

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ELAZIĞ İLİ FIRAT ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ KONUSUNDA
BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Ufuk ACAR**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ**

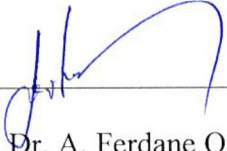
**ELAZIĞ
2017**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. Ahmet KAZEZ

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.



Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Edibe PİRİNÇİ



Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri


Doç. Dr. A. Ferdane Oğuzöncül


Doç. Dr. Edibe PİRİNÇİ

Prof. Dr. Gülşen GİNOŞ

.....

.....





TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince gösterdiği sabır, verdiği destek ve emek için, akademik yaşantımda her zaman örnek alacağım çok değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli Anabilim Dalı Başkanım Sayın Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL'e, Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz Sayın Prof. Dr. Yasemin AÇIK'a, Sayın Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye ve Sayın Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN'a,

Bu çalışmanın sürdürülmesi için gönüllülükle zaman ayıran, gerekli çaba ve disiplini gösteren çalışmama katılan tüm bireylere,

Tezimin tüm aşamasında destekleri ile yanımda olan araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tezimin tüm aşamasında desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen sevgili eşim Melike ACAR'a ve tez yazım döneminde sonradan aramıza katılan canım kızım Sena ACAR'a,

Bu günlere gelmemi sağlayan, maddi ve manevi desteklerini, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, başarılarımda büyük katkıları olan canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserdir. Meme kanserinde erken tanı, tedaviyi kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Bu araştırma Elazığ ili Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşirelerin meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini, Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 535 hemşire oluşturmuş, bunların 495'ine ulaşılmıştır (Çalışmaya katılma oranı %92.5). Araştırma verileri; hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalıştıkları birim ve çalışma süreleri, meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarını belirlemeye yönelik soruların yer aldığı bir anket formunun dağıtılıp sonra geri toplanmasıyla elde edilmiştir. Elde edilen veriler ortalamalar, yüzdeler ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 29.46 ± 7.27 yıl, %88.7'si kadın, %46.1'i sağlık meslek lisesi mezunu, %46.7'si bekar, %37.6'sı 10 yıl ve üzeri hizmet süresine sahip olup, %57'si dahili kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %65.6'sı kendi kendine meme muayenesi (KKMM)'ni yapmakla birlikte, %15.9'u bu yöntemi düzenli olarak uygulamaktadır. Bununla birlikte KKMM'ni yapmayanların %36.4'ü en sık 'unutkanlık' nedeniyle yapmamaktadır. Hemşirelerden KKMM'nin uygun tekniğini tam bilenlerin oranı %52.2, eksik bilenlerin oranı %35.5 ve hiç bilmeyenlerin oranı %12.3'tür. Hemşirelerin, bir hekim tarafından klinik meme muayenesi (KMM) yaptırma oranı %15.0 olup, en sık yaptırma %86.4 ile meme kanserine önlem/erken tanı nedeniyledir. Hemşirelerin mamografi çekirme oranı %7.5 olup, en sık çekirme nedeni %90.9 ile meme kanserine önlem/erken tanı nedeniyledir. Her üç erken tanı yöntemini (KKMM, KMM ve mamografi) birlikte uygulayanların oranı %5.9 ve hiçbir yöntemi uygulamayanların oranı %33.0'dır.

Çalışmada hemşirelerin yaşının artması, meme hastalığı öyküsünün olması ve hizmet içi eğitim almasının tarama yöntemlerini (KKMM, KMM ve mamografi) kullanma üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışılan klinik ile

tarama yöntemlerini (KKMM, KMM ve mamografi) uygulama arasında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç olarak; Hemşirelerin, sağlık çalışanı olduğu düşünüldüğünde, KKMM hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulama oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin, meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi ve davranışlarının eğitimle desteklenmesi, yapılacak çalışmalarla istenen koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen faktörlerin belirlenerek azaltılması yönünde girişimler yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşire, meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi



ABSTRACT

EVALUATION OF KNOWLEDGE AND BEHAVIORS OF NURSES WORKING AT ELAZIG PROVINCE FIRAT UNIVERSITY HOSPITAL ON BREAST CANCER

Breast cancer is the most common cancer in women. Early diagnosis of the breast cancer makes the treatment easier and prolongs the life of the patient. In this study, it was aimed to assess the behaviours and the knowledge of the nurses working at Elazığ province Firat University Medical Faculty Hospital about the breast cancer and early diagnosis methods.

This descriptive and cross-sectional type study covered 535 nurses working at Elazığ province Firat University Medical Faculty Hospital, 495 of them participated the study (participation rate was 92.5%). Data were collected with a survey containing questions to assess the knowledge and behaviours of the participants about the breast cancer, their socio-demographic characteristics, their departments and terms of service. The data were evaluated by means, percentages and chi-square test.

The average age of the participant nurses was 29.46 ± 7.27 years, 88.7% of them were women, 46.1% of them graduated from medical vocational high school, 46.7% of them were single, 37.6% of them had 10 year or longer term of service, 57.0% of them study internal clinics. 65.6% of the participants made breast self-examination (BSE) and 15.9% of them repeated this method regularly. However, 36.4% of the participants who did not practice BSE did not do this method because of 'forgetfulness' at most. 52.2% of the nurses 'exactly' knew proper BSE technique, 35.5% knew it 'insufficiently' and 12.3% of them did not know it. 15.0% of the participants had clinical breast examination (CBE) by a physician, and the most common reason of this examination was breast cancer prevention/early diagnosis with the rate of 86.4%. 7.5% of the participants used mammography method and, the most common reason of this method was breast cancer prevention/early diagnosis with rate of 92.5%. 5.9% of the participants practiced all of this three early diagnosis methods (BSE, CBE and mammography). 33.0% did not practice any method.

In the study, there was a significant effect of nurses' increasing ages, breast diseases history and in-service trainings on practicing screening methods (BSE, CBE and mammography) ($p < 0.05$). There was not any relation between the clinics the nurses work at and practicing screening methods (BSE, CBE and mammography) ($p > 0.05$).

As a result, it was found that the participants, though they were healthcare staff, did not have sufficient knowledge about BSE and had a low rate of practicing early diagnosis methods. Knowledge and behaviours of the nurses about the breast cancer and early diagnosis methods must be supported with education, and interventions must be carried out to assess and eliminate the factors preventing practicing preventive health care behaviours.

Key words: Nurse, breast cancer, breast self-examination, clinical breast examination, mammography

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	3
1.1.1. Kanserin Tanımı	3
1.1.2. Kanser Epidemiyolojisi	3
1.1.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	6
1.1.4. Meme Kanseri Etyolojisi	7
1.1.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri	7
1.1.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	9
1.1.6.1. Memede Kitle	9
1.1.6.2. Meme Başı Akıntısı	10
1.1.6.3. Memede Ağrı	11
1.1.6.4. Meme Derisinde Ödem, Kalınlaşma, Renk Değişikliği	11
1.1.6.5. Meme veya Meme Başında Retraksiyon	12
1.1.6.6. Forgue Belirtisi	12
1.1.6.7. Meme Derisinde Ülserasyon ve Eritem	13
1.1.6.8. Meme Şeklinde Değişme	13
1.1.6.9. Memenin Lenf Nodlarında Büyüme	13
1.1.6.10. Üst Kolda Anormal Şişlik	13
1.1.6.11. Tillaux Belirtisi	13
1.1.6.12. Erken ve Geç Dönem Meme Kanseri Belirtileri	14
1.1.7. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflandırması	14
1.1.7.1. Lobüler Kanserler	14
1.1.7.2. Duktal Kanserler	15

1.1.7.3. Paget Karsinomu	16
1.1.7.4. İnflamatuvar Karsinom	16
1.1.8. Meme Kanserinde Yayılım	16
1.1.9. Meme Kanserinde Tanı, Evreleme, Tedavi ve Prognoz	17
1.1.9.1. Meme Kanserinde Tanı	17
1.1.9.1.1. Hasta Öyküsü (Anamnez)	17
1.1.9.1.2. Fizik Muayene	17
1.1.9.1.3. Görüntüleme Yöntemleri	18
1.1.9.1.4. Biyopsi	21
1.1.9.2. Meme Kanserinde Evreleme	22
1.1.9.3. Meme Kanserinde Tedavi	26
1.1.9.3.1. Lokal Tedavi Yöntemleri	27
1.1.9.3.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri	28
1.1.9.4. Meme Kanserinde Prognoz	29
1.1.10. Meme Kanserinden Korunma ve Erken Tanı Yöntemleri	30
1.1.10.1. Birincil Korunma	31
1.1.10.2. İkincil Korunma	32
1.1.10.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	33
1.1.10.2.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	36
1.1.10.2.3. Mamografi	37
1.1.10.3. Üçüncül Korunma	38
1.1.11. Meme Kanserinin Erken Tanısında Sağlık Çalışanlarının Rolü	38
2. GEREÇ ve YÖNTEM	41
3. BULGULAR	43
4. TARTIŞMA	64
5. KAYNAKLAR	83
6. EKLER	106
7. ÖZGEÇMİŞ	115

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye'nin durumu	4
Tablo 2.	Ülkemizde TÜİK verilerine göre ölüm nedenlerinin dağılımı, 2014-2015	5
Tablo 3.	Ülkemizde tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanser türlerinin yüzde dağılımları	5
Tablo 4.	Ülkemizde tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanser türlerinin yüzde dağılımları	6
Tablo 5.	Ülkemizde meme kanserinin kadınlarda yaşa özel hızları	6
Tablo 6.	Meme Kanseri Risk Faktörleri	8
Tablo 7.	Meme kanseri risk faktörleri ve bu risk faktörlerini taşıyor olmanın yarattığı rölatif risk	9
Tablo 8.	Meme kanserinde prognostik ve prediktif belirteçler	29
Tablo 9.	Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri	43
Tablo 10.	Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerinin dağılımı	44
Tablo 11.	Hemşirelerin meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini doğru olarak bilme durumlarının dağılımı	45
Tablo 12.	Hemşirelerin memedeki doktora gitmeyi gerektiren değişiklikleri doğru olarak bilme durumlarının dağılımı	45
Tablo 13.	Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerinin dağılımı	46
Tablo 14.	Hemşirelerin KKMM yapma durumlarının dağılımı	46
Tablo 15.	Hemşirelerin KKMM yaparken uygun zamanı bilme durumlarının dağılımı	47
Tablo 16.	Hemşirelerin KKMM yaparken uygun tekniği bilme durumlarının dağılımı	47
Tablo 17.	Hemşirelerin KKMM'nin meme kanseri erken tanısında önemli olup olmadığı konusundaki düşüncelerinin dağılımı	47
Tablo 18.	Hemşirelerin KKMM yapmama nedenlerinin dağılımı	48
Tablo 19.	Hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	48

Tablo 20. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM yapma durumlarına dağılımı	48
Tablo 21. Hemşirelerin medeni durumlarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	49
Tablo 22. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	49
Tablo 23. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	50
Tablo 24. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	50
Tablo 25. Hemşirelerin meme kanseri hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre KKMM yapma durumlarının dağılımı	51
Tablo 26. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM yapma durumlarına göre dağılımı	51
Tablo 27. Hemşirelerin meme kanseriyle ilgili bilimsel yayınları takip etme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı	52
Tablo 28. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı	52
Tablo 29. Hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	53
Tablo 30. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	53
Tablo 31. Hemşirelerin KKMM yapma durumlarına göre, uygun tekniği bilme durumlarının dağılımı	53
Tablo 32. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	54
Tablo 33. Hemşirelerin hizmet sürelerine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	54
Tablo 34. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	54
Tablo 35. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	55

Tablo 36. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı	55
Tablo 37. Hemşirelerin KMM yaptırma durumları ve nedenlerinin dağılımı	56
Tablo 38. Hemşirelerin KMM'nin başlama yaşı ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı	56
Tablo 39. Hemşirelerin yaş gruplarına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	56
Tablo 40. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	57
Tablo 41. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	57
Tablo 42. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	57
Tablo 43. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	58
Tablo 44. Hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi edindikleri kaynağa göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı	58
Tablo 45. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KMM yaptırma durumlarına göre dağılımı	59
Tablo 46. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile KMM yaptırma durumlarının dağılımı	59
Tablo 47. Hemşirelerin mamografi çekirme durumları ve nedenlerinin dağılımı	59
Tablo 48. Hemşirelerin mamografinin başlama zamanı ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı	60
Tablo 49. Hemşirelerin yaş gruplarına göre mamografi çekirme durumlarının dağılımı	60
Tablo 50. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre mamografi çekirme durumlarının dağılımı	60
Tablo 51. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre mamografi çekirme durumlarının dağılımı	61

Tablo 52. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı	61
Tablo 53. Hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi edindikleri kaynağa göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı	62
Tablo 54. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin mamografi çektirme durumlarına göre dağılımı	62
Tablo 55. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile mamografi çektirme durumlarının dağılımı	62
Tablo 56. Hemşirelerin meme kanseri erken tanı yöntemlerini birlikte uygulama durumları	63



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Memenin anatomisi	7
Şekil 2. Meme başı akıntısı	11
Şekil 3. Meme derisinde portakal kabuğu görünümü	12
Şekil 4. Meme ucunun içeri çökmesi (meme ucu retraksiyonu)	12
Şekil 5. KKMM’de memelerin eller serbest, havada ve kalçadayken gözlemlenmesi	35
Şekil 6. Memenin ışınsal, dikey-paralel ve dairesel muayenesi	36



KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: American Cancer Society (Amerikan Kanser Birliği)
AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Amerikan Ortak Kanser Komitesi)
BRCA	: Breasy Cancer Susceptibility (Meme Kanseri Duyarlılık)
DCIS	: Duktal Karsinoma İn Situ
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
IDC	: İnvaziv Duktal Karsinom
ILC	: İnvaziv Lobüler Karsinom
İHK	: İmmünohistokimyasal
İTH	: İzole Tümör Hücre Yığımları
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
LCIS	: Lobüler Karsinoma İn Situ
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UICC	: Union International Cancer Control (Uluslararası Kanser Kontrol Birliği)

1. GİRİŞ

Kanser, morbidite ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle dünyada ve ülkemizde önemi giderek artan ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2012 verilerine göre dünyadaki tüm ölüm nedenleri arasında kanser, 14.1 milyon yeni vaka ve 8.2 milyon ölümlle kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı IARC, Globocan 2012 raporunda, özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmiştir. Kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir (2). Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda yüz binde 80–90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, Japonya’da sadece yüz binde 12–15 arasındadır. 1970’ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin’de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır (3). Verilere göre 2010 yılında yaklaşık 1.5 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmuştur (4).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2015 yılı ölüm nedenleri arasında kanser %20 oranı ile ikinci sırada yerini almıştır (5). Türkiye’deki kadınlarda meme kanseri yönünden Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz bölgelerinin birinci sırada yer aldığı, Marmara, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin ikinci sırada yer aldığı ifade edilmektedir. Türkiye’de 2000’li yıllarda yaşanan coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdeki değişimlerin meme kanseri insidansının artışına katkısı olduğu görülmüştür (6).

Her sekiz kadından biri meme kanserine yakalanma riski altındadır. Seksen beş yaşına kadar yaşayan kadınların %12.5’inde meme kanseri gelişebilir (7).

Meme kanserinin kesin nedeni bilinmemekle birlikte hastalığın ortaya çıkmasında bazı risk faktörlerinin olduğu anlaşılmaktadır (8). Meme kanserinde genetik, çevresel, hormonal, sosyo-psikolojik etkenlerin rol aldığı kabul edilmektedir (9). Cinsiyet, yaş, aile öyküsü, hormon tedavisi, emzirme, doğum öyküsü, menstrüel öykü, ırk, alkol, obezite, yağlı diyet ve radyasyon bunlardan birkaçıdır (10-12).

Meme kanserinin mortalitesini azaltmak için, hastalığın erken evrede tanı konulup tedavi başlanmasında; memede ortaya çıkan belirtilere dikkat edilmesi önem taşımaktadır (13). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların, meme kanserinin erken tanısına yönelik tarama uygulamalarını yeterli kullanmadığı ve meme kanseri konusunda bilgi düzeyinin düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir (14, 15).

Meme kanserinde erken tanı, kanserin tedavisini kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Meme kanserinin erken tanısı ile tedavi başarısı ve prognoz arasındaki önemli ilişkiler dikkat çekmektedir. Henüz meme kanserinde birincil korunma önlemlerinin yaygın uygulamalar arasında yer almaması, mortalite oranlarını azaltmada temel strateji olarak erken tanı yoluyla ikincil koruma önlemlerinin önemini ortaya koymaktadır. Meme kanserinin erken tanısında; mamografi, KMM ve KKMM önerilmektedir. Düzenli aralıklarla doğru olarak yapılan KKMM meme kanserinin erken tanısında kullanılan, uygulaması kolay, ekonomik bir yöntemdir. Her ay bir kez KKMM yapılması, kadının kendi memesinin normalde nasıl hissedildiğini, normal durumun ne olduğunu öğrenmesini ve gelişen herhangi bir değişikliğin en kısa sürede fark edilmesini sağlamaktadır. Meme kanserinin erken dönemde tanılmasında tedavi edilebilmesi ve sağ kalım oranının çok yüksek olması sağlık çalışanlarının, özellikle hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır.

Hemşireler, sağlık sistemi içinde halka yönelik sağlık eğitim programlarının temel yürütücüleridir. Hemşirelerin kansere karşı koruyucu sağlık hizmetlerinde, eğitici ve danışmanlık rolleri nedeniyle doğru ve yeterli bilgi donanımına sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Ayrıca hemşireler, kendi sağlık sorumluluklarının yanı sıra diğer bireylerin sorumluluğunu da taşımaktadırlar. Erken tanıda oldukça önemli olan tarama programlarına kadınların katılımları arttırılmalıdır. Bu konuda hemşirenin koruyucu, eğitici, bilgilendirici, araştırmacı rollerini kullanma sorumluluğu vardır (16-18).

Bu nedenle sağlık çalışanları meme kanseri konusunda geniş bilgi sahibi olmalı ve meme kanserine yönelik tarama davranışlarını uygulamada becerili ve deneyimli olmalıdırlar.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Kanserin Tanımı

Vücudu oluşturan hücreler bir araya gelerek dokuları, dokular bir araya gelerek organları oluşturmaktadır. Doku ve organların oluşumu sırasında, hücreler belirli bir düzen içinde, iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar, yaşlanan hücreler ise belirli bir hızda yıkılmaktadırlar.

İnsan vücudundaki bu hücreler, görevlerini DNA (Deoksiribo Nükleik Asit) kontrolünde yerine getirmektedir. Çeşitli nedenlerle DNA üzerinde meydana gelen değişiklikler sonucu hücrelerin çoğalmasını denetleyen mekanizma ortadan kalkar ve hücrelerde kontrolsüz aşırı çoğalma başlar. Kontrol dışı aşırı çoğalmayla başlayan bu hücrelerin oluşturduğu klinik tabloya genel olarak 'kansere' denir (19, 20).

1.1.2. Kansere Epidemiyolojisi

Kansere, tüm dünyada ve ülkemizde boyutları giderek artan önemli bir sağlık sorunudur (21). Sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu niteliğindedir. Tanı imkanlarının ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kansere vakası tespit edilmektedir. Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi, yaşam standartlarının yükselmesi, ortalama yaşam süresinin uzaması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinogenlere maruziyetin artışı kansere sıklığını artıran etkenlerdir (22).

Uluslararası Kansere Ajansı'nın dünya üzerinde kansere kayıtçılığı yapan toplam 184 ülke ve 28 kansere tipi için 2012 yılına ait yeni tahminlerine göre Dünya'da yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. Dünya'da en çok tanı konulan kanserler akciğer (%13.0), meme (%11.9) ve kolon (%9.7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (%19.4), karaciğer (%9.1) ve mideden (%8.8) gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu şekilde kansere artış hızının devam etmesi durumunda, Dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kansere vakası olacağı belirtilmiştir. Gereksiz kansere vakalarının (%56.8) gerekse de kanserden kaynaklanan ölümlerin (%64.9) yarısından fazlasının az gelişmiş ülkelerde olduğu

gösterilmiştir. Uluslararası Kanser Ajansı özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmiştir. Kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre %20.0, meme kanserinden ölümlerin ise %14.0 arttığını belirtmiştir. Meme kanseri kadınlar arasında en fazla görülen kanser olup, en fazla ölüme neden olan ikinci kanserdir. Dünyada kanser olan her 4 kadından biri meme kanseridir. Meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek, meme kanserinden ölüm ise gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha düşüktür. Bu durumun az gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınların meme kanseri teşhis, tarama ve tedavi hizmetlerine ulaşmaktaki sıkıntıdan kaynaklandığı belirtilmiştir. Bu yüzden, özellikle az gelişmiş ülkelerde meme kanserinin erken teşhis, tarama ve tedavisine yönelik çabaların artırılması gerekliliği üzerinde durulmuştur (23). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2012 verilerine göre, kanserlerin Dünya’da ve Türkiye’de yaşa göre standardize edilmiş hızları Tablo 1’de verilmiştir (24).

Tablo 1. Dünya kanser istatistiklerinde Türkiye’nin durumu

	Erkek*	Kadın*
Dünya	205.4	165.3
IARC’a üye 24 ülke	236.4	192.5
AB (28 ülke)	314.9	243.2
ABD	347.0	297.4
Türkiye**	241.7	169.3

*Yaşa göre standardize edilmiş hız 100.000 kişide **Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013

Ülkemizde ölüm nedenleri incelendiğinde; 2014 yılındaki ilk üç hastalık grubuna ilişkin sıralamanın 2015 yılında da değişmediği görülmüştür. Ölüm vakalarının 2014 yılında %40.0’ını oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları 2015 yılında %40.3’ünü oluşturarak ilk sırada yer almıştır. İkinci sırada, 2014 yılında %20.4 oranında gerçekleşen iyi ve kötü huylu tümörlerden ölümler, 2015 yılında %20.0 olarak gerçekleşmiştir. Üçüncü sırada yer alan solunum sistemi hastalıkları ise 2014 ve 2015 yıllarında %10.6 ve %11.1 olarak hesaplanmıştır (5).

Tablo 2. Ülkemizde TÜİK verilerine göre ölüm nedenlerinin dağılımı, 2014-2015 (5)

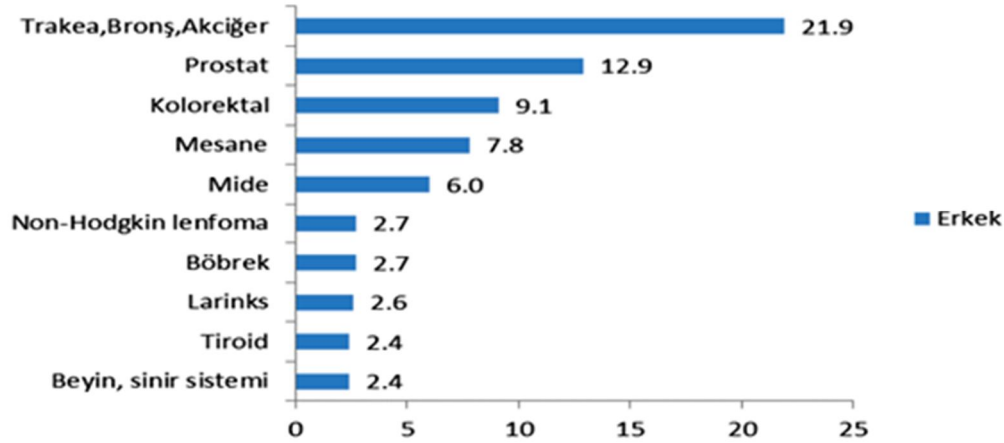
	2014 ^(r)		2015	
	Sayı	%	Sayı	%
Toplam	383 639	100.0	392 429	100.0
Dolaşım sistemi hastalıkları	153 646	40.0	157 965	40.3
İyi huylu ve kötü huylu tümörler (malign ve benign neoplazmlar)	78 074	20.4	78 661	20.0
Solunum sistemi hastalıkları	40 638	10.6	43 566	11.1
Endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizma ile ilgili hastalıklar	19 424	5.1	19 728	5.0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	16 616	4.3	19 035	4.9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	20 160	5.3	17 696	4.5
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb)	55 081	14.4	55 778	14.2

Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

^(r) 2014 yılı verileri idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle revize edilmiştir.

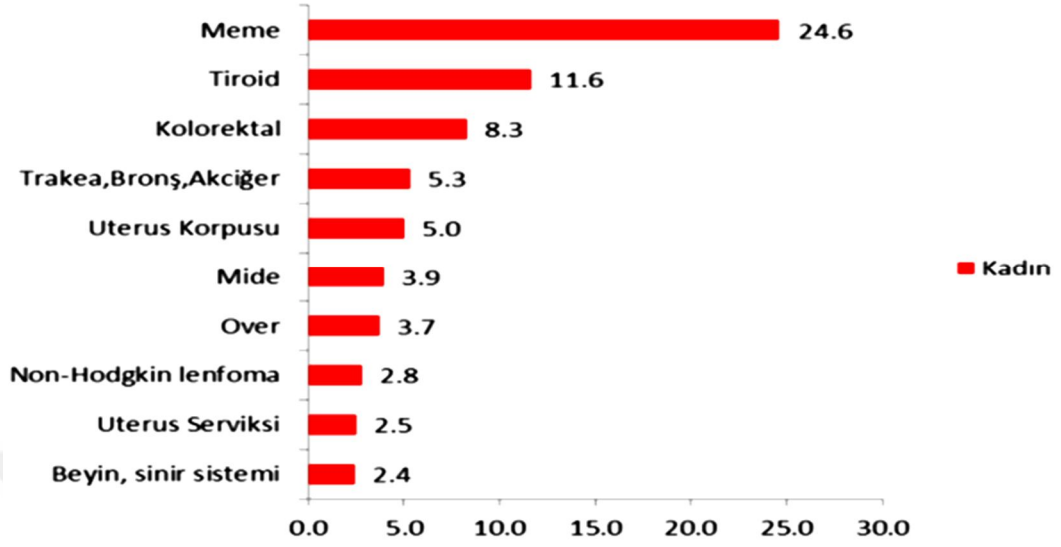
Ülkemizde 2013 yılında Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre erkeklerde en çok görülen kanser türü %21.9 ile akciğer kanseri, %12.9 ile prostat kanseri ve %9.1 ile kolorektal kanserlerdir (25).

