kanseri

Kadınlarda en sık görülen kanser türü, meme kanseridir. Kanser çeşitleri incelendiğinde her 4 kadından 1’i meme kanseridir. Yaş dağılımı açısından meme kanseri vakalarının%42,5’inin 15-49 yaşları arasında olduğu gözlenmektedir. 35-39 yaş grubunda 50,8 (100000 kişide kaba hız), 40-44 yaş grubunda 81,1 (100000 kişide kaba hız) ve 45-49 yaş grubunda 109,1 (100000 kişide kaba hız) olarak insidans hızları görülmektedir (Şekil 3) (Ferlay ve ark, 2012).



Şekil 3.Meme kanserinin yaşa özel hızlarının dağılımı (Birleşik Veri Tabanı, 2009)

Meme kanseri mortalite hızı ülkeden ülkeye hatta bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Örneğin ; Doğu Asya'daki 6/100.000'den Batı Afrika'da 20/100.000'e kadar değişiklik gözlenmektedir. Bölgeler arasındaki mortalite hızları insidans hızları kadar farklılık göstermemektedir. Bunun sebebi, sağkalımın gelişmiş ülkelerde çok daha yüksek olmasıdır(Şekil 4) (Fact Sheets by Cancer, 2017). Her geçen gün meme kanserinin tanı ve tedavisinde ilerlemeler görülse de, yoksul ülkelerdeki maddi olanaksızlıklar erken tanı ve tedavi şansını düşürmektedir. Bu sebeple, tanı ve tedavi ileri evrede koyulduğu için morbidite ve mortalite yükselmektedir (Nelson, 2002 ; Yip, 2008). Doğurganlık ve davranış biçimlerinin değişmesi, ortalama yaşam beklentisinin artması gibi sebeplerle dünyadaki meme kanserinin yükünün de artmasına neden olacağı öngörülmektedir (World Cancer Report, 2008).



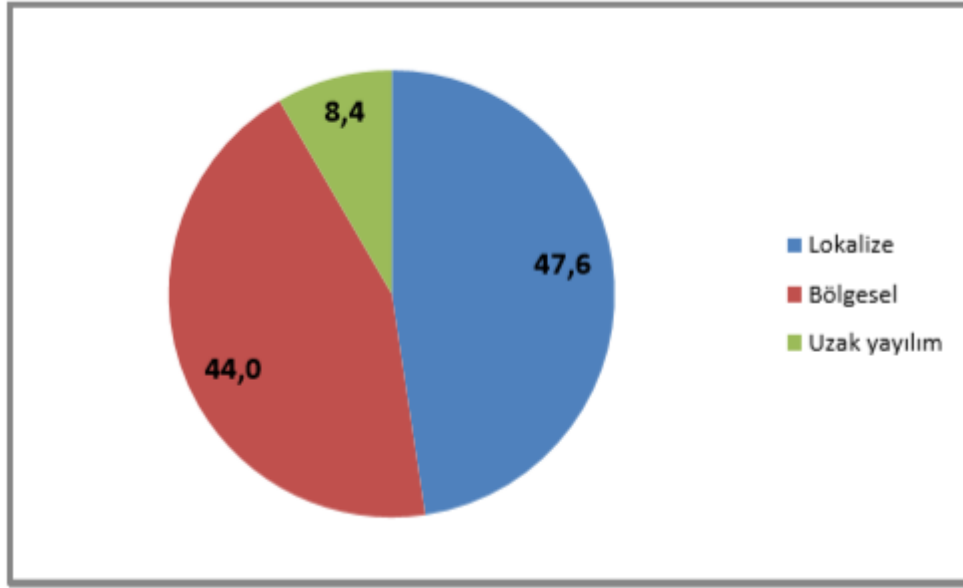
Şekil 4. Dünyada meme kanseri insidansı ve mortalitesi(Fact Sheets by Cancer, 2017)

Meme kanseri insidansı Türkiye’de 100.000’de 43’tür ve her yıl yaklaşık olarak 15.000 kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır (Türkiye Kanser Kontrol Planı, 2018).

Kanser tanısı konulan her dört kadından birine meme kanseri tanısı konulmaktadır ve bu oranın zamanla artacağı düşünülmektedir (TÜİK, 2007) . 2016 yılındaki Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre ; Türkiye’de 15 yaş ve üzeri kadınlardan her ay düzenli KKMM yapanların oranı %19,7, KKMM hiç yapmayanların oranı %60,9 ve 40yaş ve üzeri kadınların ise %71,1’inin hiç mamografi çekmediği görülmüştür (Başaran ve ark., 2017). Meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5’inin 50-69yaş arasında olduğu, %40,4’ünün ise 25-49 yaş arasında olduğu tespit

edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017a). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de meme kanseri %25 oranla en çok insidansa sahip olmakla birlikte ölümlere neden olmaktadır. Türkiye’de meme kanseri, kanser kaynaklı ölümlerin nedeni olarak ön sırada yer almaktadır. Kadınlarda görülen kanserlerden meme kanseri %24.7’sini oluşturmaktadır (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2015).

Veri tabanında invaziv vakaların meme kanseri evreleri incelendiğinde sadece %8,4’ü uzak evredir. Ülkemizdeki meme kanseri evrelerinin yüzde dağılımları aşağıdaki gibidir (Şekil 5) ;



Şekil 5.Meme Kanseri Evrelerinin Yüzde Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)

Claus ve Gail modelleri meme riskini hesaplamak için kullanılan başlıca modellerdir. Claus modeli ; genetik yatkınlık ihtimali olan yüksek geçişli genlerin prevalansı üzerine geliştirilmiştir. Bireyin aile öyküsü dışında hormon replasman tedavisi, doğum yaşı, ilk adet yaşı ve meme biyopsi sonuçları gibi faktörler parametre olarak kullanılmamaktadır. Gail modeli, 1970 yılında geliştirilmiş geniş tabanlı bir meme kanseri tarama çalışmasıdır. Gail modelinde bulunan parametreler ; kadının yaşı, ilk adet yaşı, çocuk sahibi olup olmama, atipik hiperplazi ile sonuçlanan meme biyopsi sayısı, benign meme biyopsi sayısı, meme kanserli birinci derece yakın sayısı ve ırk kullanılmaktadır. Aile öyküsü olmayan bireyleri için kullanımı daha uygun olmaktadır. Parametreler içerisinde laktasyon, hormon replasman tedavisi ve kişisel meme kanseri profilleri gibi faktörler bulunmadığı için düşük veya yanlış hesaplamalara neden

olabilir. Gail modeli ile beş yıllık bir invaziv meme kanseri riski hesaplanabilmektedir. Bu her iki yönteminde genetik geçişli meme kanserlerinde kullanılması mümkün değildir. Genetik geçişli meme kanseri olduğu düşünülen bireyler için farklı modeller kullanılmaktadır (Bahadır, 2008)

2.5. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Meme kanseri tanısında, meme kanseri taramaları büyük bir öneme sahiptir. American Cancer Society (2017), meme kanserinin erken saptanması için önerileri Tablo 5 gösterilmektedir.

Tablo 5. American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer (ACS, 2017) (<https://www.cancer.org/research/infographics-gallery/breast-cancer-screeningguideline/breast-cancer-screening-guideline-text-alternative.html>)

Yaş Aralığı	Sıklık
40-44 yaş	40-44 yaş arası kadınlar, isterlerse yıllık mamografi ile meme kanseri taramasına başlayabilirler.
45-54 yaş	45 ile 54 yaş arası kadınlar her yıl mamografi yaptırmalıdır.
55 yaş ve üstü	55 yaş ve üstü kadınlar her 2 yılda bir mamografi çekebilir veya yıllık taramaya devam edebilirler. Tarama, bir kadının sağlığı iyi olduğu ve 10 yıl yada daha uzun yaşayacağı sürece devam etmelidir.

Meme kanseri tarama programı ulusal standartları'na göre Türkiye'de ise meme kanserinin erken tespit edilmesi için önerdiği tarama yöntemleri ve sıklığı Tablo 6'de gösterilmektedir.

Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı çerçevesinde yürütülen (KETEM) projesi, ülkemizde toplum tabanlı tarama çalışmalarının başlangıcıdır. Fakat KETEM projesi çerçevesinde etkili bir tarama yapılamadığı gibi sağlıklı bir veri de toplanamamıştır. Plansız taramalarla birlikte radyoloji kalitesinden dolayı etkin bir program olamamıştır. Bunun üzerine, Sağlık Bakanlığı 2014 yılı itibari ile ülke çapında 40-69 yaş grubunda tarama çalışmalarına başlamıştır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları Tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 6.Türkiye Sağlık Bakanlığı Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı (Sağlık Bakanlığı, 2017)
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>

Yaş Aralığı	Tanı Yöntemi	Sıklık
20-39	KKMM	Her ay 1 kere(farkındalığı yükseltmek için)
	KMM	2 senede 1 kere
40-69	KKMM	Her ay 1 kere(farkındalığı yükseltmek için)
	KMM	Senede 1 kere
	Mamografi	2 senede 1 kere

2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

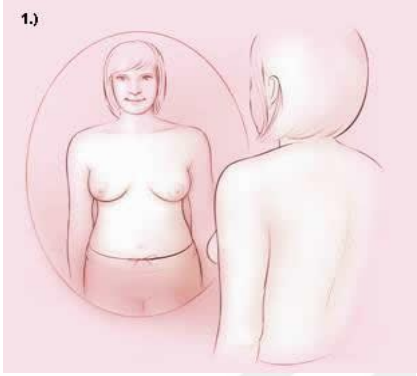
Kendi kendine meme muayenesi, meme kanserini erken dönemde tanılamak amacıyla meme ve çevresindeki bölgeyi, şekil değişikliklerini ve olağan dışı kitleyi belirlemek için sistematik bir şekilde, düzenli aralıklarla ve aynı yöntemin kullanılmasıyla muayene edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Her kadın tarafından kolaylıkla uygulanabilen, kolay ve ekonomik bir yöntem olarak geliştirilmiştir. Memeye dokunmaktan öte özel olarak kanseri aramak veya araştırmak amacıyla kullanılan bir tekniktir. Meme dokusunun en iyi şekilde tanınması ve değişiklikliklerinin belirlenebilmesi için, periyodik aralıklarla ve düzenli olarak KKMM yapılması gerekmektedir. Bireylerin meme muayene tekniğini iyi bilmesi, pratik yapmak için sorumlu hissetmeleri ve istekli olmaları oldukça önemli ve gereklidir (Ateş, 2014 ; ACS, 2014).

Yapılan çalışmalar, düzenli KKMM yapan bireylerin daha az KKMM yapanlara oranla kitlelerinin daha lokalize ve küçük olduğunu göstermektedir. Ayrıca KKMM sırasında ya da rastlantısal olarak kitlelerin %80 oranında farkedildiğini gösteren birçok çalışma mevcuttur (Epstein, 2001 ; Champion, 2003 ; Weiss, 2003 ; National Breast Cancer Coalition, 2010).

Aşağıdaki şekillerde KKMM uygulamaları gösterilmektedir (Breast Cancer Health) ;

Aynanın karşısında durulur ve sağa ve sola bakarken ileriye dönük olarak aşağıdaki üç konumda göğüsler yakından incelenir. Aşağıdaki gibi değişikliklerin olup olmadığı kontrol edilir ;

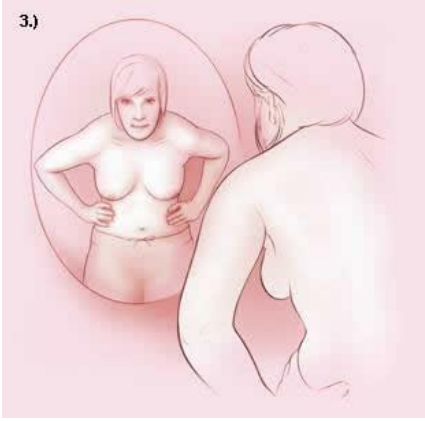
- **Şekil:** Biri diğeriyle karşılaştırılır.. Bir meme normalde diğ erinden daha büyük olabilir, ancak boyutta ani de ğişiklikler olmamalıdır.
- **Cilt:** Kızarıklık, titreme, çirkin veya portakal kabu ğu dokulu bir görünüm olup olmadığı kontrol edilir.
- **Meme uçları:** İ nversiyon, pulluk, kızarıklık, kaşıntı, şişme veya akıntı gibi fiziksel de ğişiklikleri kontrol edilir.
- **Ven desenleri:** Diğ er memeye kıyasla, büyüklük veya damar sayısında gözle görülür bir artış olup olmadığına bakılır.



