

**T.C**  
**ŒIFA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŒİRELİĐİ ANABİLİM DALI**

**MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN**  
**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN**  
**SAĞLIK İNANÇLARINA OLAN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

**Œule OLGUN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŒMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Berna DİZER**

**2015-İZMİR**

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

**MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN**  
**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN**  
**SAĞLIK İNANÇLARINA OLAN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

**Şule OLGUN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŐMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Berna DİZER**

**Tez No: 2015-502**

**2015-İZMİR**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı** Çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/ 07/2015

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Berna DİZER - Şifa Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Atilla ÇÖKMEZ - Şifa Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Kerziban YENAL- Şifa Üniversitesi

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Halil İbrahim ATABAY  
Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek, sabır ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Berna DiZER'e,

Mesleki yaşamımda bilgi ve deneyimleri ile her zaman yanımda olan ve aynı zamanda tez izleme jürimde yer alarak büyük katkıları ile çalışmamı destekleyen Şifa Üniversitesi Hastanesi Onkoloji ve Genel Cerrahi Uzmanı Sayın Prof. Dr. Atilla ÇÖKMEZ'e,

Yüksek lisans eğitimime bilgi ve deneyimleri ile destek sağlayan ve aynı zamanda tez izleme jürimde yer alarak katkıları ile çalışmamı destekleyen Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Kerziban YENAL'a

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyelerine,

Şifa Üniversitesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesi hemşirelerine ve hekimlerine,

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm kadınlara,

Bugüne dek sürekli yanımda olan ve beni destekleyen anneme, babama ve eşime en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Şule OLGUN

İzmir, 2015

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	vii
Şekiller Dizini	viii
Tablolar Dizini	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
<b>2. GENEL BİLGİ</b>	<b>5</b>
2.1. Memenin Yapısı	5
2.2. Memenin Kanlanması	6
2.3.Memenin Lenf Yolları	6
2.3.1.Eksternal Mammarial Lenf Nodülleri	6
2.3.2.Skapular Lenf Nodülleri	6
2.3.3. Santral Lenf Nodülleri	6
2.3.4. Aksillar Lenf Nodülleri	6
2.3.5. İnterpektoral Lenf Nodülleri	6
2.3.6. Subklavikular Lenf Nodülleri	7
2.3.7. İnternal Mammarial Lenf Nodülleri	7
2.4. Kanserin Tanımı	8
2.5. Meme Kanserinin Tanımı	8
2.6. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	9
2.7. Meme Kanserinin Etiyolojisi	10
2.7.1. Değişirilemeyen Risk Faktörleri	10
2.7.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri	12
2.7.3. Kesin Olmayan, Tartışmalı Risk Faktörleri	13
2.7.4. Diğer Çelişkili Risk Faktörleri	13
2.8. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	14
2.9. Meme Kanserinde Metastazlarla İlgili Belirtiler	15
2.10. Meme Kanserinin Görülme Olasılığı	15

2.11. Meme Kanserinden Korunma	15
2.11.1. Birincil Koruma	15
2.11.2. İkincil Koruma	17
2.11.2.1. Meme Kanseri Taramaları	17
2.11.2.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	18
2.11.2.1.2. Klinik Meme Muayenesi	22
2.11.2.1.3. Mamografi	23
2.11.2.1.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme	23
2.12. Sağlık İnanç Modeli Tarihçesi	24
2.13. Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Major Kavramları	24
2.13.1. Duyarlılık Algısı	25
2.13.2. Önemseme/Ciddiyet Algısı	25
2.13.3. Yarar Algısı	25
2.13.4. Engel Algısı	26
2.13.5. Eyleme Yöneltiler	26
2.13.6. Öz-Etkililik/Yeterlilik	26
2.14. Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü	28
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>30</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	31
3.4.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	31
3.5. Araştırma Planı ve Takvimi	33
3.6. Veri Toplama Süreci	33
3.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi	35
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.10. Araştırma Etiği	36

<b>4. BULGULAR</b>	<b>38</b>
4.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgi Dağılımı	38
4.2. Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı	40
4.3. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranış, Sebep ve Sıklıklarının İncelenmesi	42
4.4. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası SİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	44
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>46</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>54</b>
<b>ÖZET</b>	<b>56</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>57</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>58</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK 1.</b> Tanıtıcı Bilgi Formu	
<b>EK 2.</b> Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	
<b>EK 3.</b> Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin (SİMÖ) Türkçe'ye Uyarlamasını Yapan Gözüm ve Aydın'dan E-posta Yolu ile Alınan İzin Belgesi	
<b>EK 4.</b> Etik Kurul İzni	
<b>EK 5.</b> Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
<b>EK 6.</b> Meme Kanseri Risk Etmenleri ve Tarama Davranışları Eğitim Kitapçığı	
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	

## Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

**AD:** Anabilim Dalı

**AKB:** Amerikan Kanser Birliği

**BRCA 1:** Breast Cancer-1

**BRCA 2:** Breast Cancer-2

**GLOBOKAN:** Dünya Kanser Veri Tabanı

**IACR:** International Agency for Research on Cancer

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**NCI:** National Cancer Institute

**SİM:** Sağlık İnanç Modeli

**SİMÖ:** Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WHO:** World Health Organization



## Şekiller Dizini

<b>Şekil 1.</b> Memenin Yandan Görünümü	5
<b>Şekil 2.</b> Memenin Lenfatik Sistemi ve Aksiller Lenf Nodülleri	7
<b>Şekil 3.</b> Meme Kanseri Gelişimi ve Yayılımı	9
<b>Şekil 4.</b> Türkiye’de Meme Kanseri İnsidansı	10
<b>Şekil 5.</b> Meme Kanserinden Korunmada Birincil Korunma Önlemleri	16
<b>Şekil 6.</b> Yukarıdan-Aşağı, Aşağıdan-Yukarı Tarama Yöntemi	20
<b>Şekil 7.</b> Elle Muayenede Tarama Yöntemleri	20
<b>Şekil 8.</b> Yatar Pozisyonda Memenin Değerlendirilmesi	21
<b>Şekil 9.</b> Memenin Elle Ayakta Değerlendirilmesi	22
<b>Şekil 10.</b> Araştırma Planı	33

## Tablolar Dizini

<b>Tablo 1.</b> Meme Kanseri Korunma Yöntemleri Uygulama Sıklığı	18
<b>Tablo 2.</b> Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar	27
<b>Tablo 3.</b> Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Her Bir Boyutunda Yer Alan Madde Sayısı ve Alınabilecek Puanlar	32
<b>Tablo 4.</b> Veri Toplam Süreci	34
<b>Tablo 5:</b> Kadınların Tanıtıcı Bilgi Dağılımı	38
<b>Tablo 6:</b> Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı	40
<b>Tablo 7:</b> Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranışlarının İncelenmesi	42
<b>Tablo 8:</b> Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranış Sebep ve Sıklık Dağılımı	43
<b>Tablo 9:</b> Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi	44

# 1. GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olması ve insidansının günden güne artması nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur (Nahçıvan 2003). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre Dünya'da yaklaşık 1 milyon yeni meme kanseri olgusu saptandığı varsayılmakta ve kanser nedeniyle oluşan ölümler içerisinde meme kanserinin, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (National Comprehensive Cancer Network 2011, National Cancer Institute 2013).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılı verilerine göre meme kanseri kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser sıralamasında birinci sırada yer almaktadır. Meme kanserinin görülme insidansı yüz binde 45.1'dir ve görülme sıklığı son 20 yılda 2 kattan fazla artmıştır (24/100.000 / 1993 ve 50/100.000 / 2010) (Stacey et al., 2002, Tunin et al., 2010).

Aile öyküsünde meme kanseri olan yüksek riskli kadınların korku, endişe, öfke, belirsizlik ve çaresizlik gibi duygular yaşadıkları belirtilmiştir (Chalmers and Thomson 1996, Chalmers et al., 2000, 2001, Lucassen and Watson 2005). Kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadıkları korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Karabaş 2013, Lee et al., 2007). Kadınlar meme kanseri olan yakınlarının sağlığı hakkında endişelenirken erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada güçlük çekmektedir ve birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınların, bulunmayan kadınlara oranla erken tanıya yönelik girişimlerinin daha az olduğunu gösteren kaynaklar mevcuttur (Chalmers and Thomson 1996, Chalmers et al., 2000, 2001).

Literatürde göre meme kanseri gelişiminin önlenmesi ya da hastalığın erken dönemde saptanabilmesi için birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınların meme kanseri hakkında bilgilendirilmeleri, yakın gözlem altında olmaları gerektiği bildirilmiştir (Leight et al., 2000, Özdemir ve Işık 1998, Sağlık Bakanlığı, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi 2005, Şahin 2007, Yıldırım 2012).

Chalmers ve Thomson (1996) meme kanseri riskine uyumda bilgi, destek ve iletişimin uyumu kolaylaştırdığını saptamıştır. Yapılan araştırmalarda meme kanserli yakını olan kadınların hastalık süresince yakınlarına destek olabilmek için; hastalığın seyri, tedavisi ve iyileşme süreci hakkında bilgi ve desteğe gereksinim duydukları belirtilmektedir (Leight et al., 2000, Lee et al., 2007, Merey 2002). Ancak Wen'in (2004) araştırmasında kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin sağlık çalışanları tarafından yeterli ölçüde karşılanmadığı bildirilmektedir.

Chalmers et al., (2003) Kanada'da birinci derece yakınlarında meme kanseri olan 261 kadının bilgi ve destek gereksinimlerini, bu gereksinimlerin kimler tarafından ne kadar karşılandığını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, kadınların KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi taraması hakkında bilgi ve desteğe gereksinim duydukları belirlenmiştir. Chalmers et al., araştırmaya katılan kadınların önemli buldukları destek konularını ise; sağlık personeli tarafından muayene edilmesi, KKMM yaparken doğru teknik kullanıp kullanmadığının kontrol edilmesi ve KKMM'ni düzenli yapma konusunda kendisine destek olunması şeklinde belirtmiştir.

Sinicrope et al., (2009) Amerika'da yaptıkları araştırmada, meme kanseri olan kadınların kızlarının KKMM yapma, klinik meme muayenesi, mamografi çektirme, meme kanserine yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi konularında bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.

Stacey et al., (2002) meme kanseri riski yüksek kadınların (n:97) bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları araştırmada, kadınların meme kanseri taramasını, meme kanseri riskini, düşük risk için yaşam biçimi değişiklik seçeneklerini, hormon replasman tedavilerini ve ilaçla korunmayı öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

Tunin et al., (2010) İsrail'de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların (n:128) bilgi destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin kimler tarafından ne kadar karşılandığını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, kadınların önemli gördükleri konunun, genellikle hastalığı önleme olduğu bildirilmiştir. Araştırmada kadınların önemli buldukları destek konularını ise; klinik meme muayenesi, KKMM ve meme kanseri olan yakını ile nasıl iletişim kuracağı olarak belirlemiştir. Yine araştırmada kadınların hiç karşılanmadığını belirttikleri bilgi gereksinimlerinin ise; kızının meme kanseri riski, kendinin ve çocuklarının meme

kanseri olma riskini çocuklarıyla nasıl konuşacağı ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Hiç karşılanmadığı belirtilen destek gereksinimleri ise; meme kanseri olursa nasıl bir plan yapacağı, KKMM öğrenirken doğru uygulayıp uygulamadığının kontrol edilmesi ve bir destek grubuna katılması olmuştur.

Gençtürk (2004) ve Akyolcu (2003) yaptıkları araştırmalarda, meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarının bilgi arama davranışlarını ölçmüş, bilgi gereksinimlerini belirleyerek bu doğrultuda verdikleri eğitimin etkinliğini değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda eğitim programından önce olguların yarısından çoğunun meme kanserinden korunma yöntemlerini bilmediğini ve meme kanserinden korunma/erken tanı yöntemini uygulamadığını belirtmişlerdir. Meme kanserinden korunma eğitim programı değerlendirildiğinde olguların eğitimden hemen önce ile eğitimden hemen sonra ve eğitimden bir ay sonra bilgi puan ortalamalarının eğitimden sonra arttığı belirlenmiştir. Ancak bu bilgiyi davranışa dönüştüremedikleri belirtilmiştir.

Aslan (2006) İzmir’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, kadınların bilgi gereksiniminin öneminin, destek gereksiniminin öneminden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınların önemli gördükleri bilgi maddelerinin; meme kanseri olan yakınıyla nasıl konuşacağı, meme kanseri olma riskini azaltmak için yapabilecekleri değişiklikler ve meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar olduğu belirlenmiştir. Önemli gördükleri destek gereksinimleri ise; sağlık personeli tarafından memenin muayene edilmesi, yakınının hastalığıyla ilgili endişeleriyle nasıl baş edeceği ve KKMM’yi yaparken sağlık personeli tarafından kontrol edilmesi olduğu belirtilmiştir.

Sağlık ekibi üyeleri eğitim ve bilinçli tutum geliştirme yoluyla toplumda meme kanseri erken tanı yüzdesinin yükseltilmesinde etkin olabilecek konumdadırlar (Akyolcu 2003, Aslan 2006, Andıç 2011). Bu noktada hemşireler; kadınların meme kanserinden korunma ve meme kanseri risk faktörleri hakkındaki bilgi gereksinimlerini karşılayabilmede kadınlarla daha yakın olmaları sebebi ile sağlık ekibi içerisinde önemli bir role sahiptirler (Aslan 2006, Andıç 2011).

Olumlu tutum geliştirmek için en önemli yollardan biri kişilerin sağlık inancını olumlu etkilemektir. Sağlık inancı, bireyin gerek eğitim alarak, gerekse kendi kendine

öğrenerek bir sağlıklı yaşam biçimi belirleyip, inanarak, güvenerek bu modeli kendi hayatına uygulamasıdır (Gözüm ve Aydın 2003). Sağlık çalışanları verdikleri eğitimin kişilerin sağlık inançlarına olan etkisi sonucunda; kişilerin sağlığa ve hastalığa bakış açılarını değiştirebilir, kişilere hastalıktan korunma yolunda davranış değişikliği geliştirmelerinde yardımcı olabilirler. Sağlık İnanç Modeli (SİM) ise; kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar (Karayurt 2009).

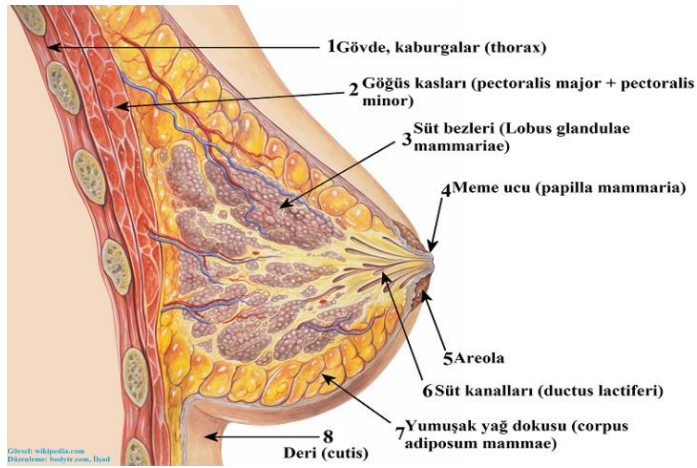
Bu saptamadan yola çıkılarak yapılan **araştırmanın amacı**; meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesidir.

## 2. GENEL BİLGİ

### 2.1. Memenin Yapısı

Memeler göğüs ön duvarında, 2-6. kaburgalar arasında yer alan, ektodermal kaynaklı, süt oluşturabilme yeteneğine sahip, spesyalize, aksesuar deri bezlerinden meydana gelmiş yapılardır. Memelerin gelişmesi, puberte ile ortaya çıkan östrojen ve progesteron hormonları ile sağlanır. Yaşa ve ırka göre konik, piliform, pendilöz veya sferik şeklindeki meme cisminin tamamına basis mammae denir (Yıldırım 2012).

Yüzeyel fasya içinde, yuvarlak bir kitle halinde bulunan memelerin üç bölümü vardır: Corpus, aerola ve papilla mammae (Şekil 1). Corpus mammae, memeyi çevreleyen yumuşak yağ dokusuna denir. Aerola mammae, papillayı çevreleyen pigmente alandır. Burada büyük yağ bezlerinin boşaltım kanallarının delikleri bulunur. Papilla mammae, meme cisminin ön yüzünün merkezinden aşağıya-dışarıya doğru uzanan yaklaşık 1 cm yüksekliğinde silindirik veya konik bir yapıdadır. Bunun tepesinde, loblara ait süt kanallarının ağızları (15-20 adet delik) bulunur (Smeltzer and Bare 2005).



Şekil 1. Memenin Yandan Görünümü

(Şekil 1. Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Assessment and Management of Patients with Breast Disorders, *Medical Surgical Nursing*, 10th Ed., Lippincott Williams ve Wilkins, s. 2005;1445–1484 kaynağından alınmıştır)

## **2.2.Memenin Kanlanması**

Memenin kanlanmasını sağlayan damarlar interkostal arter, internal torasik arter ve lateral torasik arterdir. Memenin venleri ise; torasik internal ven, aksiler ven ve interkostal vendir (Darendeliler ve Ağaoğlu 2003).

## **2.3.Memenin Lenf Yolları:**

Lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçasıdır. Hücreler arası aralıkta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillere geçer. Lenf kapilleri önce toplayıcı lenf damarlarına daha sonra lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişleyerek ve birleşerek venöz dolaşıma karışır. Memenin lenf yolları; deri lenf yolları ve parankimal lenf yolları olmak üzere ikiye ayrılırlar. Meme lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mammarial lenf nodüllerine olur (Şahin 2007). Meme lenf nodları 7 grupta incelenir:

**2.3.1. Eksternal mammarial lenf nodülleri:** İkinci kostadan altıncı kostaya kadar lateral torasik artere yakın yerleşen lenf nodülleridir.

**2.3.2. Skapular lenf nodülleri:** Skapulanın lateral sınırı boyunca, aksillanın posterior duvarında yerleşmiş lenf nodülleridir. Çok derinde hissedilebilirler.

**2.3.3. Santral lenf nodülleri:** Pektoralis minör kasının posteriorunda yer alan lenf nodülleridir. En kolay palpe edilebilen ve metastazların en sık olduğu lenf nodülleridir.

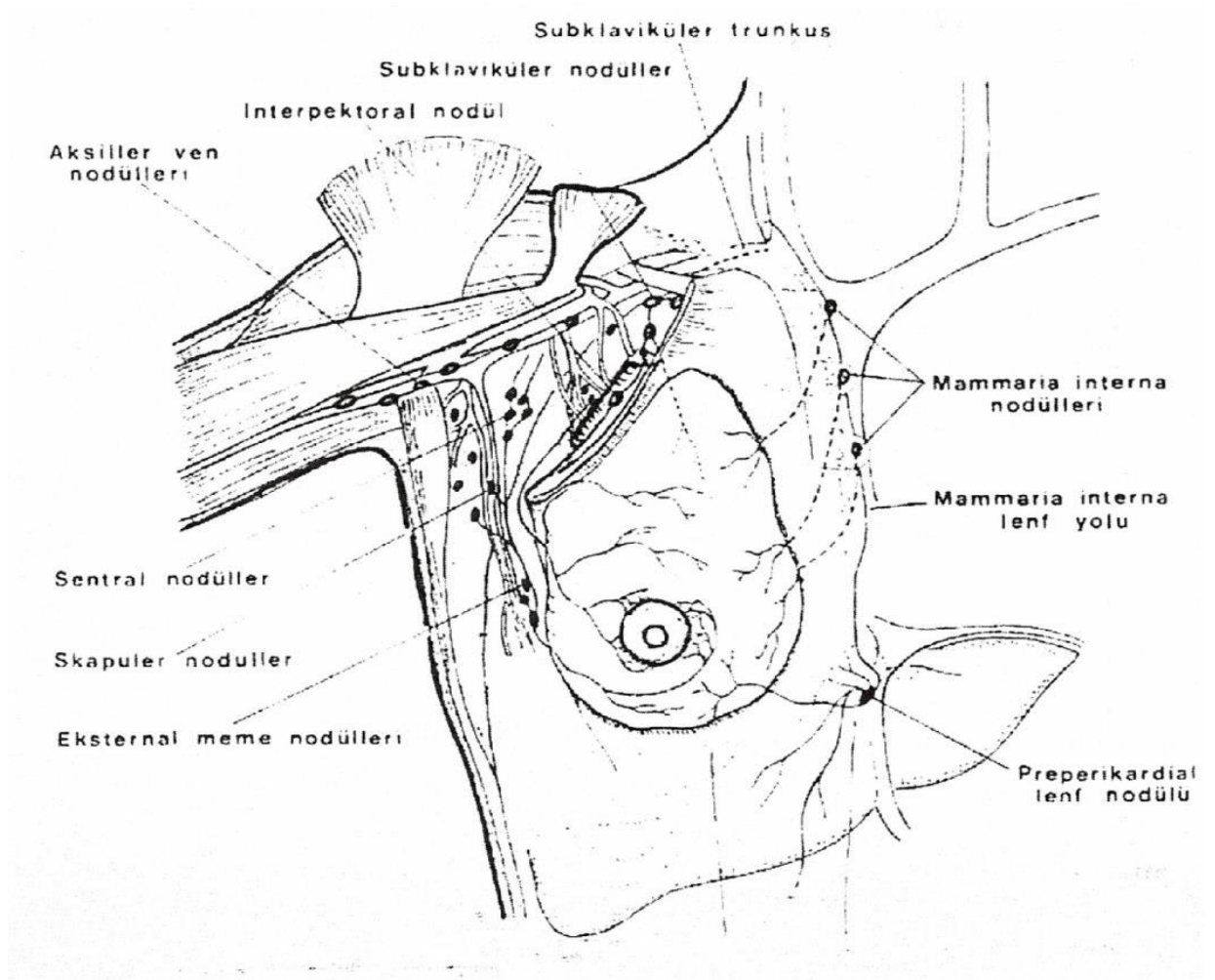
**2.3.4. Aksillar lenf nodülleri:** Aksiller venin medial ve posteriorunda yerleşen lenf Nodülleridir.