Tablo 3. Ülkemizde tüm yaş gruplarındaki erkeklerde en sık görülen bazı kanser türlerinin yüzde dağılımları (25)



Kadınlarda ise %24.6 ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bunu %11.6 ile tiroid kanseri ve %8.3 ile kolorektal kanserler takip etmektedir (25).

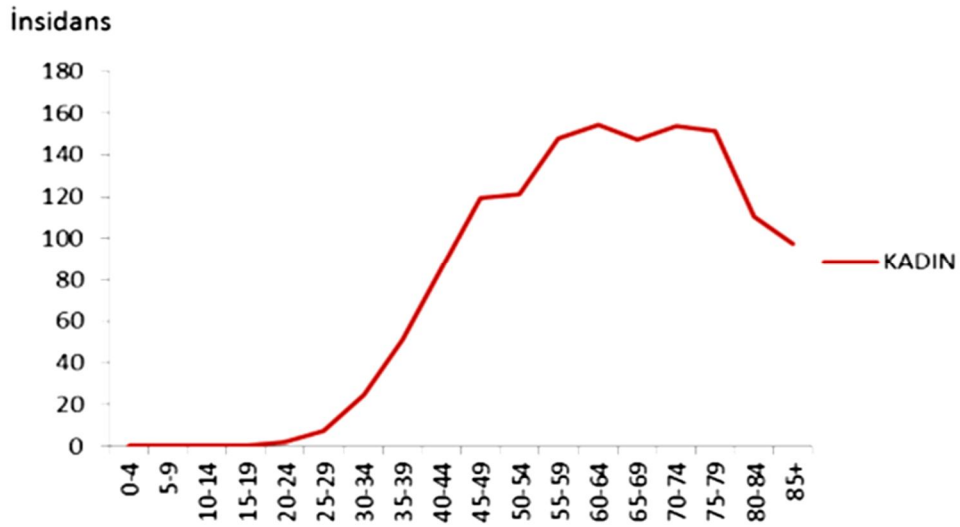
Tablo 4. Ülkemizde tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanser türlerinin yüzde dağılımları (25)



1.1.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

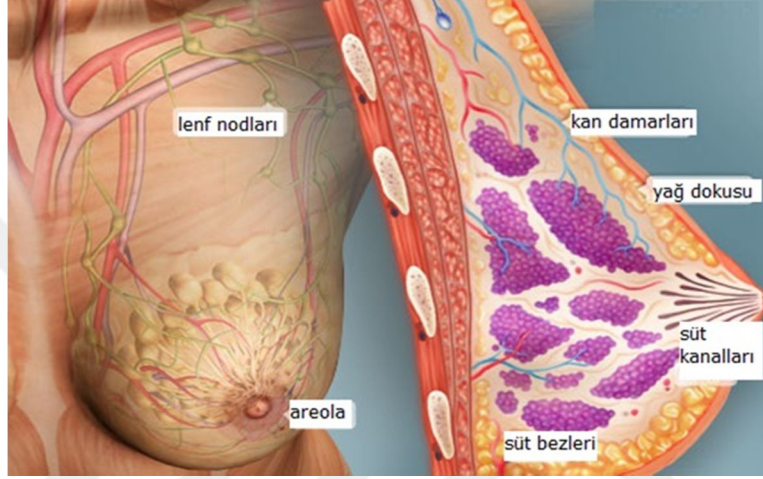
Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 2013 yılı içerisinde tanı konulan her dört kadın kanserinden biri meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %45'inin 50- 69 yaş arasında olduğu, %40'ının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv vakaların sadece %10'u uzak evrededir (25).

Tablo 5. Ülkemizde meme kanserinin kadınlarda yaşa özel hızları (25)



1.1.4. Meme Kanseri Etyolojisi

Meme dokusu, lobüller (süt bezleri) ve duktuslardan (süt kanalları) oluşmaktadır. Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerden gelişen kanserlerdir. Meme dokusunun herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. En sık görülen tipi; meme kanallarından kaynaklanan “duktal” kanser denenen kanserlerdir. Süt üreten bezlerden köken alan “lobüler” kanserler de sık görülür. Ayrıca diğer dokulardan kaynaklanan daha nadir medüller, tübüler, müsinöz gibi tipleri de vardır.



Şekil 1. Memenin anatomisi (26)

Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal ve sosyo-biyolojik etkenlerin rol aldığı bilinmesine rağmen etyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. Meme kanseri oluşumunda genetik değişiklikler çok önemlidir. Genetik yapıda çeşitli faktörlerin ve normal yaşlanmanın etkisiyle ortaya çıkan bozukluklar kansere neden olur. Ancak meme kanserlerinin sadece %7-9'luk bir kısmı ailesel geçişlidir. Özellikle anne tarafında genç yaşta meme kanseri ve erkek meme kanseri görülmesi ailesel bir geçişe işaret edebilir. Meme kanseri gelişimi için birçok risk faktörü sayılmasına rağmen meme kanseri oluşan kadınların %75'inde hiçbir risk faktörü tanımlanamamaktadır (27).

1.1.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin etyolojisi tam olarak anlaşılmasına karşın bazı faktörler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu risk faktörleri koruyucu programın geliştirilmesinde önemlidir (28-31). Meme kanserinin oluşmasında rol oynayan risk faktörleri aşağıda Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6. Meme Kanseri Risk Faktörleri (11, 32, 33)

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
Cinsiyet (Kadın olmak)	Arttırır	-Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür.
Yaş (50 yaş üzerinde olmak)	Arttırır	-Yaş ilerledikçe risk artar. Yeni vakaların %77'si, meme kanserinden ölümlerin %84'ü 50 yaş ve üzerinde oluşur.
Daha önce malign ya da benign meme kanseri öyküsünün olması	Arttırır	-Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre diğer memede kanser riskini 2-6 kez arttırır. -Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez arttırır. Bening meme hastalığının (Fibrokistik meme hastalığı) kanser riski tartışmalıdır.
Aile öyküsü (Anne veya kız kardeş veya her ikisinde meme kanseri bulunması, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olması, P53 geninde mutasyon olması)	Arttırır	-Anne veya kız kardeşlerden herhangi birinde meme kanseri riski %2 ile %3 kez arttırırken her ikisinde de kanser olması riski %8 arttırır. Menapoz öncesinde tanı konmuş ve kanser çift taraflı ise risk daha da artar. -Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10 ile %30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Normalde BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin DNA tamirinde ve kopyalanmasında önemli rolleri vardır.
İrk		-Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir.
Menstrüal öykü ('Erken menarş' 12 yaştan önce, ('Geç menopoz' 55 yaştan sonra)	Arttırır	-Menarş ve menopoz arasındaki sürenin uzaması meme kanseri riskini yükseltir, kısalması riski azaltır.
Doğum öyküsü (Hiç doğum yapmayanlar, ilk çocuğunu 30 yaştan sonra doğuranlar)	Arttırır	-Doğum yapmamış kadınlar meme kanseri açısından yüksek riskli gruba girerler.
Emzirme	Tartışmalı	-Meme kanseri riskini azaltma da emzirmemenin etkisini inceleyen çalışmalarda bulgular tartışmalıdır.
Östrojen alımı (Oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisi)	Tartışmalı	-Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımı ve uzun süreli (10-15 yıl üzeri) östrojen replasman terapisinin riski artırdığı saptanmıştır. -Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskini etkilemediği saptanmıştır.
Alkol	Arttırır	-Günde iki bardak'tan fazla alkol alınması riski arttırmaktadır. Etiyolojisi kesin açıklanamamakla birlikte, araştırmacılar alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanmaktadır. Diğer olası bir nedenin ise alkolün meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açması olduğuna inanılmaktadır.
Yağlı diyet	Tartışmalı	-Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini arttırmaktadır. Bazı araştırmacılar bunun tümörün büyümesini stimüle ettiğine inanmaktadır.
Obezite	Tartışmalı	-Meme kanseri riskini artırdığı bildirilmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini arttırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır.
Radyasyon	Arttırır	- Özellikle 30 yaşın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski arttırır.

Tablo 7. Meme kanseri risk faktörleri ve bu risk faktörlerini taşıyor olmanın yarattığı rölatif risk (27, 34, 35)

Rölatif risk (RR)	Risk Faktörü
RR >4.0	-Cinsiyet (Kadın) -Yaş (≥ 65) -Meme kanserine neden olan genlerde mutasyon (BRCA-1 veya BRCA-2) -Birinci derece akrabalarında erken yaşlarda meydana gelen iki veya daha fazla meme kanseri öyküsü
RR 2.1-4.0	-Biyopsi ile saptanmış atipi ile proliferatif lezyonlar -Göğüs duvarı üzerine radyasyon -Birinci derece akrabalarında bir meme kanseri öyküsü
RR 1.1-2.0	-İlk gebelik yaşı (>30) -Erken menarş (<12) -Geç menapoz (>55) -Obezite -Laktasyon
Diğer	-Hormonal kontraseptif kullanımı ve uzun süre hormon replasman tedavisi alma -Endometrium, over kanseri geçirme -Alkol kullanımı -Sosyo-ekonomik durum -İrk

1.1.6. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanserli kadınların %70'e yakınında ilk bulgu memede çoğu kez ağrısız ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunan bir kitlenin varlığıdır. Hastaların %8-10'unda ise kitle ağrılıdır ve ağrı nedeni ile meme muayene edildiğinde ortaya çıkar (17).

Son zamanlarda rutin olarak kontrole gelen veya başka bir hastalık nedeniyle müracaat eden hastalarda dikkatli yapılan fizik muayene sonucunda, hekimler gittikçe artan bir sıklıkta meme kanseri tespit etmektedir. Meme kanserli hastalarda memede saptanabilen semptom ve bulgular şöyledir;

1.1.6.1. Memede Kitle

Meme kanserinin en erken belirtisidir. Meme kanserli kadınların %70 kadarında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kanser nedeniyle oluşan kitlelerin büyük çoğunluğu %45 üst dış kadranda. Bunu %25 ile santral kadranda takip eder. Üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %80, alt iç kadranda %5'tir (36, 37).

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

menapoz öncesi 40'lı yaşlarda daha sık görülür. İçi farklı bir doku ile dolu bir kitle olabilir buna da katı (solid) kitle denir. Bu iki farklı yapıyı ayırmanın en iyi yolu kitlenin ultrasonografi ile incelenmesidir. Kistler genellikle memenin iyi huylu tümörleridir. Boyutları birkaç mm ile birkaç cm arasında değişir. 25 yaş altındaki kadınlarda nadir, menapoza yaklaşmış kadınlarda daha sık görülür. Solid kitlelerin kanser olma olasılıkları kistlere göre daha yüksektir (38).

Memede saptanan kitlelerin mamografi ve ultrasonda değerlendirilerek kanser olma olasılığı araştırılır. Kitleden alınan parçanın patolojide incelenmesi ile kesin tanı konur (38).

Meme dokusunun koltukaltı uzantısında da kansere rastlanabilir, klinik ve laboratuvar kontrollerde bu bölgede göz önüne alınmalıdır. Kitle çoğu kez ağrısızdır ve kadın tarafından rastlantı sonucunda bulunur. Kitle genelde sert ve hareketsizdir; ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket eder ve bu özelliği ile bir fibroadenomun hareketinden kolayca ayırt edilebilir (27).

1.1.6.2. Meme Başı Akıntısı

Meme başı akıntısı fizyolojik ve patolojik sebeplere dayanabilir. Meme başı akıntısının patolojik bir anlam taşıması için kendi morfolojik değişikliğine bağlı hiçbir zorlanma olmadan kendiliğinden akıntılı olması gerekir. Akıntının görünüşüne ve rengine çok dikkat edilmelidir (27).

Meme kanserli hastaların ortalama %10'unda ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Meme başında akıntıya pek sık rastlanmaz, memede bir kitle palpe edilir ve bu kitlenin üzerine bastırıldığında akıntı başlarsa kanserle ilişkisi olduğu düşünülür (17).

Özellikle akıntının koyu kahverengi, siyah veya kan rengi olması önemlidir. Birde su kıvamında berrak akıntı önem taşır. Böyle bir durumda meme başından gelen akıntıdan örnek alınarak incelenmesi gerekir (38).



Şekil 2. Meme başı akıntısı (39)

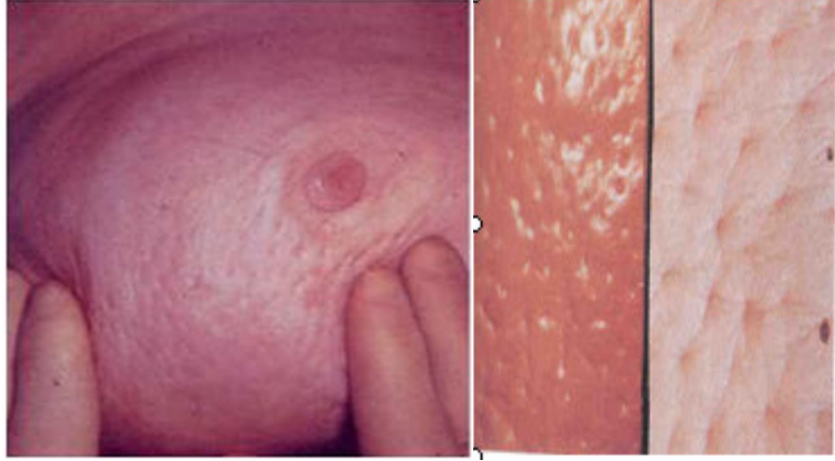
1.1.6.3. Memede Ağrı

Meme kanserinde ağrı pek görülmez seyrek olarak tümör bölgesinde keskin aralıklı, hastanın “bıçak saplanır gibi” diye tanımladığı bir ağrıdan söz edilebilir. Hızlı büyüyen kitlelerde akut ağrı ve duyarlılık artışı olabilir. Meme kanseri başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur (17).

1.1.6.4. Meme Derisinde Ödem, Kalınlaşma, Renk Değişikliği

Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeyel lenf damarlarına ulaşır, tıkanma meydana gelir, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. Deride lenf akımındaki yavaşlama deri ve deri altı yağ dokusunun aşırı beslenmesine neden olur, deri kalınlaşır. Kıl folikülleri içeri çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur. Deri kızarıyor ve ülserasyon oluşur (17, 40).

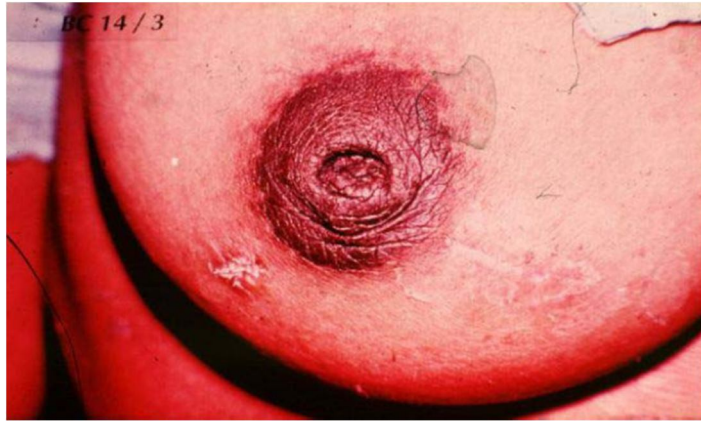
Meme başındaki değişikliklerin önemli olmasının yanı sıra özellikle meme çevresinde ortaya çıkan kızarıklık yara gibi değişiklikler meme de bir kitle olmasa bile meme kanseri bulgusu olabilir (38).



Şekil 3. Meme derisinde portakal kabuğu görünümü (41)

1.1.6.5. Meme veya Meme Başında Retraksiyon

Meme içerisinde büyüyen tümör, cooper bağlarını infiltre ettiğinde bu bağların kışalmasına yol açmaktadır. Cooper bağlarının kışalması ise deriyi tümöre doğru çekip retraksiyon belirtilerine neden olmaktadır. Deri retraksiyonu memede kanser olma olasılığını artırmaktadır. Retraksiyon belirtileri başlangıç döneminde hasta yatar ya da oturur pozisyonda iken görülemeyebilir, ancak kollar yukarı kaldırıldığında ya da öne doğru eğildiğinde ortaya çıkabilmektedir (42).



Şekil 4. Meme ucunun içeri çökmesi (meme ucu retraksiyonu) (43)

1.1.6.6. Forgue Belirtisi

Memenin üst dış ve üst iç kadrantındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesine bağlı olarak gelişir. Önden bakıldığında kanserli memenin başı daha yüksektir (17, 40).

1.1.6.7. Meme Derisinde Ülserasyon ve Eritem

Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin deriyi tamamen kaplamaları sonucu oluşmaktadır. Eritem, meme derisindeki kızarıklıktır. İnflamatuvar yada tümöral süreçlerin sonucu olur. Meme kanserine bağlı eritem iki biçimde kendisini gösterir. Birincisi ve en sık görüleni tümörün hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça deri üzerinde eritem yapmasıdır. Diğeri ise meme kanserine özgü klinik belirtisidir. Bu özel tipe inflamatuvar meme kanseri adı verilir. Meme derisinde yaygın geniş bir alanda eritem vardır. Bu nedenle çok dikkatli olmak gerekir (17).

Lenfatiklerin tıkanması ile derinin beslenmesi bozulur ve deride eritem oluşur. Meme derisi beslenmesinin gittikçe daha çok bozulması sonucu ülserasyonlar meydana gelir (17).

1.1.6.8. Meme Şeklinde Değişme

Kanser için önemli olan değişiklik sonradan meydana gelen değişikliklerdir (38).

1.1.6.9. Memenin Lenf Nodlarında Büyüme

Tümörün lenf nodüllerine infiltrasyonu sonucu lenf yollarının tıkanması sonucu oluşur. Sert, 5 mm'den büyük lenf nodlarında metastaz düşünülmelidir (17, 44).

1.1.6.10. Üst Kolda Anormal Şişlik

Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur (17).

1.1.6.11. Tillaux Belirtisi

Göğüs duvarına doğru yayılan tümör hücreleri önceden derin fasyaya daha sonra m. pektoralis major'e ilerleyerek memenin hareket yeteneğinin kaybolmasına neden olur (17).

1.1.6.12. Erken ve Geç Dönem Meme Kanseri Belirtileri

Erken Dönemdeki Belirtiler

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

Geç Dönemdeki Belirtiler

- Deride şişlik.
- Deride kızarıklık.
- Yaralar (ülserasyon).
- Meme şeklinde büyüme, büzülme, çöküntü, çukurlaşma ve düzleşme.
- Portakal kabuğu gibi düzensiz görünüm.
- Derinin kitle üzerinde hareketliliğini yitirmesi.
- Koltuk altında belirgin adenopati (lenf bezlerinin büyümesi).
- Supraklavikular adenopati.
- Uzak metastazlar (beyin, tiroid, akciğer vb.) (17).

1.1.7. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflandırması

Meme kanseri tümörün köken aldığı asıl dokuya göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre meme kanserleri dörde ayrılır. Bunlar:

1.1.7.1. Lobüler Kanserler

Memenin lobuler dokularındaki epitelyumdan köken almaktadırlar. Kendi içlerinde 2'ye ayrılırlar. Bunlar:

a) Noninvaziv (insitu) Lobuler Kanserler (LCIS):

Hastaların yaklaşık %90'ı premenopoz dönemindeki genç kadınlardır. Başlangıçta lobul içinde sınırlı kalmaktadır. Belirti ve kitle oluşturmaz. Yavaş büyür, yıllarca sessiz kalabilir. Bu nedenle tanı konulamayabilir. Palpabl kitle, mamografide mikrokalsifikasyon, distorsiyon alanı gibi nedenlerle yapılmış biyopsilerde, bu

alanların dışında tesadüfen ortaya çıkar. Aynı memede multisentrik olma ve diğer memede de bulunma ihtimali % 100'e yakındır. LCIS invaziv kanser gelişimi için bilinen en büyük risk faktörüdür (17, 45).

b) İnvaziv (infiltratif) Lobuler Kanserler (ILC):

Nadir olarak (% 1-20) görülür. Boyutları çok değişkendir. Bazen gözle görülür bir kitle oluşturmaz ve makroskopik tanı konamaz. Multifokalite, multisantriste ve bilateralite sıklığı invaziv duktal karsinoma göre yüksektir. Sıklıkla aksiller lenf nodu tutulumu yapar. Histopatolojik olarak; klasik tip, alveoler tip, solid tip ve miks tip şeklinde sınıflandırılır. Ayrıca bazı yazarlara göre; tubulolobuler karsinom, taşlı yüzük hücreli karsinom ve histiyositoid karsinom olarak ta 3 tipte ele alınır (17, 45).

1.1.7.2. Duktal Kanserler

Memenin duktal dokularındaki epitelyumdan köken almaktadırlar. Kendi içlerinde ikiye ayrılırlar. Bunlar:

a) Noninvaziv (insitu) Duktal Kanserler (DCIS):

Sıklıkla 55-60 yaş arasındaki kadınlarda rastlanır. % 12-15 oranında görülür. Önceden, klasik olarak kitle, meme başı akıntısı, paget görünümü ile kendini gösterirken, günümüzde giderek daha çok mamografide rastlanılan mikrokalsifikasyon ve distorsiyon alanının ortaya çıkması, asemptomatik olması ile dikkat çekicidir. Mikrokalsifikasyonlar lineer, dallanma gösteren türdendir. Yine de hastaların % 65'i kendi fark ettikleri kitle ile başvurmuştur. DCIS'ler invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir (17, 45).

Histopatolojik olarak; papiller, mikropapiller, kribriform (üzerinde küçük delikler gösteren), solid ve komedo (yağ salgılı) olarak incelenir. Bunlardan ilk dördü, nonkomedo (yağ salgısız) ortak başlığı altında toplanırken, DCIS'ler komedo ve nonkomedo olarak iki grupta ele alınır. Vakaların % 75'inin komedo olması beklenir. Komedo tiplerde aksiler lenf nodu tutulumu ve lokal nüks yüksektir. Hastaların % 10-15'inde bilateralidir. Bu nedenle prognozları daha kötüdür (17, 45).

b) İnvaziv (infiltratif) Duktal Kanserler (IDC):

Memenin en sık görülen malign tümörüdür. İnvaziv karsinomların yaklaşık % 47-75'ini oluşturur. Prognozu diğer meme karsinomu tiplerinden daha kötüdür. Tipik

olgularda makroskopik olarak tümör düzensiz sınırlı, kesit yüzeyi sert, pürüklü niteliktedir. Sık olarak ince, sarı tebeşir izi gibi çizgilenmeler görülür. Yüzeyde cilt, derinde fasya ve pektoral kas invazyonu görülebilir. Dermal lenfatiklerin tutulumu ile cilde karakteristik “portakal kabuğu” görünümü verir. Metastazlar genellikle aksiller lenf nodlarında gerçekleşir (17, 45).

1.1.7.3. Paget Karsinomu

Özel bir morfolojik tip olmayıp, karakteristik klinik özelliğe sahip bir tümördür. Meme karsinomlu hastaların % 1-3'ünde görülür. Genellikle insitu duktal karsinom ile ilişkilidir. Başlangıçta meme başı ve areolada yanma hissi, kaşıntı, kabuklanma ve ülserasyon görülür. Daha sonra egzamatöz lezyonlar oluşur. Geç evrede invaziv hale gelebilir. Enfeksiyon olarak tanımlanabilme şansı yüksektir. Prognozu oldukça iyidir (17, 45).

1.1.7.4. İnflamatuvar Karsinom

Paget karsinomu gibi morfolojik bir tip değildir. Meme karsinomlu hastaların % 1-2'sinde görülür. Belirtileri diğer meme karsinomlarından farklıdır. Tümör yumuşak ve ağrılıdır. Meme derisinde ödem, hiperemi, hassasiyet ve deride kalınlaşma ile karakterizedir. Prognozu oldukça kötüdür (17, 45).

1.1.8. Meme Kanserinde Yayılım

Meme içinde tümör yayılımı meme parankiminin doğrudan infiltrasyonu, duktuslar boyunca ve meme lenfatikleri yoluyla olur. Doğrudan infiltrasyon tedavi edilmediğinde, cilt ve derin pektoral fasya infiltrasyonu oluşabilir. Duktuslar boyunca yayılım oldukça sık görülür. Meme lenfatikleri yoluyla ise vertikal olarak derin pektoral fasyaya ya da santral areolar bölgeye olur. Meme kanserinde en sık tutulan lenf nodları aksiller, internal meme ve supraklaviküler nodlardır. Uzak metastazlar kemik (%71.0), akciğerler (%69.0), karaciğer (%65.0), plevra (%51.0), adrenal bezler (%49.0), deri (%30.0), beyin (%22.0) ve overlere (%20.0) olur (17).

1.1.9. Meme Kanserinde Tanı, Evreleme, Tedavi ve Prognoz

1.1.9.1. Meme Kanserinde Tanı

Dünya genelinde meme kanserini kesin önleyen bir yöntem henüz yoktur. Günümüzde bilinen tek yöntem, erken tanıdır. Erken tanı sayesinde, meme kanserinin getirdiği büyük sorunlar büyük oranda çözülebilmektedir (46). Erken saptama ve tanının hedefi elde edilecek sonuçların ve toplam sağ kalımın iyileştirilmesidir. Bu sonuca göre, KKMM, KMM, görüntüleme ve biyopsiyi içeren çok sayıda strateji meme kanserinin erken saptanmasına yardımcı olmak için mevcuttur (47).

Meme kanserinde tanı anamnez, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve biyopsi yardımıyla konur (28, 30, 48, 49).

1.1.9.1.1. Hasta Öyküsü (Anamnez)

Tanısal değerlendirme iyi bir anamnez ile başlar. Hastanın yaşı, hangi şikayetler ile başvurduğu, ailesinde meme kanser varlığı, menarş yaşı, adet düzeni, menopoz yaşı, ilk doğumunu kaç yaşında yaptığı, oral kontraseptif kullanıp kullanmadığı ve daha önceden meme hastalığı geçirip geçirmediği gibi konular sorgulanmalıdır (50).