Şekil 6. Ayakta KKMM uygulamaları



Şekil 7. Kollar her iki yanda



Şekil 8. Eller kalça üzerinde ve kambur durumda

KKMM hakkında ipuçları ;

1. KKMM aylık menstrual siklusun sonunda yapılmalıdır.
2. Eğer hamilelik durumu varsa, menstrual periyod yoksa ya da düzensizse her ay belirli bir gün seçilmelidir.
3. KKMM duşta veya herhangi bir losyonla yapılmamalıdır.
4. Olağandışı değişikliklerle karşılaşırsa panik yapılmamalıdır. Çünkü bu şekilde fark edilen değişikliklerin %80'i kanser değildir. Daha detaylı araştırma için vakit kaybetmeden doktora başvurulmalıdır.



Sağ göğsün dış yarısı kontrol edilir. Yatılır ve sağ göğsün incelenmesi için sol tarafa dönülür. Sağ el alına doğru yerleştirilir. Göğüs göğsün üzerinde olabildiğince düz durmalıdır. Omuz arkasına veya sırtta bir yastık koyulursa daha kolay ve daha rahat olabilir.

Şekil 9.Yatar durumda KKMM uygulamaları



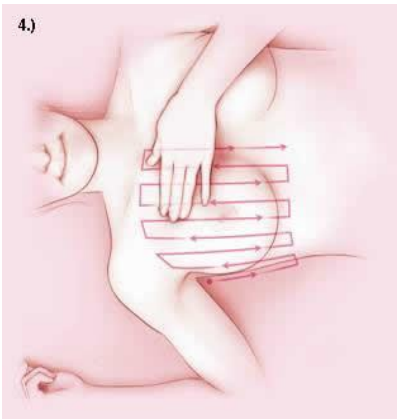
Üç orta parmağın uçlarını kullanarak memenin dış hattından başlanarak saat yönünde yukarıdan aşağıya doğru çizgi çizerek, memenin başından çevreye dairesel çizgi çizerek veya çevre kısımdan memenin baş kısmına doğru ışın biçiminde çizgiler çizerek parmaklar memede yavaşça muayene edilir. Her küçük daire için basınç miktarı değiştirilir. Bir sonraki alana geçmeden önce her daire üç kez (bir kez hafif, bir kez orta ve bir kez derin) yapılır.

Şekil 10.Yatar durumda KKMM uygulamaları



Koltuk altından daireler çizilmeye başlanır ve sütyen çizgisinin hemen altına inilir. Sonra parmaklar yukarı kaydırılır ve sadece bir parmak genişliğinde ve tekrar yukarı hareket ettirilir. Tüm alanı hissetmekten emin olmak için hareket ederken parmaklar göğüsten kaldırılmamalıdır. Bu yukarı-aşağı dikey şerit desenine köprücük kemiğinden sütyen hattının hemen altına kadar meme ucuna erişene kadar devam edilir.

Şekil 11.Yatar durumda KKMM uygulamaları



Sağ göğsün iç yarısı kontrol edilir. Meme ucuna ulaşıldığında yastık çıkarılır ve sırtta koyulur, el alından çekilir ve kol dik açıyla yerleştirilir (şekildeki gibi). Sıkma yapmadan, önceki gibi aynı dairesel basınçları kullanarak meme başlığını dikkatlice kontrol edilir. Ardından göğsün ortasına gelinceye kadar yukarı ve aşağı dikey şerit desenini kullanarak kalan meme dokusunu incelenir. Palpe edilmeyen el yan tarafa koyulur, köprücük kemiğin üstünde ve altında bir sıra daire çizilir, omuzdan orta hatta doğru gidilir.

Şekil 12.Yatar durumda KKMM uygulamaları

Anlatılan tüm adımlar her iki göğüs için de uygulanır.

2.5.2. Mamografi

Mamografi, göğüslerin içini görmek için düşük dozlu bir röntgen sistemi kullanan özel tıbbi görüntüleme cihazıdır. Mamografi adı verilen mamografi muayenesi, meme hastalıklarının erken teşhisinde ve tanısında yardımcı olmaktadır. Röntgen (radyografi), hekimlerin tıbbi teşhis ve tedavi etmesine yardımcı olan noninvaziv bir tıbbi testtir. X-ışınları ile görüntüleme, vücudun bir kısmının küçük bir doz iyonize radyasyona maruz bırakılmasını içermektedir. Böylelikle vücudun içini görüntülemek mümkün olmaktadır. Mamografide son üç gelişme ; dijital mamografi, bilgisayar destekli algılama ve göğüs tomosentezi olarak görülmektedir (RadiologyInfo, 2019).

1. Dijital mamografi : Tam alanlı dijital mamografi (FFDM) olarak da adlandırılır. X-ışını filminin, x-ışınlarını meme mamografik resimlere dönüştüren elektroniklerle değiştirildiği bir mamografi sistemidir. Bu sistemlerde radyasyon dozu düşüktür. Dijital kameralarda bulunanlara benzer ve verimlilikleri daha iyi olan resimler elde edilir.. Memenin bu görüntülerini inceleyebilmek ve uzun süreli depolamak için radyolog tarafından bir bilgisayara aktarılır.

2. Bilgisayar Destekli Algılama (CAD) : Anormal alanlar için dijitalleştirilmiş kanser varlığını gösterebilecek yoğunluk, kütle veya kalsifikasyonu gösteren mamografik görüntüleri aramaktadır. Bu bölgelerdeki görüntüler, radyologu bu alanı dikkatlice değerlendirmesi için uyarıcı niteliktedir.

3. Meme Tomosentezi (DBT) : Üç boyutlu (3-D) mamografi ve dijital meme olarak da adlandırılan meme tomosentezi, göğsün çoklu görüntülerinin alındığı gelişmiş bir meme görüntüleme şeklidir. Farklı açılar yakalanır ve üç boyutlu bir görüntü kümesine yeniden yapılandırılır. Bu sistem, bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemeye benzemektedir. Vücudun 3-D rekonstrüksiyonunu oluşturmak için "dilimler" bir araya getirilmektedir. Mamografi, meme kanseri şüphesi olan veya olmayan kadınlarda erken meme kanseri tespitinde tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Memede oluşan bir yumru, ağrı, cilt çukurluğu veya meme başı akması gibi belirtilerin tanısını koymak için de tercih edilmektedir.

• **Mamografi Taraması :** meme kanserlerinin erken teşhisinde merkezi bir rol oynamaktadır. Çünkü göğüs hastalarında görülen her türlü bulgu yaklaşık bir yıl önceye kadar bir doktor tarafından hissedilebilmektedir. 40 yaşından itibaren her kadının yılda 1kere mamografi taraması yaptırması Amerikan Koleji Radyoloji (ACR) ve Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (NCCN) tarafından tavsiye edilmektedir.

Yapılan araştırmalarda ; her yıl dzenli mamografi taraması meme kanserlerinin erken teşhis edilmesini sağladığı için tedavinin de uygulanmasını arttırmaktadır. Ayrıca ACR ve Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) meme kanseri olan kadınların, ailede meme veya yumurtalık kanseri öyküsü nedeniyle yüksek risk altında olanların 40 yaşından önce taramaya başlayıp başlamamaları konusunda uzmanlar tarafından tıbbi tavsiye almalıdır. Meme kanseri için yüksek risk altında olan bireylerin, ek olarak bir meme MRI yaptırmaları gerekmektedir.

- **Diagnostik Mamografi :** Tanısal mamografi, anormal klinik bulguları olan bir hastayı değerlendirmek için kullanılır. Memede, meme başında veya meme başının akması gibi görülen değişiklikler doktor veya birey tarafından fark edilir. Anormal bir durumu değerlendirmek amacıyla da diagnostik mamografi kullanılabilir.

2.5.3. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, genellikle hekim tarafından gerçekleştirilmektedir. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu ve Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) meme kanserinin erken evrede saptanabilmesi için 20-39 yaş arasındaki kadınların 3 yılda bir, 40 yaş ve üstü kadınların ise her yıl klinik meme muayenesi olmalarını tavsiye etmektedir. Klinik meme muayenesi uygulanırken, kadının memesi otururken, ayakta ve yatar pozisyonda tek tek değerlendirilmelidir. Menstruasyondan sonraki haftanın 7-10. günleri klinik muayene için en uygun zaman olarak belirtilmektedir (American Cancer Society, 2016 ; Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2016)

2.6. Meme Kanseri Tarama Önerileri

Meme kanseri dünyada ve Türkiye’de çok sık görülen ve en çok ölüme yol açan kanser olması sebebiyle tarama yapılması önemli bir durum haline gelmiştir. Taramanın asıl amacı, kitleyi henüz klinik bir bulgu vermeden ve küçük boyuttayken tespit etmek meme kanserine bağlı ölümleri azaltmaktır (Tablo 7). Taramalar ikiye ayrılır ;

- **Fırsatçı Tarama :** Kadınların kendi istekleri doğrultusunda veya doktor önerileriyle gerçekleştirilen taramalardır. Ne yazık ki çok etkili değildir. Çünkü yüksek risk grubunda olan kadınlar taranmamış olabilir, düzensiz aralıklarla taranmış olabilir veya taranan kadınların önemli bir kısmı risk grubunda olmayabilmektedir.
- **Organize Tarama :** Ulusal tarama rehberleriyle birlikte belirlenmiş hedef kitlede hangi kadınların, hangi sıklıkla geleceği ve tarama sırasında herhangi bir anormal

durumla karşılaşıldığında nasıl tedavi ve edilecekleri ve izlemleri belirlenmiş yüksek kalite standartlarına sahip programlar olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 7. Kadınlar için meme kanseri tarama önerileri (Seçginli, 2011)

Kurum	Kendi Kendine Meme Muayenesi	Mamografi	Klinik Meme Muayenesi
Dünya Sağlık Örgütü	Önerilmez	50 ila 69 yaş arasında 1-2 yılda bir defa	Önerilmez
Amerikan Kanser Birliği American Cancer Society	20 yaşından itibaren kadınlara KKMM'nin sınırlılıkları ve yararları anlatılmalı, anormal bir değişim fark edildiğinde sağlık personeline başvurmasının önemi ifade edilmeli ve KKMM uygulamak isteyen kadınların muayene tekniği kontrol edilmelidir.	40 yaşından itibaren yılda bir defa	20 ila 39 yaş arasında 3 yılda bir defa, 40 yaşından itibaren yılda bir defa düzenli aralıklarla sağlık muayenesinin bir parçası olarak yaptırılmalıdır.
ABD Koruyucu Hizmetler Servisi US Preventive Services Task Force	Önerilmez	50 ila 74 yaşları arasında her iki yılda bir defa	Önerilmez
Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü U.S. National Cancer Institute	Önerilmez	40 yaşından itibaren 1-2 yılda bir defa	Önerilmez
Kanada Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu Canadian Task Force on Preventive Health Care	Önerilmez	50 ila 59 yaş arasında 1-2 yılda bir defa	50 yaşından itibaren 1-3 yılda bir defa
Kanada Kanser Birliği Canadian Cancer Society	Önerilmez	50 ila 69 yaş arasında 2 yılda bir defa	40 ila 69 yaş arasında 2 yılda bir defa
Susan G. Komen for the Cure vakfı	Önerilmez	40 yaşından itibaren yılda bir defa	20 ila 39 yaş arasında 3 yılda bir defa 40 yaşından itibaren yılda bir defa

2.7. Meme Kanserinin Erken Tanısında Sağlık Çalışanlarının Rolü

Meme kanserinin, erken tanısında ve tarama yöntemlerinin geliştirilmesiyle hem tedavi şansı hem de sağkalım oranını arttırmaktadır. Bu aşamada sağlık çalışanlarına özellikle de hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü hasta veya sağlıklı bireylerle birçok alanda karşılaşma olasılığı yüksektir. Sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları ve bu bilgileri bireylere aktarmaları son derece önemlidir. Özellikle meme kanserinin erken teşhisinde sağlık çalışanlarının etkin iletişim ve eğitim becerilerinden faydalanarak bireylerin tarama davranışlarının geliştirilmesinde teşvik edici rol üstlenebilirler. Aynı zamanda, kadınlar sağlık çalışanlarının verdiği bilgiler doğrultusunda daha güvenli ve doğru meme muayenesi yapabilirler (Güçlü ve Tabak 2013).