**2.3.5. İnterpektoral lenf nodülleri:** Pektoralis major ve minör kasları arasında bulunan lenf nodülleridir. Palpe edilemezler.



**2.3.6. Subklavikular lenf nodülleri:** Aksiller venin alt yüzü boyunca yerleşen lenf nodülleridir.

**2.3.7. İnternal mammarial lenf nodülleri:** Mammaria interna lenf yolu, diyafragmanın üst yüzünün ön kısmında bulunan ön preperikardial lenf nodüllerinden kaynağını alır, retrosternal bölgede kotlarla sternumun birleşme yerinin 2-3 cm dışında internal mammarial arter ve venin yanında ve 1-6. interkostal aralıkta bulunurlar (Darendeliler ve Ağaoğlu 2003, Smeltzer and Bare 2005).



**Şekil 2.** Memenin Lenfatik Sistemi ve Aksiller Lenf Nodülleri

(Şekil 2. Türkiye Kanser Kurumu Halk Sağlığı Başkanlığı: [www.kanser.gov.tr](http://www.kanser.gov.tr) 2014 kaynağından alınmıştır)

## **2.4. Kanserin Tanımı**

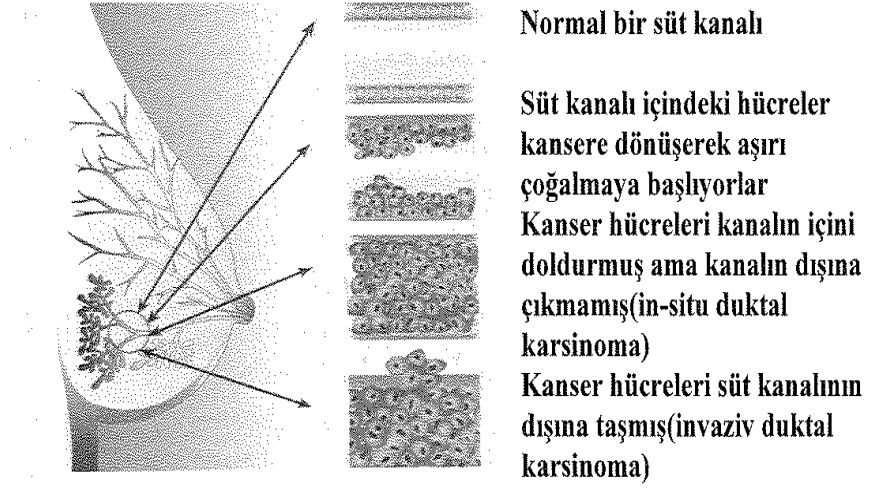
Latince'de yengeç anlamına gelen kanser, çağımızın en korkulan hastalıklarından birisidir. Kanser, tek bir hücrede oluşan genetik değişikliklerin hücrenin anormal çoğalma yeteneği kazanması ve farklılaşması ile ortaya çıkar. Hızla çoğalan hücrelerin oluşturduğu tümoral yapı, öncelikle yakın çevreye yayılır (lokal invazyon). Daha sonra uzak organlara kan veya lenfatik yol ile yayılır (metastaz). Organizmada en fazla kanlanan organlardan akciğer, beyin ve karaciğer en sık metastaz yapılan organlardır (Albert et al., 2003, Harris et al.; 1993).

Toplumda her beş kişiden biri yaşantısının bir döneminde kanser ile karşılaşmaktadır. Tüm yeni tedavi yaklaşımlarına rağmen halen kanserden ölümler gelişmiş toplumlarda ikinci sırada yer almaktadır. Kişilerin kanserden korunması ve erken tanı yaklaşımları kanserin tedavisini mümkün kılabilir (Harris et al., 2003, Hansen et al., 2005).

## **2.5. Meme Kanserinin Tanımı**

Meme kanseri, meme dokusunda bulunan epitelyal kökenli hücrelerden kaynaklanan kötü huylu tümörlerin genel adıdır ve meme bezlerinin boşaltım kanallarını kaplayan endotel hücrelerinden (duktal karsinom) veya glandüler dokudan (lobüler karsinom) köken almaktadır (Barton 2005).

Normal meme dokusunun lobüllerini ya da süt kanallarını oluşturan hücrelerin kontrolsüz çoğalmalarına “duktal hiperplazi” denir. Daha sonra hücre çekirdeklerinde değişiklikler başlar. Bu aşama ise “atipik duktal hiperplazi” olarak adlandırılır. Sadece kanalla sınırlı kalan meme kanser tipine “in situ karsinom” denir. Daha sonraki aşamada hücreler bazal membran tabakanın dışına çıkarak, “invaziv kanser” özelliğini kazanırlar (Çevikbaş 2012, Singletary et al., 2004).



**Şekil 3.** Meme Kanseri Gelişimi ve Yayılımı

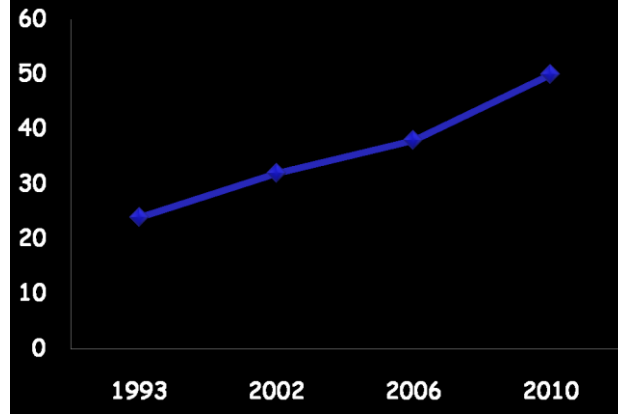
(Şekil 3. Alpteker H. ve Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; 6: 74-79 kaynağından alınmıştır)

## 2.6. Meme Kanserin Epidemiyolojisi

Dünya kanser veri tabanına (GLOBOCAN) göre 2012 yılında dünyada tahminen 14,1 milyon yeni kanser vakası ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm tespit edilmiştir. Dünyada en sık görülen kanserler; akciğer kanseri (1,8 milyon), meme kanseri (1,7 milyon) ve kolorektal kanserler (1,4 milyon) olarak tespit edilmiştir (Ferlay et al., 2013, Cancer Incidence and Mortality Worldwide 2015).

Dünyada 2012 yılında 1,7 milyon kadın meme kanseri tanısı almış ve önceki beş yıl içinde meme kanseri tanısı almış 6,3 milyon kadının hayatta olduğu tespit edilmiştir. Meme kanserine bağlı ölüm oranı % 14 artarken, 2008 yılından 2012 yılına kadar meme kanseri görülme insidansı, % 20'den fazla artmıştır (Bray et al.,2013).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılı verilerine göre meme kanseri kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser sıralamasında birinci sırada yer almaktadır. Görülme insidansı yüz binde 45,1’dir. Meme kanserinin görülme sıklığı son 20 yılda 2 kattan fazla artmıştır (24/100.000 / 1993 ve 50/100.000 / 2010) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012).



Şekil 4. Türkiye’de Meme Kanseri, İnsidansı

(Şekil 4. Özmen V. Breastcancer in the world and turkey. *Breast J* 2010; 4(2): 7-12 kaynağından alınmıştır).

## 2.7. Meme Kanserinin Etiyoloisi

Meme kanserinin etiyojisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; değiştirilebilir, değiştirilemeyen ve kesin olmayan/tartışmalı risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir (ACS 2015, Dean 2008, Smeltzer and Bare 2005).

### 2.7.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

**Cinsiyet:** Meme kanserinin %99’u kadınlarda, %1’i erkeklerde görülmektedir. Kadın olmak meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür. Bunun nedeni kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormonlarının değişim göstermesidir (Smeltzer and Bare 2005).

**Yaş:** Yaş faktörünün meme kanserinin oluşmasında önemli olduğu ve yaş ilerledikçe meme kanserinin insidansında artış olduğu bilinmektedir. İnvaziv meme kanserlerinin 1/8’i 45 yaşından daha küçük kadınlarda görülürken, 2/3’ü 55 yaşından büyük kadınlarda görülmektedir (American Cancer Society (ACS) 2010, Smeltzer and Bare 2005).

**Aile Öyküsü:** Aile bireyleri arasında meme kanseri olmuş kişilerin bulunmasının, kadınların meme kanserine yakalanma olasılığını arttırdığı ifade

edilmektedir. Özellikle kız kardeşi veya annesi meme kanseri olan bir kadının meme kanseri olma riski, diğer kadınlara göre 2 ila 5 kat oranında daha fazladır. Bu kadınların diğer kadınlara göre daha dikkatli izlenmeleri, meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklere başvurarak risklerini hesaplattırmaları gerekmektedir (ACS 2010, 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).

**İrk:** Beyaz tenli kadınlarda, zenci kadınlara oranla daha az meme kanseri görülmekte ve bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir (Dean 2008).

**Yoğun Meme Dokusu:** Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Bu durum meme kanseri riskini arttırmaktadır (ACS 2010).

**Benign Meme Hastalıkları:** Benign meme hastalığı olan kadınların meme kanseri olma riski artmaktadır (ACS 2010).

**Hormonlar:** Hiç gebe kalmamış olmak, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması ve erken menarş hastalığının gelişmesinde etkilidir. Genel olarak menarşın bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 oranında azaldığı kabul edilmektedir (ACS 2013).

Menopoza 45 yaşından önce giren kadınlarda 55 yaşından sonra giren kadınlara kıyasla meme kanseri riski daha düşüktür. İlk doğum yaşı 30 yaşından büyük olan kadınlarda kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre dört kat daha fazladır (ACS 2015, Smeltzer and Bare 2005).

**Daha Önce Göğüs Bölgesine Radyasyon Alınması:** Çocukken ya da gençken göğüs bölgesine radyoterapi alan kadınların meme kanseri riski önemli ölçüde artmaktadır. Bu, hastanın radyasyon aldığı yaşa göre değişmektedir. Radyasyon tedavisi 40 yaşından sonra alındığında meme kanseri riskinde artış gözlenmemektedir. Ayrıca tanı amacıyla uygulanan mamografinin meme kanserini arttırıcı bir risk taşımadığı gösterilmiştir (ACS 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).

**Genetik Mutasyon:** Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %10'unda otozomal dominant geçişli kalıtsal bir neden olduğu belirtilmektedir.

Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan Breast Cancer-1 (BRCA-1) ve Breast Cancer-2 (BRCA-2) genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır (ACS 2015, Smeltzer and Bare 2005).

- **BRCA-1;** östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusunda proliferasyona neden olan östrojeni kontrol eder. DNA hasarlarını onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar (ACS 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).
- **BRCA-2** ise; sadece DNA'yı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar (ACS 2013, 2015).

Breast Cancer-1 ve Breast Cancer-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı genlerdir. BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların genlerinde mutasyon bulunmayan kadınlara oranla meme ya da over kanserine yakalanma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski %80 daha fazladır (ACS 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).

### 2.7.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri

**Çocuk Sahibi Olma:** Çocuk sahibi olmayan ya da ilk gebelik yaşı 30'dan büyük olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır. Bu durum gebeliğin yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltmasıyla açıklanmaktadır (Smeltzer and Bare 2005).

**Oral Kontraseptif Kullanımı:** Oral kontraseptif kullanan kadınların hiç kullanmayan kadınlara göre meme kanseri olma riskini çok az arttırdığı belirtilmektedir. Bu risk ilaç kullanımı bittikten bir süre sonra azalmaktadır ve 10 yıl sonra bu kadınların meme kanseri riskleri bulunmamaktadır (ACS 2010, 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).

**Emzirme:** Emzirme meme kanserinin önlenmesinde etkili bir faktördür. Emzirme süresi bir buçuk iki yıl olan kadınların meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum emzirmenin yaşam boyu toplam menstural döngüyü azaltmasıyla açıklanmaktadır (Smeltzer and Bare 2005).

**Alkol:** Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (4). Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması çok daha önemli bir risk faktörüdür. Günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme

kanseri riski yaklaşık bir buçuk kat artmaktadır. Amerikan Kanser Birliği (AKB) günde bir bardaktan daha fazla alkol alınmamasını önermektedir (ACS 2010, 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005).

**Beslenme:** Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerle beslenme ve vücut ağırlığının fazla olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini arttırmaktadır. Yağ dokusu östrojeni tutmakta ve bu da daha fazla endojen östrojen salınımına yol açmaktadır. Ayrıca yağ dokusu bağımsız olarak östrojen salgılamaktadır. D vitamini yetersizliği olan kadınların da meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (ACS 2010, 2013, 2015).

**Aktivite:** Egzersizin ne kadar yapılması gerektiği çok önemlidir. AKB'nin meme kanserini azaltmak için önerisi; haftada 5 gün ve/veya üzeri, 45-60 dakika fiziksel aktivite yapılması yönündedir (ACS 2015).

### 2.7.3. Kesin Olmayan, Tartışmalı Risk Faktörleri

**Çevre Kirliliği:** Birçok çalışma çevrenin meme kanseri riskini nasıl etkilediğini ortaya koymaya çalışmaktadır. Ancak henüz çevre kirliliği ile meme kanseri arasında bir ilişki olup olmadığı kanıtlanamamıştır (Parlar ve ark., 2005).

**Tütün Ürünleri Kullanımı:** Bazı çalışmalarda, aktif sigara kullanımı ile meme kanseri arasında ilişki bulunmadığı gösterilmektedir. Bazı çalışmalarda ise, pasif içiciliğin meme kanseri riskini artırabileceği üzerinde durulmaktadır (ACS 2015).

### 2.7.4. Diğer Çelişkili Risk Faktörleri

Gece vardiyasında çalışmanın, mesleki olarak elektromanyetik alana maruz kalmanın, koltukaltı için kullanılan ter önleyici losyonların, kürtaj ve memeye yerleştirilen silikonun meme kanseri riskini arttırdığı çok az kaynakta belirtilmektedir (ACS 2015).

## 2.8. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanseri, diğer meme hastalıkları ve memedeki her değişiklik çoğu kez önce hasta tarafından fark edilir (Özmen 2010). Bu değişikliklerin başlıcaları şunlardır:

**Kitle:** Hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. Kitle, bir iki cm büyüklüğündedir. Tek taraflı ve süreklidir. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir. Ancak tüm kitle ve değişiklikler kanserle ilgili olmayabilir (ACS 2013, 2015, Smeltzer and Bare 2005, Sağlık Bakanlığı 2005).

**Ağrı:** Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur (ACS 2015).

**Meme Başı Akıntısı:** Bu bulguya pek sık rastlanmaz. Genellikle tek taraflı ve kanlı olmakla birlikte seröz, seröz-kanlı da olabilir (ACS 2015).

**Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü (Paud'orange):** Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride ödem oluşur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenememesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deride portakal kabuğu görünümüne neden olur (Romieu 1996).

**Meme Başında Retraksiyon:** Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur (Parlar ve ark., 2005).

**Meme Derisinde Çukurlaşma:** Tümör hücrelerinin deriye ulaşması ve deriyi çekmesi sonucu oluşur (ACS 2013, 2015).

**Deride Ülserasyon ve Eritem:** Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada muscularis pektoralise, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur (Parlar ve ark., 2005).

**Lenf Nodüllerinde Büyüme:** Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması nedeniyle oluşur (ACS 2013, 2015).



## **2.9. Meme Kanserinde Metastazlarla İlgili Belirtiler**

Meme kanserlerinde metastaz, lenfatik yolla ve kan yoluyla olur. Meme kanseri vücudun her yerinde seyrek de olsa metastaz yapabilir. Örneğin; dil, mandibula, parotis, maksilla, vajen, uterus, vulva gibi organlarda da metastaz yaptığı görülmüştür. Klinikte ilk metastaz belirtileri ise genellikle koltuk altında görülür. Koltuk altında lenf nodülü bulunup bulunmaması meme kanserinin klinik evrelendirilmesinde önem taşır (Parlar ve ark., 2005).

## **2.10. Meme Kanserinin Görülme Olasılığı**

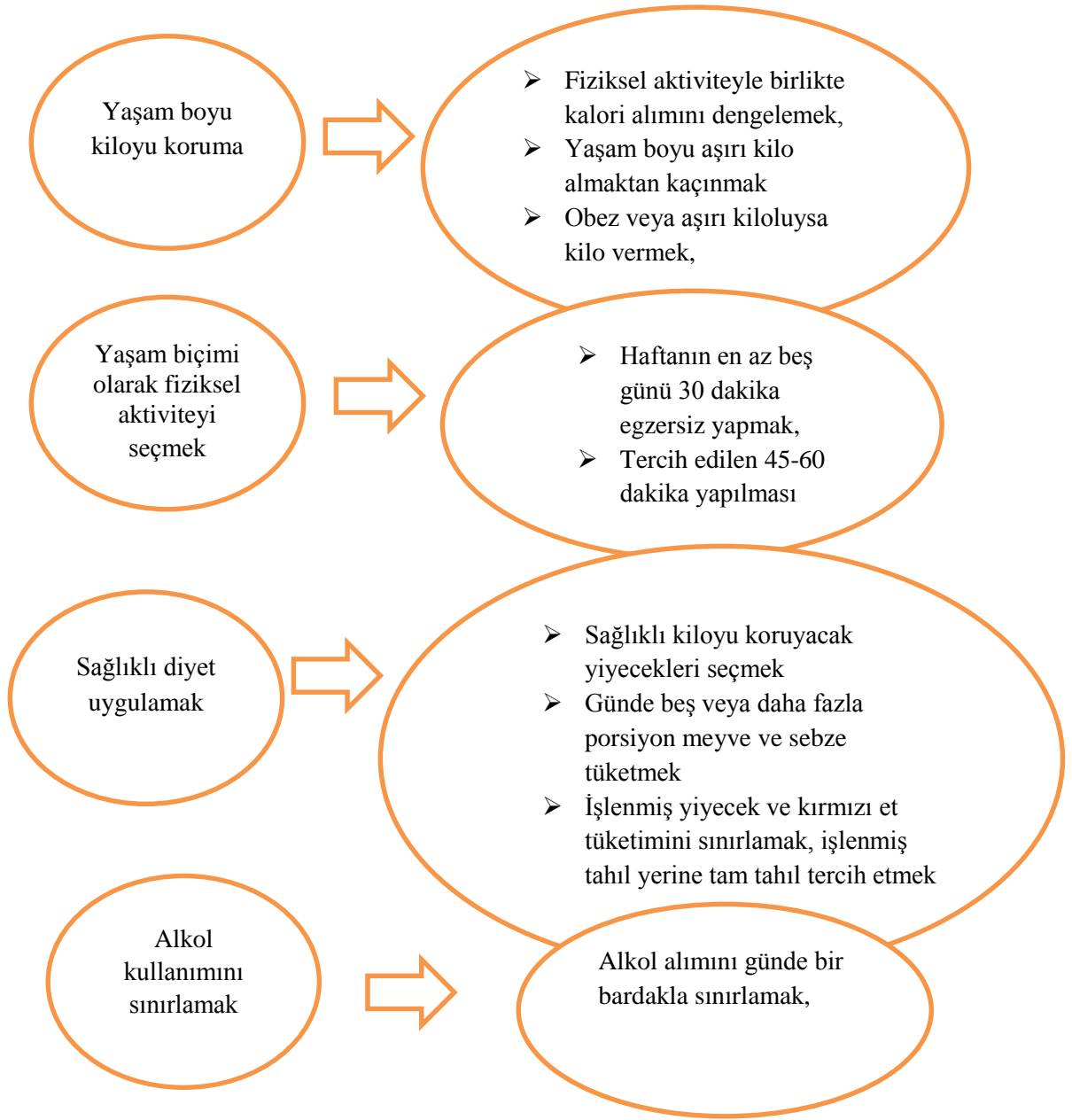
Üst dış kadranda % 45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5 oranındadır (Parlar ve ark., 2005).