1.1.9.1.2. Fizik Muayene

Tüm memenin ve drenajı sağlayan lenf nodlarını içeren alanların inspeksiyonunu ve palpasyonunu içermelidir (47).

-İnspeksiyon:

Memelerde büyüklük, şekil ve pozisyon yönünden bir anormallik, şişlik, meme derisinde kızarıklık-retraksiyon-ödem-ülserasyon-ekzema-satellit nodüller, meme başında akıntı, areolada pigmentasyon, şekil, büyüklük ve renk bakımından değişiklik, büyümüş montgomery follükülleri, kolda ödem, aksillada kızarıklık-şişlik-abse değerlendirilir (47, 51).

-Palpasyon:

Hasta önce oturur sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Klavikuladan rektus kılıfının insersiyosuna, medialden sternuma ve lateralde latissimusa kadar tüm meme muayene edilmelidir. Palpasyon yine ışınsal,

vertikal/horizontal veya dairesel biçimde, parmak ucuyla üç dereceli basınç uygulanarak yapılabilir, hafif, orta, derin. Meme başı ve areola meme başı akıntısını saptamak için manipüle edilmelidir. Oturur pozisyonda lenf nodlarına ayrıca dikkat edilmelidir. Bir elle hastanın kolu desteklenirken, diğer elle aksilla muayene edilir. Supraklaviküler ve infraklaviküler lenf nodları, oturur pozisyondaki bir hastanın arkasına geçilerek en iyi şekilde muayene edilir. Çapı 1 cm'den büyük olan veya fikse olan lenf nodları not edilmelidir (47, 52).

1.1.9.1.3. Görüntüleme Yöntemleri

-Mamografi:

Mamografi meme hastalıklarının tanısında ve meme kanserinin erken saptanmasında etkinliği kanıtlanmış, günümüzde de yaygın olarak kullanılan temel meme görüntüleme yöntemidir. Mamografi, memenin x ışını kullanılarak özel yumuşak doku tekniği ile elde olunan film görüntüsüdür. Meme özel plakalarla komprese edilerek sabitlenir ve görüntü alınır. İlk kez 1967'de mamografi cihazı geliştirilmiştir ve son birkaç dekadadaki yeniliklerle düşük doz ile yüksek kalitede görüntülerin elde edildiği teknik düzeye ulaşılmıştır (53, 54).

Kullanım amacına göre:

- Meme yakınması olan (kitle, ağrı ya da meme başı akıntısı gibi) kadınlarda problem çözücü yöntem olarak 'tanısal mamografi',
- Asemptomatik kadınlarda meme kanserinin saptanması için kullanımında 'tarama mamografisi' olarak adlandırılır (53, 55).

Mamografi;

- Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeniyle palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar.
- Biyopsi alanını belirler.
- Aksiler bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulmayan primer lezyonu bulmaya yarar.
- Kanser tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik dönemde birçok kanserli hastayı saptar (56-58).

-Dijital Mamografi:

Palpasyonla ele gelen meme kanserlerinin %10'u mamografi ile görüntülenememekte, görüntülenebilen lezyonların ise %5-40'ı malign tanı almaktadır. Bu nedenle; meme kanserinin saptanmasında elimizdeki en önemli silah olan mamografinin duyarlılığının yükseltilmesi gerekliliğinden yola çıkarak teknolojik gelişmeler sürmektedir. Dijital mamografi de bu amaca yönelik geliştirilen bir yöntemdir. Görüntünün hızlı elde edilebilmesi, bilgisayar destekli tanıya izin vermesi, kaset-karanlık oda-banyo ve film gerektirmemesi, elde edilen görüntüler üzerinde bilgisayar ortamında büyütme, parlaklık, ayarları yapılabilmesi başlıca avantajlarıdır. Mikrokalsifikasyonları ve düşük dansitedeki lezyonları daha yüksek duyarlılıkla saptayabilmektedir. Cilt ve cilt altını daha iyi değerlendirmektedir. Bu nedenle cilt kalsifikasyonları daha iyi görüntülenebilmektedir. Dijital teknoloji ile film tekrarları en aza inmekte ve daha az ışın alınmaktadır (49).

-Ultrasonografi:

Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasında yardımcıdır. Doğruluk oranı mamografiden azdır. Küçük lezyonlar izlenemez. Meme doku yoğunluğu yüksek olan gençlerde ve solid- kistik lezyonları ayırmada avantajlıdır (59).

Ultrasonografi; yüksek hasta uyumu olan noniyonize bir tetkiktir. Ancak; mamografi kadar yüksek rezolusyona sahip değildir. Ultrasonografik inceleme ile cilt-cilt altı yağ dokusu, glandüler yapı, gland arkasındaki yağlı planlar, pektoral adale, kotlar ve anterior göğüs duvarı görüntülenir. USG ile lezyonun solid-kistik ayrımı yapılır (60).

-Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG):

Meme görüntülemesinde kullanılan primer yöntemler mamografi ve ultrasonografidir. Manyetik Rezonans (MR) inceleme ise hem morfolojik hem de fonksiyonel bilgi vermesi ile diğer yöntemlerden ayrılır. 1990'lı yılların başından itibaren standart görüntüleme yöntemlerine ilave olarak giderek artan bir oranda kullanılmaya başlanmıştır. İnvaziv meme kanserinde duyarlılığı en yüksek yöntemdir (61).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), mamografik olarak memeleri yoğun olan ve meme koruyucu cerrahi girişim düşünülen hastalarda operasyon öncesi tümör varlığının gösterilmesinde kullanılır. Özellikle genetik çalışmalarla

meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda yer aldıkları tespit edilen ve mamografide meme parankimi yoğun olan kadınlarda malignite varlığını araştırmada kullanılır. Mamografide saptanan düzensiz, silik, sınırlı, asimetrik yoğunluklar gibi şüpheli görünümlerin daha iyi değerlendirilmesinde kullanılır. Kemoterapi alan hastalarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde tümörün yayılımını daha doğru göstererek tümörün tedavi öncesi ve sonrası boyutlarının regresyon ya da progresyon açısından karşılaştırılmasına olanak sağlar. Silikon implantların değerlendirilmesinde de kullanılır (60).

-Bilgisayar Destekli Tanı (CAD-Computer Aided Detection):

Bilgisayar destekli tanı esas olarak dijital cihazlar üzerine yüklenebilen ve tek bir tuşa basarak kolayca ulaşılabilen çeşitli software programlarıdır. Her firmanın özel olarak kullandığı ya da kendi geliştirdiği farklı programlar mevcuttur. Konvansiyonel mamografi filmleri de özel cihazlardan geçirilerek dijitalize edilebilir ve CAD ile taranabilir ancak çok pratik bir işlem olmadığı için rutin kullanıma girmemiştir. Lezyon saptamada radyoloğa destek olmak amacıyla geliştirilmiş programlardır. Amaç lezyon karakterizasyonu değildir. Ancak son yıllarda geliştirilen bazı programlarda, saptanan lezyonda kuşku oranı belirtilebilmekte ya da programın hassaslığı istenilen kuşku düzeyine göre ayarlanabilmektedir (62).

Bilgisayar Destekli Tanı (CAD) sistemlerinin önemli dezavantajı yanlış pozitif işaretlerdir. Her bir film başına 2-3 alan işaretlenmekte ve bu alanların tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastaların geri çağırılma oranı artmakta ve gereksiz ek çekimler yapılabilmektedir. CAD ile işaretlenen her 100 alandan birinde kanser tespit edildiği belirlenmiştir (63).

-Tomosentez:

Mamografinin en önemli dezavantajı iki boyutlu fotografik bir görüntüleme yöntemi olmasıdır. Birbiri üzerine süperpoze olan dokular hem küçük kanser odaklarının gizlenmesine neden olur hem de zaman zaman gerçek olmayan şüpheli görünümlere neden olabilir. Bu nedenle, özellikle meme parankimi yoğun olan kadınlarda kanser saptama oranı oldukça düşüktür. Öte yandan zaman zaman mamografideki yanlış imajlar nedeniyle hastaya ek çekimler yapılmakta, meme MRG veya iğne biyopsisi gerekebilmektedir. Tomosentez, mamografinin bu dezavantajları nedeniyle gündeme gelmiştir.

Tomosentez üç boyutlu mamografi olarak da adlandırılmaktadır. Esas olarak dijital mamografi cihazına uygulanan bir modifikasyondur. Mamografiden farkı; ışın kaynağı hareketlidir ve t p bir ark boyunca hareket ederken, memenin farklı aıllardan düşük dozlu seri görüntüleri elde edilir. Elde edilen üç boyutlu data, daha sonra ince kesitler Şeklinde incelenir (64).

-Teknesyum 99m Sintimamografi:

Nükleer ajanların, klasik radyolojik görüntüleme yöntemlerinde elde edilen anatomik bilgiden farklı olarak fizyolojik değişiklikleri gösterme Şansı vardır. Tc 99m sestamibi meme kanseri tanısında en sık kullanılan ajandır. Kolay ulaşılabilen gama kameralar aracılığıyla görüntü elde edilir. Duyarlılık ve  zg ll ğinden dolayı meme kanserinin tanı ve takibinde bu yöntemin yeri sınırlıdır. Postoperatif memenin değerlendirilmesi, pozitron emisyon tomografi (PET) olmayan merkezlerde neoadjuvan tedaviye yanıtın değerlendirilmesi gibi sınırlı endikasyonlarda başarılı olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. En önemli dezavantajlarından biri de yüksek radyasyon dozudur (64, 65).

-Pozitron Emisyon Tomografi (PET):

Pozitron Emisyon Tomografi (PET) günümüzde daha çok PET ile bilgisayarlı tomografinin birleŐiminden meydana gelen bir füzyon tanı yöntemi olan PET-CT Şeklinde uygulanmaktadır. Füzyon tekniklerin avantajı her iki yöntemin avantajlarının kombine edilebilmesidir. Burada da PET'in sunduğu moleküler bilgilere BT'nin sunduğu detaylı anatomik bilgi eklenmektedir. PET'in esas avantajı tüm vücut uygulamalarında ortaya çıkar. İlk evrelemede ve tedavi sonrası takipte lokal nüks ve uzak metastazların saptanmasında oldukça baŐarılıdır. En önemli etkisi fark edilmeyen uzak metastazların belirlenmesidir. Neoadjuvan tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde de baŐarılıdır (64, 66).

1.1.9.1.4. Biyopsi

Meme biyopsisi yapma kararı her bir hastanın, radyografisinin ve klinik prezentasyonunun detaylı biçimde değerlendirilmesini gerektirir (67). Meme kanserinin kesin tanısı biyopsi ile konulmaktadır (68). Dört tip biyopsi vardır. Bunlar;

-İnce iğne aspirasyon biyopsisi:

İnce iğne vasıtası ile kitleden alınan parçanın incelenmesidir (69).

-İnsizyonel biyopsi:

Memedeki kitleden bir parça alınarak patolojik incelemesinin yapılmasıdır (69).

-Eksizyonel biyopsi:

Memedeki kitlenin tamamının çıkarılıp patolojik incelemenin yapılmasıdır (69).

-Core biyopsi (tru-cut biyopsi):

Kor biyopsi iğnesi ile memedeki lezyonun değişik yerlerinden küçük doku örnekleri alınır. Doku örnekleri yaklaşık 2 cm uzunluğunda ve 1 mm kalınlığındadır. Bu doku örnekleriyle kanserli dokunun tipini, grade'ini (hücrel aktivite düzeyini) ve tedavi kararını etkileyecek reseptör bilgilerini öğrenmek mümkün olmaktadır (58).Yumuşak doku tümörlerinde açık biyopsi yerine tru-cut biyopsi uygulaması, özellikle tümör merkezlerinde son yıllarda giderek artmaktadır. Yüksek özgüllük ve duyarlılık oranına sahiptir (70).

1.1.9.2. Meme Kanserinde Evreleme

Evreleme, kabul edilen bir plan uyarınca hastaları, hastalıklarının yaygınlık derecesine göre gruplara ayırma işlemidir. Radyolojinin de eşlik edebileceği klinik bulgulara göre (klinik evreleme) ve ameliyatla çıkarılan tümör ve lenf ganglionlarının histopatolojik durumlarına göre (patolojik evreleme) yapılır (71).

Klinik evreleme için kullanılan çeşitli sistemler vardır. Dünya'da ve ülkemizde en çok kullanılanı Uluslararası Kanser Kontrol Birliği (UICC) ve Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC)'nin biçimlendirdiği TNM sistemidir. Buna göre;

T: Tümörün boyutunu,

N: Lenf bezlerinin durumunu,

M: Kanserin metastaz (sıçrama) yapıp yapmadığını belirtir (71).

TNM Sınıflaması (72)

Primer Tümör(T)

TX	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümöre ait kanıt yok
Tis	Karsinoma in situ
Tis (DCIS)	Duktal karsinoma in situ
Tis (LCIS)	Lobüler karsinoma in situ
Tis (Paget)	Meme başının, altta yatan meme dokusunun invaziv karsinomu ve/veya karsinoma in situ (DCIS ve/veya LCIS) tanısıyla ilişkili olmayan Paget hastalığı. Altta yatan parenkimin Paget hastalığı ile ilişkili karsinomları, boyuta göre sınıflandırılmalı ancak Paget hastalığının varlığı işaret edilmelidir.
T1	Tümörün en büyük çapı ≤ 20 mm
T1mi	Tümörün en büyük çapı ≤ 1 mm
T1a	Tümörün en büyük çapı >1 mm fakat ≤ 5 mm
T1b	Tümörün en büyük çapı >5 mm fakat ≤ 10 mm
T1c	Tümörün en büyük çapı >10 mm fakat ≤ 20 mm
T2	Tümörün en büyük çapı >20 mm fakat ≤ 50 mm
T3	Tümörün en büyük çapı >50 mm
T4	Herhangi bir boyuttaki tümörün direkt göğüs duvarı ve/veya cilt (ülserasyon veya cilt nodülleri) tutulumu vardır.
T4a	Yalnızca pektoral kas yapışıklığını/invazyonunu içermeyen göğüs duvarı tutulumu vardır.
T4b	İnflamatuvar karsinom için gerekli olan özellikleri karşılamayan, cilt ülserasyon ve/veya ipsilateral satellit nodülleri ve/veya ödemi (peau d'orange dahil) vardır.
T4c	Hem T4a hem de T4b
T4d	İnflamatuvar karsinom

Not: Tek başına dermis invazyonu T4 olarak nitelendirilmez.

Bölgesel lenf Nodları (N)

-Klinik olarak

NX	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor (önceden çıkarılmış, vs.)
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	İpsilateral mobil level I, II aksiller lenf nod(lar)a metastaz
N2	İpsilateral, klinik olarak fikse veya yığın yapmış level I, II aksiller lenf nodu metastazı veya klinik olarak aksiller lenf nodu metastazına ait kanıt olmayıp ipsilateral internal mammarian nodlarında klinik olarak saptanmış* metastaz.
N2a	İpsilateral birbirlerine veya diğer yapılara fikse (yığın yapmış) veya yapışık level I, II aksiller lenf nodu metastazı.
N2b	Klinik olarak aksiller lenf nodu metastazına ait kanıt olmayıp sadece ipsilateral internal mammarial nodlarında klinik olarak saptanmış* metastaz.
N3	Level I, II aksiller lenf nodu tutulumu olsun veya olmasın ipsilateral infraklavikular (level III aksiller) lenf nod(lar)a metastaz veya klinik olarak level I, II aksiller lenf nodu metastazı kanıtı ile birlikte ipsilateral internal mammarial nod(lar)da klinik olarak saptanmış* metastaz veya aksiller veya internal mammarian lenf nodu tutulumu olsun veya olmasın ipsilateral supraklavikular nod(lar)a metastaz.
N3a	İpsilateral infraklavikular lenf nod(lar)a metastaz.
N3b	İpsilateral internal mammarial nod(lar)a ve aksiller lenf nod(lar)a metastaz.
N3c	İpsilateral supraklavikular nod(lar)a metastaz.

***Not:** Klinik olarak saptanmış, “görüntüleme çalışmalarıyla (lenfosintigrafi hariç) veya klinik incelemelerle ve malignite için yüksek şüpheli özelliklerin olmasıyla veya ince iğne aspirasyon biyopsisinin sitolojik incelemesine göre patolojik makrometastaz farz edilmesi ile saptanmış” şeklinde tanımlanmaktadır.

Patolojik (pN)*

pNX	Bölgesel lenf nodları değerlendirilememektedir (örneğin önceden çıkarılmıştır veya patolojik çalışma için çıkarılmamıştır)
pN0	Bölgesel lenf nodu metastazı histolojik olarak tanımlanmamıştır.

Not: İzole tümör hücre yığınları (ITH), 0.2 mm'den daha büyük olmayan küçük hücre yığınları veya tek tümör hücreleri veya tek bir histolojik kesitte 200'den daha az hücrenin olduğu yığın olarak tanımlanmaktadır. ITH rutin histoloji veya immünohistokimyasal (IHK) metotlarla saptanabilmektedir. Yalnızca ITH içeren nodlar N sınıflandırmasında total pozitif nod sayımından hariç tutulmaktadır fakat değerlendirilen toplam nod sayılarına dahil edilmelidir.

pN0 (i-)	Histolojik olarak bölgesel lenf nodu metastazı yok, İHK negatif.
pN0(i+)	Bölgesel lenf nod(lar)da 0.2 mm daha büyük olmayan malign hücreler (H&E veya İHK ile saptanan, ITH dahil).
pN0 (mol-)	Bölgesel lenf nodu metastazı histolojik olarak yoktur, moleküler bulgular (RTPCR) negatiftir.
pN0 (mol+)	Moleküler bulgular (RT-PCR) pozitifdir** ancak bölgesel lenf nodu metastazı histoloji veya İHK ile saptanmamıştır. pN1 Mikrometastazlar veya 1-3 adet aksiller lenf nodu metastazı ve/veya sentinel lenf nodu biyopsisi ile saptanmış ancak klinik olarak saptanmamış*** internal mammarian lenf nodu metastazı vardır.
pN1mi	Mikrometastazları vardır (0.2 mm'den büyük ve/veya hiçbiri 2.0 mm'den daha büyük olmayan 200'den fazla hücre).
pN1a	1-3 adet aksiller lenf nodu az bir adet metastazı vardır.
pN1b	İnternal mammarian nodlarında mikrometastazları veya sentinel lenf nod biyopsisinde saptanan fakat klinik olarak saptanmamış*** makrometastazları vardır.
pN1c	1-3 adet aksiller lenf nodu ve internal mammarial lenf nodu mikrometastazları veya sentinel lenf nod biyopsisinde saptanan fakat klinik olarak saptanmamış makrometastazları vardır.***
pN2	4-9 adet aksiller lenf nodu veya aksiller lenf nodu yokluğunda klinik olarak saptanmış**** internal mammarial lenf nodu metastazı vardır.
pN2a	4-9 adet aksiller lenf nodu metastazı (2.0 mm'den daha büyük olan en az bir adet tümör depoziti) vardır.
pN2b	Aksiller lenf nodu yokluğunda klinik olarak saptanmış**** internal mammarial lenf nodu metastazı vardır.
pN3	10 veya daha fazla aksiller lenf nodu veya infraklavikular (level III aksiller) lenf nodu veya bir veya daha fazla pozitif level I, II aksiller lenf nodu varlığında klinik olarak saptanmış **** ipsilateral internal mammarian lenf nodu veya 3'ten daha fazla aksiller lenf nodu mikrometastazı veya sentinel lenf nodu ile saptanmış fakat klinik olarak saptanmamış*** makrometastazları veya ipsilateral supraklavikular lenf nodu metastazları vardır.
pN3a	10 veya daha fazla aksiller lenf nodu (2.0 mm'den daha büyük olan en az bir adet tümör depoziti) veya infraklavikular (level III aksiller) lenf nodu metastazı vardır.
pN3b	Bir veya daha fazla aksiller lenf nodu varlığında klinik olarak saptanmış**** ipsilateral internal mammarian lenf nodu metastazı veya 3'ten fazla aksiller lenf nodu ve internal mammarial lenf nodu mikrometastazı veya sentinel lenf nodu ile saptanmış fakat klinik olarak saptanmamış*** makrometastazları vardır.
pN3c	İpsilateral supraklavikular lenf nodu metastazları vardır.

Notlar:

*Sınıflandırma sentinel lenf nodu biyopsisi olsun veya olmasın aksiller lenf nodu disseksiyonuna dayandırılmaktadır. Akabinde aksiller lenf nodu disseksiyonu yapılmadan sadece sentinel lenf nodu biyopsisine dayandırılan sınıflandırma "sentinel nod" için (sn) ile gösterilmektedir [Örneğin pN0(sn)].

** "RT-PCR": Ters transkriptaz/polimeraz zincir reaksiyonu.

*** "Klinik olarak saptanmamış", görüntüleme çalışmaları (lenfosintigrafi hariç) veya klinik incelemeler ile saptanamamış olarak tanımlanmaktadır.

**** "Klinik olarak saptanmış", görüntüleme çalışmalarıyla (lenfosintigrafi hariç) veya klinik incelemelerle ve malignite için yüksek şüpheli özelliklerin olmasıyla veya ince iğne aspirasyon biyopsisininin sitolojik incelemesine göre patolojik makrometastaz farz edilmesi ile saptanmış olarak tanımlanmaktadır.

Uzak Metastaz (M)

M0	Uzak metastazın klinik veya radyografik kanıtı yok.
cM0(i+)	Klinik veya radyografik uzak metastaz kanıtı yoktur fakat metastaza ait semptom ve bulgusu olmayan hastada kan dolaşımında, kemik iliğinde veya diğer bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm daha büyük olmayan moleküler depozitler veya mikroskopik olarak saptanmış tümör hücreleri vardır.
M1	Klasik klinik ve radyografik yöntemlerle belirlenen ve/veya histolojik olarak kanıtlanmış 0.2 mm'den büyük saptanabilir uzak metastazlar vardır.

Meme kanseri bu sınıflandırma doğrultusunda aşağıdaki şekilde evrelere ayrılır (72):

Evre 0	Tis	N0	M0
Evre IA	T1*	N0	M0
Evre IB	T0	N1mi	M0
	T1*	N1mi	M0
Evre IIA	T0	N1**	M0
	T1*	N1**	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
Evre IIIB	T3	N2	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Evre IIIC	Herhangi bir T	N3	M0
Evre IV	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1

Notlar:

* T1, T1mi içerir.

** Nodal mikrometastazlar ile birlikte olan T0 ve T1 tümörler Evre IIA'ya dahil edilmemektedirler ve Evre IB olarak sınıflandırılmaktadırlar.

1.1.9.3. Meme Kanseri Tedavi

Meme kanserinde tedavinin amaçları, hastalığı iyileştirmek tedaviden sonra normal yaşama uyumu kolaylaştırmak ve yaşamı korumaktır (17). Tanı konulduktan sonra hiç tedavi uygulanmayan meme kanserli hastaların yaşam sürelerinde çok büyük farklılıklar olmaktadır. Bu yüzden meme kanseri mutlaka tedavi edilmelidir (38).

Tedavi hastalığın tanısının yapıldığı sıradaki evre ve tipine bağlı olarak farklılık gösterir. Tedavi için evre çok önemlidir. Uygulanacak tedavi yöntemi meme kanserinin bulunduğu evreye hastanın içinde bulunduğu psikolojik duruma ve sosyal duruma göre cerrahi, radyoterapi ve kemoterapinin çeşitli kombinasyonlarından

seçilmelidir. Meme kanserinin tevdisinde tedavinin şekli, tedaviye başlama zamanı, tümörün özellikleri, hastanın tümöre direnci etkilidir. Meme kanseri sistemik bir hastalık niteliği taşımaktadır. Bunun nedeni hastalığın başlangıcından itibaren tümör hücrelerinin hem hematolojik hem de lenfatik yolla kana direk karışmasıdır. Bireyler arasında tedaviye direnç açısından farklılıklar görülmektedir. Buna bağlı olarak da tedavi yöntemi seçilmelidir. Bireysel farklılıklar göz önüne alınmalıdır. Birey için en uygun tedavi yöntemi seçilip uygulanmaktadır (17).

Meme kanserinin primer tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılabilir (73).

Lokal tedavide amaç; tümörün kendisinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için, cerrahi tedavi ve radyoterapi kullanılmaktadır (73).

Sistemik tedavide amaç; meme dışına metastaz yapmış tümör hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla, kemoterapi, hormonal tedavi ve immunoterapi uygulanmaktadır (74).

1.1.9.3.1. Lokal Tedavi Yöntemleri

-Cerrahi Tedavi:

Memede kanser tespit edildikten sonra özel bir durum yoksa, tedavinin ilk basamağı cerrahidir. Yaygın olarak modifiye radikal mastektomi uygulanmaktadır. Ancak meme koruyucu ameliyatlarda giderek daha fazla yapılmaya başlanmıştır. Tüm dünyada meme koruyucu ameliyatlara doğru eğilim vardır. Meme koruyucu cerrahi, erken evre meme kanserinde uygulanmaktadır. Erken evre meme kanserinde tedavi multidisipliner bir çalışma gerektirir. Meme koruyucu cerrahi kararı için hasta seçimi önemlidir. Hastanın gereksinimleri ve beklentileri, öyküsü, fizik muayene, mamografik değerlendirme ve meme dokusu örneğinin histolojik incelenmesi, sınırlarının değerlendirilmesi gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (75).

Meme kanserinde iki tür cerrahi işlem söz konusudur. Bunlar; meme koruyucu cerrahi ve mastektomidir (73).

1. Meme Koruyucu Cerrahi:

Memenin tümü çıkarılmamaktadır. Meme koruyucu cerrahi içinde; tümör dokusunun bir miktar normal meme dokusu ile birlikte çıkarılması (lumpektomi),

tümörün yer aldığı kadranın çıkarılması (kadranektomi) ve memenin dörtte birinin tümörle birlikte çıkarılması (parsiyel mastektomi) yer alır (17, 38).

2. Mastektomi:

Tümörün durumuna göre; meme cildi, meme dokusunun tümü ve pektoral fasyanın çıkarılması (basit mastektomi), meme cildi, memenin tümü, pektoral fasya ve aksiller lenf nodlarının çıkarılması (modifiye radikal mastektomi), meme cildi, memenin tümü, aksiller lenf nodları, pektoralis majör ve minör kaslarının çıkarılması (radikal mastektomi) gibi farklı mastektomi yaklaşımları uygulanmaktadır (17, 38).