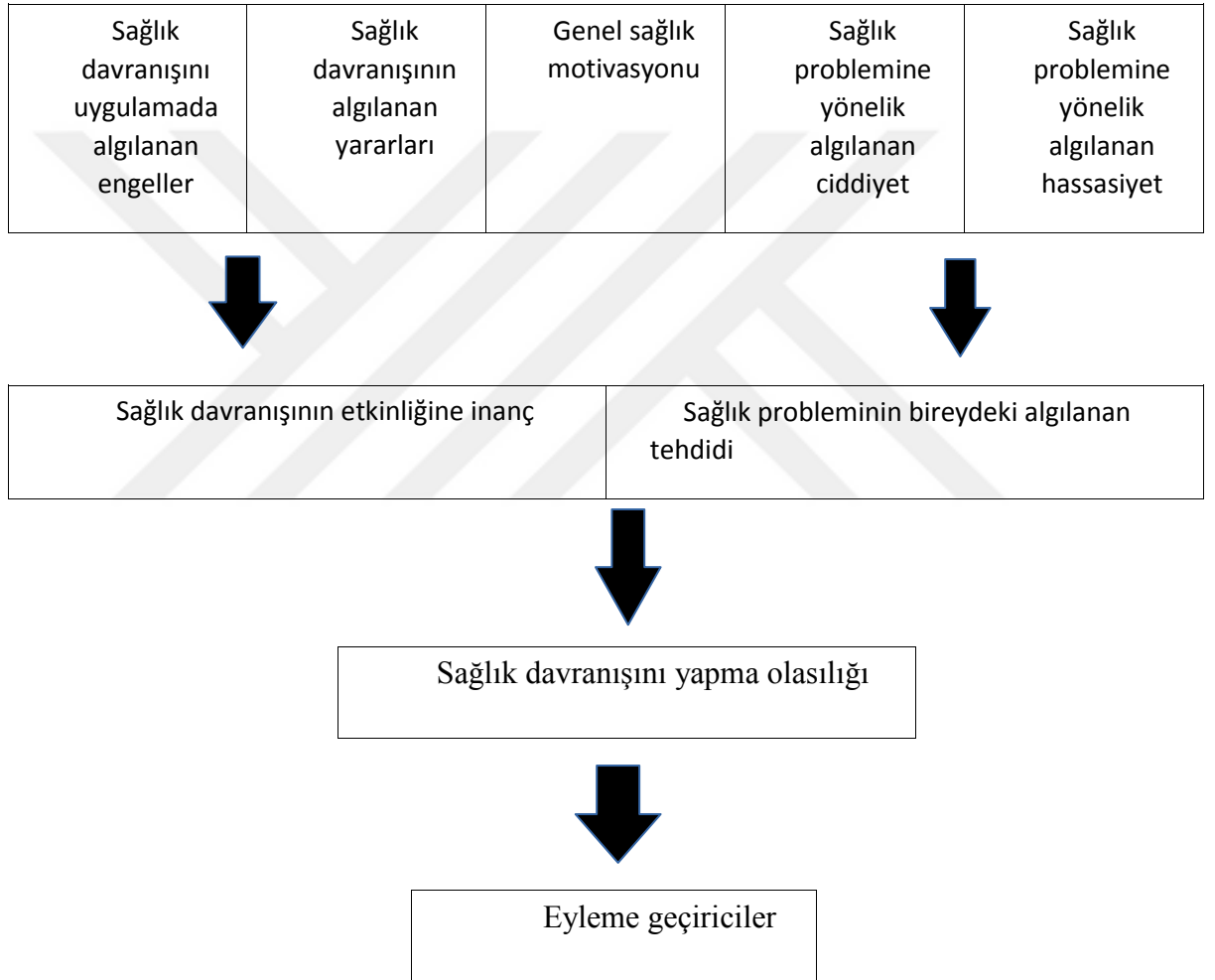
Sağlık çalışanları, meme kanseri hakkında önemli bilgileri, risk faktörlerini, yüksek risk grubundaki bireyleri ve meme kanseri tanısındaki bulguları tanımlamalıdır. Kadınların farkındalığını arttırmak için, anormal değişimlerin erken tanıdaki önemi belirtilmelidir. KKMM konusunda cesaretlendirilmeli ve her ay düzenli uygulamaların ne kadar önemli olduğu anlatılmalıdır. Ayrıca diğer tarama yöntemleri hakkında da bilgilendirilmelidir. Tüm bunların gerçekleştirilmesinde toplumların sosyo ekonomik ve kültürel özellikleri de sağlık çalışanları tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Bireylerin sağlık inançları, sağlıkla ilgili algı ve tutumları gibi etmenler incelenmeli ve bu doğrultuda meme sağlığı eğitim programları düzenlenmelidir. Elde edilen sonuçlar sayesinde sağlık çalışanlarının da sağlık seviyelerini yükseltmede ve sağlık eğitimlerini geliştirmede katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının bu rolleri gereği bu konuya önem vermeleri oldukça kıymetlidir (Seçginli ve Nahcivan 2006).

2.8. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık inanç modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından, bireylerin sağlık davranışlarını uygulamalarında etkili sosyal ve kültürel faktörleri açıklamak amacıyla kullanılan psiko-sosyal bir model olarak geliştirilmiştir (Jironjwong, 2002). SİM, bireylerin kendi sağlıklarıyla nasıl ilgilendikleri, tedavilerinin nasıl olacağı, bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarında nasıl bir tavır ve tutum takındıkları ve korunmak için davranışlarını şekillendikleri hakkında bilgiler vermektedir (Dirican, 1990).

Modelin temeli, koruyucu sağlık uygulamalarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Modelin amacı sadece tarama davranışlarını açıklamak değil aynı

zamanda bireyin hasta ve sağlıklı davranışlarının gerçekleştirilmesinde kolaylık sağlayan etmenleri açıklamaktır (Şekil 13). Böylece sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık uygulamalarına müdahale araştırmalarının yapılmasında modern sağlık davranışlarının açıklanmasını sağlamaktadır (Ersin, 2012). Model değer-beklenti modeli olarak tanımlanmaktadır. Değer, hastalığın önlenmesidir. Beklenti ise, hastalığın durumuna göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışlarının uygulanmasıyla hastalığa yakalanma şansı azalmaktadır (Çenesiz, 2007).



Şekil 13.Sağlık İnanç Modeli (Rohleder 2012)

2.8.1. Sağlık İnanç Modelinin Majör Kavramları

Sağlık inanç modelinde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan altı kavram yer almaktadır (Glanz ve ark., 2002 ; Ay, 2007 ; Kılıç 2003) ;

1. Duyarlılık / yatkınlık algısı : Bireyin yaşadığı bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Bu durum da bireyin hastalığı bir tehdit olarak algılamasına neden olmaktadır. Algıda, psikososyal değişkenler, sosyoekonomik değişkenler, demografik değişkenler ve hastalıkla ilgili durumlar etkili olabilir Örneğin, ailesinde meme kanseri olmayan bir birey bunu tehdit olarak algılamazken, ailesinde bu durumu yaşayan bireyler bunu daha fazla tehdit olarak algılamaktadır.

2. Ciddiyet / önemseme algısı : Bireyin hastalıkla ilgili her sonucu ciddi ve tehdit olarak algılamasıdır. Bu durum bireyin yaşam tecrübelerine göre de değişiklik göstermektedir. Belli hastalıkların yaşamsal riskleri hakkında bilgileri olduğu için o hastalığa karşı daha duyarlı olurlar. Örneğin, AIDS, tüberküloz, kalp hastalıkları ve kanserler gibi. Birey önemli kabul ettiği ve bildiği hastalığa karşı daha ciddi yaklaşımlar sergilemektedir.

3. Yarar algısı : Bireyin hastalığı ciddi olarak algılaması onu davranışa zorlar. Sağlığın korunması, hastalığın önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesinde kendi yararına olan inancı, davranışın sergilenmesinde oldukça etkilidir. Birey uygulayacağı davranışın kendi yararına olacağını bilmesi gerekmektedir. Bireyin özellikle yaşam süresi ve yaşam kalitesine etkileri hakkında bilgi edinmesi sağlık uygulamalarına karşı olan inancını pekiştirecektir.

4. Sağlık motivasyonu : Bireyin sağlığını geliştirmesi ve sürdürmesinde davranışlarına yansıtmasında kendi niyet ve istek durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişinin kendi isteğiyle davranışlarını geliştirmesi uygulamada son derece etkilidir.

5. Öz yeterlilik : Bireyin bir eylemi uygulamada kendine olan inancıdır. Bireyin kendine olan inancı, amacına ulaşma gayreti, davranış değiştirme durumu ve motivasyonunu etkileyen engel ve sorunlarla mücadele etme isteğini etkilemektedir. Bireylerin öz yeterlilik algısı yüksek olduğunda eylemi uygulama ve başarmada algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve uygulamayı gerçekleştirmede daha etkin durumdadırlar.

6. Engel algısı : Bireyin sağlığının korunması, hastalığın önlenmesi ve sürdürülmesine yönelik koruyucu davranışlarına engel olarak tanımlanan durumlardır. Bunlar, ‘‘utanma, ağrı, zahmet ve maliyet’’ olabilmektedir. Önemli olan ortaya çıkan engellerin algılanması ve ortadan kaldırılması için bireyin gösterdiği çabadır. Çünkü koruyucu davranışların uygulanmasında ortaya çıkan engeller, erken tanı ve tarama programlarına olan katılım ile doğrudan ilişkilidir. Tarama uygulamalarının ağırlı ve acılı, zahmetli, zaman qalıcı, karmaşık ve güvensiz olması bireyin istenen davranışı

uygulaması güç olacaktır. Bu yüzden engel algısı yarar algısından üstün geldiği sürece koruyucu sağlık uygulamalarını gerçekleştirme oranı azalacaktır.

2.8.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli

Sağlıkta inanç modelinin meme kanserine göre uyarlanmış modeli ; bireyin mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve KKMM yaptırmasıdır. Bireyin uygulamalara yönelik yarar algısının engel algısından yüksek olması beklenmektedir. Çünkü bu iki algının bireyin uygulama aşamasında doğrudan etkisi olduğu düşünülmektedir (Gözüm ve Aydın, 2004).