## **2.11. Meme Kanserinden Korunma**

Meme kanserinden korunmada birincil ve ikincil olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır.

### **2.11.1. Birincil Koruma**

Birincil korumada amaç; kanserin gelişmesini önlemek, risk etmenlerine yönelik her türlü önlemi almaktır. Birincil önlemlerde kontrol altına alınabilecek risk faktörleri; yaşa göre önerilen kilonun korunması, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, 30 yaş sonrası gebeliklerin minimal olması, yeni doğanın en az 6 ay emzirilmesi şeklinde sıralanabilir (Smeltzer and Bare 2005, Parlar ve ark., 2005).



**Şekil 5:** Meme kanserinden korunmada birincil korunma önlemleri

(Şekil 5. American Cancer Society, Breast cancer facts and figures 2015  
<http://www.cancer.org/> kaynağından alınmıştır)

## **2.11.2. İkincil Koruma**

İkincil korumada amaç; etkin erken tanı ve tarama yöntemleri ile (örneğin: mamografi, kendi kendine meme muayenesi gibi) meme kanserinin klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken dönemde saptanması ve bireyin iyileşme şansının arttırılarak morbidite ve mortalite oranının düşürülmesi, yaşam süresi ve kalitesinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır (Smeltzer and Bare 2005).

### **2.11.2.1.Meme Kanseri Taramaları**

Meme kanserine bağlı ölüm riskinin azaltılması amacıyla meme kanseri taraması 1970’li yıllarda gündeme gelmiş ve 1980’li yıllarda pek çok bilimsel topluluk tarafından önerilmeye başlanmıştır.

Tümör çapı, hastalığın bölgesel ve uzak metastazlarının varlığı, meme kanserinin prognozunun belirlenmesinde önemli göstergeler olduğundan; tarama ile hastalığın erken evrede tanınmasının meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmada etkin olabileceği öngörülmüştür (ACS 2010, 2013, 2015).

Meme kanseri taramasında kullanılan temel yöntemler; kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve görüntüleme yöntemleridir (ACS 2013).

Amerikan Kanser Birliği meme kanserinin erken tanınması için 40 yaşından itibaren yıllık mamografi ve klinik muayene önermektedir. 40 yaşından önce meme dokusu yoğunluğu fazladır ve çok iyi görüntülenememektedir, bu nedenle mamografi 40 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınlarda meme kanserinde farkındalığı sağlamak için 20 yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılması önerilmektedir (ACS 2010, 2013, 2015).

Amerikan Kanser Birliği’nin önerdiği meme kanseri tarama davranışları, yaş aralığı ve sıklıkları Tablo 1’de özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Uygulama Sıklığı

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 defa / Her ay
	Klinik Muayene	Üç yılda bir defa
40 ve Üzeri	KKMM	1 defa / Her ay
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mamografi	Yılda bir defa
Riskli Grup	KKMM	1 defa / Her ay
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mamografi	Yılda bir defa
	Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	Yılda bir defa

(Tablo 1. American Cancer Society, Breast cancer facts&figures 2015 <http://www.cancer.org/> kaynağından alınmıştır)

#### **2.11.2.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Kişinin kendisi meme hastalıklarının saptanmasında önemli rol oynamaktadır. KKMM ucuz, basit ve üstelik kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayene türüdür.

Kendi kendine meme muayenesi, menstural dönemde meydana gelen değişiklikler sonucu doğru sonuçlar elde edilememesi nedeniyle her ay menstrasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde ya da postmenapozal dönemde her ayın belirli gününde (ör: ayın birinci günü) yapılmalıdır. Meme muayenesinin her ay düzenli olarak yapılması, kadının kendi meme yapısını daha iyi tanımasını ve önceki aya göre meme dokusunda herhangi bir değişiklik olup olmadığını daha kolay anlamasını sağlar (ACS 2010, 2013, 2015, Carney et al., 2006).

#### **KKMM'nin iki ayrı aşaması vardır:**

- 1-Gözle değerlendirme,
- 2-Elle değerlendirme,

Her bir aşama meme dokusu hakkında çok değerli bilgiler verir ve mutlaka uygulanmalıdır (Smeltzer and Bare 2005).

### **1. Gözle Değerlendirme**

Kendi kendine meme muayenesinin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir. İyi aydınlatılmış bir odada ayna karşısına geçerek meme muayenesine başlanır; eller kalçadayken, avuçlar önde sıkılırken, kollar yanlarda serbest sallanır durumdayken, eller havadayken ve vücut öne serbestçe eğilmiş durumdayken, toplam beş ayrı pozisyonda her iki meme aynada iyice incelenir.

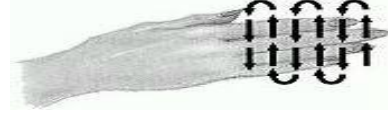
Bu incelemenin toplam beş ayrı pozisyonda yapılmasının amacı meme dokusunun arkasında kalan kasların çeşitli pozisyonlarda farklı şekilde kasılmasının ve böylece meme dokusundaki muhtemel kötü huylu oluşumların gözle görülebilir hale gelmesinin sağlanmasıdır (Albert et al., 2003, ACS 2015, Eti Aslan ve Gürkan 2007, Ferlay et al., 2013, Günal ve Günal 2010, Goodwin 2006).

Gözle değerlendirmede; meme dokusunda belirgin şişlik, meme cildinde içe doğru çekilme alanları, renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme, ciltte "portakal kabuğu" görünümü gibi bulgular aranır. Özellikle bir pozisyondan diğerine geçişte bazı değişiklikler belirginleşebilir (Günal ve Günal 2010, Goodwin 2006).

Meme ucunun içe doğru çekilmesi, tümüyle içe gömülmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri aranması gereken diğer bulgulardır. Tüm bu görsel değişikliklerin varlığı meme dokusunda anormal bir durumun varlığını göstermemekle beraber, doktora başvurulmasını gerektiren durumlardır (Ferlay et al., 2013, Goodwin 2006).

Kendi kendine yapılan meme muayenesinde meme uçlarının sıkılarak buradan sıvı gelip gelmediğinin araştırılmasının gerekli olup olmadığı henüz tartışmalıdır. Genel görüş, doktor tarafından yıllık gerçekleştirilen olağan meme muayenesinde meme uçlarının sıkılarak sıvı akışı olup olmadığının araştırılmasının ve kadının meme uçlarından kendiliğinden gelen sıvı akışını doktoruna haber vermesinin yeterli olduğu yönündedir (ACS 2010, 2013, Sadıkoğlu 2012).

## 2. Elle Değerlendirme



**Şekil 6.** Yukarıdan-Aşağı, Aşağıdan-Yukarı Tarama Yöntemi

(Şekil 6. [http://www.memekanseri.comUnder\\_Construction.htm](http://www.memekanseri.comUnder_Construction.htm).2014 kaynağından alınmıştır. Erişim Tarihi: Haziran 2015)

Elle değerlendirilmede normalde var olan meme dokusu ile olmaması gereken bir dokunun ayrımı önemlidir. Meme dokusu asla baş ve işaret parmağı arasında sıkılmamalı, tarama elin baş ve serçe parmakları dışında kalan üç parmağı meme dokusu üzerine yerleştirilerek, parmakların hassas olan iç yüzleriyle dokuyu hissederek yapılmalıdır (Şekil 6) (Albert et al., 2003, ACS 2015, [www.emzirmereformu.com](http://www.emzirmereformu.com) Erişim tarihi: Temmuz 2014, Ferlay et al., 2013, Goodwin 2000).



**Şekil 7.** Elle Muayenede Tarama Yöntemleri

(Şekil 7. [http://www.memekanseri.comUnder\\_Construction.htm](http://www.memekanseri.comUnder_Construction.htm).2014 kaynağından alınmıştır. Erişim Tarihi: Haziran 2015)

Meme dokusunun tümüyle taranması, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların dikkatlice hissedilerek taranması demektir. Bu amaca yönelik olarak meme dokusu parmak uçları meme üzerinden kaldırılmadan memenin tamamı daireler çizilerek, yukarıdan-aşağı,

aşağıdan-yukarı ya da merkezden dışa doğru taranarak değerlendirilebilir (şekil 6-7) (Albert et al., 2003, ACS 2015, www.emzirmereformu.com Erişim tarihi: Temmuz 2014, Ferlay et al., 2013, Goodwin 2000). Memelerin elle değerlendirilmesi iki şekilde olur:

### **2.1.Memenin Elle Yatar Pozisyonda Değerlendirilmesi**



**Şekil 8.** Yatar Pozisyonda Memenin Değerlendirilmesi

(Şekil 8. [http://www.memekanseri.comUnder\\_Construction.htm](http://www.memekanseri.comUnder_Construction.htm).2014 kaynağından alınmıştır. Erişim Tarihi: Haziran 2015)

Meme dokusunu yatar pozisyonda elle değerlendirmek için sırtüstü yatılır. Sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirdikten sonra sağ el başın altına koyulur. Bu aşamada meme dokusu bir yana doğru kaymamalı, ortada durmalıdır. Daha sonra sol el parmaklarıyla meme dokusu tümüyle taranır. Sağ memenin değerlendirmesini tamamladıktan sonra aynı işlemler sol memede gerçekleştirilir (şekil 8) (Albert et al., 2003, ACS 2015, www.emzirmereformu.com Erişim tarihi: Temmuz 2014, Ferlay et al., 2013, Goodwin 2000).

## 2.2. Memenin Elle Ayakta Değerlendirilmesi



**Şekil 9.** Memenin Elle Ayakta Değerlendirilmesi

(Şekil 9. [http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm](http://www.memekanseri.comUnder_Construction.htm).2014 kaynağından alınmıştır. Erişim Tarihi: Haziran 2015)

Bu muayene ideal olarak duş altındayken sabunlu elle yapılır. Ayakta muayenede şekilde görüldüğü gibi (Şekil 9) önce sağ el enseye yerleştirilir ve yatar pozisyonda elle değerlendirmede yapılan işlemler önce sağ meme için sonra da sol meme için tekrarlanır. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadrandaki kitlelerin daha iyi farkedilmesini sağlar. Meme kanserlerinin % 60-70'i meme dokusunun en yoğun olduğu bu bölgede görülür (Albert et al., 2003, ACS 2015, Campbell 2002, Eti Aslan ve Gürkan 2007, Ferlay et al., 2013, Goodwin 2000).

### 2.11.2.1.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara yapılması gereken fizik muayenedir. AKB 20-39 yaş gurubu arasındaki kadınlarda üç yılda bir 40 yaş üstü kadınlarda da yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir (ACS 2015).

Klinik meme muayenesi, hasta oturur ve yatar pozisyonda olmak üzere iki aşamada yapılır. Kullanılan yöntemler ise inspeksiyon ve palpasyondur (Albert 2003). Yapılan bu fiziksel muayenede; memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde



şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme ucunda içe çekilme olup olmadığı gözlenir ve palpasyonla meme dokusu meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir (Albert 2003, ACS 2015, Bray et al., 2013, Eti Aslan ve Gürkan 2007, Ferlay et al., 2013, Goodwin 2000).

### **2.11.2.1.3. Mamografi**

Mamografi, düşük enerjili röntgen ışınları ve kompresyon uygulanarak elde edilen, memedeki oluşumların erken tanısında oldukça yaygın kullanılan özel bir radyografi yöntemidir. Memenin kas, yağ ve glandüler yapılarını incelemek amacıyla kullanılır. Meme kanserinin erken tanılanmasında çok önemli bir yere sahiptir (Nyström et al., 2002).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nce (IARC) yapılan ve toplam 11 ülkeden 24 uzmanın katıldığı toplantı sonucunda, tarama amaçlı mamografinin meme kanseri sebebiyle gerçekleşen ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Mamografinin meme kanserini saptamadaki duyarlılığı % 63-98 oranındadır. Ancak doku yoğunluğu fazla olan memelerde bu oranın % 30-48'lere düştüğü belirtilmektedir ((Nyström et al., 2002).

Özellikle doku yoğunluğu fazla olan memelerde mamografik duyarlılığın az olması nedeniyle ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi ek tanı yöntemlerinin de kullanılması gerektiği belirtilmektedir (ACS 2010, Barton 2001, Nyström et al., 2002).

Amerikan Kanser Birliği 40 yaş üstü kadınlara yılda bir mamografi uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Yüksek riskli kadınlara ise ailelerindeki meme kanseri görülme yaşından 10 yıl daha erken mamografi çektirmeleri gerektiği önerilmektedir (ACS 2013, 2015, Baxter 2001, Nyström et al., 2002).

### **2.11.2.1.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme**

Manyetik rezonans görüntüleme güçlü bir manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir yöntemdir. MRG memedeki lezyonların saptanmasında en yüksek tanılama yöntemidir. Mamografi ve ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamayan

durumlarda MRG kullanılmaktadır (Bottorff et al., 1998, Brinton et al., 1995, Harris et al., 1993, <http://aile.hekimligi.uludağ.edu.tr> Erişim tarihi: Kasım 2014).

Opere edilen memelerde rezidüel ya da nüks değerlendirmesi, neoadjuvant tedavi izlemi ve aksiler lenf bezi metastazı olan olgularda kanser araştırması MRG uygulanması için önemli endikasyonlardır. Ayrıca MRG yüksek riskli kadınların taramalarında da kullanılmaktadır (Alpteker ve Avcı 2010, ACS 2010, 2013, <http://aile.hekimligi.uludağ.edu.tr> Erişim tarihi: Kasım 2014).

## **2.12. Sağlık İnanç Modeli Tarihçesi**

Sağlık İnanç Modeli (SİM), ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyo psikolojik kuramından yararlanılmıştır. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar (Karayurt 2009).

Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (Karayurt 2009).

## **2.13. Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Major Kavramları**

Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMO), meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion (1984) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1, “katılmıyorum” 2, “kararsızım” 3 “katılıyorum” 4, “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin, sağlık motivasyonu için sağlık motivasyonunun ve öz-etkililik için öz

etkililiğın yüksek algılandığını ifade etmektedir (Gözüm ve Aydın 2003). Sağlık inanç modelinin major kavramları 6 alt başlığa ayrılır:

### **2.13.1. Duyarlılık Algısı**

Kişinin kendini belli koşullarda hassas ve incinebilir hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Algıda etkisi olan faktörlerden demografik, psikososyal, sosyo-ekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin role sahiptir. Bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Örneğin ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak algılamazken, hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden ölmüş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek oranda tehdit olarak algılayabilir (Gençtürk 2004, Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009, Nahçıvan ve Seçginli 2003).

### **2.13.2. Önemseme/Ciddiyet Algısı**

Hastalığın ciddiyetinin algısı ile bireyin sergilediği koruyucu davranışlar arasında yüksek bir ilişki vardır. Önemseme/ciddiyet; bireyi ilgilendiren özel bir duruma yönelik bireysel tehdidin algılanmasıdır. Hastalığın ciddiyetinin algılanması; aşılama, düzenli diş muayenesi yaptırma, tüberküloz ve kanser gibi durumlara yönelik tarama programlarına katılma ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin, çocuklarının hastalanma durumunu önemseyen ailelerde çocuklarının tedavi programını ve hekim kontrolünün gerekliliğini benimseme oranı yüksektir (Gözüm ve Aydın 2003, Nahçıvan ve Seçginli 2003).

### **2.13.3. Yarar Algısı**

Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesi, davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bu dengeyi yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark belirler. Bireyin, hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlığın sürdürülmesinde koruyucu davranışın yararına olan inancı, koruyucu davranışın sergilenmesinde çok etkilidir. Bireyin sergileyeceği koruyucu davranışın sağlığına olan yararını bilmesi gerekir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam

kalitesine olan etkileri öğretilmelidir (Gözüm ve Aydın 2003, Nahçıvan ve Seçginli 2003).

#### **2.13.4. Engel Algısı**

Engel algısı; bireyin hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak koruyucu davranışın sergilenmesinde tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında, "maliyet, ağrı, zahmet ve utanma" olabilir. Sergilenecek davranışa yönelik engeller farklı olabilir, önemli olan bu engellerin algılanması ve ortadan kaldırılması için çaba gösterilmesidir (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009).

Koruyucu davranışların sergilenmesinde engel algısı, erken tanı ve tarama programlarına katılım ile doğrudan ilişkilidir. Tarama yöntemi ağırlı, zahmetli, güvensiz ve karmaşık ise, uzun bir zaman alıyor ve yan etkileri var ise, kişinin istenen koruyucu davranışı sergilemesi de güç olacaktır. Engel algısı, yarar algısına üstün geldiği sürece koruyucu sağlık davranışlarının sergilenme oranı azalır (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009).

#### **2.13.5. Eyleme Yöneltenler**

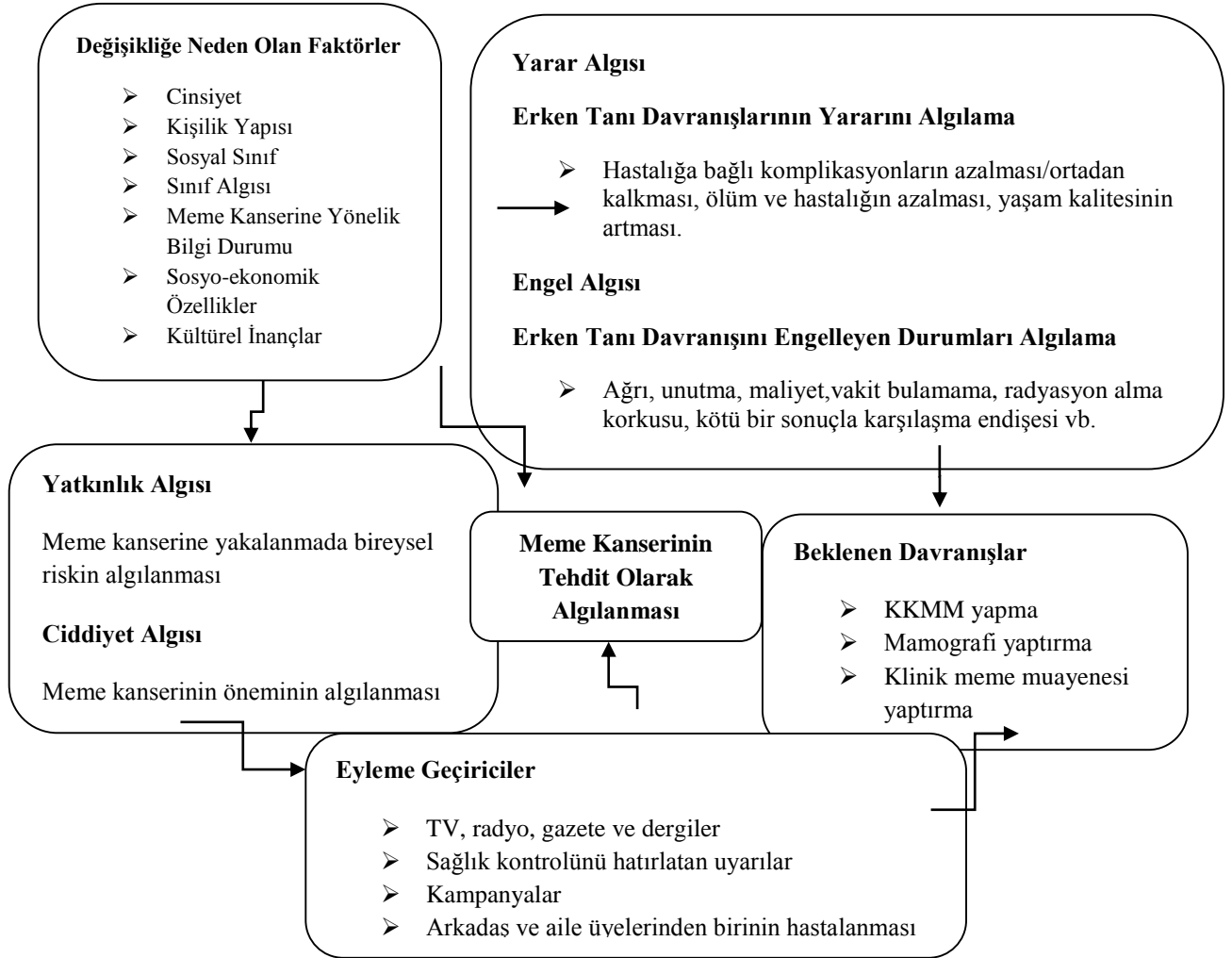
Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol alan ve eyleme yönelten faktörler kapsamında, büyük medya kampanyaları, sağlık kontrolü için hatırlatıcı uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması, gazete ve dergiler yer almaktadır. Eyleme geçiren en etkin faktörlerden biri de eğitimidir (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009).