-Radyoterapi:

Ameliyattan önce tümörün boyutunu küçültmek, ameliyattan sonra memede, göğüs duvarında ya da koltuk altında kalmış olabilecek ya da yeniden üreyebilecek kanser hücrelerini yok etmek için uygulanan tedavi yöntemidir (28, 76).

1.1.9.3.2. Sistemik Tedavi Yöntemleri

-Kemoterapi:

Vücuda yayılmış olması muhtemel kanser hücrelerinin ortadan kaldırılarak hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması amacıyla meme kanserinin ilaçla tedavisidir. Bu ilaçlar damar içine ya da oral yolla uygulanabilmektedir. Kemoterapi protokollerinin uygulanması ile meme kanseri nüks ve mortalite riskinde %15- 30 azalma sağlandığı bildirilmektedir (28, 76).

Adjuvan, neo-adjuvan ve palyasyon amaçlı olarak kullanılabilir (36, 77).

1. Adjuvan Kemoterapi:

Primer tümörün çıkarılmasından sonra lokal lüks veya metastaz riskini azaltmak için başlangıçtan beri var olduğu kabul edilen mikrometastazların ortadan kaldırılmasına yönelik tedaviye denir.

2. Neo-adjuvan Kemoterapi:

Uzak metastazları bulunmayan yalnızca lokal nedenlerle inoperbl olan meme kanserleri uygun kemoterapik ilaçların verilmesi ile çıkarılabilir hale gelebilirler. Uygulanan bu tedaviye neo-adjuvan kemoterapi denir.

3. Palyatif Kemoterapi:

Lokal yada uzak metastazları, asiti, plöral efüzyonu olan hastalara uygulanır.

- Hormonal Tedavi:

Sistemik tedavinin bir diğ er aracını oluşturur. Bu alanda en yaygın olarak kullanılan ilaç tamoksifendir. Östrojen reseptör blokeri olan bu ilaç, hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önler, hem de sitostatik özellik taşır. Nüks ve sağ kalımı doğrudan etkiler. Etkilenmemiş olan memeyi korur (78).

- İmmunoterapi:

Özellikle c-erB2 onkogenine karşı antikor oluşturmayı hedefler. Tedavinin hastalarda olumlu sonuç verdiği görülmüştür (78).

1.1.9.4. Meme Kanserinde Prognoz

Bazı insanlarda kanser daha iyi ve yavaş bir seyir izlerken, bazı insanlarda ise süratle ilerlemekte, kısa bir sürede hayatı tehdit etmeye başlamaktadır. Bunun sebebi farklı insanlardaki kanser hücrelerinin farklı özellikler taşıyor olmasıdır. Bu özellikler çeşitli laboratuvar testleri ile araştırılarak kanserin ne şekilde seyredeceği konusunda tahminler yapılmaya çalışılır. Hastalığın seyrini belirleyen bu özelliklere prognostik faktörler denir. Örneğin; tümörün boyutu, tümörün histolojik ve nükleer grade'i gibi (79).

Bazı kanser hücreleri belirli tedavilere ve ilaçlara daha iyi cevap verirken, bazılarında ise cevap vermez. Laboratuvar testleri ile kanser hücrelerinin bazı özelliklerini araştırarak tedaviye ne şekilde cevap vereceğini önceden tahmin edebiliriz. Bu özelliklere de prediktif faktörler denir. HER-2/neu (c-erbB-2) proteini artışının saptandığı tümörlerde, klasik kanser ilaçlarının yeterince etkili olmadığı görülerek yerine farklı ilaçların uygulanması önerilir (80).

Tablo 8. Meme kanserinde prognostik ve prediktif belirteçler (79, 80)

Belirteçler	Prognostik	Prediktif
Yaş	+	+
Tümör çapı	+	-
TNM evresi	+	-
Aksiller lenf nodu	+	-
Histolojik grade	+	+
LVİ*	+	+
ER**/PR***	+	+
HER-2	+	+

*LVİ: Lenfovasküler invazyon, **ER: Östrojen reseptörü, ***PR: Progesteron reseptörü

Tümör boyutu meme kanserinde bağımsız prognostik bir faktördür ve aksiller lenf nodu tutulumu ile ilişkilidir. Tümör çapı arttıkça yaşam süresi kısalmaktadır (79, 81). Aksiller lenf nodu varlığı prognozu belirleyen en önemli faktör olup, lenf nodu negatif olanlara göre mortalite 4-8 kat daha fazladır (79). Metastatik lenf nodu sayısı nüks ve mortalite ile direk ilişkilidir (81). Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi (NSABP) çalışmasında lenf nodu negatif hastalarda 5 yıllık genel sağkalım %82.8 iken, 1-3 lenf nodu pozitifliğinde %73, 4-12 lenf nodu pozitifliğinde %45.7 olarak bulunmuştur (82). Uluslararası kılavuzlar, lenf nodu pozitif hastalar için hormon reseptör durumundan bağımsız olarak adjuvan sistemik tedavi önermektedir (80). Lenf nodu negatif olan hastalarda ise adjuvan tedavi kararını vermede prognostik ve prediktif belirteçlere ihtiyaç vardır.

Meme kanserinin çoğunluğu invaziv duktal veya lobuler kanserler olup klinik gidişleri farklı olmadığından tedavi kararını etkilemez. Bununla beraber nadir görülen meme kanser tiplerinden tubuler, musinöz, invaziv kribriform tip meme kanserleri nadiren metastaz yaptığından prognozları daha iyidir (79). 35-40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanserlerinde lokal nüks ve uzak metastaz daha sıktır. Bunun nedeni, genç yaşlarda daha büyük tümör çapı, lenf nodu metastazı sıklığı, hormon reseptör pozitifliği, HER2 pozitifliğinin daha fazla olmasına bağlı olabilir. 35 yaşından genç hastalarda 40-49 yaşındaki hastalara göre mortalite 2.2 kat daha fazladır (79, 83). Lenfovasküler invazyon hem kötü prognoz hemde aksiller lenf nodu metastazı ile ilişkilidir (79). Erken evrede yüksek grade ve/veya lenfovasküler invazyon olan sistemik tedavi almamış hastalarda, 10 yıllık nüks olmadan sağkalım %75'in altındadır (84). HER2/neu transmembranöz HER ailesinin bir üyesi olup, amplifikasyonu veya aşırı ekspresyonu invaziv meme kanserinde %18-20 oranında saptanmaktadır (79).

1.1.10. Meme Kanserinden Korunma ve Erken Tanı Yöntemleri

Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, özellikle sınırlı ve orta gelirli ülkelerde de ikinci sıklıkta ölüm nedeni olmaya başlamış, infeksiyöz hastalıkların (solunum yolu, HIV/AIDS, ishal, tüberküloz vs.) önüne geçmiştir (85). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2005 yılında yaptığı 58. Dünya Sağlık Kurulu'nda, özellikle düşük/orta gelirli ülkelerde kanser mortalitesini azaltacak ve kanser hastaları ile

bunların ailelerinin yaşam kalitelerini arttıracak programların geliştirilmesinde kendisi ile işbirliği yapılmasını önermiştir (86). DSÖ, ülkelere kanser kontrol programlarını mevcut sağlık sistemlerine entegre etmelerini, kanser erken tanı ve tedavisinde kanıta dayalı, kaynakların en verimli bir şekilde kullanılabilceği programlar geliştirmelerini tavsiye etmiştir (87).

En sık görülen kanserlerden olan meme kanserinin erken tanı ve tarama testlerinin yaygın ve etkin kullanılması ile erken dönemde yakalanabilmesi ve bunun sonucunda mortalitenin azaltılması mümkündür (88-90). Meme kanserinde prognozu belirleyen en önemli etkenlerden biri erken dönemde tanı konulmasıdır. Mamografi ile yapılan taramalarda erken tanı konulması sonucu mortalitede %30'a varan azalmalar bildirilmiştir (89-91).

Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda kanser konusunda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (92). Kanserde risk etmenleri arasında sayılan; sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, fazla kilolu ve şişman olmak, sebze ve meyveden fakir beslenmek gibi etmenlerle mücadele kanseri önlemede etkindir (89, 92). Meme kanserinin farkındalığını belirlemeye yönelik ülkemizde bazı kanserler hakkında bilgi, tutum ve davranış belirleme çalışmaları yapılmıştır (93-96). Bu çalışmalar kanseri önlemeye yönelik girişim çalışmalarının planlanması açısından oldukça değerlidir.

1.1.10.1. Birincil Korunma

Birincil korunma, birey ve grupların sağlığını daha iyiye götürmeyi ve özel önlemlerle optimal düzeydeki korunmayı amaçlayan çalışmaları içerir (97). Meme kanserinin birincil korunmasında meme kanseri etyolojisinde rol oynayan kontrol edilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınabilmesi önemlidir (98).

-Diyet:

Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme premenopozal kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azalttığı için, böyle bir diyetle meme kanseri riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Meme kanserinden korunmak için risk grubundaki kadınlarda, günlük alınan kaloride yağın %20'nin

altına indirilmesi önerilmektedir (99-101). Diyetle besin takviyeleri de kanserin önlenmesinde rol oynamaktadır. Folat, beta karoten, A vitaminini ve fitoöstrojenden zengin gıdalar meme kanseri riskini azaltmaktadır. Özellikle alkol kullanan kadınlarda, folat içeren besinlerin tüketimi riski normale döndürmektedir (99-102).

-Alkol Alımı:

Alkol alımının azaltılmasının meme kanseri riski üzerinde yararı bildirilmiştir. Bu nedenle alkol kullanımının sınırlandırılması önem taşımaktadır (100, 101, 103).

-Sigara Kullanımı:

Sigara ve meme kanserine yönelik çok az veri bulunmasına karşın, kanser riskini artırması nedeniyle sigaranın bırakılması önem taşımaktadır (104-106).

-Fiziksel Aktivite:

Egzersiz meme kanserinde koruyucu olduğu bilinmektedir. Bu koruyucu etkinin sürekli olabilmesi için haftada 3 kez düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. Haftada 4 saati aşan egzersizin premenapozal dönemde obez olmayan kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir. Çünkü egzersiz yağ dokusunu azaltarak endojen östrojen salınımını azaltmaktadır (17, 100, 103).

Bunların yanında; ilk doğumun 30 yaş altında yapılması, emzirmenin sürdürülmesi, uzun süreli oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisi kullanımından kaçınılması, özellikle puberte döneminde ve 30 yaş altında radyasyondan korunulması önemlidir. Bunların yanında ailesel hikâyesi, genetik yatkınlığı, daha önceden geçirilmiş meme kanseri öyküsü bulunan çok yüksek riskli kadınlarda kanser oluşmadan birincil korunma amaçlı cerrahi yöntem olan bilateral mastektomi ya da antiöstrojen olan “Tamoksifen” de kullanılmaktadır (27).

1.1.10.2. İkincil Korunma

İkincil korunmada; meme kanserinin erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır (27, 107).

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en önemli nedeni; mortalite ve morbidite oranlarını azaltma olasılığı

bulunan birkaç kanser türünden biri olmasıdır. Buna ek olarak, meme kanserinin erken safhada teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansının elde edilmesini de beraberinde getirmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki yüksek meme kanseri insidansına rağmen mortalitenin düşük olmasının en önemli nedeni erken tanı ve tarama yöntemlerine verilen önemdir. Erken dönemde teşhis edilen meme kanseri hastalarının hayatta kalım oranları %95 civarındadır (108).

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca tarama yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (109).

1.1.10.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi Kendine Meme Muayenesi, kadınların 20 yaşından sonra, ayda bir kez görsel ve elle belli bir sistematik içerisinde memelerini kontrol etmeleridir (17).

Kendi Kendine Meme Muayenesi, uzun zamandan beri önerilmekte olan, maliyeti son derece düşük bir yöntemdir. Tarama mamografisinin mümkün olmadığı ülkeler için uygun bir yöntemdir, meme kanseri mortalitesini % 25 azaltabileceği tahmin edilmektedir. İngiltere ve Çin’de yapılan çalışmalarda, mortalitede azalma sağladığı gösterilememiştir. Daha önce yapılan bir çalışmada, lokal ileri kanser oluşumunu %35 azalttığı gösterilmiştir. Bu sonuçlara rağmen KKMM yönteminin tam olarak incelendiği ve gerçek değerinin ortaya konulduğu söylenemez. KKMM’yi her kadın aynı kalitede yapamamakta, bu konuda eğitim çalışmaları gerekmektedir. Ayrıca mamografi ile taranan kadınlarda, KKMM yöntemi ile ara dönem kanserleri daha kolay saptanabilir (71).

Sosyoekonomik nedenlerle milyonlarca kadın doktora gidememekte ve mamografi çektirememektedir. Tüm bu kadınların uygulayabileceği tek yöntem kendi memelerini kendilerinin muayene etmesidir. Yapılan bir çalışmada kendini muayene edenlerin kanserlerinin daha erken dönemde saptandığı bunu hem siyah hem de beyazlarda, tüm sosyal ve ekonomik düzeylerde, yaş gruplarında geçerli olduğu görülmüştür (110, 111).

Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (112, 113).

Kendi Kendine Meme Muayenesi'nde amaç, kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanmasıdır. Meme kitlelerinin %90'ı kadınların kendisi tarafından bulunduğu için kadınların KKMM'yi bilmeleri ve uygulamaları desteklenmelidir (37, 111).

Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin meme kanseri mortalitesini azaltmasına ilişkin tartışmalı görüşler mevcut olsa da, özellikle gelişmekte olan ülkeler için meme kanseri mortalitesini azaltmada mamografi ve klinik meme muayenesi ile birlikte, KKMM uygulaması hala önemini korumaktadır. Bu nedenle meme kanserinin kadınlarda hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı ülkemizde, özellikle genç yaştan itibaren kadınlara KKMM'nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının artırılmasında önemli bir uygulamadır (114).

Kendi Kendine Meme Muayenesi her ay düzenli olarak yapılmalıdır. Bu muayene için en uygun zaman adet kanamasından 5-7 gün sonra, memelerin gergin ve hassas olmadığı zamandır (110, 112).

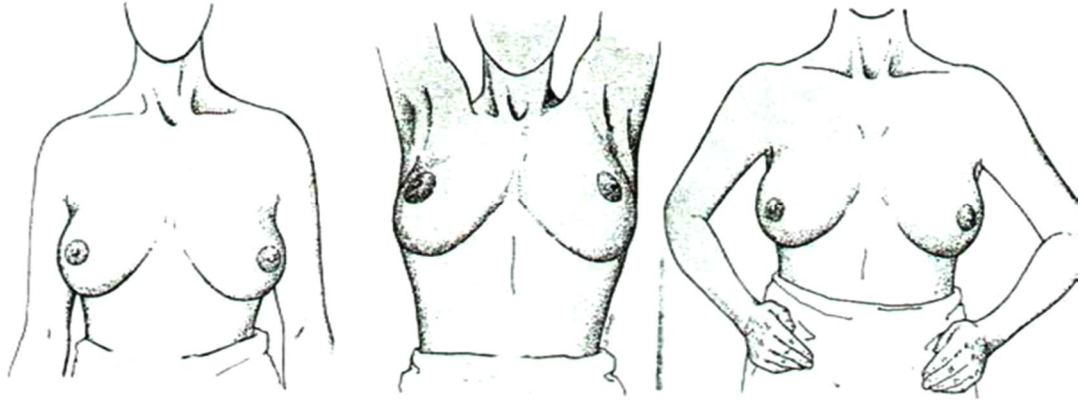
Menapoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınların KKMM'yi her ayın kendi belirledikleri belirli bir günde yapması uygundur (110).

Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. Emzirme döneminde, emzirdikten sonra meme boş olduğu zaman uygulamak gerekmektedir (110).

Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin Aşamaları:

-Gözle Meme Muayenesi (İnspeksiyon):

Gözle değerlendirme KKMM'nin ilk basamağıdır. Bunun için aydınlık bir odada, ayna karşısında belden yukarıdaki kıyafetler çıkarılarak, eller her iki yanda serbest vaziyette iken, havadayken, her iki el kalçanın üzerindeyken ve öne doğru eğilerek; meme, meme başı ve etrafındaki dokularda, şişlik, çekilme, renk değişikliği, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan belirginleşme, memelerde asimetri, portakal kabuğu görüntüsü, kuruma, pullanma, yara, meme başı akıntısı olup olmadığına bakılır. Özellikle bir pozisyondan diğerine geçişte bazı değişiklikler belirginleşebilir (111, 112).



Şekil 5. KKMM’de memelerin eller serbest, havada ve kalçadayken gözlemlenmesi

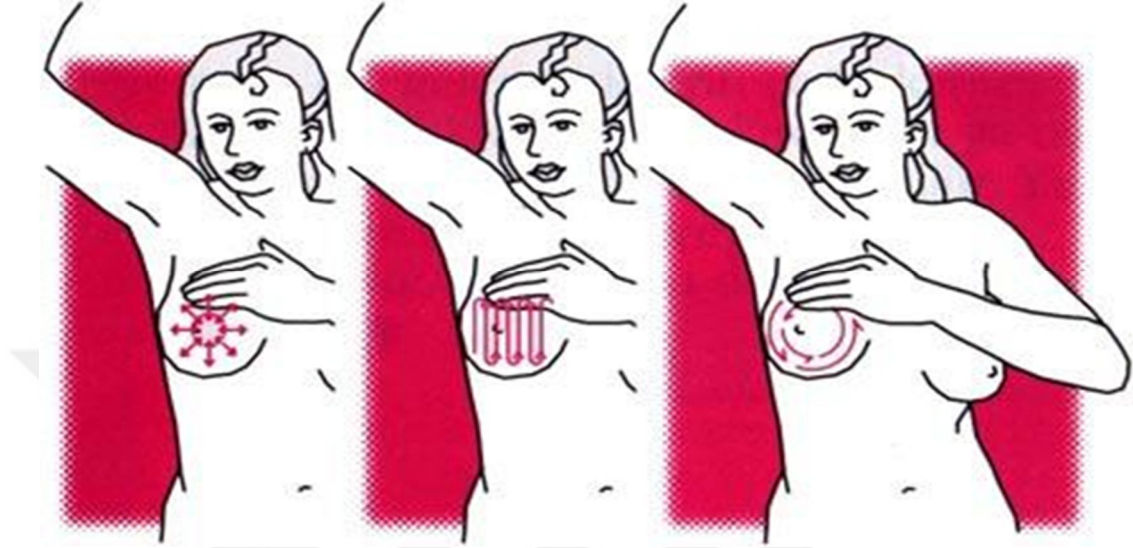
Farklı pozisyonlarda gözle muayene yapmaktaki amaç; meme dokusunun arkasında kalan kasların kasılmasına neden olmak ve böylece meme dokusundaki muhtemel habis oluşumların gözle görülebilir hale gelmesini sağlamaktır (Şekil 5) (75). Memedeki habis kitleler çoğu durumda memeye sabit bir duruş kazandıran Cooper bağlarının ve meme arkasındaki kasların işlevlerini bozar. Memeye çeşitli pozisyonlar verilerek bu durum belirgin hale getirilmeye çalışılmalıdır (115).

-Elle Yapılan Meme Muayenesi (Palpasyon):

Kendi Kendine Meme Muayenesi’nde ikinci basamak her iki memenin, koltuk altlarının ve klavikula üstünden omuza kadar olan alanın palpasyonudur (47, 75).

Palpasyona ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin üç orta parmağı (parmakların en uçtaki iç bölümleri yani pulparları) ile memenin dış kenarından başlanarak, parmaklar saat yönünde yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir. Parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken küçük dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir. Önce yüzeysel, daha sonra derin palpasyon yapılır. Memenin alttaki ve üstteki dış ve iç kadrantları, areola ve meme başı daha sonra koltuk altı ve klavikula üstü alan da iyice palpe edilir. Aynı işlem sağ meme için de tekrarlanır. Daha sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar palpe edilir. Bunun için düz bir zemin üzerine sırtüstü uzanarak muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık ya da katlanmış bir havlu konur. Yine o taraftaki el başın altına konularak kol kaldırılır. Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir. Palpasyona memenin dış kenarından başlanarak saat yönünde

meme başına kadar devam edilmelidir. Palpasyon dairesel, ışımsal veya dikey-paralel çizgiler şeklinde yapılabilir. Eğer daha önce mastektomi ya da kitle eksizyonu yapılmışsa insizyon yeri yeni kitle oluşumu ya da deri değişiklikleri yönünden kontrol edilir (47, 75).



Şekil 6. Memenin ışımsal, dikey-paralel ve dairesel muayenesi (47)

1.1.10.2.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme kontrolleri memenin bu konuda uzman doktor veya yeterli deneyime sahip hemşireler tarafından incelenmesi ile yapılır. Muayenede memelerin şekline, dokusuna, bulunan kitlenin yerine, kitlelerin deriye ilişik ya da derin dokuda olduğuna özel bir ilgi gösterilir. Koltuk altları ve kolların altları da incelenir.

Klinik meme muayenesi (KMM), uzun yıllardır meme kanserinin erken dönemde tanılanması için önerilen tarama yöntemlerindedir. Ancak, meme kanseri tarama programlarında klinik meme muayenesinin mortaliteye etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. KMM'nin sensitifitesi (duyarlılığı) %40-69, spesitifitesi (özgüllüğü) ise %88-99 arasında değişmektedir (116-118).

Klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranını %5-20 oranında artırmaktadır. Ayrıca KMM, mamografi ile belirlenemeyen tümörleri de (elle muayene ile hissedilebilen tümörler) belirleyebilmektedir (119). Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (120).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Servisi (ABDKHS), KMM'ye ilişkin mevcut kanıtların yetersiz olması nedeniyle KMM'nin bir tarama yöntemi olarak kullanılmasını önermemektedir. Diğer taraftan, Kanada Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu, Kanada Kanser Birliği ve Susan G. Komen for the Cure Vakfı meme kanseri tarama yöntemleri arasında KMM'ye yer vermektedir (121). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı kadınlarda 20 yaş üzerinde 1-3 yılda bir, 40 yaş üzerinde ise yılda bir klinik meme muayenesinin yaptırılmasını ve 40-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi çektirilmesini ulusal kanser tarama standardı olarak belirlemiştir (122).

Özellikle kaynakları sınırlı ülkeler için KMM, özel bir araç gerektirmemesi ve kadınların meme kanseri farkındalığının muayene sırasında artırılması gibi potansiyel avantajları nedeniyle meme kanseri taramasında hala önemini koruyan bir yöntem olarak düşünülebilir (119, 121, 123).

1.1.10.2.3. Mamografi

Mamografi, X ışınlarıyla meme dokusunu iki boyutlu olarak inceleyen bir görüntüleme yöntemidir. Mamografi, tarama yöntemleri içerisinde en etkili olan tarama yöntemidir. Mamografi ile yapılan toplum tabanlı tüm yaş gruplarındaki tarama programı ile meme kanseri mortalitesinde, taranmayan gruplara göre %20 oranında bir azalmanın olduğunu yapılan çalışmalar göstermiştir (124).

Mamografinin en önemli avantajı, kanser olan/olacak memede meydana gelen değişiklikleri, fiziksel semptomların ortaya çıkmasından çok daha önce belirleyebilmesidir (125). Diğer taraftan, mamografinin tüm meme kanseri vakalarını belirlemede yetersiz olması, rutin olarak çektirilen mamografiden dolayı maruz kalınan radyasyonun meme kanserini başlatma riski, yanlış negatiflik ve yanlış pozitiflik oranları, ara dönem kanserlerin belirlenmesinde gecikmelere neden olması, işleme ve yanlış pozitif sonuçlara ilişkin olarak kısa ve uzun dönem anksiyete yaşanması ve iyi huylu lezyonlar için gereksiz tedavilerin yapılması mamografinin potansiyel riskleri olarak belirtilmektedir (116, 118, 121, 126, 127). Mamografi uzun yıllardır KMM ve KKMM ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için önerilen bir yöntem olup, meme kanseri taramasında seçiciliği ve duyarlılığı daha iyi olan başka bir tarama yöntemi bulunmamaktadır (128).

Günümüzde tarama mamografisinin ne zaman ve kime yapılacağı konusunda otoriteler arasında bir anlaşma sağlanmış değildir. Meme sağlığı otoriteleri özellikle randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre tarama önerilerinde zaman zaman değişiklikler yapmaktadır. Amerikan Kanser Birliği (ACS), semptomsuz kadınlara yönelik meme kanseri tarama önerilerini en son 2003 yılında, yüksek risk taşıyan kadınlara yönelik önerilerini ise 2007 yılında değiştirmiştir (121). Buna göre halen günümüzde de geçerliliğini koruyan önerilere göre, semptomsuz kadınların 40 yaşından itibaren yılda bir kez düzenli mamografi çektirmesi önerilmektedir. Bununla birlikte, kadınlara mamografinin yararları ve risklerine ilişkin bilgi verilmesi de önerilmektedir. Amerikan Kanser Birliğine benzer şekilde Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü) ve Susan G. Komen for the Cure Vakfı da 40 yaşından itibaren düzenli mamografi çektirilmesini önermektedir (128).

Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından 40 yaş altındaki riskli gruptaki kadınlar için hekimlerin belirleyeceği yaş ve sıklıkta, 40-69 yaşlar arasındaki kadınlar için 2 yılda bir kez olmak üzere mamografi çektirilmesi önerilmektedir (122).

1.1.10.3. Üçüncül Korunma

Meme kanserinde üçüncül korunmanın amacı hastaya tıbbi yardımların yanı sıra, hastalığı konusunda bilgi vermek aynı zamanda hastanın psikolojik dengesini korumak, fiziksel yeterliliğe kavuşturmak gibi medikal ve sosyal rehabilitasyona önem vermektir. Meme kanseri olan kişinin üçüncül korunması, tedavi sonrası yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartma çabalarıdır (97).