Yapılan çalışmalar incelenecek olursa ; meme kanserinin erken tanı ve tedaviye karşın önemli bir sağlık sorunu olduğu bilinmektedir. Düşük sosyo-ekonomik durum, eğitimsizlik ve yüksek maliyetlerden dolayı erken tanı yöntemlerinin uygulaması zorlaşmaktadır. 50-74 yaş arası kadınlarda meme kanserine bağlı ölümler mamogram çektilerle önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Ancak yaşlı ve sosyo ekonomik düzeyi yetersiz kadınlarda mamografi çektilerme olasılığı oldukça düşüktür (Austin ve ark, 2002). Diğer çalışmada, 30 yaş ve üzeri kadınların yaklaşık olarak %24'ü meme kanserinin belirtilerini bildiklerini ve bu konuda bilgi yetersizliklerinin KKMM uygulamalarını engellediğini belirtmişlerdir (Parlar ve ark, 2004). Başka bir çalışmada, düzenli olarak mamogram ve KKMM uygulamasının, meme kanseri ile ilgili bireyin algıladığı yarar ve engellerle ilişkilidir. Bireyin KKMM uygulaması ve mamografi çektilermesi; öğrenim düzeyi, hekimin etkisi, bireyin meme kanseri hakkındaki bilgisi, sağlık sigortasının olup olmaması, sosyoekonomik düzeyi ve ailede meme kanserinin olup olmaması ile doğrudan ilişkilidir (Seçginli ve Nahcivan, 2006). Aşağıdaki tablo 8'de bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar

Tablo 8. Sağlık İnanç Modeline göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar
(Nahcivan ve Seçgili, 2003)

Meme Kanserinin Tehdit Olarak Algılanması
1. Yarar algısı : Erken tanı davranışlarının yararını algılama Hastalığa bağlı komplikasyonların azalması/ortadan kalkması, ölüm ve hastalığın azalması,yaşam kalitesinin artması
2. Engel algısı : Erken tanı davranışlarını engelleyen durumları algılama Ağrı,unutma,maliyet,vakit bulamama,radyasyon alma korkusu,kötü bir sonuçla karşılaşma endişesi vb.
3. Yatkinlik algısı Meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması
4. Ciddiyet algısı Meme kanserinin öneminin algılanması
5. Beklenen davranışlar <ul style="list-style-type: none">• KKMM yapma• KMM yaptırma• MG çektirme
6. Değişikliğe neden olan faktörler <ul style="list-style-type: none">• Cinsiyet• Kişilik yapısı• Sosyal algı• Sağlık algısı• Meme kanserine yönelik bilgi durumu• Sosyoekonomik özellikler(yaş,eğitim,gelir düzeyi,medeni durum vb.)• Kültürel inançlar
7. Eyleme geçiriciler <ul style="list-style-type: none">• TV, radyo, gazete ,dergiler• Sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar• Kampanyalar• Arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu alışma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesinde alışan hemşirelerin meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları ve sağlık inançlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Mayıs 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesinde y¼r¼t¼lm¼řt¼r.

3.3. Araştırmanın Evreni ve ¼rneklemi / alışma Grupları

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan toplam 480 kadın hemşire oluşturmuş olup, ¼rneklem seçimine gidilmeden araştırmayı g¼n¼ll¼ kabul eden t¼m hemşirelere ulaşılması hedeflenmektedir. Ancak 79 hemşire katılmak istememiş, 50 hemşire izinli, 27 hemşire de anketi eksik doldurmuştur. ¼rnekleme alınacak hemşire sayısı 324 kişi olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Champion Sağlık İnanç Modeli ¼leėi puan ortalaması araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.4.2. Bağımsız Değişken

Hemşirelerin meme kanseri erken tanı, bilgi ve tutumları, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ve sıklığı, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi ektirme durumları araştırmanın bağımlı değişkenleri içerisindedir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede Tanımlayıcı Anket Formu ve Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli ¼leėi kullanılmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Anket Formu

Anket formu, 22 sorudan oluşmaktadır ve ilk 4 soru; hemşirelerin sosyodemografik ¼zelliklerini (yaş, eğitim durumu, medeni durum, ocuk sahibi olma), 5-11 arasındaki sorular; sağlık alışanlarında meme kanseri risk fakt¼rleri varlığını

(egzersiz yapma durumu, beslenme durumu, uyku durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, ailede meme kanseri öyküsü ve yakınlık derecesi, 12- 22 arasındaki sorular; meme kanseri tarama davranışlarını (KMM durumu ve sıklığı, KMM için düzenli olarak hekime gitme durumu, mamografi çekirme durumu ve sıklığı, KKMM yapma durumu, KKMM yapma sıklığı, KKMM metodu bilgi durumu,) kapsamaktadır.

3.5.2. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş ve 1993 yılında, meme kanseri erken tanı inançlarına ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak yeniden gözden geçirilmiştir. 1997'de ölçeğin KKMM boyutu, duyarlılık boyutu ve mamografi 1999'da tekrar gözden geçirilmiştir (Champion, 1993 ; 1997;1999).

Sağlık inanç modeli ölçeği ülkemizde üç ayrı çalışma ; Gözüm ile Aydın, Karayurt ve Seçginli ile Nahcivan'ın çalışmalarıyla Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin 2004 yılında Gözüm ve Aydın (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır (Gözüm ve Aydın 2004 ; Karayurt 2003 ; Seçginli ve Nahcivan 2004).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık (3 madde)”, “önemseme/ciddiyet (6 madde)” ve “sağlık motivasyonu (5 madde)”, KKMM ile ilgili “yararları (4 madde)” ve “engelleri (8 madde)”, “öz etkililiği (10 madde)”, mamografi ile ilgili “yararları (5 madde)” ve “engelleri (11 madde)” olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 58 maddesi vardır ve genellikle KKMM boyutları ile mamografi boyutları bir bütün olarak düşünülmektedir. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir (Champion, 2003).

Ölçeğin tüm boyutlarının en düşük puanı alt grubun en az puanlarının toplamı, en yüksek puanları ise alt grubun en fazla puanlarının toplamıdır. Duyarlılık için en az 3, en yüksek 15; önemseme için en az 6, en yüksek 30; sağlık motivasyonu için en az 5, en yüksek 25; KKMM yararları için en az 4, en yüksek 20; KKMM engelleri için en az 8, en yüksek 40; KKMM öz-etkililiği için en az 10, en yüksek 30; mamografinin yararları için en az 5, en yüksek 25 ve mamografinin engelleri için en az 11, en yüksek

55 puan alınabilmektedir. Puanların yükselmesi, yarar algısı için yararların, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (Gözüm ve Aydın, 2004).

Soru formu ve ölçek, belirlenen örneklem grubuna (n=324) doldurmaları için dağıtılmış ve geri toplanmıştır. Anket formu ve ölçek öncelikle 20 kişilik bir hemşire grubuna uygulanmış, soruların anlaşılmasında herhangi bir sorun olmadığı belirlenmiş ve yeniden düzenlemeye gerek kalmadan formlar örnekleme alınan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlara gidilerek rahat edebilecekleri ortamda soru formları kendilerine dağıtılmış ve tamamladıklarında tekrar geri toplanmıştır. Veri toplama formları için toplam yanıtlama süresi kişi başına ortalama 10 dakika kadar sürmüştür. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri .69 ile .83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri .856 ile .739 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada verilerin toplanması için araştırmacı teknik olarak yüz yüze görüşme tekniğini kullanmıştır. Hemşirelerle yapılan görüşme ortalama on dakika sürmüştür. Araştırmacı önce kendini tanıtmış çalışması hakkında kısa bilgi vermiş sonra katılımcılardan sözlü onam almıştır.

3.7. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizi için bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Sciences (SPSS 20.0) paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Araştırmacının hazırladığı anket formundaki soruları tanımlayan istatistikleri belirlemek amacıyla sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki nitel değişkenin ilişki karşılaştırmasında Pearson'un Ki-kare test istatistiği (X^2) kullanılmıştır. İki bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi (T) kullanılmıştır. İki'den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında tek faktör varyans analizi, istatistik olarak Fisher'in F test istatistiği kullanılmıştır. Beş numaralı analizlerde farklılık önemli olması durumunda ikili karşılaştırmalarda farklılığın önem kontrolü Tukey testi incelenmiştir. F testi sonucunda farklılık görülmeyen durumlar için Tukey testi alınmamıştır. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach's Alpha değeri ile incelenmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde çalışan bazı hemşirelerin yoğunluk nedeniyle anket çalışmasına katılmamak istemesi araştırmanın sınırlılığıdır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülmesi için Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nden izin alınmıştır(EK4). Ayrıca Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan izin alınmıştır(EK5). Araştırma Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni kullanmak için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Prof. Dr. Sebahat Gözüm'den izin alınmıştır(EK3). Çalışmaya gönüllü katılan kadın hemşirelerden sözel izin alınmıştır.



4.BULGULAR

Bu araştırma, Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan toplam 324 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bu bölümde verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş = min=20 max= 50 X±SD=30,952±6,489		
Eğitim durumu		
Lise	59	18,2
Ön lisans	72	22,2
Lisans	176	54,3
Y. Lisans	17	5,2
Medeni durum		
Evli	191	59,0
Bekar	133	41,0
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	163	50,3
Yok	161	49,7

Tablo 9 incelendiğinde de hemşirelerin yaş ortalaması 30,952±6,489'dir. Hemşirelerin %54,3'ü lisans mezunu, %59'u evli olup, %50,3'ünün çocuğu olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların sağlığı koruma ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Özellikler		n	%
Düzenli egzersiz yapma durumu	Yapan	29	9,0
	Bazen Yapan	162	50,0
	Yapmayan	133	41,0
Düzenli beslenme durumu	Beslenen	160	49,4
	Beslenmeyen	164	50,6
Düzenli uyuma durumu	Uyuyan	129	39,8
	Uyumayan	195	60,2
Sigara içme durumu	İçen	76	25,5
	İçmeyen	248	76,5
Alkol kullanma durumu	Kullanan	28	8,6
	Kullanmayan	296	91,4

Tablo 10 incelendiğinde hemşirelerin %50'si bazen egzersiz yaptığı, %50,6'sının düzenli beslenmediği, %60,2 sinin düzenli uyuyamadığı, %76,5'i sigara içmediği ve, %91,4'ünün alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların meme kanseri ve klinik meme muayenesi ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Özellikler		n	%
Ailesinde meme kanseri olma durumu	Var	51	15,7
	Yok	273	84,3
Ailesinde meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık durumu	Teyze	12	23,5
	Hala	17	33,3
	Anneanne	11	21,6
	Kız kardeş + Anne	11	21,6
Klinik Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu	Giden	47	14,5
	Gitmeyen	277	85,5
KMM'ye gitme sıklığı	Her yıl	31	66,0
	2 yılda bir	11	23,4
	Sorun olduğunda	5	10,6
Klinik meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme nedeni	Meme kanserine önlem, erken tanı	30	63,8
	Hastalık	17	36,2
Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitmeme nedeni	Utanma	9	3,2
	Zaman bulamama	53	19,1
	Önemsememe	215	77,6

Tablo 11 incelendiğinde de hemşirelerin %84,3'ünün ailesinde meme kanseri olmadığı, %85,5'inin klinik meme muayenesi için hekime gitmediği belirlenmiştir. Düzenli hekime gidenlerin %63,8'i meme kanserine önlem ve erken tanı için gittiği saptanmış olup, Düzenli hekime gitmeyenlerin %77,6'sının meme muayenesini önemsemedikleri için hekime gitmedikleri saptanmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların mamografi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı

Özellikler		n	%
Mamografi çekirme durumu	Çektiren	57	17,6
	Çektirmeyen	267	82,4
Mamografi çekirme sıklığı	Her yıl	10	17,5
	2 yılda bir	18	31,6
	Sorun olduğunda	29	50,9
Mamografi yaptırmama nedenleri	Utanma	21	7,9
	Ağrı duyma korkusu	31	11,6
	Zaman bulamama	148	55,4
	Kötü bir sonuç alma korkusu	38	14,2
	Radyasyon alma korkusu	29	10,9
Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumu	Yapan	243	75,0
	Yapmayan	81	25,0
KKMM yapma sıklığı	Her ay (düzenli)	35	14,4
	Her banyodan sonra	43	17,7
	Akla geldikçe	147	60,5
	Sorun olduğunda	18	7,4
KKMM yapmama nedenleri	Yapılması konusunda bilgi yok	9	11,1
	Önemsememe	58	71,6
	Gereğine inanmama	5	6,2
	Kötü bir sonuç alma korkusu	9	11,1
KKMM yapmayı bilme derecesi	Çok iyi	48	14,8
	İyi	153	47,2
	Emin değil	38	11,7
	Biraz biliyor	85	26,2