#### **2.13.6. Öz-Etkililik/Yeterlilik**

Öz etkililik/yeterlilik; kişinin bir eylemi başarmaya olan inancıdır. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan sorunlar ve engellerle mücadele etme gücünü etkiler. Öz etkililik algısı yüksek olan bireyler eylemi uygulamada veya başarmada öz-etkililik algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve sonuçta eylemi uygulamada daha fazla etkin olurlar (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009).

Modelin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesi tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar



(Tablo 2. 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) s:33- 38 kaynağından alınmıştır)

## 2.14. Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarının Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü

Sağlık eğitimi halka sunulan genel sağlık hizmetlerinin bir parçası olmalıdır. Sağlıklı bir yaşam ve sağlığın korunması için yapılacak girişimlerin başında bireye eğitim vermek gelir. Çünkü sağlığın korunması da hastanın iyileşmesi de kişinin davranışı ile ilgilidir. Sağlık eğitimi; bireye sadece sözlü, yazılı ya da görsel bilgi aktarmak değil, ona yeni bir davranış kazandırmak, kazandığı bilgiyi davranışa dönüştürmesine yardımcı olmaktır (Akyolcu 2003, Aslan 2006, Andiç 2011, Gençtürk 2004, Güney 2009, Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009, Nahçıvan 2003).

Birey ve ailenin meme kanserinin getirdiği stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırmak için bilgi ve desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009, Nahçıvan 2003). Bu nedenle hemşireler birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara bilgi verme ve sorunlarla baş etmesinde eğitici rol üstlenmektedirler (Akyolcu 2003, Aslan 2006).

Wellisch et al., (1999), yaptıkları araştırmada birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara (n=33) verilen eğitimin, kadınların anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığını bildirmişlerdir.

Chalmers and Thomson (1996), birinci derece yakınlarında meme kanseri olan 55 kadınla yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınların meme kanseri riskine yönelik algılarını; meme kanseri deneyimi ile yaşamak, bireysel risk algısının gelişmesi ve riske yönelik koruyucu davranışlar geliştirmek olmak üzere üç boyutta tanımlamışlardır. Hemşire, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan yüksek risk altındaki kadınlar için bilgi ve destek kaynağı olarak hareket etmelidir (Akyolcu 2003, Aslan 2006). Hemşirenin bu yönde görevlerini şöyle maddeleyebiliriz:

- Her kadının risk değerlendirme araçları kullanarak riskini tanılama,
- Genetik yatkınlığı belirleme,
- Genetik test öncesi eğitim verme,
- Gereksinimlerini belirlemesi için kadınları güçlendirme,
- Kanıta dayalı bilgi sağlama,
- Bilgilendirme seçeneklerini seçmelerine olanak sağlama,
- Karar vermelerine rehberlik etme,

- Kanıta dayalı klinik uygulamalar önerme,
- Toplumun kültürüne uygun eğitim kaynakları geliştirme,
- Kendine yeterliliği sağlama,
- Tarama aktiviteleri düzenleyerek meme kanseri riskleri hakkında farkındalığı artırma,
- Doğru değerlendirme ve eğitimle risk algısını azaltma,
- Taramalar hakkında eğitim
- Davranış değişikliği sağlayarak riski azaltma üzerine eğitim,
- Menopoz belirtilerinin, hormonal olmayan yöntemlerle yönetimi konusunda eğitim,
- Genetik danışmanlığa, beslenme, ruh sağlığı ve jinekoloji uzmanlarına, diğer tarama programlarına yönlendirme,
- Kadınların duygularını ifade etmesinin sağlanması ve aktif dinleme gibi metodlarla anksiyeteyi yönetme,
- Kimyasal korunma, genetik test veya profilaktik cerrahi için karar vermede rehberlik etme (Akyolcu 2003, Aslan 2006, Andıç 2011, Gençtürk 2004, Gross 2000, Güney 2009, Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2009, Nahçıvan 2003, Stacey 2002).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yarı deneysel tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesinde, Eylül 2014 – Nisan 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Meme kanserli hasta yakınlarına eğitim vermek için; Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi'nden kurum izni alınarak kemoterapi ünitesinde bir oda eğitim odası olarak kullanılmıştır

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örnekleme Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesine başvuran meme kanseri tanısı almış, ulaşılabilen ve aşağıdaki örneklem özelliklerini karşılayan toplam 50 kadından oluşmuştur.

Araştırmanın örnekleme dahil edilme ölçütleri;

- Meme kanseri tanısı almış hastanın birinci derece yakını olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okur/yazar olmak,
- İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmamak,
- Araştırmacı ile iyi bir iletişim ve etkileşim kurabilmek,
- Verilen randevulara sadık kalabilmek,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve istekli olmak,
- Cinsiyeti kadın olmak.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kadınlara ait bilgileri içeren “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “SİMÖ” kullanılmıştır.



### **3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)**

Tanıtıcı özellikler formu; araştırma örnekleme alınan kadınların sosyo demografik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, gelir durumu, medeni durum), meme kanseri risk faktörlerini (meme kanseri tanısı almış yakını ve bu kişinin yaşı, kadınların ilk adet kanamasının başladığı/kesildiği yaş, adet kanamasının devam etme durumu, çocuğu sahibi olma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk emzirme durumu ve süresi, doğum kontrol hapı/hormon içerikli ilaç kullanma durumu, memede hastalığının olma durumu, biyopsi yaptırma durumu, biyopsi yaptırma sayısı ve sonucu), bu konuda bilgilendirilme durumlarını (meme kanseri riskine ilişkin bilgi alma/almak isteme durumu ve bilgiyi nereden aldığı/almak istediği) ve meme kanseri tarama davranışlarını (KKMM yapma durumu ve sıklığı, KKMM yapmama nedeni, klinik muayene, meme ultrasonu, mamografi yaptırma durumu ve sıklığı) belirlemek amacıyla literatüre dayalı olarak oluşturulan 37 maddelik bir formdan oluşmaktadır (Aslan 2006, Güney 2009, Karayurt 2003, Karabaş 2013, Yılmaz 2012).

### **3.4.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK 2)**

Sağlık inanç modeli ölçeği, meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş olup 1993 yılında tüm boyutları yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçek KKMM boyutu 1997’de, mamografi ve duyarlılık boyutu 1999’da tekrar gözden geçirilmiştir. SİMÖ ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçe’ye uyarlanmıştır.

Araştırmada, ölçeğin 2004 yılında Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe’ye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır. SİMÖ, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık” (3 madde), “önemseme/ciddiyet” (6 madde) “sağlık motivasyonu” (5 madde)”, “KKMM engelleri” (8 madde) ve “KKMM yararları” (4 madde), “KKMM öz etkililiği” (10 madde), “mamografi yararları” (5 madde) ve “mamografi engelleri” (11 madde) olmak üzere toplam 8 alt boyut ve 52 madde kullanılmıştır.

Ölçek 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi ölçektir. 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum ve 5=kesinlikle katılıyorum, şeklinde değerlendirilmektedir. Her birey için 8 ayrı puan elde edilir ve bu puan her alt boyut için ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Puanın 5’e

yaklaşması duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri, KKMM yararları, KKMM öz etkililiği, mamografi yararları ve mamografi engellerinin yüksek algılandığı anlamına gelmektedir. Ölçek yaklaşık 8-10 dakikada tamamlanabilmektedir. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan madde sayısı ve alınabilecek min-max puanlar Tablo 3’de gösterilmektedir.

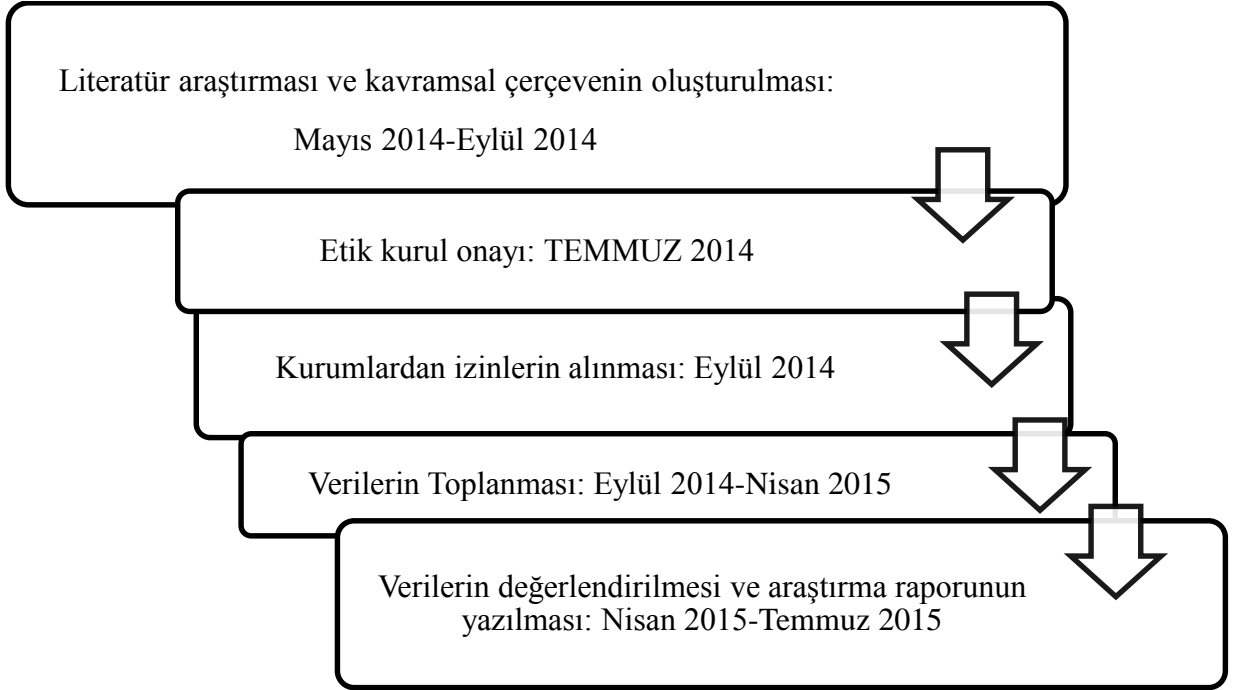
**Tablo 3.** SİMÖ’nün Her Bir Boyutunda Yer Alan Madde Sayısı ve Alınabilecek Min-Max Puanlar

<b>Boyutlar</b>	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Min. Puan</b>	<b>Max. Puan</b>
Duyarlılık	3	3	15
Önemseme/Ciddiyet	6	6	30
Sağlık Motivasyonu	5	5	25
KKMM Engelleri	8	8	40
KKMM Yararları	4	4	20
KKMM Öz Etkililiği	10	10	50
Mamografi Yararları	5	5	25
Mamografi Engellerinin	11	11	55

Gözüm ve Aydın (2004), SİMÖ’nün Türkçe formunun güvenilirliğini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırmada (n:266), SİMÖ’nün her bir alt başlığının cronbach alfa değerini; duyarlılık için 0.69, önemseme/ciddiyet için 0.75, sağlık motivasyonu için 0.83, KKMM yararları için 0.83, KKMM engelleri için 0.73, KKMM öz etkililiği için 0.82, mamografi yararları için 0.80 ve mamografi engelleri için 0.81 olarak belirlemişlerdir.

Araştırmada kullanılan SİMÖ’nün her bir alt başlığının cronbach alfa değeri; duyarlılık için 0.93, önemseme/ciddiyet için 0.93, sağlık motivasyonu için 0.95, KKMM yararları için 0.92, KKMM engelleri için 0.86, KKMM öz etkililiği için 0.95, mamografi yararları için 0.91 ve mamografi engelleri için 0.85 olarak belirlenmiştir.

### 3.5. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 10. Araştırma planı

### 3.6. Veri Toplama Süreci

Anket formu meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarından oluşan 5 kişiye önceden uygulanmıştır. Soruların anlaşılmasında herhangi bir sorun olmadığının belirlenmesi üzerine uygulamaya geçilmiştir.

Veri toplama; Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesine başvuran meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Anlaşılmayan durumlarda araştırmacı tarafından açıklama yapılmıştır. Veri toplama araçları yaklaşık 15 dakikada doldurulmuştur. Araştırmaya başlanmadan önce araştırmacının amacı ile ilgili bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar (n:50) bilgilendirilmiş onamlarının alınması sonucunda araştırmaya dahil edilmişlerdir.

<b>Eğitimden Önce</b>	<b>Araştırmanın birinci aşamasında;</b> (günde ortalama 3-4 hasta yakınına ulaşılabilmektedir)	Anket formu (EK 1) ve Champion'nun Meme Kanseri SİMÖ (EK 2) <b>birinci kez</b> uygulanmıştır.	<b>Amaç;</b> Kadınların tanıtıcı bilgilerini, meme kanseri risk düzeylerini, eğitim alamadan önceki tarama davranışlarını ve bilgi durumlarını belirlemektir.
<b>Eğitim</b>	<b>Araştırmanın ikinci aşamasında;</b> (ilk uygulamadan yaklaşık 3 hafta sonra)	Hazırlanan <b>eğitim</b> konuları yüz yüze eğitim yöntemi kullanılarak aktarılmış, eğitim sonunda kadınların her birine kitapçık dağıtılmıştır (EK 6).	<b>Amaç;</b> kadınların meme kanseri, meme kanserinden korunma yolları ve erken teşhisi, meme kanseri risk faktörleri ve tarama davranışları hakkındaki sorularını cevaplandırmak özellikle yanlış bilgilerin düzeltilmesini sağlamaktır.
<b>Eğitimden Sonra</b>	<b>Araştırmanın son aşamasında;</b> (eğitimden yaklaşık 3 hafta sonra)	Anket formu ve SİMÖ <b>ikinci kez</b> uygulanmıştır.	<b>Amaç;</b> verilen eğitimin etkinliğini ölçmek ve ne kadarının davranışa dönüştüğünü yani sağlık inançlarına olan etkisini belirlemektir.

**Tablo 4.** Veri Toplama Süreci

Eğitimden önce **araştırmanın birinci aşamasında**; kadınlara anket formu (EK 1) ve Champion'nun Meme Kanseri SİMÖ (EK 2) birinci kez uygulanmıştır ve günde ortalama 3-4 hasta yakınına ulaşılabilmektedir. Amaç; kadınların tanıtıcı bilgilerini, meme kanseri risk düzeylerini, eğitim alamadan önceki tarama davranışlarını ve bilgi durumlarını belirlemektir.

**Araştırmanın ikinci aşamasında**; Hazırlanan eğitim konuları yüz yüze eğitim yöntemi kullanılarak kadınlara aktarılmış, eğitim sonunda kadınların her birine kitapçık dağıtılmıştır (EK 6). Bu aşama ilk uygulamadan yaklaşık 3 hafta sonraya

denk gelmektedir. Amaç; kadınların meme kanseri, meme kanserinden korunma yolları ve erken teşhisi, meme kanseri risk faktörleri ve tarama davranışları hakkındaki sorularını cevaplandırmak özellikle yanlış bilgilerin düzeltilmesini sağlamaktır.

Araştırma süresince, eğitim vermek ve ayrıca eğitimden bir sonraki randevu tarihinde de son anketi ve ölçek formunu uygulayabilmek için belirlenen tarihler, kadınların hastalarının bir sonraki kemoterapi ya da radyoterapi tedavisi alacakları randevu tarihlerine göre ayarlanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yakınlarının tedavilerinin ertelenmesi ya da tedavilerinin bitmesi durumunda kontrol gününe ya da bir sonraki tedavi alacağı randevu gününe göre tekrar bir buluşma tarihi planlanmıştır. Randevu tarihinden birkaç gün önce kadınlar ev veya cep telefonlarından aranılarak (1-3 kez) kendilerine randevu tarihi hatırlatılmıştır.

Eğitim grupları 4-6 kişiden oluşturulmuştur. Eğitim süresi bireylerden gelen sorular doğrultusunda 40-50 dakika arasında değişmiştir. Gerektiğinde eğitim oturumları 30 dakikada bir 10 dakika ara verilerek sürdürülmüştür.

Eğitimden sonra yani **araştırmanın son aşamasında** ki bu da eğitimden yaklaşık 3 hafta sonraya denk gelmektedir; anket formu ve SİMÖ ikinci kez uygulanmıştır. Amaç; verilen eğitimin etkinliğini ölçmek ve ne kadarının davranışa dönüştüğünü yani sağlık inançlarına olan etkisini belirlemektir.

Araştırma süresince, kadınlara gereksinim duydukları her konuda araştırmacı ile işbirliği sağlayabilecekleri belirtilerek, ulaşabilecekleri telefon numarası kendilerine verilmiştir. Her bir buluşma tarihi yaklaşık 3 hafta sonraya denk gelmektedir. Eğitimden sonra en az 3 hafta, en çok 4 hafta geçmiştir. Bu şekilde birinci kez uygulanan anket formu ve SİMÖ ile ikinci kez uygulama arasında yaklaşık 6 haftalık bir süre geçmiştir.

### **3.7. Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi**

Araştırmanın ikinci aşamasında kadınlara meme kanseri, meme kanserinden korunma yolları ve erken teşhisi, meme kanseri risk faktörleri hakkında eğitim verilmiştir. Eğitim verildikten sonra araştırmacı tarafında oluşturulan eğitim kitapçığı kadınlara dağıtılmıştır. Eğitim kitapçığının hazırlık sürecinde, ilk aşamada içerik geliştirilmesi planlanmıştır. Bu amaçla araştırmacı tarafından meme kanseri, meme kanserinden korunma yolları ve erken teşhisi, meme kanseri risk faktörlerine yönelik

yerli (Alpteker ve Avcı 2010, Akyolcu 2003, Aslan 2006, Andiç 2011, Nahçıvan ve Seçginli 2003, Onat ve Başanar 2003, Özmen 2010, Sadıkoğlu 2012, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 Erişim tarihi: 1 Ocak 2015) ve yabancı (Albert et al., 2003, ACS 2015, Hansen et al., 2005, Miller et al., 2000, National Cancer Institute 2006 Erişim tarihi: 22 Eylül 2014, Rees ve Bath 2000, Stacey et al., 2002, Smeltzer ve Bare 2005, Tunin et al., 2010) literatür taranmış, örnek kitapçık incelenmiş ve uzman kişilerin görüşü (Çökmez A<sup>1</sup>, Dizer B<sup>2</sup>.) alınmıştır. Kitapçık hazırlandıktan sonra, çoğaltılmadan önce farklı eğitim seviyesindeki 2 birinci derece yakını meme kanseri olmuş kadına gösterilerek anlaşılabilirlik açısından görüşleri alınmıştır.

### **Eğitim kitapçığının içerisinde;**

- Memenin yapısına,
- Meme kanserinin tanımı ve belirtilerine,
- Meme kanserinde risk faktörlerine, korunma yollarına ve meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerine yer verilmiştir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Veri analizi için yanılma düzeyi 0.05, ileri anlamlılık düzeyi için 0.001 olarak belirlenmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit “p” değerleri istatistiksel olarak anlamlı; büyük “p” değerleri istatistiksel olarak anlamlı değil olarak kabul edilmiştir.

- Kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri tarama davranışlarının karşılaştırılması için; bağımlı örneklemden elde edilen oranların karşılaştırılmasında McNemar testi,
- Kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri SİMÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

<sup>1</sup> Çökmez A, Prof. Dr. Şifa Üniversitesi Hastanesi Onkoloji ve Genel Cerrahi Uzmanı.

<sup>2</sup> Dizer B, Yrd. Doç. Dr. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Meme kanseri tanısı almış kadınların büyük bir çoğunluğunun hastaneye eşiyle birlikte gelmesi, hasta yakınlarının birinci derece yakın kadın akrabalarına ulaşmamızı zorlaştırmıştır. Örnekleme alınan kadınlar tedavi gören hastalarının yanından ayrılmak istememiş ve bu nedenle eğitimin kısa sürmesini istemiş ya da eğitim sonrasında anket formu ve ölçek doldurmak istememiş ve araştırmadan ayrılmışlardır. Bu durum veri toplama sürecini uzatmıştır. Ayrıca eğitim sonrası ölçüm yaklaşık üç hafta sonrasına ait verileri içerdiği için uzun vadeli sonuçlara ulaşılamamıştır.