1.1.11. Meme Kanserinin Erken Tanısında Sağlık Çalışanlarının Rolü

Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavisinin olması ve sağ kalım oranının çok yüksek olması sağlık çalışanlarını, özellikle de hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır. Hasta ya da sağlam bireyle birçok ortamda karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanları kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı ve bu bilgileri kullanıma sunmalıdır. Sağlık çalışanları, etkin iletişim ve eğitim becerilerini kullanarak kadınlara meme muayenesinin önemini anlatabilir ve kadınları bu muayeneyi yapma konusunda ikna

ve teşvik edebilirler. Ayrıca, kadınlar bir sağlık çalışanının verdiği bilgiyle daha güvenli olarak meme muayenesini yapabilir ve gerekliliğini daha gerçekçi olarak algılayabilirler.

Amerikan Kanser Enstitüsü meme kanseri hakkında halk eğitimi için aşağıdaki adımların izlenmesini önermektedir (129, 130):

- Meme kanseri hakkında yanlış fikirleri ve söylentileri azaltmak, gidermeye çalışmak,
- Risk faktörleri hakkında halkı bilgilendirmek,
- Meme kanseri belirtileri konusunda halkı bilgilendirmek,
- Korunmanın ve erken tanının önemini vurgulamak,
- Hastalığın tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemler konusunda bilgi vermek.

Sağlık çalışanları meme kanseri gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır. Sağlık çalışanları bireyleri risk durumlarından haberdar etmeli, kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemelidirler. Tüm bunların başarılı bir şekilde yapılabilmesi için, sağlık çalışanlarının, çalıştığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ile toplumun sağlık eğitim gereksinimlerini bilmeleri gereklidir. Sağlık çalışanları bireylerin değer yargılarını, kültürlerini, yaşam tarzlarını ve sağlık-hastalık algılarını ayrıca sağlık inançlarını bilmelidirler. Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında sağlık çalışanlarına yardım edebilir. Sağlık çalışanları, sağlık seviyesini yükseltmede ve sağlık eğitiminde aktif rol oynarlar. Bu rolleri gereği sağlık çalışanlarının bu konuya önem vermeleri gerekmektedir.

Günümüzde davranış bilimleri sayesinde, davranışları etkileyen faktörlerin anlaşılması, sağlık eğitimine yeni bir boyut kazandırmıştır. Bu etkiyle, sağlık eğitimi veren profesyonellerden bilgi, tutum ve becerilere odaklanan programları uygulamaları yanında, davranışları olanaklı kılan faktörleri ortaya çıkaran ve olumlu sağlık davranışlarını güçlendirmeyi sağlayan yöntemler ve araç-gereç ile donanmış programları uygulamaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra, sağlığı geliştirmede ilginin giderek davranışlar üzerine yoğunlaştığı, özellikle yaşam biçimi ve sosyal öğrenmenin ağırlık kazandığı durumlara dikkat etmenin önemli olduğu anlaşılmıştır (131).

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

Bu araştırma Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Konu ile ilgili alınacak sonuçların sağlık yaklaşımı olarak özel bir grup teşkil eden hemşireler açısından durum tespiti yapılmasına, halk sağlığı yaklaşımları ile koruyucu hizmetlerin düzenlenmesine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.



2. GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan hemşire sayısı araştırmanın saha çalışmasının yapıldığı tarih itibariyle 535 (459 bayan hemşire, 76 erkek hemşire) kişidir. Herhangi bir örneklem seçilmeden evrenin tümü araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışma grubuna dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

Dahil edilme kriterleri:

Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan hemşire olmak, kişinin araştırmayı gönüllü olarak kabul etmesi ve sözlü onam vermesidir.

Hariç tutulma kriterleri:

Görüşmeyi kabul etmemek, üç kez gidildiği halde ulaşılamamak, araştırmanın saha çalışmasının yapıldığı dönemde izinli olmak ve tayin vs. nedenlerle hastaneden ayrılmaktır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin 495'ine (Çalışmaya katılma oranı %92.5) ulaşılmıştır. Ulaşılamama nedenleri; tayin vs. nedenlerle hastaneden ayrılmak (21 kişi), izinli olmak (9 kişi), görüşmeyi kabul etmemek (5 kişi) ve üç kez gidildiği halde ulaşamamaktır (5 kişi).

Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hemşirelere iki bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır (Ek 1). Ankete başlamadan önce ankete ekli bir bilgi formu ile katılımcılar, alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgilendirilmiştir. Anketin birinci bölümü Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri risk faktörlerini taşıma durumunu sorgulayan bir soru takımından, ikinci bölümü ise meme kanseri ve erken tanı uygulamaları konusunda bilgi ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşturulmuştur. Anketin ikinci bölümü literatür araştırması yapıldıktan sonra araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Veriler toplanmadan önce anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla, araştırma grubuyla benzer özelliklere sahip 10 hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra anket soruları yeniden düzenlenerek son şekli verilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar

istatistiksel analizde kullanılmamıştır. Anket formları, hemşirelere görev yerlerinde ziyaret edilerek dağıtılmış ve çalışmaya katılmayı kabul ediyor ise doldurmaları istenmiştir.

Araştırma grubunun KKMM'nin uygun tekniğini bilme düzeyi ölçülürken anket formunda yer alan 32, 33 ve 35 numaralı sorular değerlendirilmiştir. Her üç soruyu doğru cevaplayanlar 'tam biliyor', bir ya da iki soruyu doğru cevaplayanlar 'eksik biliyor' ve her üç soruyu yanlış cevaplayanlar 'bilmiyor' olarak ele alınmıştır.

Araştırma grubunun KKMM yapma sıklığı ölçülürken anket formunda yer alan 37 numaralı soruya 'evet' cevabı veren hemşireler, devamındaki soruyu 'her ay' olarak işaretlemişse 'düzenli KKMM yapıyor', 'bazen' veya 'gerekliliğini düşündüğümde' olarak işaretlemişse 'düzensiz KKMM yapıyor' olarak ele alınmıştır.

Çalışma grubunun meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi edindiği kaynaklar araştırılırken, anket formunda yer alan 53 numaralı soruya 'Evet' cevabı veren hemşireler 'Hizmet içi eğitim' kapsamında değerlendirilmiştir. Hemşirelere hizmet içi eğitim çalıştıkları kurum tarafından planlanıp, yapılan eğitim olarak açıklanmıştır. Anket formunda bulunan 38 numaralı soruya 'Kurs/Seminer eğitimi' olarak cevap veren hemşireler ise kapsamı tanımlanan 'Hizmet içi eğitim' dışındaki tüm eğitimler olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma öncesi Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Ek 2) ile Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli idari izinler (Ek 3) alınmıştır. Araştırmanın saha çalışması Kasım 2015-Ocak 2016 tarihlerinde yapılmıştır.

Elde edilen veriler istatistiksel olarak SPSS 22.0 paket programına kaydedilerek değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde değişkenlerin niteliğine bağlı olarak yüzde, ortalama, ki-kare, Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmanın Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan hemşireler ile yapılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 29.46 ± 7.27 (min:17, maks: 51) olup, %88.7'sini (n=439) kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma grubuna ait bazı tanımlayıcı özellikler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	n	%
Cinsiyet (n=495)		
Kadın	439	88.7
Erkek	56	11.3
Yaş grupları (n=495)		
17-29 yaş	285	57.6
30-39 yaş	152	30.7
40 yaş ve üzeri	58	11.7
Eğitim durumu (n=495)		
Sağlık Meslek Lisesi	228	46.1
Ön lisans	78	15.8
Lisans	170	34.3
Doktora/Yüksek lisans	19	3.8
Medeni durum (n=495)		
Evli	221	44.6
Bekar	246	49.7
Eşi ölmüş	4	0.9
Boşanmış	24	4.8
Çocuk durumu (n=249)*		
Çocuk yok	45	18.1
1	63	25.3
2	94	37.7
3	44	17.7
4	3	1.2
Çalıştığı klinik (n=495)		
Dahili klinik	282	57.0
Cerrahi klinik	213	43.0
Hizmet süresi (n=495)		
3 yıl ve daha az	158	31.9
4-6 yıl	91	18.4
7-9 yıl	60	12.1
10 yıl ve üzeri	186	37.6

*Bekar olanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma grubundaki hemşirelerin %57.0'ı (n=282) dahili kliniklerde çalışıyor olup, %37.6'sı (n=186) on yıl ve üzeri hizmet süresine sahiptir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerinin dağılımı

Risk faktörleri	n	%
Emzirme durumu (n=204)*		
Evet	175	85.8
Hayır	29	14.2
İlk menstruel siklus yaşı (n=439)**		
9-11 yaş	69	15.7
12-14 yaş	324	73.8
15 yaş ve üzeri	46	10.5
İlk gebelik yaşı (n=216)***		
15-19 yaş	5	2.3
20-24 yaş	122	56.5
25-29 yaş	84	38.9
30-40 yaş	5	2.3
Hormon içeren aile planlaması yöntemi kullanma durumu (n=193)****		
Evet	171	88.6
Hayır	22	11.4
Hormonal tedavi alma durumu (n=495)		
Evet	74	14.9
Hayır	421	85.1
Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü (n=495)		
Evet	54	10.9
Hayır	409	82.6
Bilmiyorum	32	6.5
Biyopsi alınma durumu (n=495)		
Evet	28	5.7
Hayır	467	94.3
Atipik hiperplazi ile sonuçlanan biyopsi durumu (n=28)		
Evet	6	21.4
Hayır	22	78.6

*Çocuk sahibi olmayanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

**Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır.

***Hiç gebelik geçirmeyenler değerlendirmeye alınmamıştır.

****Sadece herhangi bir aile planlaması yöntemi kullananlar değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma grubundaki hemşirelerin %5.7'si (n=28) meme biyopsisi yaptırmış olup, alınan biyopsilerin %21.4'ü (n=6) atipik hiperplazi tanısı almıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini doğru olarak bilme durumlarının dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Hemşirelerin meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini doğru olarak bilme durumlarının dağılımı

Risk faktörleri (n=495)*	n	%
Yakın akrabada meme kanseri	449	90.7
Hiç doğum yapmamak	418	84.4
Bebeğini emzirmeme/az emzirme	376	76.0
Radyasyona maruz kalma	345	69.7
İlk doğumu 30 yaş üstünde yapmak	289	58.4
Bir memede kanser	260	52.5
Yaşlanma	242	48.9
Hormon replasman tedavisi alma	235	47.5
Geç menapoz (55 yaş sonrası)	218	44.0
Erken menarş (12 yaş öncesi)	177	35.8
Oral kontraseptif kullanma	131	26.5
Alkol kullanma	131	26.5
Şişmanlık ve yağlı beslenme	127	25.7
İyi huylu meme hastalığı geçirme	76	15.4
Spor yapmama/hareketsiz yaşam	66	13.3

*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

Araştırma grubuna alınan hemşireler risk faktörü olarak en çok %90.7 (n=449) ile ‘yakın akrabada meme kanseri öyküsü’nü belirtirken, en az %13.3 (n=66) ile ‘spor yapmama/hareketsiz yaşam’ı belirtmişlerdir.

Tablo 12’de araştırma kapsamına alınan hemşirelerin doktora gitmeyi gerektiren memedeki değişiklikleri bilme durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin memedeki doktora gitmeyi gerektiren değişiklikleri doğru olarak bilme durumlarının dağılımı

Meme kanseri belirtileri (n=495)	n	%
Memede kitle	474	95.8
Meme ucunda kanlı akıntı	461	93.1
Komşu lenf nodlarında büyüme	327	66.1
Memelerden birinde anormal büyüme	236	47.7
Meme dokusunda çukurlaşma	232	46.9
Meme dokusunda buruşukluk	183	37.0
Üst kolda anormal şişlik	183	37.0
Meme renginde değişiklik	162	32.7
Bir memenin diğerinden anormal sarkık olması	152	30.7

*Bir kişi birden fazla cevap vermiştir.

Hemşirelerin %95.8’i (n=474) memede kitle, %93.1’i (n=461) meme başında kanlı akıntı ve %66.1’i (n=327) memeye komşu lenf nodlarında büyümenin meme kanseri belirtisi olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerinin dağılımı Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerinin dağılımı

Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgileri (n=495)	n	%
Meme kanseri konusunda bilgilerini değerlendirme (n=495)		
Yeterli	62	12.5
Orta	260	52.5
Yetersiz	173	35.0
Meme kanseri konusunda eğitim alma durumu (n=495)		
Evet, aldım	173	34.9
Hayır, almadım	322	65.1
Meme kanseri konusundaki bilimsel yayınları takip etme (n=495)		
Evet, sürekli	5	1.0
Zaman zaman	220	44.4
Hayır	270	54.6
Meme kanseri açısından risk grubunda olduğunuzu düşünüyor musunuz (n=495)		
Evet	191	38.6
Hayır	213	43.0
Bilmiyorum	91	18.4

Araştırma kapsamına alınan bayan hemşirelerin KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 14’te verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşireler, KKMM konusunda hastane ortamında %7.3 (n=36), hastane dışında yakın çevresine ise %10.7 (n=53) oranında eğitim verdikleri belirtmişlerdir.

Tablo 14. Hemşirelerin KKMM yapma durumlarının dağılımı

KKMM yapma durumu (n=439)*	n	%
Yapan		
Düzenli	70	15.9
Düzensiz	218	49.7
Yapmayan	151	34.4
Toplam	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır.

Hemşirelerin %15.9’u (n=70) düzenli, %49.7’si (n=218) düzensiz olarak KKMM’yi yaparken, %34.4’ü (n=151) hiç yapmamaktadır.

Araştırma grubundaki hemşirelerin KKMM’nin uygulama zamanını ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. Hemşirelerin KKMM yaparken uygun zamanı bilme durumlarının dağılımı

KKMM yapma zamanı (n=495)	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Başlama yaşı	221	44.6	274	55.4	495	100.0
Yapılma sıklığı	387	78.2	108	21.8	495	100.0
Ayın hangi döneminde yapıldığını	138	27.9	357	72.1	495	100.0
Menapoz sonrası ne zaman yapıldığını	425	85.9	70	14.1	495	100.0

Hemşirelerin %44.6'sı (n=221) KKMM'nin başlama yaşını, %78.2'si (n=387) yapılma sıklığını, %27.9'u (n=138) ayın hangi döneminde yapıldığını ve %85.9'u (n=425) menopoz sonrası ne zaman yapıldığını bilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKMM yaparken uygun tekniği bilme durumlarının dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Hemşirelerin KKMM yaparken uygun tekniği bilme durumlarının dağılımı

KKMM'nin uygun tekniği (n=495)	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ayakta KKMM doğru duruşu	318	64.2	177	35.8	495	100.0
Yatar pozisyonda KKMM doğru duruşu	350	70.7	145	29.3	495	100.0
KKMM uygularken uygun el tekniği	349	70.5	146	29.5	495	100.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %49.3'ü KKMM'nin uygun tekniğini tam olarak bilirken, %35.6'sı eksik bilmekte ve %15.1'i hiç bilmemektedir.

Araştırma grubuna alınan hemşirelerin KKMM'nin meme kanseri erken tanısında önemli olup olmadığına dair düşünceleri Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Hemşirelerin KKMM'nin meme kanseri erken tanısında önemli olup olmadığı konusundaki düşüncelerinin dağılımı

KKMM'nin önemi hakkındaki düşünceleri (n=495)	n	%
Evet, önemli	483	97.6
Hayır, önemsiz	5	1.0
Bilmiyorum	7	1.4
Toplam	495	100.0

Hemşirelerin %97.6'sı (n=483) KKMM'nin erken tanıda önemli olduğunu düşünmektedir.

Araştırma grubuna alınan hemşirelerin KKMM yapmama nedenleri Tablo 18'de belirtilmiştir.

Tablo 18. Hemşirelerin KKMM yapmama nedenlerinin dağılımı

KKMM yapmama nedenleri (n=151)*	n	%
Unutkanlık	55	36.4
Vakit kıstıtlığı	38	25.2
İhmalkarlık	34	22.5
Yaşının erken olduğunu düşündüğü için	24	15.9

*Sadece KKMM yapmayanlar değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 19, hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımını göstermektedir.

Tablo 19. Hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Yaş grupları (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
n	%**	n	%**	n			%**	n
17-29	31	12.4	112	44.6	108	43.0	251	57.2
30-39	22	16.7	77	58.3	33	25.0	132	30.1
40 yaş ve üzeri	17	30.4	29	51.8	10	17.9	56	12.7
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi

$\chi^2=25.984$ Sd=4 p=0.0001

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM yapma durumunun dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM yapma durumlarına dağılımı

Eğitim düzeyi (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
n	%**	n	%**	n			%**	n
Sağlık meslek lisesi/ Ön lisans	38	14.3	125	47.2	102	38.5	265	60.4
Lisans/Lisans üstü	32	18.4	93	53.4	49	28.2	174	39.6
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi

$\chi^2=5.173$ Sd=2 p=0.075

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin medeni durumlarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Hemşirelerin medeni durumlarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Medeni durum (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
	n	%**	n	%**			n	%**
Evli olan	37	18.5	114	57.0	49	24.5	200	45.6
Evli olmayan	33	13.8	104	43.5	102	42.7	239	54.4
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=15.951$ Sd=2 p=0.0001

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM yapma durumları Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Çalıştıkları klinik (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
	n	%**	n	%**			n	%**
Cerrahi klinikler	33	18.8	86	48.9	57	32.4	176	40.1
Dahili klinikler	37	14.1	132	50.2	94	35.7	263	59.9
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=1.832$ Sd=2 p=0.400

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin %18.8’i (n=33), dahili kliniklerde çalışanların %14.1’i (n=37) KKMM’ni düzenli olarak yapmaktadır (p=0.400).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme hastalığı öyküsüne göre KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Meme hastalığı (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan			
	Düzenli		Düzensiz					
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%***
Var	20	26.0	43	55.8	14	18.2	77	17.5
Yok	50	13.8	175	48.3	137	37.8	362	82.5
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=13.747$ Sd=2 p=0.001

Araştırma grubunda bulunan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 24’te verilmiştir

Tablo 24. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Akrabalarında meme kanseri öyküsü (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan			
	Düzenli		Düzensiz					
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%***
Var	12	24.5	24	49.0	13	26.5	49	11.2
Yok	58	14.9	194	49.7	138	35.4	390	88.8
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=3.523$ Sd=2 p=0.172

Akrabalarında meme kanseri olan hemşirelerin düzenli KKMM yapma oranı %24.5 (n=12), olmayanların yapma oranı ise %14.9’dur (n=58) (p=0.172).

Hemşirelerin meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Hemşirelerin meme kanseri hakkında bilgi edindikleri kaynağa göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Bilgi edinilen kaynak (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
n	%**	n	%**	n			%**	n
Sadece okul eğitiminden	33	14.5	117	51.5	77	33.9	227	51.7
Kurs/seminer eğitiminden	15	27.8	33	61.1	6	11.1	54	12.3
Dağıtılan broşür/dergilerden	6	15.4	15	38.5	18	46.2	39	8.9
İnternet-TV	16	13.4	53	44.5	50	42.0	119	27.1
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi

$\chi^2=20.803$ Sd=6 p=0.002

Kurs/seminer eğitiminden bilgi edinen hemşirelerin düzenli KKMM yapma oranı %27.8 (n=15) ile en fazladır (p=0.002).

Araştırma kapsamında meme kanseri ve erken tanı uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM yapma durumlarına göre dağılımı

Hizmet içi eğitim alma durumu (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan		n	%***
	Düzenli		Düzensiz		n	%**		
n	%**	n	%**	n			%**	n
Evet	40	25.2	85	53.5	34	21.4	159	36.2
Hayır	30	10.7	133	47.5	117	41.8	280	63.8
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi

$\chi^2=26.264$ Sd=2 p=0.0001

Araştırma grubunda bulunan hemşirelerin meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları takip etme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Hemşirelerin meme kanseriyle ilgili bilimsel yayınları takip etme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı

Bilimsel yayınları takip etme durumu (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan			
	Düzenli		Düzensiz					
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%***
Evet, sürekli	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	0.9
Zaman zaman	45	21.8	118	57.3	43	20.9	206	46.9
Hiçbir zaman	23	10.1	99	43.2	107	46.7	229	52.2
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=38.386$ Sd=4 p=0.0001

Bilimsel yayınları sürekli takip eden hemşirelerin %75'i (n=3), zaman zaman takip edenlerin %79.1'i (n=163) ve hiç takip etmeyenlerin %53.3'ü (n=122) KKMM uygulamasını yapmaktadırlar. Meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları takip etme ile KKMM yapma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0001).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile KKMM yapma durumlarının dağılımı

Bilgilerini değerlendirme durumu (n=439)*	KKMM yapma durumu						Toplam	
	Yapan				Yapmayan			
	Düzenli		Düzensiz					
	n	%**	n	%**	n	%**	n	%***
Yeterli	28	47.5	25	42.3	6	10.2	59	13.4
Orta	36	15.3	143	60.6	57	24.2	236	53.8
Yetersiz	6	4.2	50	34.7	88	61.1	144	32.8
Toplam	70	15.9	218	49.7	151	34.4	439	100

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi *** Sütun yüzdesi
 $\chi^2=109.271$ Sd=4 p=0.0001

Meme kanseri konusunda bilgilerini yeterli bulan hemşirelerin KKMM yapma oranı %89.8 (n=53), yetersiz bulanların yapma oranı ise %38.9'dur (n=56) ve değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.0001).

Tablo 29, hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımını göstermektedir.

Tablo 29. Hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Yaş grupları (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
17-29 yaş	120	42.1	109	38.2	56	19.7	285	57.6
30-39 yaş	81	53.3	53	34.9	18	11.8	152	30.7
40 yaş ve üzeri	43	74.1	14	24.2	1	1.7	58	11.7
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

$$\chi^2=25.275 \text{ Sd}=4 \text{ p}=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Eğitim düzeyi (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
Sağlık meslek lisesi/Ön lisans	134	43.8	113	36.9	59	19.3	306	61.8
Lisans/Lisans üstü	110	58.2	63	33.3	16	8.5	189	38.2
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

$$\chi^2=14.367 \text{ Sd}=2 \text{ p}=0.001$$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKMM yapma durumuna göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme oranlarının dağılımı Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31. Hemşirelerin KKMM yapma durumlarına göre, uygun tekniği bilme durumlarının dağılımı

KKMM yapma durumu (n=439)*	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%***
	n	%**	n	%**	n	%**		
Yapan	184	63.9	89	30.9	15	5.2	288	65.6
Yapmayan	45	29.8	67	44.4	39	25.8	151	34.4
Toplam	229	52.2	156	35.5	54	12.3	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$$\chi^2=61.362 \text{ Sd}=2 \text{ p}=0.0001$$

Araştırma grubundaki hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Çalıştıkları klinik (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
Cerrahi klinik	107	50.2	75	35.2	31	14.6	213	43.0
Dahili klinik	137	48.6	101	35.8	44	15.6	282	57.0
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi
 $\chi^2=0.168$ Sd=2 p=0.920

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin, dahili kliniklerde çalışanlara göre uygun tekniği tam bilme oranı daha yüksektir fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.920).

Araştırma grubundaki hemşirelerin çalıştıkları hizmet sürelerine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı Tablo 33'de verilmiştir.

Tablo 33. Hemşirelerin hizmet sürelerine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Hizmet süresi (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
0-3 yıl	65	41.1	69	43.7	24	15.2	158	31.9
4-6 yıl	36	39.6	32	35.1	23	25.3	91	18.4
7-9 yıl	31	51.7	18	30.0	11	18.3	60	12.1
10 yıl ve üzeri	112	60.2	57	30.7	17	9.1	186	37.6
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi
 $\chi^2=24.155$ Sd=6 p=0.0001

Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KKMM uygun tekniğini bilme durumuna göre dağılımı Tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Meme hastalığı (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
Var	51	65.4	20	25.6	7	9.0	78	15.8
Yok	193	46.3	156	37.4	68	16.3	417	84.2
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi
 $\chi^2=9.755$ Sd=2 p=0.008

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı Tablo 35'de verilmiştir.

Tablo 35. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Akrabalarında meme kanseri öyküsü (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
Var	41	75.9	11	20.4	2	3.7	54	10.9
Yok	203	46.0	165	37.4	73	16.6	441	89.1
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi
 $\chi^2=17.896$ Sd=2 p=0.0001

Akrabalarında meme kanseri öyküsü olan hemşirelerde KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı %75.9 (n=41) olup, olmayanlarda bu oran %46.0 (n=203) olarak bulunmuştur (p=0.0001).

Meme kanseri ile ilgili hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM uygun tekniğini bilme durumlarına göre dağılımı Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı

Hizmet içi eğitim alma durumu (n=495)	KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%**
	n	%*	n	%*	n	%*		
Evet	110	63.6	57	32.9	6	3.5	173	34.9
Hayır	134	41.6	119	37.0	69	21.4	322	65.1
Toplam	244	49.3	176	35.6	75	15.1	495	100.0

*Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi
 $\chi^2=35.486$ Sd=2 p=0.0001

Hizmet içi eğitim alan hemşirelerin uygun tekniği tam olarak bilme oranı anlamlı olarak yüksektir (p=0.0001).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin klinik meme muayenesi (KMM) yaptırma durumları ve nedenlerinin dağılımı Tablo 37'de verilmiştir.

Tablo 37. Hemşirelerin KMM yaptırma durumları ve nedenlerinin dağılımı

KMM yaptırma durumları (n=439)*	n	%
-Evet	66	15.0
-Hayır	373	85.0
KMM yaptırma nedenleri (n=66)**		
-Meme kanserine önlem/erken tanı	57	86.4
-Hastalık	9	13.6

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır.

**Sadece KMM yaptıranlar değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KMM'ye başlama yaşı ve yaptırma sıklığını bilme durumlarının dağılımı Tablo 38'de verilmiştir.

Tablo 38. Hemşirelerin KMM'nin başlama yaşı ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı

KMM'nin başlama yaşı ve sıklığı (n=495)	n	%
KMM'ye başlama yaşı		
15-19 yaş	23	4.7
20-39 yaş	463	93.5
40 yaş ve üzeri	9	1.8
40 yaşından önce KMM yapma sıklığı		
6 ayda bir	50	10.1
12 ayda bir	234	47.3
24 ayda bir	167	33.7
36 ayda bir	44	8.9
40 yaşından sonra KMM yapma sıklığı		
6 ayda bir	249	50.3
12 ayda bir	221	44.6
24 ayda bir	25	5.1

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş gruplarına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı Tablo 39'da verilmiştir.