Tablo 12’de katılımcıların mamografi ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bazı özelliklerin dağılımı verilmiştir. Buna göre katılımcıları %82,4’ünün mamografi çekmediği, %50,9’u sorun olduğunda mamografi çektiği, %55,4’u zaman bulamadığı için mamografi çekmediği saptanmıştır. Hemşirelerin

%75'inin Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yaptığı, % 60,5'inin aklına geldiği zamanlarda KKMM'ni yaptığı, ve KKMM yapmayanların % 71,6'sı yapmama nedenini önemsemedikleri için yapmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 13. Sağlık inançları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı

Ölçek Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	X±SD	Cronbach's Alpha
Duyarlık	3,00	15,00	8,29±2,33	0,824
Önemseme	6,00	30,00	20,46±4,71	0,812
Sağlık motivasyonu	5,00	25,00	20,31±3,14	0,770
KKMM yararları	4,00	20,00	16,11±2,64	0,777
KKMM engelleri	8,00	40,00	17,88±5,03	0,808
KKMM özetkililiği	13,00	50,00	34,81±6,13	0,856
Mamografi yararları	7,00	25,00	17,79±3,21	0,739
Mamografi engelleri	11,00	45,00	25,88±6,38	0,814

Tablo 13'de sağlık inançları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Buna göre hemşireler Sağlık İnançları Ölçeği alt ölçek boyutunda en yüksek puanı Mamografi engelleri ve KKMM özetkililiği alt boyutundan, en düşük puanı duyarlılık alt ölçek boyutunda aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre KMM'ye gitme, Mamografi yaptırma ve KKMM'si durumlarının dağılımı

Özellikler	KMM				Mamografi				KKMM			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Eğitim Durumu												
Lise	8	13,6	51	84,4	18	30,5	41	69,5	39	66,1	20	33,9
Ön lisans	14	19,4	58	80,6	18	25,0	54	75,0	55	76,4	17	23,6
Lisans	25	14,2	151	85,8	21	11,9	155	88,1	135	76,7	41	23,3
Y. Lisans	-	-	17	100,0	-	-	17	100,0	14	82,4	3	17,6
İstatistik	X ² = 4,356; p= 0,226				X ² =17,033; p=0,001				X ² =3,329; p= 0,344			
Medeni Durum												
Evli	32	16,8	159	83,2	44	23,0	147	77,0	155	81,2	36	18,8
Bekar	15	11,3	118	88,7	13	9,8	120	90,2	88	66,2	45	33,8
İstatistik	X ² = 1,896; p= 0,169				X ² = 9,512; p=0,002				X ² =9,391; p=0,002			
Çocuk Durumu												
Var	31	19,0	132	81,0	40	24,5	123	75,5	135	82,8	28	17,2
Yok	16	9,9	145	90,1	17	10,6	144	89,4	108	67,1	53	32,9
İstatistik	X ² =5,385; p= 0,020				X ² =10,920; p=0,001				X ² =10,704; p= 0,001			

Tablo 14 incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları ile mamografi yaptırma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Medeni durumlarına göre mamografi yaptırma ve KKMM yapma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre KMM yaptırma, mamografi yaptırma ve KKMM yapma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre KMM ve KKMM yaptırma durumları ve medeni durumlarına göre KMM yaptırma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 15. Katılımcıların sağlığı koruma ile ilgili bazı özelliklere göre KMM, Mamografi ve KKMM' si yapma durumlarının dağılımı

Özellikler	KMM				Mamografi				KKMM			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Düzenli olarak egzersiz yapma durumu												
Yapan	6	20,7	23	79,3	5	17,2	24	82,8	20	69,0	9	31,0
Bazen yapan	24	14,8	138	85,2	28	17,3	134	82,7	121	74,7	41	25,3
Yapmayan	17	12,8	116	87,2	24	18,0	109	82,0	102	76,7	31	23,3
İstatistik	X ² =1,225; p=0,542				X ² =0,032; p=0,984				X ² =0,774; p=0,679			
Düzenli beslenme durumu												
Beslenen	30	18,8	130	81,2	30	18,8	130	81,2	121	75,6	39	24,4
Beslenmeyen	17	10,4	147	89,6	27	16,5	137	83,5	122	74,4	42	25,6
İstatistik	X ² =4,590; p=0,032				X ² =0,292; p=0,589				X ² =0,066; p=0,797			
Alkol kullanma durumu												
Kullanan	6	21,4	22	78,6	3	10,7	25	89,3	22	78,6	6	21,4
Kullanmayan	41	13,9	255	86,1	54	18,2	242	81,8	221	74,7	75	25,3
İstatistik	X ² =1,184; p=0,276				X ² = 1,000; p=0,317				X ² =0,208; p=0,648			
Sigara içme durumu												
İçen	11	14,5	65	85,5	13	17,1	63	82,9	57	75,0	19	25,0
İçmeyen	36	14,5	212	85,5	44	17,7	204	82,3	186	75,0	62	25,0
İstatistik	X ² =0,000; p=0,993				X ² =0,016; p=0,899				X ² =0,000; p=1,000			
Düzenli uyku uyuma durumu												
Uyuyan	23	17,8	106	82,2	27	20,9	102	79,1	89	69,0	40	31,0
Uyumayan	24	12,3	171	87,7	30	15,4	165	84,6	154	79,0	41	21,0
İstatistik	X ² =1,909; p=0,167				X ² =1,647; p=0,199				X ² =4,126; p=0,042			

Tablo 15’de katılımcıların sağlığı koruma ile ilgili bazı özelliklere göre KMM, Mamografi ve KKMM’ si yapma durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre düzenli beslenme durumu ile KMM arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$), mamografi çekirme ve KKMM’si yapma durumları arasındaki ilişki anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Katılımcıların düzenli uyku uyuma durumu ile KKMM yapma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$), KMM’si yaptırma ve mamografi çekirme durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Katılımcıların düzenli olarak egzersiz yapma durumunun, alkol kullanma durumunun ve sigara içme durumunun KMM'si yaptırma, Mamografi çekirme ve KKMM'si yapma durumlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$)

Tablo 16. Katılımcıların meme kanseri ve KMM'si ile ilgili bazı özelliklerin KMM'ye gitme, Mamografi yaptırma ve KKMM'si yapma durumlarına göre dağılımı

Özellikler	KMM				Mamografi				KKMM			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ailesinde meme kanseri olma Durumu												
Var	14	27,5	37		12	23,5	39		36	70,6	15	
Yok		72,5				76,5				29,4		
	33	12,1	240		45	16,5	228		207	75,8	66	
		87,9				83,5				24,2		
İstatistik	X²= 8,178; p=0,004				X ² = 1,472; p=0,225				X ² =0,628; p=0,428			
Ailesinde meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık derecesi												
Teyze	3	25,0	9	75,0	-	-	12	100,0	8	66,7	4	33,3
Hala	5	29,4	12	70,6	6	35,3	11	64,7	11	64,7	6	35,3
Anneanne	3	27,3	8	72,7	3	27,3	8	72,7	7	63,6	4	36,4
Kız	3	27,3	8	72,7	3	27,3	8	72,7	10	90,9	1	9,1
kardeş ve Anne												
İstatistik	X ² = 0,069; p=0,995				X ² = 5,171; p=0,160				X ² = 2,816; p=0,421			

Tablo 16'da katılımcıların meme kanseri ve KMM'si ile ilgili bazı özelliklerin KMM'ye gitme, Mamografi yaptırma ve KKMM'si yapma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Buna göre ailesinde meme kanseri olma durumu ile KMM arasında bir ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ailesinde meme kanseri olma durumu ile Mamografi ve KKMM arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların ailesinde meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık durumu ile KMM, Mamografi ve KKMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17 . Katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre sağlık inançları alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı

Özellikler	Önemseme	Sağlık Motivasyonu	KKKMM Yararları	KKMM Engelleri	KKMM Öz etkililik	Mamografi Yararları	Mamografi Engelleri	
								X±SD
Öğrenim durumu	Lise	19,56±4,55	15,29±2,74	18,59±3,92	32,08±6,60	17,42±3,86	25,41±5,18	
	Önlisans	20,90±4,42	15,79±2,85	18,33±5,47	35,28±4,82	17,81±3,12	26,24±6,49	
	Lisans	20,61±4,81	20,27±3,03	16,40±2,48	17,72±5,06	35,35±6,07	17,90±2,91	25,95±6,78
	Y. Lisans	20,24±5,26	21,24±2,63	17,29±2,28	15,12±5,58	36,71±7,64	17,82±4,25	25,29±5,60
	İstatistik	F=1,004; p=0,391	F=1,769; p=0,153	F=4,206; p=0,006	F02,391; p=0,069	F=5,219; P=0,002	F=0,328; p=805	F=0,236; p=871
Medeni durum	Evli	20,49±4,60	20,13±3,24	16,04±2,72	17,66±5,05	17,96±3,21	24,72±5,95	
	Bekar	20,42±4,87	20,57±2,97	16,20±2,53	18,19±5,01	17,54±3,22	27,54±6,62	
	İstatistik	t=0,134; p=0,894	t=-1,244; p=0,214	t=-0,539; p=0,590	t=-0,929; p=0,353	t=1,209; p=0,228	t=1,163; p=0,246	t=-4,005; p=0,000
Çocuk sahibi Olma durumu	Var	20,56±4,31	20,08±3,12	15,88±2,93	17,66±4,81	17,90±3,33	24,68±6,05	
	Yok	20,36±5,09	20,55±3,15	16,34±2,31	18,09±5,25	17,68±3,10	27,09±6,49	
	İstatistik	t=0,390; p=0,697	t=-1,341; p=0,181	t=-1,585; p=0,114	t=-0,770; p=0,442	t=0,601; p=0,548	t=-0,594; p=0,553	t=-3,467; p=0,001

Tablo 17 'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklere göre sağlık inançları alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yüksek lisans mezunu olanların KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yapılan Tukey testi sonuçlarına göre lise mezunu katılımcıların KKMM Yarar puanının ön lisans mezunu katılımcı puanlarından farkı yokken lisans ve yüksek lisans katılımcı puanlarından farklı olduğu görülmüştür.