### **3.10. Araştırma Etiği**

Champion'un SİMÖ'yü kadınlara uygulayabilmek için ölçeği 2004 yılında Türkçe'ye uyarlayan Gözüm ve Avcı'dan izin alınmıştır (EK 3). Araştırmanın yapılabilmesi için şifa Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun 22/08/2014 tarih ve 190-55 protokol numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır (EK 4). Araştırmaya alınacak kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alınmıştır (EK 5).

## 4. BULGULAR

Çalışmada bulgular dört başlık altında verilmiştir. Bunlar:

- 4.1. Kadınların tanıtıcı bilgi dağılımı,
- 4.2. Kadınların meme kanseri risk faktörleri dağılımı,
- 4.3. Kadınların **eğitim öncesi ve sonrası** meme kanseri tarama davranış ve sebepleri dağılımı,
- 4.4. Kadınların **eğitim öncesi ve sonrası** SİMÖ alt boyut puan ortalamaları dağılımı,

### 4.1. Kadınların Tanıtıcı Bilgi Dağılımı

**Tablo 5:** Kadınların Tanıtıcı Bilgi Dağılımı (n:50)

<b>Özellikler</b>			
<b>Yaş</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>X±SS</b>
Kadınların Yaşı	20	69	43.32±12.93
Yakınlarının Meme Kanseri Tanısı Aldığındaki Yaşı	33	80	53.91±10.83
<b>Eğitim Durumu</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
İlköğretim		21	42.0
Lise		19	38.0
Üniversite ve Üzeri		10	20.0
<b>Medeni Durum</b>			
Bekar		11	22.0
Evli		39	78.0
<b>Mesleği</b>			
Ev hanımı		29	58.0
Memur		3	6.0
Emekli		5	10.0
Serbest meslek		2	4.0
Diğer		1	22.0
<b>Gelir Durumu</b>			
Gelir giderden az		4	8.0
Gelir gidere denk		45	90.0
Gelir giderden fazla		1	2.0



**Tablo 5:** Kadınların Tanıtıcı Bilgi Dağılımı (Devam)

Özellikler	n	%
<b>Meme Kanseri Hakkında Bilgi Alma Durumu (n:50)</b>		
Evet	23	46.0
Hayır	27	54.0
<b>Meme Kanseri Hakkında Bilgi Aldıkları Kaynaklar* (n:23)</b>		
Onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler	13	36.0
Aile hekimi	11	22.0
Hemşire	6	12.0
Medya iletişim araçları	8	16.0
<b>Meme Kanseri Hakkında Bilgi Almak İstedikleri Kaynaklar* (n:50)</b>		
Onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler	41	82.0
Aile hekimi	19	38.0
Hemşire	18	36.0

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların tanıtıcı bilgilerine ilişkin veriler Tablo 5’de görülmektedir. Kadınların yaşları 20 ila 69 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları  $43.32 \pm 12.93$ ’dür. Kadınların %58’inin ev hanımı, %78’inin evli olduğu, %54’ünün araştırmaya katılmadan önce meme kanseri hakkında daha önceden bilgi almadığı, en yüksek oranda (%36) onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler tarafından bilgi aldıkları belirlenmiştir.

#### 4.2. Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı

**Tablo 6:** Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş (n:50)</b>		
18-25 yaş arası	7	14.0
26-35 yaş arası	7	14.0
36-45 yaş arası	14	28.0
46-55 yaş arası	9	18.0
56-65 yaş arası	12	24.0
66-75 yaş arası	1	2.0
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu (n:50)</b>		
Evet	23	46.0
Hayır	27	54.0
<b>Çocuğunu Emzirme Durumu (n:23)</b>		
Evet	20	87.0
Hayır	3	13.0
<b>Çocuğunu Emzirme Süresi (n:20)</b>		
6 Ay- 1 Yıl	2	10.0
1 Yıldan Uzun	18	90.0
<b>İlk Menstrual Siklusun Başladığı Yaş (n:50)</b>		
7-11 yaş	9	18.0
12-13 yaş	18	36.0
13 Yaş Üzeri	18	36.0
Hatırlamıyorum	5	10.0
<b>Menstrual Siklusun Devam Etme Durumu (n:50)</b>		
Evet	32	64.0
Hayır	18	36.0
<b>Adet Kesilme Yaşı (n:18)</b>		
36-45 yaş	6	33.3
46-55 yaş	12	66.7

**Tablo 6:** Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Dağılımı (Devam) (n:50)

Özellikler	n	%
<b>İlk Doğum Yaşı (n:23)</b>		
20 yaş altı	8	16.0
20-24 yaş	7	14.0
25-29 yaş	4	8.0
30 yaş ve üzeri	1	2.0
Hatırlamıyorum	3	6.0
<b>Doğum Kontrol Hapı Kullanma Durumu (n:50)</b>		
Evet	12	24.0
Hayır	38	76.0
<b>Hormonal Tedavi Alma Durumu (n:50)</b>		
Evet	15	30.0
Hayır	35	70.0
<b>Meme Kanseri Tanısı Alan Akrabaların Sayısı (n:50)</b>		
1 kişi	38	76.0
2 kişi	12	24.0
<b>Meme Kanseri Tanısı Alan Akraba (n:50)</b>		
Anne	16	32.0
Kız kardeş	16	32.0
Teyze	2	4.0
Hala	1	2.0
Anneanne	1	2.0
Kız çocuk	1	2.0
Baba	1	2.0
Anne ve teyze	10	20.0
Teyze ve kız kardeş	2	4.0
<b>Meme Hastalığı Geçirme Durumu (n:50)</b>		
Evet	8	16.0
Hayır	42	84.0
<b>Meme Biyopsisi Yaptırma Durumu (n:50)</b>		
Evet	5	10.0
Hayır	45	90.0

Kadınların meme kanseri risk faktörlerine yönelik veriler Tablo 6'da görülmektedir.

Birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların %28'i 36-45 yaş arasındadır. Kadınların %46'sı (n:23) çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan 23 kadının 18'inin (% 90) çocuğunu 1 yıldan uzun bir süre emzirdiği, kadınların %16'sinin ilk doğumunu 20 yaş altında yaptığı, %76'sının doğum kontrol hapı kullanmadığı, %84'ünün meme hastalığı geçirmediği ve %90'ının meme biyopsisi yaptırmadığı belirlenmiştir.

#### 4.3. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranış, Sebep ve Sıklıklarının İncelenmesi

**Tablo 7:** Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranışlarının İncelenmesi (n:50)

Meme Kanseri Tarama Davranışları	Eğitimden	Eğitimden Sonra	Evet				Hayır				Toplam	McNemar
			n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>KKMM Yapma Durumu</b>	Eğitimden Önce	Evet	27	54.0	0	0.0	27	54.0	<b>0.000</b>			
		Hayır	16	32.0	7	14.0	23	46.0				
		Toplam	43	86.0	7	14.0	50	100.0				
<b>Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu</b>	Eğitimden Önce	Evet	20	40.0	0	0.0	20	40.0	<b>0.000</b>			
		Hayır	16	32.0	14	28.0	30	60.0				
		Toplam	36	72.0	14	28.0	50	100.0				
<b>Ultrason/Mamografi Çektirme Durumu</b>	Eğitimden Önce	Evet	27	54.0	1	2.0	28	56.0	<b>0.002</b>			
		Hayır	13	26.0	9	18.0	22	44.0				
		Toplam	40	80.0	10	20.0	50	100.0				

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin veriler Tablo 7'de görülmektedir.

**KKMM yapma oranı** eğitim öncesi %54 (n:27) iken, eğitim sonrası %86'ya (n:43) yükseldiği, bu oranın yapılan McNemar analizine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.01).

**Klinik meme muayenesi yaptırma oranı** eğitim öncesi %40 (n:20) iken, eğitim sonrası %72'ye (n:36) yükseldiği, bu oranın yapılan McNemar analizine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.01).

**Ultrason/mamografi çekirme oranı** eğitim öncesi %56 (n:28) iken, eğitim sonrası %80'e (n:40) yükseldiği, bu oranın yapılan McNemar analizine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.01).

**Tablo 8:** Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Tarama Davranış Sebep ve Sıklıklarının Dağılımı

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra	
	n	%	n	%
<b>KKMM Yapma Sıklığı</b>				
Ayda bir kez düzenli olarak	7	14.0	35	70.0
Yılda bir kez	2	4.0	1	2.0
Aklıma geldikçe	18	36.0	7	14.0
<b>KKMM Yapmama Nedeni</b>				
Nasil yapıldığını bilmiyorum	13	26.0	-	-
Unutuyorum	2	4.0	8	16.0
Önem vermedim	7	14.0	1	2.0
Diğer	1	2.0	-	-
<b>Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Nedeni</b>				
Memede kitle	3	6.0	3	6.0
Kontrol amaçlı	17	34.0	31	62.0
<b>Meme Ultrasonu Çekirme Nedeni</b>				
Memede kitle	3	6.0	3	6.0
Kontrol amaçlı	24	48.0	38	76.0
<b>Mamografi Çekirme Nedeni</b>				
Memede kitle	1	2.0	1	2.0
Kontrol amaçlı	19	38.0	22	44.0

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri tarama davranış sebep ve sıklıklarına ilişkin veriler Tablo 8'de görülmektedir.

Kadınların eğitimden önce 7'sinin (%14.0) düzenli olarak ayda bir kez KKMM yaptığı, eğitimden sonra ise 35'inin (%70.0) düzenli olarak ayda bir kez KKMM yaptığı, eğitimden önce aklına geldikçe KKMM yapanların oranının (%36.0) ise

eğitimden sonra azaldığı (%14.0), eğitimden önce kadınların %26'sının KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmediği, eğitimden sonra ise KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmeyen kadın sayısının olmadığı, kadınların %48'inin eğitimden önce kontrol amaçlı meme ultrasonu çektiği, eğitimden sonra ise kontrol amaçlı meme ultrasonu çekirme oranının %76'ya yükseldiği belirlenmiştir.

#### 4.4. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

**Tablo 9:** Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri SİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının İncelenmesi

SİMÖ Alt Başlıkları	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası			t / p
	Min	Max	X±SS	Min	Max	X±SS	
Duyarlılık	3	14	8.16±2.48	6	12	8.54±2.65	0.897/0.374
Önemseme/Ciddiyet	11	30	19.22±5.66	12	30	17.82±5.82	1.565/0.124
Sağlık Motivasyonu	5	25	20.54±3.86	15	25	21.20±2.40	-1.132/0.263
KKMM Yararları	4	20	15.44±3.16	16	56	18.00±5.78	<b>-2.878/0.006</b>
KKMM Engelleri	8	30	18.82±5.04	8	32	16.20±5.01	<b>3.203/0.002</b>
KKMM Öz-Etkililiği	20	49	30.80±7.89	38	50	44.34±5.07	<b>-11.493/0.000</b>
Mamografi Yararları	12	25	17.68±2.86	5	25	19.54±4.33	<b>-2.956/0.005</b>
Mamografi Engelleri	11	44	28.44±6.95	11	52	23.38±6.71	<b>3.788/0.000</b>

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri SİMÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9'da görölmektedir.

Eğitim öncesi ve sonrası SİMÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi analizi ile değerlendirilmiştir.

Duyarlılık ( $t= 0.897$ ,  $p=0.374$ ), önemseme ve ciddiye (= $t=1.565$ ,  $p=0.124$ ), sağlık motivasyonu ( $t=-1.132$ ,  $p=0.263$ ) alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0.05$ ) saptanmıştır.

KKMM yararları ( $t=-2.878$ ,  $p=0.006$ ), SİMÖ KKMM engelleri ( $t=3.203$ ,  $p=0.002$ ), KKMM öz etkililiği ( $t=-11.493$ ,  $p=0.000$ ), mamografi yararları ( $t=-2.956$ ,  $p=0.005$ ), mamografi engelleri ( $t=3.788$ ,  $p=0.000$ ) alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ( $p<0.01$ ) belirlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın tartışması eğitim öncesi ve sonrası SİMÖ alt boyut puan ortalamaları ve meme kanseri tarama davranışları birleştirilerek tartışılmıştır.

**Sağlık inanç modeli;** kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Aynı zamanda model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (Günel ve Günel 2000, Karabaş 2013).

Sağlık inanç modelinin alt boyutlarından biri olan **duyarlılık algısı;** kişinin sağlık durumunda olası bir riski algılamasıdır.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalamaları  $8.16 \pm 2.48$  (min: 3; max: 14), eğitim sonrasında ise puan ortalamaları  $8.54 \pm 2.65$  (min: 6; max: 12) olarak belirlenmiştir (Tablo 9). Araştırmada kadınların eğitim sonrası duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamaları arasında artış olduğu ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 9)

Literatürde (Yılmaz 2012, Karabaş 2013, Güney 2009, Lee et al., 2003,) kadınların SİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalamalarını  $7.01 \pm 3.30$  olarak belirtmiş ve bazı durumların duyarlılık algısını arttırdığı belirtilmiştir. Örneğin ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak algılamazken, hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden ölmüş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek oranda tehdit olarak algıladıkları belirtilmektedir (Gençtürk 2004, Gözüm ve Aydın 2004, Karayurt 2003, Meiser et al., 2000).

**Önemseme ciddiyet/ algısı;** meme kanserinin kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasıdır. Hastalığın ciddiyetinin algılanması; tarama programlarına katılma ile doğrudan ilişkilidir.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalamaları  $19.22 \pm 5.66$  (min: 11; max: 30), eğitim sonrasında ise puan ortalamaları  $17.82 \pm 5.82$  (min: 12; max: 30) olarak belirlenmiştir (Tablo 9). Araştırmada kadınların



eğitim öncesi ve sonrası önemseme/ciddiyet algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

Literatürde (Güney 2009, Gözüm ve Aydın 2004, Karayurt 2003, Yılmaz 2012) kadınların SİMÖ nemseme/ciddiyet alt boyut puan bulguları araştırma bulgumuz ile paralel sonuçlar göstermektedir. Ancak Karabaş (2013) kadın ğretim elemanlarının meme kanserine bakışını ve kanser korkusunu belirlenmek amacıyla SİMÖ'yü kullanarak yaptığı araştırmasında kadınların önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalamalarını  $21.19\pm 0.13$  olarak belirlemiştir. Karabaş'ın araştırma bulgusu, araştırma sonucumuzdan farklıdır. Bu farklılığın sebebinin; Karabaş'ın (2013) araştırma örneklemine aldığı kadınlarda, meme kanseri yakını olmasını gözetmemiş olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Yaptığımız araştırmada kadınlar meme kanserli kişilerin birinci derece yakınlarıdır ve meme kanseri olma açısından yüksek risk altındaki kişilerdir. Ciddiyet algısının meme kanserine yönelik tehdit algısını oluşturduğu düşünölmektedir.

Kadınların meme kanseri riski açısından yüksek risk altında olmalarına rağmen, eğitim sonrası önemseme/ciddiyet algısı puan ortalamalarının, eğitim öncesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması, bu kadınların meme kanseri açısından yüksek risk altında olduklarının bilincinin sık sık verilen eğitimlerle arttırılması gerektiğini düşöndürmektedir. Kadınların, verilen eğitimle meme kanserine yönelik endişe ve kaygılarının azalmış olabileceği, erken teşhisle bu hastalığın yenilebileceği bilgisi, meme kanserine yönelik önemseme ve ciddiyetlerinde azalmaya sebep olmuş olabileceği de düşünölmektedir.

**Sağlık motivasyonu;** sağlığın sürdürölmesi ve geliştirilmesinde davranışlarını oluşması için genel niyet ve istek durumudur. Sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını sergileme oranlarının yüksek olacağı belirtilmektedir (Yılmaz 2012).

Araştırmada kadınların eğitim ncesi SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları  $20.54\pm 3.86$  (min:5; max: 25) iken, eğitim sonrası puan ortalamaları  $21.20\pm 2.40$  (min: 15; max: 25) puana yükselmiştir (Tablo 9). Ancak kadınların eğitim öncesi ve sonrası sağlık motivasyonları alt boyut puan ortalamaları arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).

Literatürde (Yılmaz 2012, Güney 2009) kadınların SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamalarını  $19.98 \pm 3.01$  olarak belirlemiştir.

Karayurt (2003) ve Nahcivan'ın (2003) yaptığı araştırmada sağlık motivasyonu algı puanının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim sonrasında sağlık motivasyonundaki artışın istatistiksel olarak anlamlı çıkmamasında; kadınlara eğitimin verildiği, anket ve ölçek formunun uygulandığı süre içerisinde, birinci derece yakınlarının meme kanseri tedavisi görüyor olmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Araştırma süresince kadınların, öncelikli olarak birinci derece yakınlarının sağlığını korumaya yönelik motive oldukları gözlenmiş ancak buna rağmen yine eğitim sonrasında SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamalarında eğitim sonrasına göre artış olmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 9). Verilen bu eğitimin sık sık belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiği düşünülmektedir.

**Yarar algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönlerdir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir (Yılmaz 2012).

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ KKMM yarar algısı alt boyut puan ortalamaları  $15.44 \pm 3.16$  (min: 4; max:20) iken, eğitim sonrası  $18.00 \pm 5.78$  (min: 16; max: 56) puana yükselmiştir (Tablo 9). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası kadınların KKMM yararları alt boyut alt boyut puan ortalamaları arasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ) (Tablo 9).

Yılmaz (2012), Karabaş (2013) ve Güney'in (2009) çalışmaları ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ KKMM yarar algısı alt boyut puan ortalamalarının eğitim sonrasında yükselmesi; kadınların KKMM'de engel olarak gördüğü durumların eğitim sonrasında azaldığını göstermektedir. Kadınların meme kanserini erken teşhis etmede KKMM'nin yararlı olduğuna inandıkları ve KKMM yapmaya daha olumlu baktıkları ve eğitimin kişilerin sağlık inançlarına olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Meme kanserini önlemeye yönelik tarama davranışlarının, sağlık inancına dönüşmesinde önemli olan etkenin kadınların sağlık eğitimi yoluyla bilgilendirilmesi olduğu düşünülmektedir. Kişilere verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisi;

onların meme kanseri ile ilgili risk faktörlerinin bilincinde, KKMM yapmayı, yıllık mamografi çektirmeyi ve düzenli doktor muayenesi yaptırmayı alışkanlık haline getirerek erken tanının gerçekleştirilmesine katkıda bulunabilen bireyler olmalarının sağlanması ile gerçekleşecektir.

Araştırmada, eğitim öncesi KKMM yapmayan 23 kadının (Tablo 7) 13'ü KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmezken (Tablo 8), eğitim sonrası KKMM'yi bilmeyen kadın olmadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Bu sonuçtan yola çıkarak; kadınlara verilen eğitimin sağlık inançlarına olumlu etkisinin olduğu ve KKMM'nin uygulama aşamalarını, KKMM'yi doğru zamanda ve sıklıkta yapmalarının önemini eğitimle kavradıkları düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim öncesinde KKMM'yi uygulamayan kadın oranı fazladır (Tablo 7). Yapılan araştırmalarda (Karayurt 2003, Aslan 2006, Günel ve Günel 2000, Andiç 2011, Gençtürk 2004, Eti Aslan ve ark. 2007, Chalmers et al., 1996) da kadınların KKMM yapma oranları %44- %51 arasında değişim göstermektedir. Kadınların eğitimden önce %54'ünün (n:27), eğitimden sonra ise %86'sının (n:43) KKMM uyguladığı (Tablo 7), eğitimden önce %14'ünün (n:7), eğitimden sonra ise %70'inin (n:35) ayda bir kez düzenli olarak KKMM yapmaya başladığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Bunun kadınların eğitim öncesinde kendilerini bu konuda yeterli görmemelerinden, KKMM'nin yararlarını çok iyi bilmemelerinden, duygusal engelleri ve meme kanseri olma endişelerinden dolayı olabileceği düşünülmektedir ancak eğitim sonrasında KKMM yapmaya engel olan durumlar giderilmiş ve dolayısıyla kadınların KKMM engel algısı puanları da eğitim sonrası düşmüştür (Tablo 9).

Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların risk algısı, anksiyeteye yol açmaktadır. Chalmers ve Thomson'un makalelerinde, yüksek kanser anksiyetesi, sık sık KKMM yapmayla ya da KKMM'den sakınmayla sonuçlandığı bildirilmektedir (Chalmers and Thomson 1996, 2000, 2001, 2003). Kadınların KKMM'den sakınma nedeninin KKMM yaparak memelerinde kitle saptamaktan, meme kanseri ile yüzleşmekten korkuyor olmaları; sık sık KKMM yapma nedeninin de sürekli meme kanseri ve memede kitle endişesi duyarak, memede oluşabilecek kitleyi erken aşamada belirlemek istemeleri nedeni ile olabileceği düşünülmektedir.

**Kendi kendine meme muayenesi engelleri;** meme kanseri taramasında, KKMM yapılmasıyla ilgili algılanan içsel ve dışsal engelleri ifade eder.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ KKMM engel algısı alt boyut puan ortalamaları  $18.82 \pm 5.04$  (min: 8; max: 30) iken, eğitim sonrası puan ortalamaları  $16.20 \pm 5.01$  (min: 8; max: 32) puana düşmüştür (Tablo 9). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası kadınların KKMM engelleri alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.01$ ) (Tablo 9).

Yılmaz (2012), Karabaş (2013) ve Merey'in (2002) çalışmaları ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir ancak Karayurt (2003) ve Güney (2009) çalışmalarında KKMM engel puanını daha yüksek belirlemişlerdir.

Literatürde KKMM yapmada engel olarak belirlenen durumlar; zaman kısıtlılığı, bilgi ve beceri eksikliği, davranışı yapmak için kendine güvenememe, KKMM'nin etkinliğinden şüphe duyma, meme kanseri korkusu, unutma, muayenenin hoş olmaması ve muayenenin zor olması olarak bildirilmiştir (Meiser et al., 2000).

Araştırmada eğitim sonrası SİMÖ KKMM engel algısı alt boyut puan ortalamaları, eğitim öncesine kıyasla düşmüştür (Tablo 9). Bu düşüşün kadınlara KKMM yapmadaki engellerinin neler olduğunun belirlenip, ona göre eğitim verilmesi, KKMM hakkındaki yanlış bilinen düzeltilmesi, bilgi eksikliklerinin giderilmesi, KKMM'nin öneminin kavranmasının sağlanması ile sağlandığı düşünülmektedir. Bu aşamada kadınlara verdiğimiz eğitimin, kadınların sağlık inançlarına olan olumlu etkisini görmekteyiz. Hemşireler, kadınlarda KKMM davranışına engel olan faktörleri belirleyerek, bu engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik eğitim planlayarak, bu eğitimi belirli aralıklarla sık sık tekrarlamalarının, kadınlarda KKMM engel algısının düşmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

**Öz etkililik;** bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade etmektedir.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ KKMM öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamaları  $30.80 \pm 7.89$  (min: 20; max:49) iken, eğitim sonrası  $34 \pm 5.07$  (min: 38; max: 50) puana yükselmiştir (Tablo 9). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası kadınların KKMM öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.01$ ) (Tablo 9).

Araştırma sonucumuz literatür çalışmaları (Yılmaz 2012, Karabaş 2013, Merey 2002) ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada eğitim sonrası SİMÖ KKMM öz etkililik algısı alt boyut puan ortalamaları, eğitim öncesine kıyasla yükselmiştir (Tablo 9). Verilen eğitimle, kadınların hastalığı kendilerine yakın hissettiği ve bunun sonucunda da erken tanının hayat kurtarıcı olduğuna daha çok inandıkları, bireysel kontrolündeki tarama yöntemlerinden KKMM'yi düzenli ve doğru yapmaya motive oldukları, tüm bunların sonucunda da; öz-etkililik algılarının arttığı düşünülmektedir.

Bireyin öz etkililiğine ilişkin inançlarını, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan sorunlar, engellerle mücadele etme gücünü etkiler (82). Bu sebeple hemşirelerin öncelikle kadınların kendi etkililiğine olan inançlarını güçlendirecek terapiler, özellikle birinci derece yakınında meme kanseri bulunan yüksek risk altındaki kadınlara meme kanseri tarama davranışlarında bulunma ve kendi meme sağlıklarının farkında olabilmeleri yönünde eğitimler düzenlenmeleri gerektiği düşünülmektedir.

**Mamografi yarar algısı;** mamografinin olumlu sonuçlarının ve yararlarının algılanmasıdır.

Meme kanserinin erken belirlenmesi için AKB, 40 yaşından sonra her yıl mamografi çektirilmesini önermektedir (ACS 2015).

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ mamografi yarar algısı alt boyut puan ortalamaları  $17.68 \pm 2.86$  (min: 12; max: 25) iken, eğitim sonrası  $19.54 \pm 4.33$  (min: 5 ve max: 25) puana yükselmiştir (Tablo 9). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası kadınların SİMÖ mamografi yarar algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0.01$ ) belirlenmiştir (Tablo 9). Dolayısıyla araştırmada kadınların yaş gruplarına göre ultrason/mamografi çektirme oranı eğitim öncesi %56 (n:28) iken, eğitim sonrası %80'e (n:40) yükselmiş ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Araştırma sonucu (Tablo 7), eğitim öncesinde meme kanserinin erken teşhisinde mamografinin önemini ve yararlarını bilmeyen kadınların, eğitim sonrasında mamografinin önemini ve yararlarını kavradığını göstermektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak; kadınların mamografi konusunda bilinç düzeyinin artırılması için, kadına

yönelik sağlık eğitimlerinin, tanıtıcı reklamlar ve medya gibi araçlar kullanılarak, disiplinler arası işbirliği ile artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma bulgumuzdan farklı olarak yapılan çalışmalarda ise birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların mamografi çekirme oranları düşük olarak belirtilmiştir (Chalmers and Thomson 1996, Parlar ve ark., 2005). Bu farklılığın nedeninin; yaptığımız araştırma da kadınlara tarama davranışları ve önemi hakkında eğitim vermiş olmamızdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Mamografi engelleri;** meme kanseri taramalarında, mamografi çekirilmesiyle ilgili algılanan içsel ve dışsal engelleri ifade eder.

SİMÖ'ye göre; mamografinin acı verici, sıkıntılı ve çok zaman alan bir işlem olması, bu birimde çalışanların, kadınlara kaba davranması, radyasyona maruz kalma korkusu, randevu almayı unutma, kanser korkusu, mamografi çekirmek için nereye gidileceğinin bilinmemesi, belirli bir yaştan sonra yapılması ve kadının daha önemli problemlerinin olması gibi faktörler mamografi engelleri olarak tanımlanmıştır (42,57).

Araştırmada da eğitim öncesinde kadınlar mamografi hakkındaki önyargılarını, endişelerini, mamografi konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ve bu konudaki sağlık inançlarının başkalarının deneyimleri ile şekillendiğini ifade etmişlerdir.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi SİMÖ mamografi engel algısı alt boyut puan ortalamaları  $28.44 \pm 6.95$  (min: 11; max: 44) iken, eğitim sonrası  $23.38 \pm 6.71$  (min: 11; max: 52) puana düşmüştür (Tablo 9). Araştırmada eğitim öncesi ve sonrası kadınların SİMÖ mamografi engel algısı alt boyutları alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.01$ ) (Tablo 9).

Araştırmada eğitim sonrası SİMÖ mamografi engel algısı alt boyut puan ortalamalarının eğitim öncesine kıyasla düşmesi, kadınların mamografi hakkındaki bilgi eksikliklerinin giderildiğini, mamografi hakkındaki önyargılarının kalktığını düşündürmektedir. Nitekim Yılmaz (2012) yaptığı çalışmada kadınların SİMÖ mamografi engel algısı alt boyut puan ortalamalarını  $25.31 \pm 5.85$  olarak belirlemiş ve kadınlara tarama davranışlarına yönelik eğitim verilmemiştir.

Araştırmada kadınların eğitim öncesi ultrason ve mamografi çekirme durumları eğitim sonrasında artış göstermiştir ve bu artış istatistiksel olarak da anlamlı

bulunmuştur. Bu sonucun elde edilmesinde; kadınlara verilen eğitimin sağlık inançlarına olan olumlu etkisi etkili olmuştur. SİMÖ'ye göre mamografi yaptıranın yararlarını yüksek, engellerini düşük düzeyde algılayan kadınların gelecekte mamografi yaptırmaya daha olumlu bakması beklenmektedir.

Hemşirelerin, kadınlara mamografi çektirmenin meme kanserinin erken teşhisinde ne kadar önemli olduğu yönünde eğitim vermeleri ve halk arasında mamografi hakkındaki yanlış bilgilerin doğrusuyla düzeltilmesi ile mamografi hakkındaki ön yargıların kaldıracağı düşünülmektedir. Ayrıca kadınların, ihtiyaç hissetmedikleri mamografinin pahalı bir tarama yöntemi olmasının, her hastanede olmamasının ve mamografi çekimi sırasındaki radyasyonun meme kanseri risk etmeni olarak görülmesinin mamografi çektirmekten kaçınmalarına sebep olduğu düşünülmektedir.

Kadınların, meme kanseri olan yakınlarının sağlığı hakkında endişelenirken, erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada da güçlük çektikleri düşünülmektedir. Kadınların KKMM yapmalarında, klinik meme muayenesi yaptırmalarında, ultrason ve mamografi çektirmelerinde etkili olan sağlık inançlarını anlamak ve geliştirmek için meme sağlığına yönelik araştırma ve eğitim programlarının planlanmasında hemşirelere büyük görev düşmektedir.

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Kadınların eğitim öncesindeki KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve meme ultrasonu/mamografi çektirme oranlarının eğitim sonrasında yükseldiği, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kadınların eğitim öncesindeki KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve meme ultrasonu/mamografi çektirme oranlarının eğitim sonrasında yükseldiği, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Kadınların eğitim öncesinde KKMM yapmamalarına sebep olarak; “KKMM’nin nasıl yapılacağını bilmemeleri” olarak gösterdiği, eğitim sonrasında kadınların tamamının “KKMM’nin nasıl yapılacağını bildiğini” ifade ettikleri,
- Eğitimden sonra KKMM yapmayan kadın oranının az olduğu ve bu kişilerin de sebep olarak “KKMM yapmayı unutmak” olarak gösterdikleri belirlenmiştir.
- Kadınların yarısından çoğunun araştırmaya katılmadan önce meme kanseri riski ve meme kanserinden korunmaya yönelik tarama davranışları hakkında bilgi almadığı ve bilgi alanların da çoğunluğunu onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler tarafından bilgi aldığı ve aynı şekilde çoğunluğunun onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler tarafından bilgi almak istediği,
- SİMÖ’nün KKMM yararları/engelleri ve öz etkililiği, mamografi yararları ve engelleri alt başlık skorlarının eğitim öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

### **Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;**

- Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, meme kanseri açısından yüksek risk altında olduklarına dair hemşirelerin bilgi vererek farkındalık oluşturmaları,
- Kadınların tarama programlarına teşvikinin artırılması,



- Hemşirelerin birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, meme kanserinden korunma ve erken tanı yöntemleri hakkında eğitim vermesi,
- Kadınlara verilen eğitimin davranışa dönüşebilmesi için belirli aralıklarla tekrarlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Tüm sağlık çalışanlarının özellikle onkoloji kliniği ve kemoterapi ünitesinde çalışan hemşirelerin, meme kanseri konusunda kadınlara ve ailelerine karşı eğitici rol üstlenmelerinde etkin olabilecek bilgi ve deneyime sahip olabilmeleri,
- Meme bakım hemşireliği rollerinin belirlenmesi ve meme bakım hemşireliği sertifika programlarının artırılması,
- Türkiye’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması amacıyla çalışmalar yapılması,
- Farklı eğitim modelleri denenerek, uzun vadeli sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

## ÖZET

### **Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlara Verilen Eğitimin Sağlık İnançlarına Olan Etkisinin Belirlenmesi**

Araştırma birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesine başvuran meme kanseri tanısı olan kişilerin yakınları oluşmuştur (n:50). Verilerin toplanmasında kadınlara ait bilgileri içeren “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır. Tanıtıcı özellikler formu, 37 maddelik bir formdan, SİMÖ, 8 alt boyut ve 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte alt boyutlardan alınan puanın yükselmesi duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri, KKMM yararları, KKMM öz etkililiği, mamografi yararları ve mamografi engellerinin yüksek algılandığı anlamına gelmektedir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci kez uygulanan anket formu ve SİMÖ ile son kez uygulanan arasında 6 haftalık bir süre geçmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasında; anket formu ve SİMÖ **birinci kez** uygulanmıştır. Bir sonraki buluşma tarihi hastalarının bir sonraki kemoterapi ya da radyoterapi tedavisi alacakları randevu tarihlerine göre 3 hafta sonraya ayarlanmıştır. Belirlenen tarihte 4-6 kişiden oluşan eğitim gruplarına yüz yüze eğitim yöntemi kullanılarak eğitim verilmiştir. **İkinci kez** anket formu ve SİMÖ eğitimden yaklaşık 3 hafta sonra uygulanmıştır. Veri analizi için yanılma düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklemeden elde edilen oranların karşılaştırılmasında Mc Nemar Test, bağımlı grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

Kadınların yarısından çoğunun araştırmaya katılmadan önce meme kanseri riski ve meme kanserinden korunmaya yönelik tarama davranışları hakkında bilgi almadığı ve bilgi alanların da çoğunluğunu onkolog/diğer kanser alanında uzman hekimler tarafından bilgi aldığı, kadınların çoğunun hemşirelerden bilgi almak istemedikleri belirlenmiştir. Kadınların eğitim öncesinde KKMM yapmamalarına sebep olarak; “KKMM’nin nasıl yapılacağını bilmemeleri” olarak gösterdiği, eğitim sonrasında kadınların tamamı “KKMM’nin nasıl yapılacağını bildiğini” ifade ettikleri belirlenmiştir. Kadınların eğitim öncesi ve sonrasında KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve meme ultrasonu/mamografi çekirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve sonrasında SİMÖ’nün KKMM yararları/engelleri ve öz etkililiği, mamografi yararları ve engelleri alt başlık skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği ancak duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu alt başlık skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Birinci derece yakın, hemşire, meme kanseri, sağlık eğitimi.

## ABSTRACT

### **Identifying the Effects to Health Beliefs of the Education Given to the Women Who Have First Degree Relative with Breast Cancer**

This study aimed to identify the effects to health beliefs of the education given to the women who have first degree relative with breast cancer and conducted as a quasi-experimental.

The sample of the study included 50 people whose relatives are diagnosed with breast cancer and applied to Şifa University Education and Research Hospital Bornova Branch Chemotherapy and Radiotherapy Unit. “The Introductory Characteristics Form” and “Health Belief Model Scale” were used for data collection. The Introductory Characteristics Form consists of 37 components and Health Belief Model Scale consists of 8 sub-dimension and 52 components. The increase of the points received from sub-dimensions means that sensitiveness, care/seriousness, health motivation, Breast Self-Examination obstacles, Breast Self-Examination benefits, self-effectiveness of Breast Self-Examination, benefits of mammography and obstacles of mammography are perceived high. Data collected by face-to-face interview method. The research conducted in three stages. There are 6 weeks period between first applied questionnaire form and health belief model scale and the last applied questionnaire form and health belief model scale.

Questionnaire form and health belief model scale applied **first time** in the first stage of the research. Next meeting date arranged upon patients’ next appointment dates for chemotherapy or radiotherapy treatment. On the determined date, approximately three weeks later, face to face training method used for education group of 4 – 6 people. Approximately three weeks later, the questionnaire form and health belief model scale applied for the **second time**. Error rate was defined as 0.05 for data analysis. In comparison the proportion of dependent samples obtained from McNemar tests, the comparison of the average of the dependent groups t test were used.

More than half of the women did not get any information about breast cancer and scanning behavior for preventing breast cancer before participating the research. Most of the women got the information from oncologists and the other specialist physicians and it is determined that most of them did not want to get information from nurses. The women indicated that the reason of not doing Breast Self-Examination is that they do not know how to self-examine their breasts. After the training, all of the women stated that they know how to self-examine their breasts. Before and after the training there is a statistically significant discrepancy between the ratios of Breast Self-Examining, getting clinical breast examination, and getting mammary ultrasonography/ mammography. Before and after the training there is a statistically significant discrepancy between the subtitle scores of benefits/obstacles and self-effectiveness of Breast Self-Examination, benefits and obstacles of mammography but there is not any significant discrepancy between the subtitle scores of sensitiveness, care/seriousness and health motivation.

**Key Words:** First degree relative, nurse, breast cancer, health education.

## KAYNAKLAR

Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P. Cancer. In: Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P (eds). *Molecular Biology of the Cell*. 4th Ed. New York: Garland Science, 2003: 1313-1362.

Alpteker H. ve Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi* 2010; 6: 74-79.

American Cancer Society, Breast cancer facts&figures 2013.<http://www.cancer.org/>. Erişim Tarihi: 14/01/2015

American Cancer Society, Breastcancerfacts&figures 2010. <http://www.cancer.org/>. Erişim Tarihi: 23/01/2015

American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2015*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015. Erişim Tarihi:28/06/2015

American Joint Committee on Cancer. Breast. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 7th ed. New York: Springer; 2010: 347–369.

Akyolcu N. *Kadınlarda Meme Kanserinin Önemi ve Sağlık Eğitimi, I. Uluslararası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kongre Kitabı*, Nevşehir, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul,2003:s. 349-355

Aslan G. Meme kanseri bireylerin birinci derece akrabalarının bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yard. Doç. Dr. Esin Çeber), 2006.

Andıç S. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Doç. Dr. Özgül Karyurt), 2011.

Barton, M. B. Breast cancer screening, *Post Graduate Medicine*, 2005; 118(2): 27-28.

Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sitesin the adult population in 2008. *Int. J. Cancer* 2013; 132(5):1133–1145.

Baxter N. Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Canadian Medical Association of Journal* 2001;164(13): 1837-1846.

Barton M.B. Screening mammography for women aged 40-49: Are we off the fence yet? *Canadian Medical Association* 2001; 164(4):498-499.

Bottorff J. L, Johnson J. L, Bhagat R, Grewal S, Balneaves L. G, Clarke H, et al..Beliefs related to breast health practices: The perceptions of south asian women living in Canada. *Social Science and Medicine* 1998;47(12):2075-2085.

Brinton LA, Potischman NA, Swanson CA, Schoenberg JB, Coates R, Gammon MD et al. Breast- feeding and breast cancer risk. *Cancer Causes Control* 1995; 6 (3):199-208.

Chalmers K, Thomson K. Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. *Qualitative Health Research* 1996; 6: 256–282.

Chalmers K, Thomson K, Degner L. Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing* 2000; 19: 204–213.

Chalmers K, Luker KA, Leinster S, Ellis I, Booth K. Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the information and support needs questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 497–507. Pub Med PMID: 11529948.

Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scott-findlay S, Serfas K. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2003; 12: 81–90. Pub Med PMID: 12641560.

Campbell J.B. Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: a literature review. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2002;74:187-192.

Carney PA, Tosteson AN, Titus-Ernstoff L, Weiss JE, Goodrich ME, Manganiello P, Kasales CJ. Hormone Therapies in Women Aged 40 and Older: Prevalence and Correlates of Use, Maturitas. 2006;53(1):65-76.

Çevikbaş U. Neoplazi. İçinde: *Basic Pathology* (çeviri: Kumar V, Cotran R, Robbins S.). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2012; ss:166-210.

Dean A. Primary breast cancer: risk factors, diagnosis and management. *Nurs. Stand* 2008;22(40): 47-55.

Darendeliler E, Yaman Agaoglu F. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi, Topuz E, Aydın A., Dinçer M., (Editörler), *Meme Kanseri*, Nobel Matbaacılık, İstanbul. 2003; s:13-33

Davis C, Williams P, Parle M, Redman S & Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nurs* 2004;27:169–174.

Eti Aslan F, Gürkan A, Şelimen D, İşsever H. İstanbul’da kadınların meme tarama programlarına katılımı. *Çağdaş Cerrahi Dergisi*. 2002;169-188.

Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007; 3 (2).

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013. Available from:<http://globocan.iarc.fr>. Erişim Tarihi: Temmuz 2014

Gençtürk N. Meme kanserli kadınların birinci derece akrabalarının bilgi arama davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul (Prof. Dr. Neriman Akyolcu), 2004.

Güney E. İzmir’de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 Erişim Tarihi: Temmuz 2015

Günel YS, Günel. A. 25-35 Yaş Çalışan kadınların meme kanserine yönelik davranışları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2000; 10(1):21-24.

Gozum S. Aydın I. Validation Evidence For Turkish Adaptation Of Champion’s Health Belief Model Scales. *Cancer Nurs*. 2004; 27:491-498. (PMID:15632789).