Tablo 39. Hemşirelerin yaş gruplarına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Yaş grupları (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
17-29 yaş	6	2.4	245	97.6	251	57.2
30-39 yaş	29	22.0	103	78.0	132	30.0
40 yaş ve üzeri	31	55.4	25	44.6	56	12.8
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$$\chi^2=107.663 \text{ Sd}=2 \text{ p}=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyine göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı Tablo 40'ta verilmiştir.

Tablo 40. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Eğitim düzeyi (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
Sağlık meslek lisesi/Ön lisans	37	14.0	228	86.0	265	60.4
Lisans/Lisans üstü	29	16.7	145	83.3	174	39.6
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$\chi^2=0.601$ Sd=1 p=0.438

Araştırma kapsamında cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin KMM yaptırma oranı %16.5 (n=29) olup, dahili kliniklerde çalışanların ise %14.1'dir (n=37) (p=0.489) (Tablo 41).

Tablo 41. Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Çalıştıkları klinik (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
Cerrahi klinik	29	16.5	147	83.5	176	40.1
Dahili klinik	37	14.1	226	85.9	263	59.9
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$\chi^2=0.479$ Sd=1 p=0.489

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı Tablo 42'de verilmiştir.

Tablo 42. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Meme hastalığı (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
Var	26	33.8	51	66.2	77	17.5
Yok	40	11.0	322	89.0	362	82.5
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$\chi^2=25.650$ Sd=1 p=0.0001

Meme hastalığı olan hemşirelerin, olmayanlara göre KMM yaptırma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.0001).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı Tablo 43'te verilmiştir.

Tablo 43. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Akrabalarında meme kanseri öyküsü (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
n	%**	n	%**			
Var	13	26.5	36	73.5	49	11.2
Yok	53	13.6	337	86.4	390	88.8
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$$\chi^2=5.707 \text{ Sd}=1 \text{ p}=0.017$$

Akrabalarında meme kanseri olan hemşirelerin, olmayanlara göre KMM yaptırma oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.017).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, meme kanserini önleme konusunda bilgi edinilen kaynağa göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı değerlendirildiğinde, kurs/seminer eğitiminden bilgi edinenler, diğer kaynaklardan bilgi edinenlere göre KMM yaptırma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.0001) (Tablo 44).

Tablo 44. Hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi edindikleri kaynağa göre KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Bilgi edinilen kaynak (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
n	%**	n	%**			
Sadece okul eğitiminden	17	7.5	210	92.5	227	51.7
Kurs/seminer eğitiminden	18	33.3	36	66.7	54	12.3
Broşürler/dergilerden	5	12.8	34	87.2	39	8.9
İnternet/TV	26	21.8	93	78.2	119	27.1
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$$\chi^2=28.748 \text{ Sd}=3 \text{ p}=0.0001$$

Araştırma grubunda, meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KMM yaptırma durumlarına göre dağılımı Tablo 45'te verilmiştir.

Tablo 45. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin KMM yaptırma durumlarına göre dağılımı

Hizmet içi eğitim alma durumu (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
Evet	33	20.8	126	79.2	159	36.2
Hayır	33	11.8	247	88.2	280	63.8
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=6.386$ Sd=1 p=0.011

Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin, KMM yaptırma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.011).

Araştırmada meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini yeterli bulan hemşirelerin, yetersiz bulanlara göre KMM yaptırma oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.001) (Tablo 46).

Tablo 46. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile KMM yaptırma durumlarının dağılımı

Bilgilerini değerlendirme durumu (n=439)*	KMM yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%***
	n	%**	n	%**		
Yeterli	17	28.8	42	71.2	59	13.4
Orta	38	16.1	198	83.9	236	53.8
Yetersiz	11	7.6	133	92.4	144	32.8
Toplam	66	15.0	373	85.0	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=15.146$ Sd=2 p=0.001

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, mamografi çektirme durumları ve nedenlerine göre dağılımı Tablo 47'de verilmiştir.

Tablo 47. Hemşirelerin mamografi çektirme durumları ve nedenlerinin dağılımı

Mamografi çektirme durumu (n=439)*	n	%
-Evet	33	7.5
-Hayır	406	92.5
Mamografi çektirme nedenleri (n=33)**		
-Meme kanserine önlem/erken tanı	30	90.9
-Hastalık	3	9.1

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır.

**Sadece mamografi çektirenler değerlendirmeye alınmıştır.

Hemşirelerin mamografi çektirme oranı %7.5 (n=33) olup, en sık çektirme nedeni ise %90.9 (n=30) ile meme kanserine önlem/erken tanıdır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, mamografinin başlama zamanı ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı Tablo 48’de verilmiştir.

Tablo 48. Hemşirelerin mamografinin başlama zamanı ve sıklığını bilme durumlarının dağılımı

Mamografinin başlama yaşı ve sıklığı (n=495)	n	%
40 yaş sonrası yılda bir defa	297	60.0
40 yaş sonrası iki yılda bir defa	91	18.4
50 yaş sonrası yılda bir defa	102	20.6
50 yaş sonrası yılda iki defa	5	1.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş gruplarına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı Tablo 49’da verilmiştir.

Tablo 49. Hemşirelerin yaş gruplarına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Yaş grupları (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
17-29 yaş	1	0.4	250	99.6	251	57.2
30-39 yaş	2	1.5	130	98.5	132	30.0
40 yaş ve üzeri	30	53.6	26	46.4	56	12.8
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$\chi^2=195.987$ Sd=2 p=0.0001

Araştırmada 40 yaş ve üzeri hemşirelerin, mamografi çektirme oranı diğer yaş gruplarına göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.0001).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, eğitim düzeyine göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı Tablo 50’de verilmiştir.

Tablo 50. Hemşirelerin eğitim düzeyine göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Eğitim düzeyi (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Sağlık meslek lisesi/Ön lisans	26	9.8	239	90.2	265	60.4
Lisans/Lisans üstü	7	4.0	167	96.0	174	39.6
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi

$\chi^2=5.062$ Sd=1 p=0.024

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı Tablo 51’de verilmiştir.

Tablo 51. Hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Meme hastalığı (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Var	10	13.0	67	87.0	77	17.5
Yok	23	6.4	339	93.6	362	82.5
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=4.019$ Sd=1 p=0.045

Meme hastalığı olan hemşirelerin mamografi çektirme oranı, olmayanlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.045).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı Tablo 52’de verilmiştir.

Tablo 52. Hemşirelerin akrabalarında meme kanseri varlığına göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Akrabalarında meme kanseri öyküsü (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Var	5	10.2	44	89.8	49	11.2
Yok	28	7.2	362	92.8	390	88.8
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=0.573$ Sd=1 p=0.449

Akrabalarında meme kanseri olan hemşirelerin, olmayanlara göre mamografi çektirme oranı daha yüksek bulunmuştur (p=0.449).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, meme kanserini önleme konusunda bilgi edinilen kaynağa göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı değerlendirildiğinde, kurs/seminer eğitiminden bilgi edinenler, diğer kaynaklardan bilgi edinenlere göre mamografi çektirme oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.0001) (Tablo 53).

Tablo 53. Hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi edindikleri kaynağa göre mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Bilgi edinilen kaynak (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Sadece okul eğitiminden	9	4.0	218	96.0	227	51.7
Kurs/seminer eğitiminden	15	27.8	39	72.2	54	12.3
Broşürler/dergilerden	0	0.0	39	100.0	39	8.9
İnternet/TV	9	7.6	110	92.4	119	27.1
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=39.176$ Sd=3 p=0.0001

Araştırma grubunda, meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin mamografi çektirme durumlarına göre dağılımı Tablo 54'de verilmiştir.

Tablo 54. Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin mamografi çektirme durumlarına göre dağılımı

Hizmet içi eğitim alma durumu (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Evet	20	12.6	139	87.4	159	36.2
Hayır	13	4.6	267	95.4	280	63.8
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=9.187$ Sd=1 p=0.002

Meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin mamografi çektirme oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.002).

Araştırmada meme kanserini önleme konusundaki bilgilerini yeterli bulan hemşirelerin, yetersiz bulanlara göre mamografi çektirme oranı anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0.0001) (Tablo 55).

Tablo 55. Hemşirelerin meme kanseri konusundaki bilgilerini değerlendirme ile mamografi çektirme durumlarının dağılımı

Bilgilerini değerlendirme durumu (n=439)*	Mamografi çektirme durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%***
	n	%**	n	%**		
Yeterli	11	18.6	48	81.4	59	13.4
Orta	20	8.5	216	91.5	236	53.8
Yetersiz	2	1.4	142	98.6	144	32.8
Toplam	33	7.5	406	92.5	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır. **Satır yüzdesi ***Sütun yüzdesi
 $\chi^2=18.598$ Sd=2 p=0.0001

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, meme kanseri erken tanı yöntemlerini birlikte uygulama durumlarının dağılımı Tablo 56’da verilmiştir.

Tablo 56. Hemşirelerin meme kanseri erken tanı yöntemlerini birlikte uygulama durumları

Erken tanı yöntemlerini uygulama durumları (n=439*)	n	%
Sadece KKMM uygulayanlar	222	50.6
KKMM + KMM	35	8.0
KMM + mamografi	2	0.5
KKMM + KMM +mamografi	26	5.9
Hiçbir yöntemi uygulamayanlar	145	33.0
Toplam	439	100.0

*Erkekler değerlendirmeye alınmamıştır.

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması 29.46 ± 7.27 (min:17, maks:51) olup, %57.6'sını 17-29 yaş grubu oluşturmaktadır (Tablo 9). Durmuş'un (132) Sivas il merkezi sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada yaş ortalaması 30.22 ± 6.12 olup %58.2'sini 20-30 yaş grubu oluştururken, Canbulat'ın (133) Erzurum il merkezi sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada yaş ortalaması 31.31 ± 6.89 ve %56.0'ı 20-29 yaş grubunda olduğu bildirilmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda yaş ortalaması ve belli yaş aralıklarının oranı birbirine yakın bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde %46.1'i sağlık meslek lisesi, %53.9'u ön lisans ve üzeri programlardan mezundur (Tablo 9). Karakuş'un (134) yaptığı çalışmada Hemşirelerin %39.8'i sağlık meslek lisesi, %60.2'si ön lisans ve lisans programı mezunlarıdır. Güler ve ark.'nın (135) yaptığı çalışmada hemşirelerin %43.9'u sağlık meslek lisesi mezunu iken, %56.1'i ön lisans ve üzeri okul mezunudur. Bu bulgular çalışmamızla paraleldir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde Hemşirelerin %44.6'sının evli, %46.7'sinin bekar ve %5.7'sinin boşanmış yada dul olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Canbulat'ın (133) çalışmasında evlilerin oranı %49.6, bekarların oranı %44.0 ve boşanmış yada dulların oranı %6.3 olarak bulunmuştur. Özdemir ve Bilgili'nin (136) çalışmasında evli, bekar ve dul oranı sırasıyla %57.7, %37.4 ve %4.9 bulunmuştur. Literatür bulguları çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda çocuğa sahip olma oranı %81.9 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Karakuş'un (134) Malatya il merkezinde yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma oranı %93.7 olarak tespit edilmiştir. Canbulat'ın (133) Erzurum il merkezinde yaptığı çalışmada bu oran %78.4 olarak bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin emzirme oranı %85.8 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Bu oran Karakuş'un (134) çalışmasında %96.1, Yılmaz ve ark.'nın (137) çalışmasında %96.3 ve Canbulat'ın (133) çalışmasında %94.8 olarak bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Pek çok çalışmada emzirmenin özellikle premenopozal ve uzun süreli yapıldığında meme kanseri riskinde küçük,

ancak anlamlı bir azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (138, 139). Deney hayvanlarında laktasyon ile kimyasal karsinojenlere direncin arttırıldığı, epitelyal proliferasyon oranının azaltıldığı ve meme bezlerinden karsinojenlerin elimine edildiği gösterilmiştir (140).

Çalışmamızda ilk menstrüel siklusuna 12 yaşın altında başlayanların oranı %15.7 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Bu oran Yıldırım'ın (141) çalışmasında %13.3, Yılmaz ve ark.'nın (137) çalışmasında %22.2, Karakuş'un (134) çalışmasında %6.0 olarak bulunmuştur. İlk menstrual siklusun 12 yaşın altında başlaması meme kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. İlk mens yaşının uzaması östrojene maruziyet süresini azalttığından dolayı koruyucu bir faktör olarak algılanmaktadır (142-145).

Araştırmamızda ilk gebeliği 30 yaşından sonra olanların oranı %2.2'dir (Tablo 10). Bu oran Karakuş'un (134) Malatya'da ebe ve hemşirelere yaptığı çalışmada %3.3, Canbulat'ın (133) Erzurum il genelinde sağlık çalışanlarına yaptığı çalışmada %3.6 olarak bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. İlk gebeliğini 30 yaşın üzerinde yapmak meme kanseri riskinde artışla ilişkilidir (146, 147).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hormonal tedavi alma oranı %14.9 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Bu oran Karakuş'un (134) Malatya il merkezinde ebe ve hemşireler ile yaptığı çalışmada %20.8, Yılmaz ve ark.'nın (137) Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada %10.7, Canbulat'ın (133) Erzurum il merkezinde sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada %17.4 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle uyumludur. Hormon replasman tedavisi alan kadınlarda, verilen tedavinin türünden ve yönteminden bağımsız olarak hayatı tehdit eden meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur (148, 149).

Çalışmamızda akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunanların oranı %10.9 olarak bulunmuştur (Tablo 10). Canbulat'ın (133) yaptığı çalışmada bu oran %10.1, Yılmaz ve ark.'nın (137) yaptığı çalışmada %8.4, Karakuş'un (134) çalışmasında %6.3 olarak bildirilmiştir. Bu bulgular çalışmamızla uyumludur. Aile öyküsü meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Birinci derece akrabalar arasında meme

kanseri tanısı almış birinin bulunması halinde meme kanseri rölatif riski 4'ten büyük olmaktadır (27, 34, 35, 150).

Araştırma kapsamına alınan hemşireler, birinci sırada memede kitle, ikinci sırada meme başında kanlı akıntı ve üçüncü sırada komşu lenf nodları büyümesinin en sık meme kanseri belirtisi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 12). Konu ile ilgili benzer araştırmaların sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin meme kanseri belirtileri arasında en fazla bildikleri sırasıyla meme dokusunda kitle, meme başında kanlı akıntı, asimetri ve koltuk altı lenf nodlarında büyüme olduğu tespit edilmiştir ve bu bulgular çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur (135, 151-153).

Meme kanserinde mortaliteyi düşürmenin en iyi yolu erken tanı ve tedaviye erken başlamaktır. KKMM, KMM ve mamografi meme kanserinde erken tanı için önerilen başlıca yöntemlerdir. Bu yöntemlerde amaç memedeki değişiklikleri tespit etmektir (98, 146, 154). Araştırmamıza katılan hemşirelerin %65.6'sı KKMM yapmakta olup, her ay düzenli olarak yapanların oranı %15.9 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Karakuş'un (134) çalışmasında KKMM yapanların oranı %56.1, düzenli yapanların oranı ise %15.5 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde hemşirelere yönelik yapılan diğer çalışmalarda KKMM yapma oranı %63.0 ile %96.3, her ay düzenli olarak KKMM yapma oranı ise %15.8 ile %49.1 arasında değişmektedir (133, 145, 155-158). Yurtdışında yapılan benzer çalışmalarda ise KKMM'ni yapma oranları %52.0 ile %93.0, aylık düzenli uygulama oranları %6.0 ile %67.0 arasında değişmektedir (159-163). Çalışmamız gerek yurtiçinde gerekse yurtdışında yapılan çalışmalarla uyumludur. Konu ile ilgili olarak sağlık çalışanı olmayan kadınlara yönelik yapılan çalışma bulguları incelendiğinde, KKMM uygulamasını sağlık çalışanlarından daha düşük oranda yaptıkları görülmüştür (164-168). Bu beklenen bir bulgudur. Hemşirelerin normal popülasyona göre daha fazla oranda KKMM uygulamasını yapmaları, bu grubun mesleki eğitimleri ve meslek yaşamları sırasında konuyla ilgili bilgi almaları nedeniyle, meme kanseri tarama uygulamalarına daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda KKMM'nin yapılma zamanları ve sıklıklarını bilme durumları incelendiğinde, hemşirelerin %44.6'sı başlama yaşını, %78.2'si yapılma sıklığını, %27.9'u ayın hangi döneminde yapıldığını ve %85.9'u menapoz sonrası ne zaman yapılması gerektiğini doğru olarak bilmektedir (Tablo 15). Şahin'in (169) bir

üniversitede çalışan kadınlara yönelik yaptığı çalışmada KKMM'nin %28.8 ile başlama yaşını, %68.6 ile yapılma sıklığını, %52.3 ile ayın hangi döneminde yapılması gerektiğini doğru olarak bilmişlerdir. Öztürk ve ark.'nın (170) Isparta'da sağlık ocaklarında görev yapan hemşirelere yaptığı çalışmada KKMM'nin başlama yaşı, uygulama sıklığı ve ayın hangi döneminde yapılacağına dair sorulara verdikleri doğru cevapların oranı sırasıyla %41.6, %54.2, %75.0 olarak bildirilmiştir. Taşçı'nın (171) Bolu il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere yaptığı çalışmada KKMM'nin yapılma zamanı ve sıklığı ile ilgili sorulara doğru cevap verenlerin oranı sırasıyla %70.4 ve %48.1 olarak bildirilmiştir. Gülten'in (172) İzmir ili Balçova bölgesinde yaşayan genel popülasyondaki kadınlara ve Kabataş ve ark.'nın (173) Ege bölgesi'nde kadın öğretmenlere yaptığı çalışmada meme kanseri erken tanı yöntemlerinin yapılma zamanları ve sıklıklarına yönelik bilgi düzeyleri çalışmamıza göre daha düşüktür. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırmamızın bulguları, meme kanseri erken tanı yöntemlerinin yapılma zamanları ve sıklıklarını doğru bilme oranları sağlık profesyonellerinde, genel popülasyondakilere göre daha yüksek olmakla birlikte istenilen düzeyde değildir. Sağlık çalışanlarının hem mezuniyet öncesi okul döneminde hem de aktif meslek yaşamında hizmet içi eğitimler ile konu ile alakalı bilgi aldığı düşünüldüğünde bu oranlar yetersizdir. Hizmet edilen toplumdaki kadınların doğru ve kesin bilgi kaynağı olması beklenen hemşirelerin, tarama yöntemleri konusunda bilgi düzeylerinin artması, toplumdaki diğer kadınlarda bilgi ve uygulama düzeylerini arttırabilir.

Araştırma grubunda yer alan hemşirelerin %36.4'ü 'unutkanlık', 25.2'si 'vakit kısıtlılığı', %22.5'i 'ihmkarlık' ve %15.9'u 'yaşının erken olduğunu düşünmesi' nedeniyle KKMM uygulamasını yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 18). Ülkemizde farklı şehir ve kurumlarda yapılan diğer çalışmaların bulgularına baktığımızda KKMM yapmama nedeni sıklıkla kendilerini risk grubunda görmeme, unutma, vakit kısıtlılığı, yeterli bilgiye sahip olmama ve KKMM'nin etkili olduğunu düşünmeme vardır (111, 134, 156, 174, 175). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise KKMM yapmama nedeni sıklıkla unutma, vakit kısıtlılığı ve gerek görmeme gibi nedenler olarak belirtilmiştir (159, 160, 162, 163, 176). Çalışmamızın bulguları hem yurt içinde hem yurtdışında yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kadın hemşirelerin düzenli olarak KKMM yapma oranının yaşla birlikte arttığı gözlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 19). Karakuş'un (134) Malatya il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere yönelik çalışmasında artan yaşla birlikte düzenli KKMM yapanların oranının arttığı tespit edilmiştir. Ekici ve Utkualp'in (177) kadın öğretim elemanlarına yönelik çalışmasında KKMM yapanların oranı 30 yaş altında %10.0 iken, 30 yaş ve üzerinde bu oran %16.2 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmaların aksine Aker ve ark.'nın (178) Samsun'da genel popülasyona yönelik çalışmasında, Alpteker ve Avcı'nın (179) Bolu ilinde kırsal bir bölgedeki kadınlara yönelik çalışmasında ve Özer ve ark.'nın (180) Kahramanmaraş il ve ilçe merkezlerinde KKMM eğitimine katılan 20-69 yaş arasındaki çoğu ev hanımı (%83.1) bir grup kadına yönelik çalışmasında yaş arttıkça KKMM yapma oranlarının azaldığı gözlenmiştir. Bununla beraber farklı iki çalışmada da (181, 182) yaş erken tanı yöntemlerini kullanmada etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Bu çalışmada yaşın etkili bir faktör olarak bulunmasının nedeni, araştırma grubunu hemşirelerin oluşturması ve artan yaşla birlikte daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça düzenli KKMM yapma oranı artmıştır ($p>0.05$, Tablo 20). Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde eğitim düzeyinin artmasıyla KKMM yapma oranlarının yükseldiği bildirilmektedir (96, 183-186) ve bu sonuçlar çalışmamız bulguları ile uyumludur. Eğitim düzeyinin artması ile birlikte KKMM'yi düzenli olarak yapma ve yapmama oranları arasında gözlenen farklılaşma kişilerde sağlık bilgi ve uygulamalarına yönelik artan duyarlılıktan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan evli hemşirelerin düzenli KKMM yapma oranları, evli olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 21). Nahcivan ve ark.'nın (181) çalışmasında evli olanların anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları belirtilmiştir. Yapılan başka iki çalışmada da evli Hemşirelerin, diğer medeni duruma sahip katılımcılara göre daha fazla KKMM yaptığı bildirilmiştir (187, 188). Bu çalışmaların aksine, Açıkgöz ve ark.'nın (189) İzmir'de bir hastanede çalışan kadınlara yönelik araştırmasında medeni durumun KKMM yapmayı etkilemediği tespit edilmiştir. Evlilik kurumu bireylerde düzenli bir yaşam biçimini oluşturabileceği için evlilerin kendi sağlıklarına yönelik sorumluluklarını daha fazla

yerine getirdiği söylenebilir. Ayaz ve ark.'nın (190) sağlık çalışanlarına yönelik yapmış oldukları araştırmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği (SYBDÖ)'ne göre evlilerin sağlık sorumluluğu, bekarlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda önceden meme hastalığı olanlarda düzenli KKMM yapma oranı %26.0 olup, olmayanlarda bu oran %13.8'dir ($p<0.01$, Tablo 23). Uncu ve Bilgin'in (185) Malatya'da sağlık çalışanlarına ve zer ve ark.'nın (180) Kahramanmaraş'ta genel popülasyondaki kadınlara yönelik yapmış oldukları çalışmalarda önceden meme hastalığı olanların, olmayanlara göre düzenli KKMM yapma oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir. Geçirilmiş herhangi bir meme hastalığının meme kanseri riskini arttırdığı düşünüldüğünde, meme kanseri farkındalığının ve memede meydana gelen değişikleri önceden tespit etmeye yönelik uygulamalara yani erken tanı yöntemlerine hassasiyetin artması gerek sağlık alışanlarında gerekse de popülasyondaki diğer kadınlarda beklenen bir davranıştır.

Çalışmamızda akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda KKMM yapma oranı olmayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 24). Ekici ve Utkualp'in (177) kadın ğretim elemanlarına yönelik çalışmasında aile öyküsünde meme kanseri bulunan ğretim elemanlarının %55.5'i her ay düzenli olarak KKMM uygularken, aile öyküsünde meme kanseri bulunmayanların %7.7'si meme muayenesini yapmaktadır. Özer ve ark.'nın (180) Kahramanmaraş'ta genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında ailesinde meme kanseri olanlar, olmayanlara göre daha yüksek oranda KKMM yapmaktadır. Yapılan başka çalışmalarda da (96, 184) KKMM yapma oranlarının ailede meme kanseri olma durumu ile arttığı bildirilmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerin hastalık tehdit algısının KKMM yapma durumu üzerinde etkili olabileceği, bu nedenle yakınında meme kanseri öyküsü bulunan hemşirelerin KKMM'ye daha fazla önem verdikleri söylenebilir.

Araştırmamızda meme kanseri ve erken tanı uygulamaları hakkında hizmet içi eğitim alan hemşirelerin düzenli olarak KKMM yapma oranı %25.2 olup, hizmet içi eğitim almayanlarda bu oran %10.7'dir ($p<0.001$, Tablo 26). Bu sonuç, meme kanseri hakkında herhangi bir eğitim alma ile KKMM uygulama arasında doğrudan bir ilişki olduğunu gösteren diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur (145, 191-

194). Bu bulgular ışığında meme sağlığı konusundaki eğitimin amaçlarından olan davranış değişikliklerinin sağlandığı görülmektedir. Ayrıca meslek yaşamlarında sağlık eğitiminde önemli bir role sahip olan hemşirelerin, meme kanseri ve toplumu ilgilendiren diğer sağlık uygulamaları konusunda bilgilerini arttırmaları ve bu konuda toplum için bilgi kaynağı olmaları önemlidir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı 17-29 yaş grubunda %42.1, 30-39 yaş grubunda %53.3 ve 40 yaş ve üzeri yaş grubunda ise %74.1 olarak bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 29). Karakuş'un (134) yapmış olduğu çalışmada KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı ise anlamlı olmamakla birlikte, 20-29 yaş grubunda %52.5, 30-39 yaş grubunda %47.8 ve 40 yaş ve üzeri yaş grubunda %42.5 olarak bulunmuştur. Bu durum çalışmamıza katılan hemşirelerin yaş arttıkça almış oldukları hizmet içi eğitim sayısının artmasından ve hizmet yılı fazla olan hemşirelerin meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin mesleki tecrübelerinin fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte 17-29 yaş grubundaki hemşirelerin KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı %50'den daha azdır. Bu yaş grubunda hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitim ile bilgi ve becerilerinin taze olduğunu varsayarsak bu oranın düşük olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme durumu değerlendirildiğinde KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerde %43.8 olup, lisans/lisans üstü mezunlarında %58.2 olarak bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 30). Karahan ve ark.'nın (195) hemşirelere yönelik yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin artması ile KKMM bilgi düzeyinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Orhan'ın (196) Kayseri'de genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında eğitim düzeyinin artması ile KKMM tekniğini bilme durumunun artması arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. Zincir'in (197) Malatya'da yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile KKMM bilgi seviyesi arasında benzer sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmamız bulguları konu ile ilgili yapılan benzer araştırmalarla uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte gerek çalışmamızda gerekse de benzer diğer araştırmalarda eğitim düzeyinin yükselmesi KKMM hakkında bilgi düzeyini arttırsa da, sağlık sisteminin temel unsurlarından olan hemşirelerin mesleki bilgi ve uygulamaları hala istenilen düzeyde değildir. Hem mezuniyet öncesi verilen eğitimin

kalitesi arttırılarak hem de mezuniyet sonrası düzenli ve yeterli bir şekilde erken tanı uygulamalarına yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi ile bu konuda istenilen düzeye ulaşılabilir.