Yüksek lisans mezunu olan katılımcıların sağlık inançları KKMM özetkililik alt ölçek puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, gruplar arasındaki bu farkın Lise mezunu katılımcıların KKMM Öz etkililik puan ortalamasının ön lisans, lisans ve yüksek lisans katılımcı puan ortalamalarından farklı olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 18 . Katılımcıların sağlığı koruma ile ilgili bazı özellikler ile sağlık inançları alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı-1

Özellikler	Önemseme	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yarıları	KKMM Engelleri	KKMM Öz Etkililik	Mamografi Yararları	Mamografi Engelleri
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Düzenli olarak egzersiz yapma durumu	24,62±5,18	20,66±3,42	16,14±2,43	18,83±5,73	35,72±5,23	18,69±3,73	24,62±5,18
	25,93±6,25	20,68±3,02	16,30±2,73	17,87±4,86	34,50±6,04	17,78±3,32	25,93±6,25
	26,10±6,77	19,79±3,17	15,87±2,58	17,68±3,09	34,99±6,42	17,61±2,94	26,10±6,77
	F=0,646; p=0,525	F=3,168; p=0,043	F=0,943; p=0,391	F=0,622; p=0,538	F=0,583; p=0,559	F=1,351; p=0,260	F=0,646; p=0,525
Düzenli beslenme durumu	25,53±5,60	20,61±3,21	16,06±2,59	18,03±4,43	35,41±5,61	17,94±3,22	25,53±5,60
	26,22±7,06	20,02±3,05	16,16±2,70	17,73±5,57	34,22±6,55	17,64±3,21	26,22±7,06
	t=-0,971; p=0,332	t=1,709; p=0,088	t=-0,348; p=0,728	t=0,546; p=0,585	t=1,758; p=0,080	t=-0,850; p=0,396	t=-0,971; p=0,332
Düzenli uyku uyuma durumu	20,49±4,82	20,20±3,32	15,53±2,83	18,35±5,10	34,27±6,22	18,02±3,30	25,30±5,87
	20,45±4,64	20,38±3,02	16,49±2,44	17,56±4,97	35,16±6,05	17,64±3,15	26,26±6,68
	t=0,079; p=0,937	t=-514; p=0,608	t=-3,221; p=0,001	t=1,376; p=0,170	t=-1,285; p=0,200	t=1,062; p=0,289	t=-1,327; p=0,185
	F=0,269; p=0,847	F=0,352; p=0,788	F=0,946; p=0,426	F=4,281; p=0,009	F=0,319; p=0,811	F=1,102; p=0,358	F=0,729; p=0,540

Tablo 19. Katılımcıların sağlığı koruma ile ilgili bazı özellikler ile sağlık inançları alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı-2

Özellikler	Önemseme		Sağlık Motivasyonu		KKMM Yaratları		KKMM Engelleri		KKMM Öz Etklilik		Mamografi Yararları		Mamografi Engelleri	
	X±SD	t	X±SD	t	X±SD	t	X±SD	t	X±SD	t	X±SD	t	X±SD	t
Sigara içme durumu	İçiyor	20,61±4,63		20,49±3,33	16,08±2,87		18,62±5,59		35,08±5,79		17,03±3,02		25,41±6,53	
	İçmiyor	20,42±4,74		20,26±3,08	16,12±2,57		17,65±4,84		34,73±6,24		18,02±3,24		26,02±6,34	
	İstatistik	t=0,301; p=0,764		t=0,556; p=0,579	t=-0,109; p=0,913		t=1,472; p=0,142		t=0,439; p=0,661		t=-2,385; p=0,018		t=-0,737; p=0,462	
Alkol kullanma durumu	Kullanıyor	21,32±6,31		20,96±3,23	16,61±2,60		16,50±6,58		36,11±5,86		17,82±2,67		24,46±6,75	
	Kullanmıyor	20,38±4,53		20,25±3,13	16,06±2,65		18,01±4,85		34,69±6,15		17,79±3,26		26,01±6,34	
	İstatistik	t=1,010; p=0,313		t=1,152; p=0,250	t=1,046; p=0,296		t=-1,518; p=0,130		t=1,174; p=0,241		t=0,054; p=0,957		t=-1,230; p=0,220	
Ailede meme kanseri varlığı	Var	20,67±4,33		19,98±2,57	15,29±2,87		17,73±4,88		34,04±6,71		17,45±3,51		25,37±5,79	
	Yok	20,42±4,78		20,37±3,23	16,26±2,58		17,90±5,07		34,95±6,02		17,85±3,16		25,97±6,48	
	İstatistik	t=0,336; p=0,737		t=-0,821; p=0,412	t=-2,414; p=0,016		t=0,233; p=0,816		t=-0,977; p=0,329		t=-0,821; p=0,412		t=-0,618; p=0,537	
Ailede meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık derecesi	Teyze	20,33±4,54		20,42±2,50	15,25±3,19		20,17±5,95		34,17±4,30		17,83±2,52		26,75±6,55	
	Hala	20,41±4,62		19,47±2,94	14,47±2,65		19,00±4,12		35,18±6,09		17,35±3,52		26,12±6,41	
	Annesine	20,36±4,70		20,09±2,51	15,64±2,98		14,09±3,99		32,73±8,13		16,00±4,34		24,45±4,46	
	Kızkardeş+Anne	21,73±3,64		20,18±2,32	16,27±2,72		16,73±3,38		33,45±8,64		18,64±3,47		23,64±5,24	
İstatistik	F=0,269; p=0,847		F=0,352; p=0,788	F=0,946; p=0,426		F=4,281; p=0,009		F=0,319; p=0,811		F=1,102; p=0,358		F=0,729; p=0,540		

Tablo 18 ve tablo 19 incelendiğinde düzenli egzersiz yapmayanların sağlık inançları sağlık motivasyonu alt ölçek puan ortalaması en düşük bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, bazen egzersiz yaptığını söyleyen katılımcıların düzenli egzersiz yaparım diyen katılımcı puanlarından farkı yokken yapmıyorum diyen katılımcı puanından farklı olduğu görülmüştür.

Düzenli uyku uyumayanların KKMM yarar algı puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Sigara içmeyenlerin sağlık inançları mamografi yararları alt ölçek puan ortalaması sigara içenlere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Ailesinde meme kanseri olmayanların KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması ailesinde meme kanseri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Teyzesinde meme kanseri olan kişilerin sağlık inançları KKMM Engelleri alt ölçek puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, ailede meme kanseri bulunan kişinin yakını katılımcıların KKMM engelleri puan ortalamasının aneane katılımcı puan ortalamasının teyze ve hala puan ortalamalarından farklı olmasından kaynaklandığı bulunmuştur.

Düzenli uyku uyumayanların KKMM yarar algı puan ortalaması en yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Düzenli beslenme durumu, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu ile sağlık inançları alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Düzenli egzersiz yapma durumu ile önemseme, KKMM Yararları, öz etkililik, mamografi yararları, mamografi engelleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Düzenli uyku uyuma durumu ile önemseme, Sağlık Motivasyonu, KKMM Yararları, KKMM engelleri öz etkililik, mamografi yararları, mamografi engelleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Sigara içme durumu ile önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM öz etkililik, mamografi yararları, mamografi engelleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur($p>0.05$)

Ailede meme kanseri varlığı ile önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri öz etkililik, mamografi yararları, mamografi engelleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Ailede meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık derecesi ile önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları öz etkililik, mamografi yararları, mamografi engelleri puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo20. Katılımcıların KMM'ye düzenli gitme değişkenine göre sağlık inançları ve alt boyutları puan ortalamaları

Ölçek alt boyutları	Klinik Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu		İstatistik
	Giden X ± SD	Gitmeyen X ± SD	
Duyarlılık	8,72±2,35	8,22±3,33	t=1,379; p=0,169
Önemseme/Ciddiyet	20,40±4,16	20,47±4,80	t=-0,092; p=0,926
Sağlık Motivasyonu	20,45±2,72	20,29±3,21	t=0,319; p=0,750
KKMM Yararları	16,26±2,44	16,08±2,68	t=0,413; p=0,680
KKMM Engelleri	17,49±3,97	17,94±5,19	t=-0,570; p=0,569
KKMM Öz-Etkililiği	34,30±5,97	34,90±6,16	t=-0,617; p=0,537
Mamografi Yararları	17,47±2,98	17,84±3,25	t=-0,742; p=0,458
Mamografi Engelleri	24,02±6,75	26,19±6,27	t=-2,173; p=0,030

Klinik meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu ile sağlık inançları mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması doktora gitmeyenlerde gidenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Katılımcıların sağlık inançları düzeyleri ve alt boyutlarının KKMM yapma değişkenine göre dağılımı

Ölçek alt boyutları	Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumu		İstatistik
	Yapan X ± SD	Yapmayan X ± SD	
Duyarlılık	8,40±2,36	7,97±2,25	T=1,404; p=0,161
Önemseme/Ciddiyet	20,19±4,82	21,28±4,27	T=-1,820; p=0,070
Sağlık Motivasyonu	20,56±3,00	19,56±3,43	T=2,525; p=0,012
KKMM Yararları	16,41±2,55	15,21±2,71	T=3,597; p=0,000
KKMM Engelleri	17,34±4,94	19,48±4,99	T=-3,368; p=0,001
KKMM Öz-Etkililiği	35,56±6,00	32,57±5,99	T=3,882; p=0,000
Mamografi Yararları	17,79±3,11	17,78±3,52	T=0,040; p=0,968
Mamografi Engelleri	25,37±6,41	27,40±6,06	T=-2,490; p=0,013

KKMM'si yapanların sağlık motivasyonu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

KKMM Yararları alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

KKMM engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda, yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

KKMM Öz-Etkililiği alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Mamografi Engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Duyarlılık, önemseme/ciddiyet ve mamografi yararları alt ölçek puanının KKMM'si yapma durumu ile alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır($p>0.05$) (Tablo 21)

Tablo 22. Katılımcıların sağlık inançları düzeyleri ve alt boyutlarının mamografi çektirme durumuna göre dağılımı

Ölçek alt boyutları	Mamografi çektirme durumu		İstatistik
	Çektiren X ± SD	Çektirmeyen X ± SD	
Duyarlılık	8,63±2,38	8,22±2,32	T=1,218; p=0,224
Önemseme/Ciddiyet	20,18±4,47	20,52±4,76	T=-0,508; p=0,612
Sağlık Motivasyonu	20,63±3,29	20,24±3,11	T=0,847; p=0,397
KKMM Yararları	16,19±2,79	16,09±2,61	T=0,267; p=0,790
KKMM Engelleri	17,05±5,22	18,05±4,98	T=-1,364; p=0,174
KKMM Öz-Etkililiği	36,32±5,30	34,49±6,25	T=2,056; p=0,041
Mamografi Yararları	17,88±3,11	17,77±3,24	T=0,225; p=0,822
Mamografi Engelleri	22,86±6,16	26,52±6,25	T=-4,031; p=0,000

Tablo 22’de katılımcıların sağlık inançları düzeyleri ve alt boyutlarının mamografi çektirme durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre, mamografi çektiren bireylerin KKMM öz-etkililiği alt ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Mamografi çektirmeyen bireylerin mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$).

Mamografi çektirme durumu ile duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları KKMM engelleri ve mamografi yararları alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin koruyucu sağlık önlemleri ile sağlık inançlarının araştırıldığı bu çalışma tarama yöntemiyle sürdürülmüştür. 324 katılımcı örnekleme yer almıştır.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,952 \pm 6,489$ 'dir. Hemşirelerin eğitim durumu ise %54,3'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin %59'u evlidir ve bunların %50,3'ünün çocuğu vardır. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu inceleyen bir çalışmada ise çıkan sonuçlar hemşirelerin yaş ortalamasının $30,09 + 5,12$ 'dir. Diğer bulgulara baktığımızda evli katılımcılar %46, bekar katılımcılar %54'tür. Eğitim durumu incelendiğinde de lisan mezunu %59 olarak bulunmuştur (Karayurt ve ark., 2008). Her iki çalışmada incelendiğinde hemşirelerin demografik bulgularının iki bölgede de birbirine benzediği oranların yakın olduğu görülmektedir.

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin %50'si spor yapma faaliyetini bazen yaptıklarını belirtmiştir, %41 ise egzersiz yapamadıklarını belirtmiştir. Özyayın ve arkadaşlarının(2009) yaptığı çalışmada ise egzersiz yapma durumuna % 69,6'sı var derken %30,4'ü yapmadıklarını söylemişlerdir. Araştırma da hemşirelerin %49,4'ü düzenli beslendiğini, %50,6'sı ise düzenli beslenmediğini belirtmiş. Hemşirelerin %60,2 si düzenli uyuyamıyor. Hemşirelerin %76,5'i sigara içmiyor, %91,4'ü alkol kullanmıyor. Kadınların alkol kullanımlarının östrojen üretimi üzerinde etkili olduğu için meme kanseri risk etkenlerindedir fakat sigara kullanımı da meme kanseri üzerinde etkisi saptanmamıştır(Güllüoğlu ,2011). Tip2 diyabetli kadınlarda yapılan bir çalışmada ise sigara kullanımı %18,5, Alkol kullanımı %5,4 olarak saptanmıştır (Tayhan, 2017). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu bir çalışmada ise bu oran %9,2'sinin alkol, %36'sının sigara kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %84,3'ünün ailesinde meme kanseri yok %15,7'sinin ailesinde meme kanseri vardır. Kılıç ve arkadaşlarının(2009) yaptığı çalışmada ise sonuçlar %13 ailede meme kanseri var %87 yok olarak çıkmıştır. Özdemir ve Bilgili'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada sonuç ise %87,1'i ailede meme kanseri öyküsü yok demıştır. Karayurt ve arkadaşlarının(2018) yapmış olduğu çalışmada ise ailede meme kanseri var mı sorusuna cevapları %90'nı hayır derken %10'u evet demıştır.