Gözüm, S; Aydın, İ. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Skalası'nın Türkçe Uyarlamasının Geçerliliği, 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 2003; 67

Goodwin P.J. Management of Familial Breast Cancer Risk. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2000; 62: 19-33

Harris JR, Morrow M, Banadonna G.Cancer of th eBreast. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1993:1264-1332.

[http://www.memekanseri.comUnder\\_Construction.htm](http://www.memekanseri.comUnder_Construction.htm).2014 Erişim Tarihi: Haziran 2015

Hansen, L. K, Feigl, P, Modiano, M. R, Lopez, J. A, Sluder, S. E, Moinpour, C. M,et al. An educational program to increase cervical and breast cancer screening in hispanic women. *Cancer Nursing* 2005;28(1): 47–53.

[http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/seminer\\_17.html](http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/seminer_17.html) Erişim Tarihi: Haziran 2015

Karabaş S. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışı ve kanser korkusunun incelenmesi. TC. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2013.

Karayurt Ö. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye için uyarlaması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2003.

Leight S.B, Deiriggi P, Hursh D, Miller D, Leight V. The Effecet of Structured Training On Breast Self Examination Search Behaviors as Measured Using Biomedical Instrumentation, *Nursing Research*. 2000; 49(5):283-289.

Lee-Lin, F., Menon, U., Pett, M., Nail, L., Lee, S., Mooney, K., Breast Cancer Belief and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants, *JOGNN Clinical Research*, 2007; 36(3): 212- 221.

Lucassen A, Watson E. Family History of Breast Cancer, *BJM Journals* 2005; Vol:330, p:26-27.

Matsui W. Breast Cancer. <http://www.nlm.nih.gov.tr>. Erişim Tarihi: Eylül 2014.

Meiser B, Butow P, Barratt A, Friedlander M, Kir, Gaff C, et al. Breast cancer screening uptake in women at increased risk of developing hereditary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2000; 59:101-111.

Merey S. Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

McDonnell SK, Schaid DJ, Myers JL, Grant CS, Donohue JH, Woods JE, et al. Efficacy of contralateral prophylactic mastectomy in women with a personal and family history of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2001; 19: 3938–3943.

Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian national breast screening study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. *J Natl Cancer Inst* 2000;92: 1490-9.

Natioanal Cancer Institute Fact Sheet7.5. Preventive Mastectomy. 2006 <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/TherapyFs75.pdf>. Erişim Tarihi: 22.12.2014.

Nelson HD, Fu R, Griffin JC, Nygren P. Systematic review: comparative effectiveness of medications to reduce risk for primary breast cancer. *Ann Intern Med* 2009; 151(10):703-715.

NHS Breast Screening Programme. Breast screening a pocket guide. 2008. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publicatios/nhsbsppocketguide2008.pdf>. Erişim Tarihi:25.02.2015.

National Comprehensive Cancer Network, 2011. National Health Services Breast Screening Programmes. <http://cancerscreening.org.uk/breastscreen> Erişim Tarihi: 09/08/2014.

National Cancer Institute. Genetics of Breast and Ovarian Cancer (PDQ®). 7/25/2013. Accessed a <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breastandovarian/HealthProfessional> on 25/01/2015.

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) s:33- 38.



Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomized trials. *Lancet*. 2002; 359 (5): 909-919.

Onat H, Basanar M. Meme Kanseri Risk faktörleri ve Korunma, Topuz E. Aydınar A. Dinçer M. (Editörler), *Meme Kanseri*, Nobel Matbaacılık, İstanbul. 2003; s:90-10.

Özmen V. Breastcancer in the world and turkey. *Breast J* 2010; 4(2): 7-12.

Özdemir A, Isık S. Meme Kanseri Taramasında Mamografi: Meme Kanseri Risk Faktörleri, İnsizyon, *Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 1998;1(2):118-122

Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N, Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 1, 2005

Rees CE, Bath PA. Meeting the information needs of daughters of women with early breast cancer: patients and health care professionals as providers. *Cancer Nursing* 2000; 23: 71–79. PubMed PMID: 10673810.

Romieu I, Hernandez- Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero- Jaime R. Breast cancer and lactation history in Mexican women, *Am J Epidemiol*1996; 143 (6): 543- 552.

Sadıkoglu G. Birinci Basamakta Meme Kanseri Hastayan Yaklaşım, *Meme Sağlığı Dergisi* 2012: Cilt:8, Sayı:3: 100-125. Erişim Tarihi: 22.11.2014.

Smeltzer and Bare 2005 Smeltzer SC, Bare, BG, Brunner and Suddarth. *Medical Surgical Nursing*, 10th Edition, Lippincott Williams &Wilkins, USA. 2005; 1445-1484.

Sağlık Bakanlığı. *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Ankara: Cilt 1.Damla Matbaacılık. 2005.

Stacey D, Degrasse C, Johnston L. Addressing the supportneeds of women at high risk for breast cancer: evidence based care by advanced practice nurses. *Oncol. Nurs Forum*.2002; 29(6): 77-84. Pub Med PMID: 12096298.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012 <http://sbu.saglik.gov.tr/>Erişim tarihi: 08/01/2015

Saslow D, Boetes C, Burke W. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007;57:75-89.

Sinicrope PS, Patten CA, Clark LP, Brockman TA et al. Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. *Psychooncology* 2009 Feb; 18(2): 169-78.

Şahin M. Erken evre meme kanserinde sentinel lenf nodül biyopsisi klinik sonuçlarımız. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Genel Cerrahi Uzmanlık Tezi. (Op. Dr. Ahmet Kocakuşak), 2007.

Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble AC. First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology* 2010; 19: 423–430.

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu 2005. <http://www.turkcancer.org/kanser.php> Erişim Tarihi: Eylül 2014.

Türkiye Kanser Kurumu Halk Sağlığı Başkanlığı: [www.kanser.gov.tr](http://www.kanser.gov.tr) 2014.

Tabak R S. Sağlık Eğitimi, Ankara. Somgür Yayıncılık,2000: s:338.

Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keleş G, Gökmen O. Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. *J Adolesc Health* 1996; 18(1): 54- 58.

[www.emzirmereformu.com/dunyadaveturkiyedeemzirme](http://www.emzirmereformu.com/dunyadaveturkiyedeemzirme) Erişim Tarihi: Temmuz 2015

Wellisch DK, Hoffman A, Goldman S, Hammerstein J, Klein K, Bell M. Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1644–1645. PubMed PMID: 10518180.

Wen KY, Gustafson DH. Needs Assesment for Cancer Patients and Their Families, *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; Vol. 2

Yıldırım M. *Resimli İnsan Anatomisi*. 2. Basım. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. 2012; 116-117.

Yılmaz D. Bir yerleşim bölgesindeki kadınların meme kanseri taramaları konusun farkındalık ve duyarlılıklarının saptanması. TC. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

## EKLER

### EK 1

#### TANITICI BİLGİ FORMU

Bu ankette, meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmış sorular yer almaktadır. 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.

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.

Araş. Gör. Şule OLGUN

Adınız/Soyadınız:.....

Telefon Numaranız:.....

1.Doğum Tarihiniz:.....

2.Eğitim durumunuz nedir?

a)İlkokul b)Ortaokul mezunu c)Lise mezunu d)Üniversite ve üzeri e)Okur-yazar

3.Medeni durumunuz nedir?

a)Bekar b)Evli c)Boşanmış

4.Mesleğiniz nedir?

a)Ev hanımı b)Memur c)Emekli d)Serbest meslek e)Diğer

5. Gelir durumunuz nedir?

a)Gelir giderden az b)Gelir gidere denk c)Gelir giderden fazla

6.Birinci derece yakınlarınızdan( anne, teyze..) kaç kişi meme kanseri tanısı aldı?

a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

7.Birinci derece yakınınızdan meme kanseri tanısı alan kişi/kişileri işaretleyiniz.

a)Anne d) Hala

b)Kız kardeş e) Diğer

c)Teyze

- 8.Yakınınız meme kanseri tanısını aldığında kaç yaşındaydı?..
- 9.İlk adet kanamanızın başladığı yaş kaçtır?
- a) Hatırlamıyorum  
b) 7-11 yaş  
c) 12-13 yaş  
d) 13 yaş ve üzeri
- 10.Adet kanamanız devam ediyor mu? (Cevabınız evet ise 12. soruya geçiniz)
- a) Evet b) Hayır
11. Kaç yaşında adet kanamanız kesildi?.....
12. Çocuğunuz var mı? (Cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz)
- a) Evet b) Hayır
13. Çocuklarınızın cinsiyet ve yaşlarını yazar mısınız?
- | Yaş   | Cinsiyet |
|-------|----------|
| ..... | .....    |
- 14.İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?
- a) Hatırlamıyorum  
b) 20 yaş altı  
c) 20-24 yaş  
d) 25-29 yaş  
e) 30 yaş ve üzeri
- 15.Çocuklarınızı emzirdiniz mi? (Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz)
- a) Evet b) Hayır
16. Ne kadar süre emzirdiniz?.....
- 17.Doğum kontrol hapi kullandınız mı?
- a) Evet b) Hayır
18. Daha önce/şimdi kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı?..
- 19.Memenizle ilgili herhangi bir hastalık yaşadınız mı? (Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz)
- a) Evet b) Hayır
- 20.Geçirdiğiniz hastalık nedir?.....
- 21.Meme biyopsisi yaptırdınız mı? (Cevabınız hayır ise 24. soruya geçiniz)
- a) Evet b) Hayır

22.Biyopsi işlemini kaç kere yaptırdınız?

- a) 1 kere b) 1'den fazla

23.Biyopsi sonucunuzu hatırlıyor musunuz? Nedir?.....

24.Meme kanseri riskine ilişkin bilgi aldınız mı hiç? (Cevabınız hayır ise 26. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

25.Meme kanseri riskine ilişkin bilgiyi nereden/kimden temin ettiniz?

- a) Onkolog / diğer kanser alanında uzman hekimler  
b) Aile hekimi  
c) Hemşire  
d) Radyo / televizyon  
e) Kitap / dergi / broşür / gazete  
f) Komşu / arkadaş  
g) Aile  
h) Diğer....

26.Meme kanseri riski ve erken tanısı hakkında bilgi almak ister misiniz? (Cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

27.Meme kanseri riskine ilişkin bilgiyi nereden/ kimden temin etmek istersiniz?

- a) Onkolog / diğer kanser alanında uzman hekimler  
b) Aile hekimi  
c) Hemşire  
d) Radyo / televizyon  
e) Kitap / dergi / broşür / gazete  
f) Komşu / arkadaş  
g) Aile  
h) Diğer....

28.Son yıllarda kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz? (Cevabınız evet ise 30. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

29.Kendi kendinize meme muayenesi yapmamanızın sebebi nedir?

- a) Nasıl yapıldığını bilmiyorum
- b) Unutuyorum
- c) Önem vermedim
- d) Beni korkutuyor
- e) Diğer.....

30.Kendi kendinize meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?

- a) Ayda bir kez düzenli olarak
- b) Yılda bir kez
- c) Yılda birkaç kez
- d) Aklıma geldikçe

31.Son yıllarda bir sağlık çalışanına meme muayenesi yaptırdınız mı? (Cevabınız hayır ise 33. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

32.Son yıllarda bir sağlık çalışanına meme muayenesi yaptıрма nedeniniz nedir?.....

33.Son yıllarda meme ultrasonu yaptırdınız mı? (Cevabınız hayır ise 35. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

34.Son yıllarda ultrason yaptırdığınız nedeniniz nedir?.....

35.Son yıllarda mamografi yaptırdınız mı?(Cevabınız hayır ise 37. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

36.Son yıllarda mamografi yaptırdığınız nedeniniz nedir?.....

37.Akrabanızın meme kanseri olduğunu öğrendikten sonra kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

## 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.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>Duyarlılık;</b>					
1.Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
2.Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3.Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum.					
<b>Önemseme/ciddiyet;</b>					
1.Meme kanserini düşünmek beni korkutur.					
2.Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım.					
3.Meme kanserini düşünmekten korkarım.					
4.Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
5.Meme kanseri olmak eşimle(ya da birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.					
6.Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek.					
<b>Sağlık motivasyonu;</b>					
1.Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.					
2.Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
3.Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
4.Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
5.Dengeli beslenirim.					

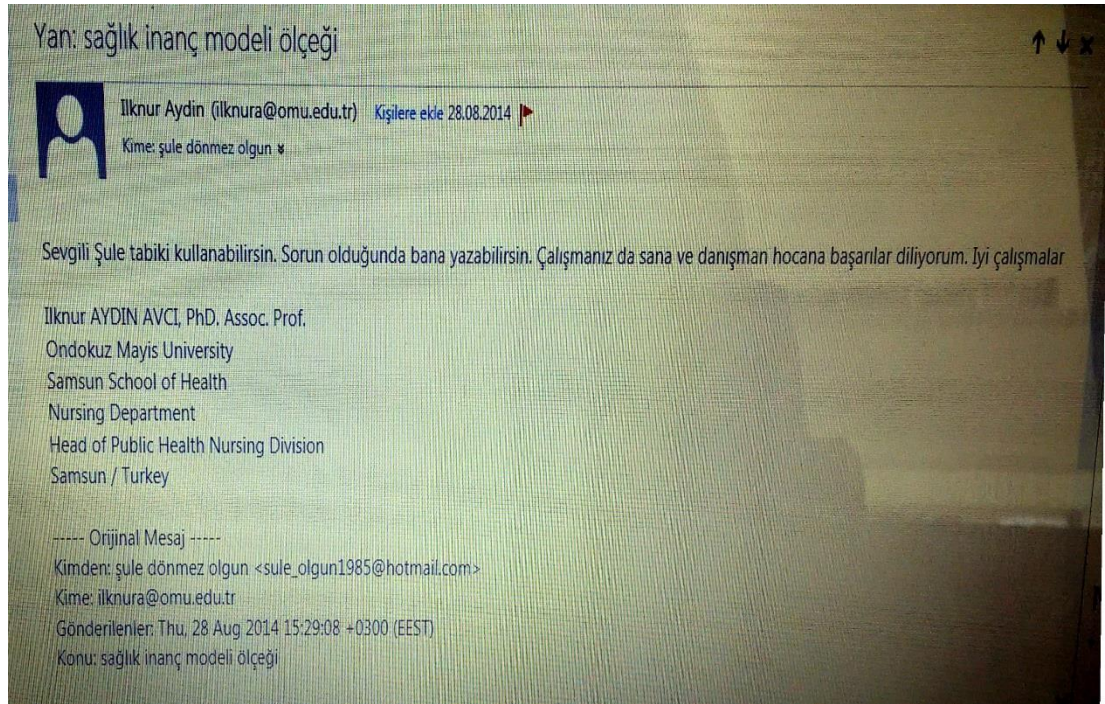
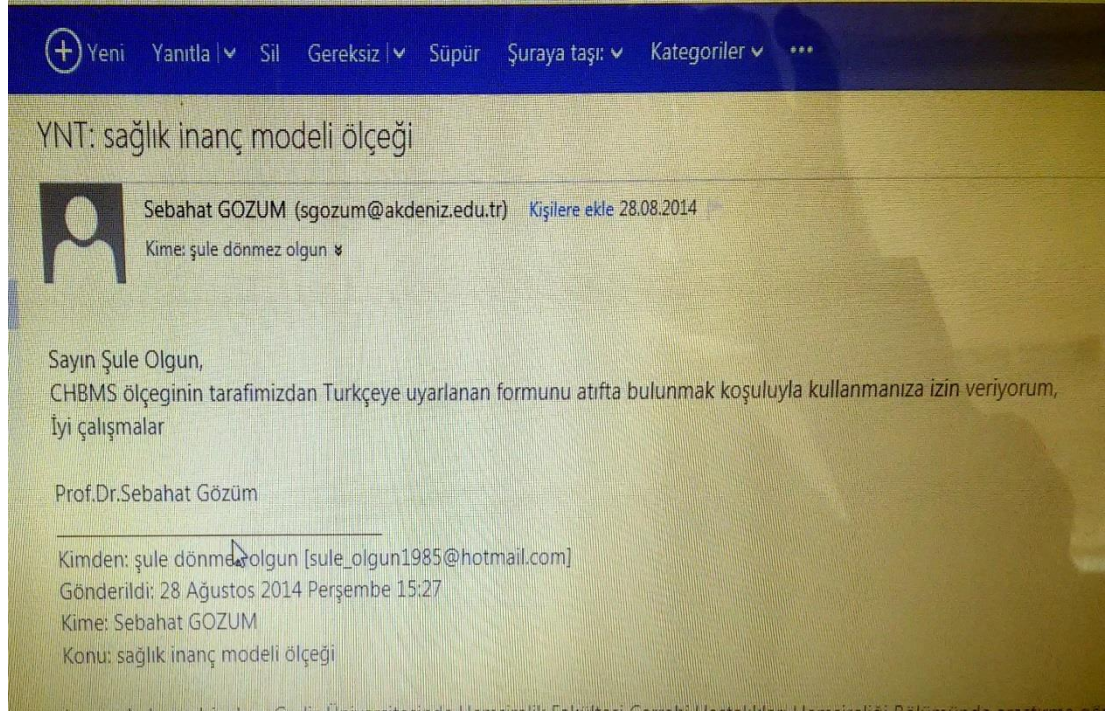
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>KKMM yararları;</b>					
1.KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
2.Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
3.Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
4.Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim daha etkili olabilir.					
<b>KKMM engelleri;</b>					
1.KKMM yapmaktan sıkılıyorum.					
2.KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor.					
3.Meme muayenesi yapmayı hatırlamak zordur.					
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.					
<b>KKMM öz-etkililiği;</b>					
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.					



	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
<b>Mamografi yararları;</b>					
1.Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
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.					
<b>Mamografi engelleri;</b>					
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


## Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin (SİMÖ) Türkçe'ye uyarlamasını yapan Gözüm ve Aydın'dan e-posta yolu ile alınan izin belgesi





EK 4

## Etik Kurul İzni

 **SİFA**  
ÜNİVERSİTESİ

**ŞİFA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN ETİK KURUL BAŞVURU KARAR FORMU**

1. Araştırmancının Tam Adı / Referans No: 190 – 55 22.08.2014

Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarına Verilen Eğitimin Sağlık İnançlarına Olan Etkisinin Belirlenmesi

2. Sorumlu Araştırmacı

Adı Soyadı	Unvanı ve Uzmanlık Alanı	Çalıştığı Kurum	Telefon ve Mail Adresi
Şule OLGUN	Araş. Gör / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Gediz Üniversitesi	5058330599 sule_olgun1985@hotmail.com

Sağlık Bakanlığına başvurulmasına gerek var mı? Evet  Hayır

3. Şifa Üniversitesi Etik Kurul Başvurusu Kararı

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu' nun 20.08.2014 tarih ve 55 nolu toplantısına sunulan araştırma dosyanız ile ilgili belgeler araştırmancının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup bilimsel ve etik ilkelere uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

4. Şifa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Üye Listesi

Prof. Dr. Hüseyin VURAL (Etik Kurul Başkanı)	Yrd. Doç. Dr. Naım İNTEPE (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)
Prof. Dr. E. Alp ALAYUNT Üye	Prof. Dr. Yavuz AKBAŞ Üye
Prof. Dr. Hakan MOLLAOĞLU Üye	Prof. Dr. Serkan GÜÇLÜ Üye
Prof. Dr. Fehmi ÖZGÜNER Üye	Doç. Dr. Mustafa GÖREGEN Üye
Yrd. Doç. Dr. Ömer DEMİR Üye	Yrd. Doç. Dr. İbrahim Erén AKÇİÇEK Üye
Yrd. Doç. Dr. Murat YALÇIN Üye	Avukat İsmail SARI Üye
Alaattin ŞAHİN Üye	Mehmet ÇELİK Üye

EĞİTİM YERLEŞKESİ: Ankara Cad. No: 45 35100 Bornova / İzmir / Türkiye Tel: 0 232 308 00 00 Faks: 0 232 308 0 308 www.sifa.edu.tr

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

### **Çalışmanın Amacı Nedir?**

Araştırmamızda meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **Katılma Koşulları Nedir?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

- Meme kanseri tanısı almış hastanın birinci derece yakını,
- 18 yaş ve üzerinde,
- Okur/yazar,
- İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmayan
- Araştırmacı ile iyi bir iletişim ve etkileşim kurabilen,
- Verilen randevulara sadık kalabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve istekli olan kişiler olmanız,
- Cinsiyetinizin kadın olması gerekmektedir.