Araştırma grubuna katılan hemşirelerin KKMM uygulama durumu ile KKMM'nin uygun tekniğini bilme düzeyi karşılaştırıldığında, KKMM'yi uygulayanların uygun tekniği tam bilme oranı %63.9 iken, uygulamayanların tam bilme oranı %29.8 olarak bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 31). Alpteker ve ark.'nın (198) yapmış olduğu çalışmada KKMM yapanların %74.8'i KKMM'nin tekniğini biliyorken, yapmayanların sadece %25.2'si KKMM'nin tekniğini bilmektedir. Uncu ve Bilgin'nin (185) çalışmasında KKMM yaptığını belirtenlerin %52.2'si uygun tekniği tam bilirken, %8.4'ünün hiç bilmediği bildirilmiştir. Gerçek ve ark.'nın (199) çalışmasında, KKMM yapanların %59.7'si uygun tekniği tam bilirken, KKMM yapmayanların sadece %19.3'ü uygun tekniği tam bilmektedir. Karahan ve ark.'nın (195) yapmış oldukları çalışmada ise KKMM yapanların %93.0'ı uygun tekniği bildiği, %64.1'inin ise KKMM'yi bilmediği halde uyguladığı bildirilmiştir. Çalışmamız sonuçları literatürde yapılan benzer çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermekle birlikte, kadınların ve sağlık sisteminin önemli bir parçası olan kadın hemşirelerin öz sağlık bilinci gereği KKMM'nin uygun tekniğini bilme ve uygulama oranlarının istenilen düzeyde olmaması düşündürücüdür. Ayrıca kolay, ucuz ve kişilerin kendi imkanları ile yapabilecekleri bir erken tanı yöntemi olan KKMM'nin uygun tekniğinin bilinmesine rağmen neden uygulanmadığı araştırılması gereken bir konudur.

Meme hastalığı varlığına göre hemşirelerin KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumlarının dağılımı incelendiğinde, herhangi bir meme hastalığı olanların KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı %65.4 iken, olmayanların oranı %46.3 olarak bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 34). Karakuş'un (134) birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli ebe ve hemşirelere yönelik çalışmasında, anlamlı olmamakla birlikte herhangi bir meme hastalığı tanısı almış Hemşirelerin yarıdan fazlasının (%57.0) KKMM uygun tekniğini tam bildikleri, %11.3'ünün ise bu konuda hiç bilgilerinin olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızdaki oranın daha yüksek çıkmasına araştırmamıza katılan hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışıyor olması neden olabilir. Bu veriler çalışmamızla uygunluk gösterse de, herhangi bir meme hastalığı

varlığının meme kanseri açısından bir risk faktörü olduğu ve araştırmaya sağlık çalışanlarının katıldığı göz önüne alınırsa meme sağlığı ile ilgili duyarlılığın yeterince oluşmadığı düşünülebilir.

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan bir diğer yöntem KMM'dir. Amerikan Kanser Derneği (ACS) meme kanserinin erken tanısı amacıyla KMM'nin 40 yaşından önce 3 yılda bir ve 40 yaşından sonra yılda bir defa yapılmasını önermektedir (200). Araştırmamıza katılan kadın hemşirelerin KMM yaptırma oranı %15.0'dır ve en sık KMM yaptırma nedeni ise %86.4 ile meme kanserine karşı erken tanı ve/veya önlem olarak bulunmuştur (Tablo 37). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda hayatında en az bir defa KMM yaptıranların oranı %5.0 ile %40.3 arasında değişmektedir (133, 134, 136, 185, 195, 201). Yurtdışında yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde Chong ve ark.'nın (159) Singapur'da hemşirelere yönelik çalışmasında %53.6'sının son 1 yıl içerisinde KMM yaptırdığı, Odusanya ve Tayo'nun (202) Nijerya'da hemşirelere yönelik çalışmasında KMM yaptırma oranı %28.9, Sadler ve ark.'nın (193) yaptığı çalışmada son bir yıl içinde KMM yaptırma oranı %54.8 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda elde edilen bulgular ile ülkemizde farklı bölgelerde yapılan benzer çalışmalar karşılaştırıldığında KMM yaptırma oranı nispeten daha düşüktür. Bunun nedeni iller arası kültürel farklılıklar ve KMM'ye bakış açısının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine de araştırma grubunu sağlık çalışanlarının oluşturduğu göz önüne alınırsa bu sonuçlar düşündürücüdür. KMM yaptırmama nedeninin kültürel farklılıkların yarattığı engeller mi yoksa sağlık çalışanlarının KMM'ye inanmamasına bağlı subjektif kısıtlılıklar mı olduğu araştırılmayı hak etmektedir. Bunun yanısıra yurt dışında yapılan çalışmalarda ise KMM yaptırma oranları yurtiçinde yapılanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu ülkeler arası meme sağlığına yönelik eğitim uygulamalarının farklılığından veya kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş gruplarına göre KMM yaptırma durumları incelendiğinde, KMM yaptırma oranları 17-29, 30-39 ve 40 yaş ve üzeri yaş gruplarında sırasıyla %2.4, %22.0 ve %55.4 olarak bulunmuştur ($p < 0.001$, Tablo 39). Karakuş'un (134) Malatya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere yönelik çalışmasında KMM yaptırma oranı 20-29 yaş grubunda %24.4, 30-39 yaş grubunda %35.5 iken 40 yaş ve üzeri yaş grubunda %65.5 olarak

bildirilmiştir. Yaş grubunun artmasıyla birlikte KMM yaptırma oranı anlamlı olarak artmıştır. Kabataş ve ark.'nın (173) İzmir'de bayan öğretmenlere yönelik çalışmasında bir uzman tarafından meme muayenesi olma oranı 21-30 yaş aralığında %9.6, 31-40 yaş aralığında %42.3 ve 41-50 yaş aralığında %48.1 olarak bildirilmiştir ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Açıköz ve ark.'nın (189) üniversite hastanesinde çalışan kadınlara yönelik çalışmasında 40 yaşın üstünde olup KMM yaptırmanın 40 yaşın altında olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Dişçigil ve ark.'nın (96) Ege bölgesinde bir grup kadın arasında yapmış olduğu çalışmada geriatrik yaş grubu (>65 yaş) hariç diğer gruplar arasında anlamlı olmamakla birlikte yaş arttıkça KMM yaptırma oranı artmıştır. Sadler ve ark.'nın (193) Asyalı kadınlara yönelik çalışmasında son bir yıl içinde KMM yaptırma oranının yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde çalışmamız bulguları uyumludur. Bunun yanında literatürde artan yaşla birlikte KMM yapma oranının azaldığına dair iki çalışma mevcuttur. Başak'ın (186) Konya'da genel popülasyondaki 35 yaş üzeri bir grup kadına yönelik çalışmasında yaş arttıkça KMM yaptırma oranının azaldığı tespit edilmiştir. Ruffin ve ark.'nın (203) yapmış olduğu çalışmada ise anlamlı olmamakla birlikte 50 yaş üstü kadınlarda KMM yaptırma oranı 50 yaş altındakilere göre daha düşüktür. Başak'ın (186) çalışmasındaki farklılığın nedeni araştırmanın kırsal bölgede yapılması, düşük sosyoekonomik düzey ve inanç tutumlarındaki kısıtlayıcı etmenler olabilir. Meme kanseri tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılması, toplumun bu hizmetlere kolay ulaşır hale gelmesi, yaşın meme kanseri açısından bir risk faktörü olduğunun toplum ve sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi, ilerleyen yaşlarda kişilerin daha duyarlı olmasına ve bir takım sosyal önyargıların kırılması sonucunda muayene yaptırma oranlarını yükseltmiş olabilir. Aker ve ark.'nın (178) yaptıkları çalışmada kadınların ilerleyen yaşla birlikte meme kanseri riskini daha fazla hissettiklerinden ve duyarlılıklarının artabileceğinden bahsetmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin eğitim düzeyi ve KMM yaptırma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık meslek lisesi ve ön lisans programlarından mezun olanlarda KMM yaptırma oranı %14.0 olup, lisans/lisansüstü mezunlarında bu oran %16.7 olarak bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 40). Karakuş'un (134) çalışmasında sağlık meslek lisesi mezunlarında KMM yaptırma oranı %38.2, ön

lisans mezunlarında %43.3 ve lisans/lisansüstü mezunlarında %32.3 olarak bulunmuştur. Başak'ın (186) meme dışı nedenlerle hastaneye başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada anlamlı olmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça KMM yaptırma oranının arttığı gözlenmiştir. Açıkgöz ve ark.'nın (189) çalışmasında ise eğitim düzeyi arttıkça hekim tarafından meme muayenesinin yapılma oranı azalmıştır. Aker ve ark.'nın (178) çalışmasında uygulanan logistik regresyon modelinde farklı eğitim düzeylerinin KMM yaptırma açısından kadınlar üzerinde net bir etkisi gözlenmemiştir. Literatür bulguları ışığında eğitim düzeyi ve KMM yaptırma durumu arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Eğitimin meme sağlığı konusunda farkındalık oluşturup oluşturmadığı durumu daha kapsamlı çalışmalarla incelenmelidir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri öyküsünün olup olmamasına göre KMM yaptırma durumu incelendiğinde, akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda KMM yaptırma oranı %26.5, olmayanlarda ise %13.6 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 43). Karakuş'un (134) Malatya'da birinci basamakta görevli hemşirelere yönelik çalışmasında ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda KMM yaptırma oranı %56.5 iken, ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanlarda %39.1 olarak bildirilmiştir. Zincir'in (197) Malatya'da genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında kendisinde ve yakınlarında meme kanseri olanların %27.9'unun KMM yaptırdığı, olmayanların ise %12.5'inin KMM yaptırdığı belirtilmiştir. Aker ve ark.'nın (178) Samsun'da yaşayan kadınlara yönelik çalışmasında ailede meme kanserinin olması KMM yaptırma durumunu 1.78 kat arttırdığı bildirilmiştir. İlhan ve ark.'nın (204) İstanbul'da sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan kadın üniversite öğrencilerine yönelik çalışmasında ailesinde meme kanseri olanların olmayanlara göre KMM yaptırma oranı %50.0'dır. Bu çalışmaların aksine Gençtürk'ün (201) İstanbul'da bir devlet hastanesinde kadın sağlık profesyonellerine yönelik çalışmasında ailesinde meme kanseri öyküsü olanların çok azının KMM yaptırdığı, Açıkgöz ve ark.'nın (189) İzmir'de hastanede çalışan kadın personele yönelik çalışmasında akrabalarında meme kanseri olanların olmayanlara göre daha az KMM yaptırdığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda KMM yaptırma oranı daha yüksek olmakla beraber daha az KMM yaptırılarda bulunmaktadır. Oysa pozitif aile

öyküsü olanların kendini meme kanseri açısından risk altında hissetmesi ve erken tanı yöntemlerini uygulamak konusunda yüksek motivasyona sahip olması beklenen bir davranıştır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkili olan faktörlerden birisi de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır (52, 205). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin incelendiği bir çalışmada ailesinde meme kanseri bulunan kadınların ortalama risk puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (206).

Araştırma grubuna katılan hemşirelerin meme kanseri ve erken tanısı konusunda hizmet içi eğitim alıp almamalarına göre KMM yaptırma durumu incelendiğinde, eğitim alanların %20.8'i, almayanların %11.8'i KMM yaptırmıştır ($p<0.05$, Tablo 45). İlhan ve ark.'nın (204) İstanbul'da sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan kadın üniversite öğrencilerine yönelik çalışmasında bu oran eğitim alanlarda %13.8 olup, almayanlarda %4.4'tür. Aker ve ark.'nın (178) Samsun'da genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında meme sağlığı konusunda eğitim alan kadınlarda almayanlara göre KMM yaptırma durumunun 3.41 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yapılan birçok çalışmada, kadınların meme kanserinin erken tanısı konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu ve bu durumun erken tanı yöntemlerinin uygulamasına engel oluşturduğu belirtilmektedir (207-211). Eğitim alan kadınların farkındalığının arttığı ve bu durumun erken tanı yöntemlerinin daha fazla uygulanmasını sağladığı ifade edilmektedir (182, 212-214).

Çalışmamızda mamografi çektirme durumu incelendiğinde hemşirelerin %7.5'i hayatlarında en az bir defa mamografi çektirmiştir (Tablo 47). Türkiye'de, farklı gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerde farklı yaş ve meslek gruplarında yapılan çalışmalarda en az bir kez mamografi çektirme oranı %12,5 ile %40,6 arasında değişmektedir (96, 173, 185, 207, 208, 215-222). Yurtdışında yapılan çeşitli çalışmalarda, kadınların mamografi yaptırma oranları %33.0 ile %81.0 gibi geniş bir aralıkta bildirilmiştir (223-226). Çalışmamız bulguları gerek yurt içinde gerekse yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarından daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaların farklı yaş grupları ve farklı örneklerle yapılması olabilir. Amerikan Kanser Birliği (ACS), ortalama risk grubu kadınların 40 yaşından itibaren yılda bir defa mamografi çektirmesini önermektedir (227). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı tarafından 40 yaş altında riskli gruptaki kadınlar için hekimlerin belirleyeceği yaş ve

sıklıkta, 40-69 yaş arasındaki kadınlar için iki yılda bir kez olmak üzere mamografi çektilmesi önerilmektedir (122).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş gruplarına göre mamografi çektilme dağılımı incelendiğinde, 17-29 yaş, 30-39 yaş, 40 yaş ve üzeri grupta mamografi çektilme oranı sırasıyla %0.4, %1.5 ve %53.6'dır ($p<0.001$, Tablo 49). Özer ve ark.'nın (180) Kahramanmaraş'ta il ve ilçe merkezinde bir grup kadına yönelik çalışmasında mamografi çektilme oranı yaşla birlikte anlamlı olarak artmış, 40 yaş ve üzeri grupta %30.2 olarak saptanmıştır. Karakuş'un (134) Malatya il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelere yönelik çalışmasında 20-29 yaş, 30-39 yaş, 40 yaş ve üzeri grupta mamografi çektilme oranları sırasıyla %2.6, %17.3 ve %64.4 olarak bildirilmiştir. Aker ve ark.'nın (178) Samsun ilinde genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre artan yaşın mamografi çektilme üzerinde etkili bir değişken olduğu bildirilmiştir. Chong ve ark.'nın (159) Singapur'da Halk Sağlığı hemşireleri arasında yapmış olduğu çalışmada 50 yaş ve üzeri hemşirelerin, 50 yaşın altındakilere göre mamografi çektilme durumunun 1.78 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Sadler ve ark.'nın (193) Hint kökenli Asyalı kadınlara yönelik çalışmasında yaş grubu yükseldikçe mamografi çektilme oranı artmıştır. Buna rağmen hem Nahcivan ve Seçginli'nin (181) hem de Yılmaz ve ark.'nın (182) çalışmasında, yaş erken tanı yöntemlerini kullanmada etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Artan yaş ile birlikte kişilerde meme kanserine dair riskin artması, bunun sonucunda duyarlılık algısının yükselmesi ve bunun uygulamaya dönüşmesi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda, sensitivitesi ve spesifitesi en yüksek tarama yöntemi olan mamografinin, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin neredeyse yarısının uygulamaması dikkat çekicidir. Durmuş'un (132) kadın sağlık çalışanlarına yönelik araştırmasında Hemşirelerin yaşa göre sağlık inanç modeli (SİM) puan ortalamaları karşılaştırıldığında 41-50 yaş grubunun duyarlılık algısının, 40 yaş altı gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Meme kanserinin görülme sıklığı ve mortalitesi düşünüldüğünde yapılacak geniş tabanlı çalışmalarla bu durumun nedenlerinin araştırılması gereklidir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim düzeyine göre mamografi çektilme durumu değerlendirildiğinde, sağlık meslek lisesi ve ön lisans ile

lisans/lisans üstü mezunlarında mamografi çektirme oranları sırasıyla %9.8 ve %4.0 olarak bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 50). Yapılan benzer ulusal çalışmalarda eğitim düzeyi ile mamografi çektirme durumu arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı araştırmalarda (172, 207, 228) eğitim düzeyi ve mamografi çektirme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş iken bazı araştırmalarda (229-232) eğitim düzeyi yükseldikçe mamografi çektirme oranının arttığı gözlenmiştir. Yurt dışında yapılmış benzer çalışmalar incelendiğinde Tu ve ark.'nın (233) Çin asıllı Amerikalı kadınlarda yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyi ile bir tarama yöntemi olarak mamografiyi kullanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Yurt dışındaki diğer bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyinin yükselmesi, mamografi uygulamasının artması ile ilişkili bulunmuştur (223-235). Bu veriler ışığında değişik bölge, sosyokültürel, eğitim ve yaş gruplarındaki sonuçlar birbirinden farklıdır. Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe mamografi çektirme oranının azaldığı görülmekle birlikte, tüm eğitim düzeylerinde mamografi uygulamasının beklenilenden az olduğu tespit edilmiştir. Gerek genel popülasyondaki kadınlar gerekse de sağlık çalışanlarının meme kanserine yönelik hassasiyetleri farklı olsa da yeterli ve istenilen düzeye çıkarmak adına farkındalık yaratacak ve mamografiye ulaşmayı kolaylaştıracak adımlar atılmalıdır. Özellikle hemşireler bazında mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası meme sağlığı ve tarama yöntemlerine yönelik eğitimin hem kalitesinde hem de sıklığında gerekli modifikasyonlar yapılmalı ve verilen eğitimin etkinliği mutlaka geri bildirimlerle değerlendirilmelidir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme hastalığı varlığına göre mamografi çektirme durumu değerlendirildiğinde, meme hastalığı olanlarda mamografi çektirme oranı %13.0 olup, olmayanlarda %6.4 olarak bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 51). Karakuş'un (134) Malatya'da yaptığı çalışmada herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin %57.0'ı, olmayanların ise %16.6'sının mamografi uygulamasını yaptırdığı bildirilmiştir. Özer ve ark.'nın (180) Kahramanmaraş'ta genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında meme hastalığı olanlarda hayatlarında en az bir kez mamografi çektirme oranı %66.1 olup, olmayanlarda %19.2'dir. Chong ve ark.'nın (159) Singapur'da Halk Sağlığı hemşirelerine yönelik çalışmasında kanser hariç meme hastalığı olanlarda mamografi çektirme durumunun 1.56 kat arttığı bildirilmiştir. Çalışmamız bulguları literatürde

yapılan benzer çalışmalarla kıyaslandığında paralellik göstermekle birlikte, meme hastalığı olanlarda mamografi çektirme oranımız düşüktür. Bunun nedeni araştırmamıza katılan hemşirelerin büyük bir kısmını genç yaş grubunun oluşturması olabilir. Genç yaş grubunda, meme sağlığına yönelik yeterli duyarlılığın oluşmaması ve sosyokültürel açıdan mamografiye karşı kısıtlayıcı tutumun benimsenmesi bu durumu açıklayabilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin akrabalarında meme kanseri olup olmamasına göre mamografi çektirme durumu değerlendirildiğinde, meme kanseri öyküsü olanlarda mamografi çektirme oranı %10.2 iken, olmayanlarda %7.2 olarak bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 52). Karakuş'un (134) Malatya'da ebe ve hemşirelere yönelik çalışmasında, anlamlı olmamakla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda mamografi çektirme oranı %34.8 olup, olmayanlarda %26.0 olarak bildirilmiştir. Özaydın ve ark.'nın (229) İstanbul'da 40-69 yaş arası kadınlara yönelik çalışmasında, anlamlı olmamakla birlikte birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre mamografi çektirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir. Aker ve ark.'nın (178) Samsun'da yaptıkları çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda olmayanlara göre mamografi çektirme 2.07 kat daha fazladır. Dişçigil ve ark.'nın (96) Ege bölgesinde genel popülasyondaki kadınlara yönelik çalışmasında ailesinde meme kanseri bulunanların mamografi çektirme durumu 6.8 kat daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaların aksine Gençtürk'ün (201) İstanbul'da kadın sağlık profesyonellerine yönelik çalışmasında ve Özçam ve ark.'nın (236) kadın sağlık çalışanlarına yönelik çalışmasında pozitif aile öyküsünün olması meme kanseri tarama testlerini uygulama konusunda anlamlı fark yaratmamıştır. Çalışmamız bulguları literatürde yapılan çalışmalarla kıyaslandığında paralellik göstermekle birlikte, akrabalarında meme kanseri olanlarda mamografi çektirme oranımız düşüktür. Meme kanseri açısından pozitif aile öyküsü önemli bir risk faktörüdür. Gösterilebilen bir genetik mutasyon olmasa da meme kanserli hastaların yaklaşık %10-20'sinde aile öyküsü vardır (237). Meme sağlığı konusundaki farkındalığı etkileyen faktörlerden biri de kanser korkusudur ve bu tarama yöntemlerini hayata geçirmede önemli bir uyarandır (238). Bu bağlamda bu bulgular beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda meme kanseri konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin mamografi çekirme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, eğitim alanların mamografi çekirme oranı %12.6 iken, almayanlarda bu oran %4.6'dır ve değişkenler arası ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$, Tablo 54). Yapılan birçok çalışmada, kadınların meme kanserinin erken tanısı konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığı ve verilen eğitim sonrası tarama yöntemleri uygulamalarının arttığı gözlenmiştir (207-211). Eğitim alan kadınların farkındalığının arttığı ve bu durumun erken tanı yöntemlerinin daha fazla uygulanmasını sağladığı ifade edilmektedir (182, 209, 213, 214). Bu araştırma, sağlık profesyonellerinin verilen mesleki ve hizmet içi eğitimler sonrası erken tanı davranışlarının kazanılmasında olumlu gelişmeler kaydedildiği yönündeki çalışmalar ile uyumludur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin meme kanseri erken tanı yöntemlerini birlikte kullanma durumuna göre dağılımı incelendiğinde, sadece KKMM'yi uygulayanların oranı %50.6, KKMM ve KMM'yi birlikte uygulayanların oranı %8.0, KMM ve mamografi yöntemlerini birlikte uygulayanların oranı %0.5 ve her üç yöntemi birlikte uygulayanların oranı ise %5.9 olarak tespit edilmiştir (Tablo 56). Uncu ve Bilgin'in (185) çalışmasında Malatya il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin KKMM'yi %52.2 oranında, KKMM ve KMM yöntemlerini %10.0 oranında, KMM ve mamografiyi %10.2 oranında ve her üç yöntemi birlikte %13.8 oranında uyguladıkları bildirilmiştir. Gençtürk'ün (201) İstanbul'da bir hastanede çalışan kadın sağlık profesyonellerine yönelik çalışmasında araştırma grubunun KKMM, KMM ve mamografi yöntemlerini birlikte uygulayanların oranının oldukça düşük olduğunu bildirmiştir. Odusanya ve Tayo'nun (202) Nijerya'da hemşirelere yönelik çalışmasında her üç yöntemi birlikte kullananların oranı %6.0 olarak tespit edilmiştir. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde araştırmamız bulguları benzerlik göstermektedir. Amerikan Kanseri Birliği her üç yöntemin bir arada kullanılması ile erken tanı şansının daha yüksek olduğunu, özellikle KMM ve mamografinin belirtilen sıklıklarla ve uygun prosedürlerle yaptırılmasının erken tanıda sensitivitesi ve spesifitesinin yüksek olduğunu bildirilmiştir. Bu bilgiler ışığında, çalışmaya katılan hemşirelerin meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulama oranlarının çok düşük olduğu açıktır.

Elazığ ili Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirildiği bu araştırmanın sonuçlarına göre;

-Hemşirelerin meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgileri yetersiz bulunmuştur.

-Hemşirelerin yaş ortalaması 29.46 ± 7.27 yıl, %88.7'si kadın, %46.1'i sağlık meslek lisesi mezunu, %49.7'si bekar, %37.6'sı 10 yıl ve üzeri hizmet süresine sahip olup, %57.0'ı dahili kliniklerde çalışmaktadır.

-Hemşirelerin %81.9'u bir veya daha fazla çocuğa sahiptir ve çocuk sahibi olanların %85.8'i çocuklarını emzirmektedir.

-Hemşirelerin %65.6'sı KKMM yapmakta olup, sadece %15.9'u bu yöntemi düzenli olarak uygulamaktadır. Ayrıca KKMM yapmayanların %36.4'ü en sık 'unutkanlık' nedeniyle yapmamaktadır.

-Hemşirelerin yaşı arttıkça, medeni durumuna göre evli olanlarda, meme hastalığı öyküsü olanlarda, meme kanseri konusundaki bilgilerini kurs/seminer eğitiminden alanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda, meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları sürekli takip edenlerde ve meme kanseri konusundaki bilgilerini yeterli bulanlarda düzenli KKMM yapma oranları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

- Hemşirelerden, KKMM'nin uygun tekniğini tam bilenlerin oranı %49.3, eksik bilenlerin oranı %35.6 ve hiç bilmeyenlerin oranı %15.1'dir.