Hemşirelerin %85,5'i klinik meme muayenesi için hekime gitmemektedir. Düzenli hekime gidenlerin %63,8'i meme kanserine önlem ve erken tanı için gitmektedir.

Hemşirelerin %17,6'sı mamografi yaptırmaktadır ve yaptıranların %50,9'u sorunla karşılaştıkların da gitmektedirler. Mamografi yaptırmayan grup ise %55,5'ü zaman bulamadıkları için yaptırmamaktadır. Hemşirelerin %75'i kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Bu sonuçlara baktığımızda erken tanı önlemlerinden kendi kendine meme muayenesi daha kolay görüldüğü ve utanma duygusunun daha az olduğu için tercih edildiğini görüyoruz. Kendi kendine meme muayenesi yapmayan kişilerin yapmama nedeni olarak %71,6'sının de neden olarak önemsemediğini görüyoruz. Özdemir ve Bilgili (2010) yapmış oldukları araştırmada ise katılımcıların %60,2'si düzenli olarak KKMM yapmakta olup, bunlardan %75,9'u en son 1 ay önce KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. KKMM yapmayan katılımcıların ifadeleri değerlendirildiğinde; ifadelerin tamamında "ihmal", %10,7'sinde "gerekli görmeme" yer almaktadır. Yine aynı araştırmada katılımcıların sadece %18,8'i KMM yaptırmakta olup, bunlardan %78'i en son bir yıl önce KMM yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. KMM yaptırmama nedeni olarak hemşirelerin %85,3'ü ise "ihmal ettiğini", %26,5'i "gerekli görmediğini" ifade etmişlerdir. Mamografi ise sadece %7,3'ü yaptırmıştır. Bir başka çalışmada da KKMM, KMM, mamografi yaptırmama durumları üçü bir ele alınmış ve sonuç %13,8'in yaptığı çıkmıştır(Uncu ve Bilgin,2011).Kılıç ve arkadaşlarının(2006) yaptığı çalışmada %82'si KKMM yaparken %18'si yapmamıştır. Gençtürk'ün (2015) yapmış olduğu araştırmada İstanbul'da bir devlet hastanesinde çalışan kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada, çalışanların %86,8'inin KKMM yapmasını bildiği ve %19,7'sinin düzenli olarak her ay KKMM yaptıkları ifade etmişlerdir. Canpulat'ın (2006) sağlık çalışanları üzerinde yapmış olduğu çalışmada, sağlık çalışanları arasında KKMM yapanların oranı %81,3 olup; mesleki dağılımları incelendiğinde de hekimlerin %82,2'sinin, hemşirelerin %78,1'inin, ebelerin ise %81,25'inin KKMM yaptıkları görülmüştür.

Çalışmanın sağlık inançları ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde 8,29±2,33 ile 34,81±6,13 arasında değiştiği görülmüştür. Canpulat'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada ölçek alt boyut puan ortalamalarının 8,4 ± 2,9 ile 37,7 ±7,7 arasında değiştiği, Başka bir çalışmada ise alt boyut puan ortalamasının 7,78 ±1,91 ile 29,13 ±8,76 arasında değiştiği (Gerçek ve ark., 2008), hemşire öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin ölçek alt boyut puan ortalamasının 7,88 ±2,94 ile 34,92 ±7,08 arasında değiştiği bulunmuştur (Aydın Avcı ve Keskin ,2005). Çalışmanın konuyla ilgili diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği elde edilmiştir.

Hemşirelerin ailesinde meme kanseri olma durumu ile KMM arasında bir ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur . Ailesinde meme kanseri olma durumu ile Mamografi ve KKMM arasında bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların ailesinde meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık durumu ile KMM, Mamografi ve KKMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ailesinde meme kanseri olmayanların KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması ailesinde meme kanseri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise ailesin de meme kanseri olan bireylerin duyarlılık algısı olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca ailesinde meme kanseri olan bireylerin önemlilik ve öz-etkinlik algıları ailesinde meme kanseri olmayan bireylere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(Kılıç ve ark.,2009).

Kendi kendine meme muayesisi yapanların sağlık motivasyonu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. KKMM Yararları alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. KKMM engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda, yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur. KKMM Öz-Etkililiği alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur. Mamografi Engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Duyarlılık, önemseme/ciddiyet ve mamografi yararları alt ölçek puanının KKMM'si yapma durumu ile alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise duyarlılık, yarar, engel, sağlık motivasyonu ve güven alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların KKMM uygulayan ve uygulamayan kişiler arasında ciddiyet alt boyutu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark rastlanmamıştır (Karayurt ve ark., 2008).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,952 \pm 6,489$ 'dir. Hemşirelerin eğitim durumu ise %54,3'ü lisans mezunudur. Hemşirelerin %59'u evlidir, %41'i bekarıdır.

- Medeni durumlarına göre mamografi yaptırma ve KKMM yapma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumlarına göre KMM yaptırma, mamografi yaptırma ve KKMM yapma durumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin düzenli uyku uyuma durumu ile KKMM yapma durumları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin ailesinde meme kanseri olma durumu ile KMM arasında bir ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Hemşirelerin klinik meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme durumu ile sağlık inançları mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması doktora gitmeyenlerde gidenlere göre daha yüksek bulunmuştur.
- KKMM'si yapanların sağlık motivasyonu puan ortalaması yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.
- KKMM engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda, yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- KKMM Öz-Etkililiği alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Mamografi Engelleri alt ölçek puan ortalaması KKMM'sini yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Mamografi çektirmeyen bireylerin mamografi engelleri alt ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Bu araştırma sonucunda hemşirelerin KKMM uygulama oranı yüksek bulunmuştur. Ailesin de meme kanseri bulunan hemşirelerin KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Öneriler;

- Katılımcılar hemşire olmasına rağmen KMM ve mamografi çekirme konusunda yeterli yüzdeye sahip olmadıkları görülmüştür. Bu konularda hemşireler için meme kanseri koruyucu önlemleri ile ilgi eğitim planlanabilir.
- KKMM konusunda hemşireler iyi düzeyde hissettiklerini söylediler de çok iyi ve mükemmel düzeyde hisseden gruplar azdır. KKMM'nin nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirme çalışmaları yapılabilir.
- Bulgularda yer alan yakınlarında meme kanseri olması oranı bu kanser türünün yaygınlığı konusunda fikir vericidir. Meme kanseri konusunda bilgilendirici ve erken önlem alınmasına yönelik çalışmalar arttırılabilir.
- Hemşirelerin büyük kısmı koruyucu önlemleri önemsemedikleri için yeterli düzeyde yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler için düzenli klinik kontroller planlanabilir.
- Hemşirelerin düzenli beslenmesi ve düzenli uyku durumu koruyucu önlemler üzerinde etkili bulunmuştur. Beslenme ve uyku düzenlemesi için belli çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abeloff MD, Wolff AC, Wood WC. Cancer of Breast. Clinical Oncology. 2004;3.
- Ahmed F, Mahmud S, Hatcher J, Khan S. Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: A Cross-Sectional Study, BMC Nursing 2006;5.
- American Cancer Society (ACS), 2016. Cancer facts & Figures. <http://www.cancer.org>. Erişim tarihi: 02.01.2018.
- American Cancer Society (ACS), 2014. Breast Cancer. <http://www.cancer.org>. Erişim Tarihi:10.11.2018.
- American Cancer Society, 2017. Breast Cancer Screening Guideline. <https://www.cancer.org/research/infographics-gallery/breast-cancer-screening-guideline/breast-cancer-screening-guideline-text-alternative.html>. Erişim Tarihi:15.12.2017
- American Cancer Society (ACS), 2018. Breast Cancer Screening Guideline. <http://www.cancer.org>. Erişim Tarihi:10.11.2018.
- Ateş, S. Kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi 2014;31-33.
- Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in hispanic women: a literature review using the health belief model. Women's Health Issues 2002;122-128.
- Aydın İ. ve Keskin T. Hemşire öğrencilerin kendi kendine meme muayenesine ilişkin sağlık inançları” (Nursing students' health beliefs regarding breast self-examination), Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2005;22 (4), 146-150.
- Aydın İ, Işıklı Z. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları.3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Edirne, Bildiri Özet Kitabı 2004:32.
- Bahadır M. Güllüoğlu. Meme hastalıklarına yaklaşım: Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri. 2008;12(1):9-17 .
- Baltaş Z. Sağlık ve hastalık kavramlarına çağdaş yaklaşımlar. Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, 1. Basım. Ankara. Remzi Kitabevi. 2000;51-53.
- Başaran BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir AT. (Eds). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara.2017; 38-40.
- Berkarda B. Meme kanseri. İ.Ü Basınevi ve Film Merkezi, İstanbul.2000.

- Bray F, Mc Carron P, Parkin Md. The changing global patterns of females breast cancer incidence. Breast Cancer Research 2004; 229-239.
- Breast Cancer Facts & Figures American Cancer Society. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures>. Erişim Tarihi:15.02.2018.
- Canbulat, N. Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi.. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 33-35.
- Champion V. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. Res Nurs Health 1999; 22:341-348.
- Champion VL, Skinner CS. Differences in perceptions of risk, benefits, and barriers by stage of mammography adoption. J Womens Health (Larchmt) 2003;277-286.
- Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swah TS. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore, Singapore Med J 2002;509-516.
- Çenesiz E, Atak N. Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bül 2007;6(6):427-434.
- Dalay N. Meme kanserinin biyolojisi. Meme kanseri, biyoloji, tanı, evreleme ve tedavi, Topuz E. Editör. 1.baskı, İstanbul. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3. 1997; 40- 65.
- Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y. Genel Cerrahi, Bozfakıoğlu Y. Editör. 1. baskı, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002;123-132.
- Dozier KJ, Mahon SM. Cancer Prevention, Detection and Control: A Nursing Perspective, Oncology Nursing Society, Pittsburgh PA. 2002; 389-443.
- Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. International Journal of Health Services 2001; 605-615.
- Erhan Y, Kumar V, Cotran RS., Temel Patoloji. Robbins SL. Editör. 1.baskı, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2002;623-635.
- Ersin F, Bahar Z. Sağlık geliştirme modelleri’nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. 2012;53-55.
- Fact Sheets by Cancer http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx Erişim Tarihi:10.03.2017.

International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr> Erişim tarihi: 28.01.2018.

Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. J Anatolia Nurs Health Sci. 2007;10(4):72-82.

Gençtürk, N. İstanbul'da bir sağlık kuruluşunda çalışan kadın sağlık profesyonellerinin kendi kendine meme muayenesini bilme ve uygulama durumları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015, 2(2);209-216.

Gerçek, S., Duran, Ö., Yıldırım, G., Karayel, H., Demirliçakmak, H .Kredi Yurtlar Kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008, 4(3): 157-161.

Globocon 2018. Breast cancer. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf,2018>. Erişim tarihi: 01.05.2019.

Gonzalez JT. Factors relating to frequency of breast self examination among lowincome Mexican American women, Cancer Nurs 1990; 13:134-142.

Gözüm S, Aydın İ, Validation evidence for turkish adaptation of champion's health belief model scales. Cancer Nursing 2004;27(6):491- 498.

Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004;1(2); 71-85.

Güllüoğlu B. Risk Faktörleri. İçinde: Aydın S, Akça T. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. 1. Baskı, Adana, Adana Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. şti. 2011;35-46.

Health Belief Model. [http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health Belief Model Overview](http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health%20Belief%20Model%20Overview) Erişim Tarihi:09.10.2018.

Hodge FS. Breast Cancer–Screening Behavior among Rural California American Indian Women. Am Indian Cult Res J. 2009;33(3):35–42.