### **Nasıl Bir Uygulama Yapılacaktır?**

Veriler, Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Şubesi Kemoterapi ve Radyoterapi Ünitesine başvuran meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınları ile anket ve ölçek formu kullanılarak toplanacaktır. Anlaşılmayan durumlarda araştırmacı tarafından açıklama yapılacaktır. Araştırmanın bir aşamasında

katılımcılara eğitim verilecek ve eğitim konuları yüz yüze eğitim yöntemi kullanılarak aktarılacak, eğitim sonunda kadınların her birine kitapçık dağıtılacaktır. Eğitimde katılımcıların meme kanseri hakkındaki soruları cevaplandırılacak ve özellikle yanlış bilgiler düzeltilecektir. Katılımcılara anket ve ölçek formu birinci kez eğitimden yaklaşık 3 hafta önce ve ikinci kez de eğitimden yaklaşık 3 hafta sonra uygulanacaktır.

### **Sorumluluklarım Nedir?**

Araştırma ile ilgili olarak; randevularınıza sadık kalmanız ve araştırma sorularını içtenlikle cevaplamanızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

### **Gönüllünün Bu Araştırmadaki Toplam Katılım Süresi Ne Kadar ?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık olarak 6 hafta kadardır.

### **Çalışmaya Katılma ile Beklenen Olası Yarar Nedir?**

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlaması söz konusu değildir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuç başka insanların yararına kullanılabilir.

### **Araştırma Süresince Çıkabilecek Sorunlar için Kimi Aramalıyım?**

Araştırma süresince belirlenen randevu tarihine sadık kalamama durumunuzda sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05058330599 numaralı telefondan Araş. Gör. Şule OLGUN'a başvurabilirsiniz.

### **Çalışmayı Destekleyen Kurum Var mıdır ?**

Çalışmayı destekleyen kurum Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'dır.

### **Çalışmaya Katılmam Nedeniyle Herhangi Bir Ödeme Yapılacak mıdır?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

## **Araştırmaya Katılmayı Kabul Etmemem veya Araştırmadan Ayrılmam Durumunda Ne Yapmam Gerekir?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

### **Katılmama İlişkin Bilgiler Konusunda Gizlilik Sağlanabilecek midir?**

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde kimlik bilgilerinize ulaşabilir.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

## EK 6

# MEME KANSERİ RİSK ETMENLERİ ve TARAMA DAVRANIŞLARI EĞİTİM KİTAPÇIĞI

### 1. Kanser Nedir?

Kanser, tek bir hücrede oluşan genetik değişikliklerin hücrenin anormal çoğalma yeteneği kazanması ve farklılaşması ile ortaya çıkar. Hızla çoğalan hücrelerin oluşturduğu tümoral yapı, öncelikle yakın çevreye yayılır (lokal invazyon). Daha sonra, daha uzak organlara kan veya lenfatik yol ile yayılır (metastaz) (Albert et al., 2003).

### 2. Meme Kanseri Nedir?

Meme; yağ dokusu, süt bezleri ve burada üretilen sütü meme başına taşıyan kanallardan oluşur. Bu süt bezleri ve kanalları döşeyen hücrelerin, kontrol dışı olarak çoğalmalarına meme kanseri denir (Alpteker ve Avcı 2010).

### 3.Meme Kanserinin Belirtileri Nelerdir?

**3.1. Memede kitle:** Memedeki tüm hastalıkların ortak belirtisidir. Menapoz öncesi ve sonrası en sık karşılaşılan fizik muayene bulgusudur (Nyström et al., 2002).

Tüm kitle ve değişiklikler kanserle ilgili olmayabilir;

- Adet görme ya da hormonal değişimler çoğu zaman, gerçek olmayan yumrulara neden olur. Bunlar normaldir ve ortaya çıktıkları gibi, iz bırakmadan yok olabilir (Singletary et al., 2004).
- Memeler ortalamadan büyükse, alt kısımlarında, yarım ay biçiminde bir kalınlaşma hissedilebilir. Bu vücudun geliştirdiği normal taşıyıcı dokudur.
- Kadınların kaburgaları çıkıntılı olduğundan, bazen kitle zannedilebilir. Bunlar, göğüs kemiğine bağlantıları ile tanınabilir (Singletary et al., 2004).
- Gerçek kitleler bile kötü huylu olmayabilir. Tüm meme biyopsilerinin %65-80'i iyi huylu çıkar (Singletary et al., 2004).

**4.2.Memede ağrı:** Meme kanserinde sık görülen bir belirti değildir. Seyrek olarak tümör bölgesinde keskin, aralıklı ve hasta tarafından “bıçak saplanır” diye tanımlanan bir ağrıdan söz edilir. Genellikle hastalığın geç dönemlerinde görülür (Akyolcu 2003).

**3.3.Meme başında çekilme:** Zamanla tümör büyümeye ve etrafındaki dokulara yayılmaya başladığında retraksiyon belirtileri görülür. Subareolar bölgedeki kanserlerde meme başı içeri çekilir (Akyolcu 2003, Aslan 2006).

**3.4.Meme başında akıntı:** Kadınların %20’sinde meme ucundan akıntı gelmesi durumu yaşanır. Genelde temiz sütlü, sarımtırak veya yeşile kaçan akıntılar meme kanseri ile ilişkili değildir (Akyolcu 2003, Aslan 2006).

Meme ucundan gelen akıntı aşağıdaki durumlarda ciddiye alınmalıdır;

- Kanlı veya sulu, kırmızı, pembe veya kahverengi renkte ise,
- Yapışkan ve berrak renkli veya kahverengiden siyaha doğru renkte ise,
- Meme ucunu sıkmadan kendiliğinden gelirse,
- Yalnızca tek tarafta ise,
- Sütün dışında bir sıvı ise (Akyolcu 2003, Aslan 2006).

### **3.5. Koltuk altında kitle**

**3.6.Meme derisinde ülser, ödem ve eritem:** İnflamatuvar hastalıklarda ve kanserde (paget hastalığı) görülebilir (Aslan 2006). Tümör hücreleri cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında iler-leyerek, derinin yüzeysel lenf damar-larına ulaşır. Bu damarları tıkamaları sonucu lenf dolaşımı bozularak deride ödem meydana gelir, buna lenfödem denir. Tümör hücrelerinin daha sonra deriye doğru yayılmasıyla deride eritem ve sonrada ülserler meydana gelir (Akyolcu 2003).

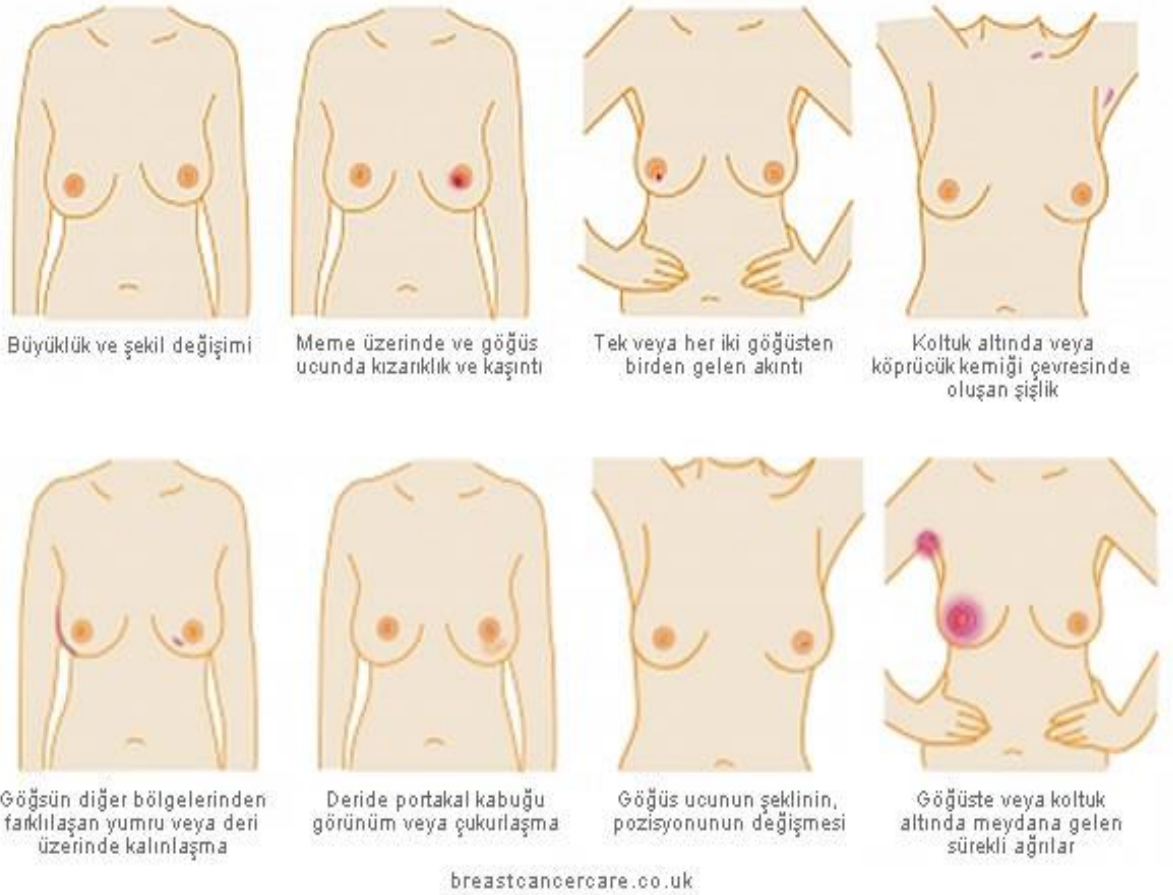
### **3.7. Meme derisinde kaşıntı**

**3.8.Portakal kabuğu görünümü:** Büyüyen kitle cooper ligamentlerini gererek deride portakal kabuğu görünümünün ortaya çıkmasına neden olur. Bu durum bazı vakalarda



açıkça görüldüğü halde, bazı vakalarda tümörün bulunduğu kısım parmaklarla sıkıştırıldığı zaman geçici olarak mey-dana gelir. Portakal kabuğu görünümlü, vakaların oldukça gecikmiş olduğuna işaret eder (Akyolcu 2003).

**3.9. Metastazlarla ilgili belirtiler:** Meme kanserlerinde metastaz, lenfatik yolla ve kan yoluyla olur. Meme kanseri vücudun her yerinde seyrek de olsa metastaz yapabilir. Örneğin; dil, mandibula, parotis, maksilla, vajen, uterus, vulva gibi organlarda da metastaz yaptığı görülmüştür. Klinikte ilk metastaz belirtileri ise genellikle koltuk altında görülür. Koltuk altında lenf nodülü bulunup bulunmaması meme kanserinin klinik evrelemesinde önem taşır (Akyolcu 2003).



(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm>.2014 kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)

## **5. Meme Kanseri Risk Etkenleri Nelerdir?**

### **4.1. Major Risk Faktörleri**

1-Yaş

2-Cinsiyet

3-Aile öyküsünde meme kanseri

4-Atipik hiperplazi

5-BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon (ACS 2010, AJCC 2010, Andıç 2011, Nyström et al., 2002).

### **4.2. Minör risk Faktörleri**

1-Menstrual öykü

2-Doğum öyküsü

3-Günlük alkol alımı

4-Yağlı diyet (ACS 2010, AJCC 2010, Andıç 2011, Nyström et al., 2002).

### **4.3. Koruyucu faktörler**

1-Emzirme

2- İlk çocuğun 30 yaş öncesinde doğması

3-Haftada 3 kez egzersiz yapma; Haftada 3 kez yapılan düzenli egzersiz, adipos dokuyu azaltmakta dolayısıyla endojen östrojen salınımı azaldığından risk %35-%40 oranında azaltmaktadır (ACS 2010, AJCC 2010, Andıç 2011, Nyström et al., 2002).

## **5. Meme Kanseri Tanılama Yöntemleri Nelerdir?**

KKMM, meme kanseri tarama yöntemleri arasında yer alan ve yapılması önerilen bir yöntemdir (Özdemir ve Çalışkan 2002; Öztürk ve ark., 2000). Bu önerinin altında yatan en önemli neden, düzenli olarak yapılan meme muayenesinin, meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesine yardımcı olacağı yönünde görüşlerin olmasıdır (<http://www.memekanseri.com> Under Construction.htm.2014 Erişim Tarihi: Haziran 2015, Karayurt 2003). Bu nedenle her bilinçli kadının KKMM yapmayı öğrenmesi ve bu muayeneyi düzenli olarak uygulamayı alışkanlık haline getirmesi

önerilmekte ve bu bakış açısı ile KKMM önemli bir sağlık alışkanlığı ve davranışı olarak nitelendirilmektedir (Meiser et al., 2000, Özdemir 1998).

Tesadüfen keşfedilen kitlelerin genellikle büyük kitleler olduğu, usulüne uygun olarak yapılan KKMM sonucunda ise, daha ufak çaptaki kitleleri ve meme kanserine işaret edebilecek bazı bulguları keşfetme imkanı doğacağı ifade edilmektedir. KKMM usulünü kavrayarak aylık olarak uygulandığında, erken tanındığında tedavi şansı yüksek olan bu kanser türü ile başa çıkma şansının yüksek olacağına değinilmektedir (Smeltzer and Bare 2005).

Kendi kendine meme muayenesinin üç ayrı aşaması vardır. Bunlar (GATA, 2008);

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

### 5.1. Memelerin Gözle Değerlendirilmesi

Kendi kendine meme muayenesinin yapılmasının ilk aşaması memelerin gözle değerlendirilmesi olarak ifade edilmekte ve bunun için de iyi aydınlatılmış bir odada muayeneye başlanması gerektiğine işaret edilmektedir. Bu değerlendirme yönteminde; memelerde belirgin şişlik, meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden varolmayan bir belirginleşme hali veya ciltte "portakal kabuğu" görünümüne benzeyen bulguların olup olmadığına bakılmaktadır (Nahçıvan ve Seçginli 2003).



**Şekil 1.** Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memenin  
Eller Kalçalarda İken Gözlemlenmesi

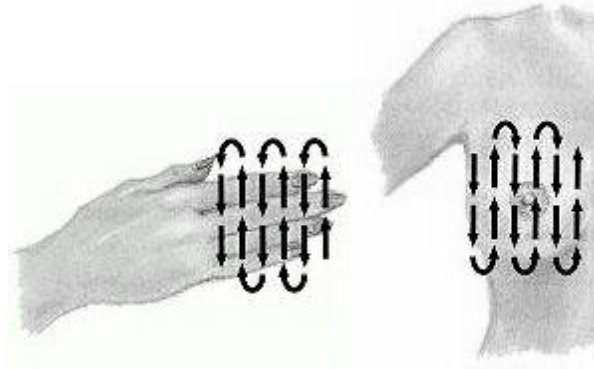
(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm>.2014 kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)



**Şekil 2.** Kendi Kendine Meme Muayenesinde

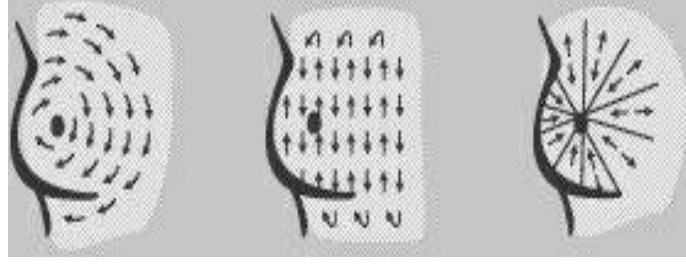
(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm.2014> kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)

Memelerin gözle değerlendirilmesinden sonra elle değerlendirilme muayenesi uygulanmakta ve aşağıda yer alan şekillerde gösterilen (Şekil 3 ve Şekil 4) muayene işlemleri ile meme dokusunda olmaması gereken bir doku ve normal dışı kitlenin varlığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Bunun için de meme dokusu tümü ile taranmakta, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanları dikkatlice hissedilerek değerlendirilmektedir (Romieu et al., 1996, Smeltzer and Bare 2005)



**Şekil 3.** Elle Muayenede Yukarıdan Aşağı - Aşağıdan Yukarı

(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm.2014> kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)



**Şekil 4.** Elle Muayenede Farklı Tarama Yöntemleri

(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm>.2014 kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)

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

Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi için sırtüstü yatılıp, sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu konulması gerekmektedir, bu işlemden sonra sağ el başın altına yerleştirilerek yukarıda açıklanan elle tarama yöntemleri kullanılıp, sağ meme tümü ile taranmaktadır. Sağ memenin değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme için de uygulanmaktadır (www.gata.edu.tr/cerrahitipbilimleri/.2008 Erişim tarihi: Haziran 2015).



**Şekil 5:** Yatar Pozisyonda Elle Muayenede Sağ Memenin Değerlendirilmesi

(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm>.2014 kaynağından alınmıştır.  
Erişim Tarihi: Haziran 2015)

### 5.3. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi

Bu muayenenin ideal olarak duş altında ve sabunlu elle yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle meme dokusundaki muhtemel kitlelerin daha kolay bir biçimde belirlenebileceği belirtilmektedir ((www.gata.edu.tr/cerrahitipbilimleri/.2008 Erişim tarihi: Haziran 2015).



şekil 6. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi

(<http://www.memekanseri.comUnder Construction.htm>.2014 kaynağından alınmıştır. Erişim Tarihi: Haziran 2015)

## 6. Meme Kanseri için Erken Tanı Uygulamaları Nelerdir?

### 6.1. Mamografi Nedir?

Mamografi; memenin detaylı görüntüsünün düşük dozajlı özel bir x ışını (röntgen Işını) yardımı ile çıkarılmasıdır (zmen 2010).



## Mamografi Çektirmek Neden Önemli?

Meme kanseri tedavisinin başarıya ulaşmasında erken tanı çok önemlidir. Mamografi erken meme kanseri tanısında önemli bir rol oynar. Mamografinin yararları, içerisindeki değişiklikleri kişinin kendisi ya da doktoru tarafından hissedilemeyecek haldeyken bile görüntüleyebilmesidir. Kitlenin bulunmasının sonrasında, mamografi bunun kanser olup olmadığının belirlenmesinde kullanılabilir (Nelson et al., 2010, Özmen 2010).

## Mamografi Nasıl Çekiliyor?

Mamografi çekilirken maksimum oranda dokunun görüntülenebilmesi için meme bir miktar sıkıştırılarak yassılaştırılması gerekir. Göğsün sıkıştırılması bir miktar rahatsızlık yaratsa da, bu yalnızca mamografinin çekilmesi için gerekli olan kısa bir süre içinde sona erecektir. Mamografi çekilirken sert bir sıkıştırılma ve basınç hissedilebilir ama bu acı verecek düzeyde olmamalıdır ((Nelson et al., 2010, Özmen 2010).



## Meme Kanseri Tanılaması İçin Hangi Yaşta Hangi İşlem Ne Sıklıkta Yapılacak?

Risk grubu	Test ya da işlem	Sıklık
20 yaş üzeri kadın	Kendi kendine meme muayenesi	20 yaştan sonra her ay
	Klinik meme muayenesi	20- 39 yaş arası 3 yılda bir 40 yaşından sonra her yıl
	Mamografi	40 yaşından sonra her yıl

(Tablo 1. American Cancer Society, Breast cancer facts&figures 2015  
<http://www.cancer.org/> <http://www.cancer.org/> kaynağından alınmıştır)

**SAĞLIĞINIZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA...**

## 8. ÖZGEÇMİŞ

Şule OLGUN, 1985 yılında Eskişehir’de doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 2008’de Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Mayıs 2009- Nisan 2014 yılları arasında Şifa Üniversitesi Basmane Şubesinde ameliyathane hemşiresi olarak çalıştı. Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 2013 yılında yüksek lisansa başladı. Evli ve iki çocuk annesidir.

### **Katılan Eğitim, Seminer ve Kongreler**

- 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (21-24 Kasım 2013)
- Ameliyathane ve Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Kullanılan Malzemelerin Ürün Standartları Kursu (21-24 Kasım 2013)
- Onkolojide Nano Tıp Uygulamaları Kursu (7 Kasım 2013)
- Rehber Hemşire Eğitim Kursu (31 Ekim 2013)
- 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi (03-06 Nisan 2013)
- Advances of Bariatric Surgery Through Houston Methodist Hospital Certificate of Participation
- Temel Eğitici Eğitimi Kursu
- ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi Kursu
- ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi İç Denetçi Eğitimi Kursu
- "Ben Klonlanmalı mıyım" Konulu Zıt Panelde Başkanlık
- Fethiye Kadın Meclisi Şiddetle Mücadele Sempozyumu
- Üreme Sağlığı Akran Eğitici Kursu (13/06/2008)

**E-Posta:** sule\_olgun1985@hotmail.com