<https://www.maurerfoundation.org/about-breast-cancer-breast-health/how-to-do-a-bse-breast-self-exam/> Erişim tarihi: 01.05.2018.

<https://www.radiologyinfo.org/en/pdf/mammo.pdf> Erişim Tarihi : 03.05.2018.

<https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>Erişim Tarihi : 22.06.2018.

https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_cancers_en.pdf Erişim Tarihi : 17.05.2018.

- Jironjwong S, McLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and selfexamination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 41(3): 241-249.
- Karayurt Ö.Champion's Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir,2003.
- Karayurt Ö. Meme Kanseri. İçinde: Can, G. Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015:619-657.
- Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. 1. Baskı, Adana, Adana Nobel Kitapevi, 2011; 973-985.
- Kawar LN. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17(1):88–94.
- Kılıç D. premenapozal dönemdeki kadınlara verilen eğitimin osteoporozla ilişkin sağlık inançları ve bilgi düzeylerine etkisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, Doktora Tezi.2003 ;73-75.
- Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. http://ichastaliklari.dergisi.org/managete/fu_folder/ Erişim Tarihi : 17.05.2018.
- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health*, 2011;7(2):47-67.
- Ma G, Gao W, Lee S, Wang M, Tan, Shive. Health seeking behavioral analysis associated with breast cancer screening among Asian American women. *Int J Womens Health* 2012;235–43.
- Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-0051/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/424-meme-kaner-tarama-standartlari.html#sthash.0IaubSPp.dpuf> Erişim Tarihi : 12.07.2018.
- Nahcivan N,Seçginli S.Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1)33- 38.
- Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalın PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Breast cancer knowledge, source of information, and breast health practices of women in Bahçeşehir. *J Breast Health* 2009; 5:214-224.
- Özdemir, Ö., Bilgili, N. Bir eğitim hastanesinde çalışan Hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010;9(6): 605-612.

- Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayol N. bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 9-14.
- Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 72-83.
- Rohleder P, Critic al issues in clinical and health psychology. London, SAGE Publications 2012.
- Sağlık Bakanlığı, 2014. Türkiye kanser istatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/2014RAPOR._uzuuun.pdf. Erişim Tarihi: 11.06.2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2016. İstatistikleri Yıllığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/pdf>. Erişim Tarihi:22.06.2018 .
- Sağlık Bakanlığı, 2017. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları.<http://www.thsk.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi:23.05.2018 .
- Seçginli, S, Nahcivan NO. Factors Associated With Breast Cancer Screening Behaviours in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. International Journal of Nursing Studies 2006;161-171.
- Seçginli, S. Meme kanseri taraması son yenilikler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011; 193-200.
- Seçginli S, Nahcivan N, Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women Cancer Nursing 2004;287.
- Somunoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4: 10.
- Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi 2016; 28.
- Tayhan E. Tip 2 Diyabetli Kadınlarda meme kanseri riskinin saptanması ve verilen kendi kendine meme muayenesi eğitiminin değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017;23.
- Tüccar E. Meme Anatomisi. İçinde: Aydın, S, Akça, T. Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. 1. Baskı, Adana, Adana Nobel Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. ğti. 2011:19-24.
- Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Meme Kanseri Taramaları. http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf. Erişim Tarihi: 24.01.2018.

- Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Ankara,2018 <http://hsgm.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 30.12.2018 .
- Türkiye İstatistik Kurumu 2015. Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 27.09.2018.
- Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği. <http://www.turkkanser.org.tr/arama> Erişim Tarihi: 30.12.2018.
- Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self-examination. The Breast Journal 2003;86-89.
- Yip CH, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang ES. et al. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries: Early detection resource allocation. Cancer 2008 ;244–256.
- Yılmaz SM, Atak N. Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. Turk J Public Health 2014; 12(1):51-60.
- Zorukoş S. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlar için bilgi ve destek gereksinimleri ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. 2008;23.

EKLER

EK-1

ANKET FORMU

Bu anket, hemşirelerin meme kanseri koruyucu önlemler ile kendi kendine meme muayenesi ve mammografiye ilişkin sağlık inançları ve uygulamaları adlı çalışma için kullanılacaktır. Bu çalışmanın amacı hemşirelerin meme kanseri koruyucu önlemler konusunda bilgi düzeyini görmek ve sağlık inancın kişilerdeki etkisini görmeyi istemektedir. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak tez için kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacı:

Yardımcı Araştırmacı:

Adı-Soyadı: Birsen ALTAY

Adı-Soyadı: Pelin PELİT

1. Yaşınız:.....
2. Öğrenim durumunuz:
1.() Lise 2. () Önlisans 3.() Lisans 4.() Y.lisans 5.() Doktora
3. Medeni haliniz nedir: 1. () Evli 2. () Bekâr
4. Çocuğunuz var mı?
1.() Evet 2. () Hayır
5. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?
1.() Düzenli 2. () Bazen 3. () Yapmıyorum
6. Düzenli besleniyor musunuz? 1.() Evet 2. () Hayır
7. Düzenli uyku uyuyabiliyor musunuz?
1.() Evet 2. () Hayır ise neden?
8. Sigara içiyor musunuz? 1. () Evet 2. () Hayır
9. Alkol kullanıyor musunuz ? 1. () Evet 2. () Hayır
10. Ailenizde meme kanseri olan kimse varmı ?
1. Ailede meme kanseri var 2. Ailede meme kanseri yok
11. Ailenizde meme kanseri bulunan kişilerin yakınlık derecesi nedir?
1. Teyzem 2. Halam 3. Anneannem 4. Kız kardeşim + Anne
12. Klinik Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gidermisiniz?
1. Evet 2. Hayır
13. Ne sıklıkla KMM gidersiniz ?(KMM'ni yaptıranlar için)
1. () Her yıl (düzenli olarak) 2.() 2 yılda bir 3.() sorunum olduğunda

14. Klinik meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitme nedeniniz (evet diyenler için)

1. () Meme kanserine önlem, erken tanı
2. () Hastalık

15. Meme muayenesi için düzenli olarak hekime gitmeme nedeniniz (hayır diyenler için)

1. Utanıyorum
2. Zaman Bulamıyorum
3. Önemsememe
4. diğ er

16. Siz Ş u ana kadar hiç Mamografi ç ektirdiniz mi?

1. Evet ç ektirdim (kaç kez.....)
2. Hayır hiç ç ektirmedim .

17. Ne sıklıkla mamografi ç ektirirsiniz? (mamografi yaptıranlar için)

1. () Her yıl (düzenli olarak)
2. () 2 yılda bir
3. () sorunum oldu ğ unda

18. Mamografi yaptırmama nedenleri (Hayır diyenler için sorulmuştur).

1. Utanma
2. Ağrı duyma korkusu
3. Zamanım yok
4. Kötü bir sonuç alacağımdan korkuyorum
5. Radyasyon almaktan korkuyorum su

19. Kendi kendinize meme muayenesi (KKMM) yapar mısınız?

- 1) () Evet
- 2) () Hayır

20. Ne sıklıkla KKMM yapıyorsunuz?

1. () Her ay (düzenli)
2. () Her banyodan sonra
3. () Aklıma geldikçe
4. () Sorun oldu ğ unda

21. KKMM yapmama nedenleri (Hayır diyenler için sorulmuştur)

1. Yapılması konusunda bilgim yok
2. İ hmalkarlık
3. Gere ğ ine inanmama
4. Kötü bir sonuç alacağımdan korkuyorum

22. KKMM yapmayı ne derecede biliyorsunuz?

- 1.() Çok iyi
- 2.() İyi
- 3.() Emin de ğ ilim
- 4.() Biraz biliyorum
- 5.() Hiç bilmiyorum

EK-2

CHAMPION'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi ye ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Bu nedenle lütfen soruları boş bırakmayınız.

Duyarlık;

- | | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 1.Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Önemseme/ciddiyet;

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Meme kanserini düşünmek beni korkutur. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Meme kanserini düşünmekten korkarım. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çokuzun bir süre devam edecek. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Meme kanseri olmak eşimle(ya da birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Sağlık motivasyonu;

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Dengeli beslenirim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

KKMM yararları;

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavi daha etkili olabilir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

KKMM engelleri;

1. KKMM yapmaktan sıkılıyorum. () () () () ()
2. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor. () () () () ()
3. Meme muayenesi yapmayı hatırlamak zordur. () () () () ()
4. 4.Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok. () () () () ()
- 5.Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanıza gerek yok. () () () () ()
6. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez. () () () () ()
7. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor. () () () () ()
8. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var. () () () () ()

KKMM öz-etkililiği;

1. KKMM'nin nasıl yapılacağını biliyorum. () () () () ()
2. KMM'ni doğru bir şekilde yapabilirim. () () () () ()
3. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim. () () () () ()
4. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim. () () () () ()
5. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim. () () () () ()
6. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim. () () () () ()
7. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum. () () () () ()
8. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunda söyleyebilirim. () () () () ()
9. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim. () () () () ()
- 10.Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim. () () () () ()

Mamografi yararları;

1. Mamografi çektirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.

Kesinlikle katılmıyorum
Katılmıyorum
Kararsızım
Katılıyorum
Kesinlikle katılıyorum
() () () () ()

2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.

() () () () ()

3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.

() () () () ()

4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.

() () () () ()

5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.

() () () () ()

Mamografi engelleri;

1. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.

() () () () ()

2. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.

() () () () ()

3. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.

() () () () ()

4. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.

() () () () ()

5. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.

() () () () ()

6. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.

() () () () ()

7. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.

() () () () ()

8. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.

() () () () ()

9. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamam.

() () () () ()

10. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.

() () () () ()

11. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.


() () () () ()


EK-3

"Sağlık inanç ölçeği" kullanım izni

2 2

SG SEBAHAT GÖZÜM <sgozum_25@hotmail.com>
23.11.2016 Çar 10:38
Siz

 Gözüm & Aydın CHBMS-Turk...
169 KB

 GÖZÜM-KARAYURT-AYDIN.d...
193 KB

2 ek (362 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Pelin hanım istemiş olduğunuz ölçeğe ilişkin makaleler ektedir. Yararlı olması dileğiyle

Prof. Dr. Sebahat Gözüm
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Antalya

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

...

PP pelin pelit
23.11.2016 Çar 09:59
sgozum_25@hotmail.com

Sayın hocam,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği alanında yüksek lisans öğrencisiyim.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlık inanç ölçeği"ni, danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Birsen ALTAY ile yapmayı planladığımız TEZ çalışmamda kullanmak için izin istiyorum.

Ölçeği kullanmam konusunda izin vermeniz durumunda ölçeğinizin özgün formunu ve değerlendirilmesini e-posta adresime bildirmenizi arz ederim.

Saygılarımla,

E-posta: pelin.pelit.52@hotmail.com

EK-4



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-929-E.38281
Konu : Anket Çalışma İzni hk.

18/04/2017

SN:PELİN PELİT

İlgi : 17/04/2017 tarihli yazınız.

İlgi tarihli dilekçeniz incelenmiş olup Hastanemizde "Hemşirelerin Meme Kanseri Koruyucu Önlemler ile Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mammografiye İlişkin Sağlık İnançları ve Uygulamaları" konulu anket çalışmasını yapabileceğinize uygun görülmüştür.

Gerliğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Birgül YILMAZ
birguly@omu.edu.tr
Dahili:2980

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

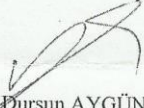
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/552-636

23.12.2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Hemşirelerin Meme Kanseri Koruyucu Önlemler ile Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mammografiye İlişkin Sağlık İnançları ve Uygulamaları** başlıklı OMÜ KAİK 2016/357 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 01.12.2016 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Pelin PELİT

Doğum Yeri: Ordu

Doğum Tarihi: 10.04.1992

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

- Ordu Başöğretmen Anadolu Lisesi /2006
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu/2010
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/2015

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

- Hemşire-Samsun Medical Park Hastanesi/2014
- Hemşire-Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi/2014
- Hemşire-Ordu Gürgentepe Devlet Hastanesi/2016

E-posta:

- pelin.pelit.52@hotmail.com