-Hemşirelerin yaşı arttıkça, eğitim düzeyi yükseldikçe, meme hastalığı öyküsü olanlarda, akrabalarında meme kanseri bulunanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda, hizmet süresi fazla olanlarda ve KKMM yapanlarda KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

-Hemşirelerin bir hekim tarafından KMM yaptırma oranı %15.0 olup, en sık yaptırma nedeni %86.4 ile meme kanserine önlem/erken tanıdır.

-Hemşirelerin yaşı arttıkça, meme hastalığı öyküsü olanlarda, akrabalarında meme kanseri bulunanlarda, meme kanseri konusundaki bilgilerini kurs/seminer eğitiminden alanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda ve meme kanseri konusundaki bilgilerini yeterli bulanlarda KMM yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

- Hemşirelerin mamografi çekirme oranı %7.5 olup, en sık çekirme %90.9 ile meme kanserine önlem/erken tanı nedeniyledir.

-Hemşirelerin yaşı arttıkça, meme hastalığı öyküsü olanlarda, meme kanseri konusundaki bilgilerini kurs/seminer eğitiminden alanlarda, hizmet içi eğitim alanlarda ve meme kanseri konusundaki bilgilerini yeterli bulanlarda mamografi çekirme oranları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

-Katılımcılardan sadece KKMM'yi uygulayanların oranı %50.6, KKMM ve KMM'yi birlikte uygulayanların oranı %8.0, KMM ve mamografiyi birlikte uygulayanların oranı %0.5, her üç yöntemi birlikte uygulayanların oranı %5.9 ve hiçbir yöntemi uygulamayanların oranı %33.0'dır.

-Hemşirelerin çalıştıkları klinik ile tarama yöntemlerini (KKMM, KMM ve mamografi) kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırma sonuçları doğrultusunda hemşirelerin meme kanseri konusunda istenilen düzeyde bilgi ve davranışları sergilemesi ile hizmet verdikleri topluma bu davranışları aktarmaları ve örnek olmalarına yönelik olarak;

-‘Meme kanseri, hem Türkiye’de hem dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve mortalitesi yüksek seyretmektedir’ bilgisi sağlık çalışanlarına benimsetilmeli,

-Hemşirelerin gerek kendi sağlıkları gerekse topluma hizmet veren sağlık çalışanları olarak, meme kanseri ve erken tanısına yönelik bilgi düzeylerinin artırılması ve olumlu sağlık davranış değişiklikleri sağlamak için belirli aralıklarla ve düzenli olarak hizmet içi eğitimler planlanmalı,

-Hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası verilen eğitimin içeriği, demonstratif eğitim araçları, görsel eğitim videoları-dokümanlar vb. şekilde zenginleştirilerek farkındalık ve duyarlılık artırılmalı,

-Verilen eğitim sonrasında, eğitimin etkinliğini değerlendirmek için, hemşirelerin bilgi, tutum ve davranış düzeyindeki değişikliği ölçecek uygulamalar mutlaka yapılmalı,

-Sosyo-kültürel farklılıklara bağlı oluşabilecek kısıtlayıcı toplumsal tutum ve davranışları engellemek adına, sağlık çalışanlarına sosyolog ve psikologları da içeren uzman bir ekiple motivasyon eğitimi verilmeli,

-Sağlık çalışanlarını kapsayan daha büyük gruplarla, meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulamayı engelleyen diğer faktörler araştırılarak, uygun müdahaleler yapılmalıdır.



5. KAYNAKLAR

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65: 87–108.
2. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. 29.12.2016. (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx)
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 2011.
4. Worldwide Breast Cancer. Breast Cancer Statistics Worldwide. 29.12.2016. (<http://www.worldwidebreastcancer.com/learn/breast-cancer-statistics-worldwide/>)
5. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. 29.12.2016. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526/>)
6. Özmen V. Breast cancer in the World and Turkey. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4 (2): 6-12.
7. Steiner E, Klubert D, Knutson D. Assessing breast cancer risk in women. *Am Fam Physician* 2008; 78: 1361-1366.
8. Akınoğlu A. Meme kanserinde yeni tanı ve tedavi seçenekleri. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Arşivi Kaynak Tarama Dergisi* 2002; 11: 215-224.
9. Dixon M. Breast cancer epidemiology; lifestyle and diet. *Surgery London* 2001; 5: 2-4.
10. Doizaer KJ, Mahon SM. Cancer prevention, detection and control, a nursing perspective. *Oncology Nursing Society Pittsburg* 2002: 389-444.
11. Gross RE. Breast cancer: risk factors, screening and prevention. *Seminars in Oncology Nursing* 2000; 16: 176-184.
12. Smeltzer SC, Bare BG. *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 8. Baskı, Philadelphia: JB Lippincott Company, 1996.

13. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American cancer society guidelines for the early detection of cancer, 2006. CA Cancer J Clin 2006; 56: 11-25.
14. Fındık ÜY, Turan N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının belirlenmesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 8: 54-59.
15. Göçgeldi E, Açıklak CH, Hasde M, Aygüt G, Çelik S, Gündüz İ, et al. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2008; 13: 261-265.
16. Arslan M. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, 2007.
17. Topuz E, Aydın A, Dinçer M (editörler). Meme Kanseri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.
18. Sorensen J, Hertz A. Cost effectiveness of a systematic training program in breast self examination. Eur J Cancer Prev 2003; 12: 289-294.
19. Erhan Y, Kumar V, Cotran RS, Robins SL (editörler). Temel Patoloji. 9. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 623-635.
20. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, 1996; 44-45.
21. Tuncer AM. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Onur Matbaacılık, 2007: 5-9.
22. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği. Kanser İstatistikleri. 30.12.2016. (<http://www.turkkanser.org/dosyalar/istatistikler/dunya-kanser-istatistikleri.pdf>)
23. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Dünya Kanser İstatistikleri, Globocan 2012. 29.12.2016. (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html#>)

24. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Daire Başkanlığı. Kanser İstatistikleri. 29.12.2016.
(http://kanser.gov.tr/Dosya/2016_Haberler/KANSER_iNSiDANSLARi_2013_kisa_rapor.pdf)
25. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 29.12.2016. (http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf)
26. Şen C. Meme Anatomisi. 29.12.2016. (<http://www.cenksen.com.tr/meme-anatomisi>)
27. Onat H, Başaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. Topuz E, Aydıner A, Dinçer (editörler). Meme Kanseri. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 90-107.
28. Berkarda B. Meme Kanseri. İstanbul: İ.Ü.Basımevi, 2000: 5- 87.
29. İrgil E. Meme kanseri epidemiyolojisi. Ünal G, Ünal H (editörler). Meme Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 33.
30. Topal U. Meme kanseri taraması. Engin K (editör). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 623- 627.
31. Karabece A. Meme kanserinin doğal seyri, gelişimi, risk faktörleri, Dünya'daki dağılımı ve epidemiyolojisi. Üskent N (editör). Olgular Işığında Meme Kanseri. İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2003: 1-14.
32. Vogel VG. Breast cancer prevention: a review of current evidence. A Cancer Journal for Clinicians 2000; 50: 156-170.
33. Lester J. Breast cancer in 2007: incidence, risk assessment, and risk reduction strategies. Clinical Journal of Oncology Nursing 2007; 11: 619-622.
34. Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk factors. Maturitas 2001; 38: 103-116.
35. Evrensel T. Meme kanseri etyolojisi, risk faktörleri ve korunma. Kayıhan E, Çetintaş SK (editörler). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 623-627.
36. Değerli Ü. Genel Cerrahi. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 356-371.

37. Yıldırım M. Klinik Jinekoloji. 3. Baskı, Çağdaş Medikal Kitabevi, 2002: 611-626.
38. Gürbüz C. Kadınlar İçin Meme Sağlığı Bilgileri. 1. Baskı, İstanbul: Türkiye Meme Vakfı Yayınları, 2005: 1-56.
39. Bender Ö. Meme Başı Akıntısı. 29.12.2016.
(<http://www.dromerbender.com/sayfalar.916.memebasiakintisi.html>)
40. Ünal M. Meme Kanserinde Klinik Bulgular, Evreleme, Biyopsi. Topuz E, Aydınır A, Dinçer M (editörler). Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 124-131.
41. Sözüer E. Meme Derisinde Portakal Kabuğu Görünümü. 29.12.2016.
(http://www.sozuer.com/hastalikoku.aspx?hasta_id=105)
42. Çetintaş SK. Meme kanserinde klinik bulgular ve tanı. Kayıhan E, Çetintaş SK (editörler). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 87-93.
43. Mardin Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. Meme Kanseri Bulguları. 29.12.2016. (<http://www.slideshare.net/mardinmardin/meme-kanseri-sunum>)
44. Prosnitz LN, Dirkiçledart J, Winer EP. Breast cancer. Rubin P (editör). Clinical Oncology. 8. Baskı, Philadelphia: W.B Saunders Company, 2001: 267-296.
45. Griff SK, Dershaw DD. Breast cancer. Bragg GD, Rubin P, Hricak H (editörler). Oncologic Imaging. 2. Baskı, Philadelphia: W.B Saunders Company, 2002: 265-293.
46. Champion V. The role of breast self examination in breast cancer screening. Cancer 1992; 1: 1985-1991.
47. Küçük A, Küçük ÖK. Meme hastalıklarının tarama ve tanısı. Özaslan C (editör). Meme Bening ve Malign Hastalıklarına Kapsamlı Yaklaşım. 4. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, 2011: 2: 605-613.
48. American Cancer Society. American cancer society guidelines for breast cancer screening: update 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53: 141-169.
49. Fischer U, Baum FT, Luftner-Nagel S, Obenauer S, von Heyden D, Grabbe EH. Comparative study in patients with microcalcifications: full-field digital mammography vs. screen film. Eur Radiol 2002; 12: 2679-2683.

50. Meydan N, Barutça S, Özgün H, Taşkın F, Yüksel H, Boylu Ş. İkiz gebelik sonrası tekrarlayan medüller meme kanseri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2: 31-33.
51. Fortunato L, Drago S. Il linfonodo sentinella nel cancro della mammella. *Fortunato Forum, Esperienza Del Rome Breast Cancer Study Group (RBCSG)* 2006; 58: 1-8.
52. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7: 33-38.
53. Feig SA. Screening results, controversies and guidelines. Bassett LW, Jackson VP, Fu KL, Fu YS (editörler). *Diagnosis of Diseases of the Breast*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005: 371-387.
54. Gold RH. The history of breast imaging. Bassett LW, Jackson VP, Fu KL, Fu YS (editörler). *Diagnosis of Diseases of the Breast*. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005: 3-27.
55. Heywang-Köbrunner SH, Dershaw DD, Schreer I. *Diagnostic Breast Imaging*. Stuttgart: Thieme, 2001: 14-70.
56. Morrow M, Evers K. The breast. Cameron JL (editör). *Current Surgical Therapy*. 9. Baskı, Philadelphia: Mosby Elsevier, 2008: 646-684.
57. Cody HS III. Current surgical management of breast cancer, *Current Opinion in Obstetrics And Gynecology* 2002; 14: 45-52.
58. Haydaroglu A. Meme kanseri tarama yöntemleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 109-111.
59. Topuz E. Meme Kanseri Biyolojisi, Tanı, Evreleme, Tedavisi. İstanbul: İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları, 1997: 218-224.
60. Cosgrove DO, Kedar RP, Bamber JC. Breast diseases: color doppler US in differential diagnosis. *Radiology* 1993; 189: 99-104.
61. Tunacı M. Meme radyolojisi: MRG. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al (editörler). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 125-139.

62. Helvie M. Improving mammographic interpretation: double reading and computer-aided diagnosis. *Radiol Clin North Am* 2007; 45: 801-811.
63. Bick U, Diekmann F. Digital mammography: what do we and what don't we know? *Eur Radiol* 2007; 17: 1931-1942.
64. İçten GE. Memenin görüntülenmesi: diğer görüntüleme yöntemleri. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, et al (editörler). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2012: 139-149.
65. Brenner JR, Parisky Y. Alternative breast imaging approaches. *Radiol Clin N Am* 2007; 45: 907-924.
66. Eubank WB, Mankoff D, Bhattacharya M. Impact of FDG PET on defining the extent of disease and on the treatment of patients with recurrent or metastatic breast cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 479-486.
67. King TA, Borgen PA. *Meme Kanseri Cerrahi Atlası*, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. New York. 2005.
68. Engin A (editör). *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri Cilt1*. 1.Baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık, 2000.
69. Aksoy G (editör). *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği El Kitabı*. 1.Baskı, İstanbul: Birlik Ofset, 1998.
70. Berner A, Davidson B, Sigstad E, Risberg B. Fine-needle aspiration cytology vs. core biopsy in the diagnosis of breast lesions. *Diagn Cytopathol* 2003; 29: 344-348.
71. Özmen V. *Meme kanseri*. Kalaycı G (editör). *Genel Cerrahi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
72. Ergüney S (editör). *AJCC Kanser Evreleme Atlası*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 419.
73. Kum S, Göksu UA, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz Bölgesi'nde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi* 2004; 19: 24-27.

74. Bahar Z, Özsoy S. Determination of self breast examination of married women over fifteen years old. The European Cancer Conference, Paris, 1995.
75. Karadakovan A, Aslan FE (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2014.
76. Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O. Meme kanseri. Değerli Ü, Erbil Y (editörler). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2006: 277-286.
77. Kılıç H. Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 166-185.
78. Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y (editörler). Genel Cerrahi. 7. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002.
79. Stickeler E. Prognostic and predictive markers for treatment decisions in early breast cancer. Breast Care (Basel) 2011; 6: 193-198.
80. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet 2005; 365: 1687-1717.
81. Arriagada R, Le MG, Dunant A, Tubiana M, Contesso G. Twenty-five years of follow-up in patients with operable breast carcinoma: correlation between clinicopathologic factors and the risk of death in each 5-year period. Cancer 2006; 106: 743-750.
82. Fisher B, Bauer M, Wickerham DL, Redmond CK, Fisher ER, Cruz AB, et al. Relation of number of positive axillary nodes to the prognosis of patients with primary breast cancer. An NSABP update. Cancer 1983; 52: 1551-1557.
83. Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, Mouridsen HT, Andersen PK, Melbye M. Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study. BMJ 2000; 320: 474-478.
84. Petrelli F, Barni S. Role of HER2-neu as a prognostic factor for survival and relapse in pt1a-Bn0m0 breast cancer: a systematic review of the literature with a pooled-analysis. Med Oncol 2012; 29: 2586-2593.

85. Anderson GF, Chu E. Expanding priorities-confronting chronic disease in countries with low income. *N Engl J Med* 2007; 356: 209-211.
86. WHO. 58th World Health Assembly Approved Resolution On Cancer Prevention And Control WHA 58.22. Geneva: World Health Organization, 2005.
87. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
88. Garcia F, Newton J, Baldwin S. Cervical and endometrial cancer prevention. Alberts DS, Hess LM (editörler). *Fundamentals of Cancer Prevention*. Springer, 2005: 315-342.
89. Boyle P, Levin B (editörler). *World Cancer Report 2008*. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Lyon, 2008.
90. Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast cancer prevention. Alberts DS, Hess LM (editörler). *Fundamentals of Cancer Prevention*. Springer, 2005: 255-276.
91. Fidaner C. Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. Tuncer AM (editör). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2007: 319-332.
92. World Cancer Research Fund: American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: A Global Perspective*. Washington DC: AIRC, 2007.
93. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2010.
94. Avcı İA. The health beliefs relating to mammography of midwives and nurses. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 4-8.
95. Ünalın P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Uzuner A. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005; 36: 147-151.

96. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007; 20: 29-36.
97. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık, 1993.
98. İğci A, Asoğlu O. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Topuz E, Aydın A, Dinçer M (editörler). *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 113-123.
99. Abeloff MD, Wolff AC, Weber BL, Zaks TZ, Sacchini Z, McCormick B. Cancer of the breast. Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG (editörler). *Abeloff: Abeloff's Clinical Oncology*. 4. Baskı, Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2008: 1875-1934.
100. Atasü T. Menopoz Tedavisi ve Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.
101. Muss HB. Breast cancer and differential diagnosis of benign lesions. Goldman L, Ausiello D (editörler). *Cecil Medicine*. 23. Baskı, Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007: 1501-1509.
102. Çalışkan D. Meme kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemler. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2002; 4: 10-14.
103. Vogel VG. Epidemiology of breast cancer. Bland K, Copeland III EM (editörler). *The Breast Comprehensive Management of Benign and Malign Disorders*. 3. Baskı, Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004: 341-360.
104. Bilir N. Sigara-Kanser İlişkisi. II. Uluslararası Katılımlı Beslenme, Çevre ve Kanseri Sempozyumu, Ankara, Bildiri Kitabı, 2002: 48-49.
105. Lester SC. The breast. Kumar V, Fausto N, Abbas AK (editörler). *Robbins&Cotran Pathologic Basis of Disease*. 7. Baskı, Philadelphia: Elsevier Saunders, 2004: 1129-1149.
106. Vogel VG. Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi. *Sendrom* 2000; 105: 63-69.

107. Mahmoodi MH, Jarvandi S. Breast self-examination: Knowledge, attitudes, and practices among female health care workers in Tehran, Iran. *The Breast Journal* 2002; 8: 222.
108. Soylar P. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2015.
109. Avcı İ, Gözüm S. Comparison two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13: 94–101.
110. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 1: 72-83.
111. Avcı İ, Işıklı Z. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2006; 16: 91-94.
112. Aktan M, İnan A. Hastaneye başvuran kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler* 2004; 642-647.
113. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu N. Ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezine başvuran kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004; 2: 53-58.
114. Seçginli S, Nahcivan NÖ. Kendi kendine meme muayenesi: Yeni öneriler neler? *Sağlık ve Toplum* 2006; 16: 13-18.
115. Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R. Mersin ilinde kanser sıklığı ve dağılımı üzerine bir çalışma. *Türk Patoloji Dergisi* 2000; 16: 48.
116. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293: 1245-1256.

117. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH. Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137: 347-360.
118. Nelson HD, Tyne K, Naik A. Screening for breast cancer: Systematic evidence review update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Review Update No. 74. AHRQ Publication No. 10-05142-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2009.
119. Kearney AJ, Murray M. Breast cancer screening recommendations: Is mammography the only answer? *Journal of Midwifery & Women's Health* 2009; 54: 393-400.
120. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *A Cancer Journal for Clinicians* 2004; 54: 345-361.
121. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010. A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2010; 60: 99-119.
122. Gültekin M. Türkiye’de Kanser Kontrolü 2014, TC Sağlık Bakanlığı. 30.12.2016. (<http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/sunum/1240-t%C3%BCrkiye-de-kanser-kontrol%C3%BC-2014.html>)
123. 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: 1490-1499.
124. World HealthOrganization. Breast Cancer: Prevention and Control. 30.12.2016. (<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>)
125. Somunoğlu S. Meme kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4: 103-122.
126. Armstrong K, Moye E, Williams S, Berlin JA, Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: A systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146: 516-526.

127. Brodersen J, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening. *Polskie Archium Medycyny Wewnetrznej* 2010; 120: 89-93.
128. Seçginli S. Meme kanseri Taraması: Son yenilikler neler? *TAF Prev Med Bull* 2011; 10: 193-200.
129. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K. Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice* 2004; 10: 248-256.
130. Deana KA. The role of the breast clinic nurse. *AORN Journal* 1998; 66: 304-310.
131. Güler Ç, Akın L (Editors). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. 1. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
132. Durmuş T. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
133. Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2006.
134. Karakuş F. Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
135. Güler G, Ulusoy H, Avcı S, Aksoy E. Sivas il merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanserine ilişkin bilgileri. *Sted* 2009; 18: 85-90.
136. Özdemir Ö, Bilgili N. Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF Prev Med Bull* 2010; 9: 605-612.
137. Yılmaz M, Seki Z, Gürler H, Çifçi ES. Bir üniversitede çalışan kadınların meme kanseri risk faktörleri yönünden incelenmesi. *DEUHYO ED* 2010; 3: 65-71.

138. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 81-87.
139. Byers T, Graham S, Rzepka T, Marshall J. Lactation and breast cancer. Evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985; 12: 664-674.
140. Dao TL, Bocl FG, Greiner MJ. Mammary carcinogenesis by 3-methyl cholanthrene. II. Inhibitory effect of pregnancy and lactation on tumor induction. *J Natl Cancer Inst* 1960; 25: 991-1003.
141. Yıldırım AD. İstanbul Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı ile İlgili Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2011.
142. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. *Int J Cancer* 1990; 46: 796- 800.
143. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 950-964.
144. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 1997; 350: 1047-1059.
145. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemsirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7: 33-41.
146. Darendeliler E, Açoğlu FY. Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Topuz E, Aydınar A, Dinçer M (editörler). *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 13-33.

147. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: The Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 819-35.
148. Chlebowski RT, Hendrix SL, Langer RD, Stefanick ML, Gass M, Lane D, et al. Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in healthy postmenopausal women: the women's health initiative randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 3243-3253.
149. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone replacement therapy in the million women study. *Lancet* 2003; 362: 419-427.
150. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet* 2001; 358: 1389-1399.
151. Kırdök E, Budakoğlu İ, Maral I. Hekim dışı kadın sağlık personelinin meme kanseri hakkındaki bilgi ve davranışları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004; 14: 42-47.
152. Özkan S, Yılmaz E. Hemşireler Meme Kanseri Hakkında Bilgilerini Yaşamlarına Yansıtıyorlar Mı? 8. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 2005.
153. Soyer TM, Çiçeklioğlu M, Ceber E. Breast cancer awareness and practice of breast self examination among primary health care nurses: influencing factors and effects of an in-service education. *J Clin Nurs* 2007; 16: 707-715.
154. American Cancer Society. *Breast Facts And Figures*. Atlanta, Georgia, 2005–2006.
155. Aydın İ, Işıklı Z. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları. 3.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Edirne, 2004.
156. Bedük T, Şen S. Hemşirelerin Kanserin Erken Tanısında Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenelerine İlişkin Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Yapmama Nedenleri. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 1992: 448-455.
157. Çavdar İ, Akyolcu N, Özbaş A, Öztekin D, Çelikel İ. Hekim ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Duyarlılıklarının Saptanması. 2. Antalya: Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003: 403.

158. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolat E, Yiğit F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 193-198.
159. Chong PN, Krishman M, Hong CY, Swah TS. Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore. Singapore Med J 2002; 43: 509-516.
160. Clarke DE, Sandler SE. Factors involved in nurses' teaching breast self examination. Cancer Nurs 1989; 12: 41-46.
161. Lee EH. Breast self examination performance among Korean nurses. Journal for Nurses in Staff Development 2003; 19: 81-87.
162. Foxall MJ, Baron CR, Houfek J. Ethnic differences in breast self examination practice and health beliefs. J Adv Nurs 1998; 27: 419-428.
163. Budden L. Registered nurses' breast self examination practice and teaching to female clients. Journal of Community Health Nursing 1998; 15: 101-112.
164. Atlı Ö. Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları ile Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2002.
165. Çevik C. Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2003.
166. Fırat AG. Uludağ Üniversitesi Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvurma Nedenleri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 2002.

167. Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K, Arslan K. Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004; ISSN: 1303-5134.
168. Merey S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
169. Şahin T. Adıyaman Üniversitesi'nde Çalışan Bayanların Kendi Kendine Meme Muayenesiyle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2012.
170. Öztürk M, Şen S, Kişioğlu AN. Isparta'daki sağlık ocaklarında görev yapan hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ilişkin bilgi ve tutumları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001; 8: 55-62.
171. Taşçı A. Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40 Yaş Üstü Kadınlarda ve Bu Merkezlerde Çalışan Hemşirelerde Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
172. Gülten N. İzmir Balçova Bölgesinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri İlişkin Risk Faktörleri, Bilgi ve Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 2008.
173. Kabataş MS, Kızıl H, Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2010; 4: 150-155.
174. Kabalcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z, Karakoç KÖ. Şanlıurfa il merkezinde görev yapan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışları ve etkileyen faktörler. Hemşirelik Forumu 2005; 1: 31-36.
175. Çavdar I. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. Oncology Nursing Forum 2007; 34: 1218-1221.

176. Franek GA, Nowak-Kaputsa ZE, Cobaj M. Breast cancer prophylaxis among nurses. *Wiad Lek* 2004; 57: 82-84.
177. Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 136-139.
178. Aker S, Öz H, Tunçel EK. Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *J Breast Health* 2015; 11: 115-122.
179. Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *The Journal of Breast Health* 2010; 6: 74-79.
180. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009; 28: 14-19.
181. Nahcivan N, Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 425-432.
182. Yılmaz D, Bebiş H, Ortabağ T. Determining the awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish Residential Women. *Asian Pasific J Cancer Prev* 2013; 14: 3281-3288.
183. Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2007; 13: 55-60.
184. Petro-Nustus W, Mikhail BI. Factors associated with breast self examination among Jordanian women. *Public Health Nurs* 2002; 19: 263-271.
185. Uncu F, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 7: 167-175.

186. Başak F. Konya ili, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science* 2016; 1: 19-24.
187. Güçlü S, Tabak RS. Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self examination. *J Breast Health* 2013; 9: 18-22.
188. Yılmazel G. Determining practicing of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Çorum. *J Breast Health* 2013; 9: 82-87.
189. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *J Breast Health* 2015; 11: 31-38.
190. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 9: 26-34.
191. Budden L. Student nurses' breast self-examination health beliefs, attitudes, knowledge, and performance during the first year of a preregistration degree program. *Cancer Nursing* 1999; 22: 430-437.
192. Lu ZY. Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 163-170.
193. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB. Asian Indian Women: Knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nursing* 2001; 18: 357-375.
194. Aydın İ. Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgileri ve Uygulamaları. XV. Ulusal Kanser Kongresi Bildirileri, Antalya, 2003.
195. Karahan A, Topuzoğlu A, Harmancı H. Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Diyarbakır: 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2002: 666.

196. Orhan S. Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki Düşünce ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002.
197. Zincir H. Malatya İl Merkezinde 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2000.
198. Alpteker H, Gümüş D, Doğan S, Bilir S, Önal M. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *The Journal of Breast Health* 2011; 7: 176-181.
199. Gerçek S, Duran O, Yıldırım G, Karayel H, Demirliçakmak H. Kredi yurtlar kurumunda kalan kız öğrencilerinin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4: 157-161.
200. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003; 53: 27-43.
201. Gençtürk N. Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *The Journal of Breast Health* 2013; 9: 5-9.
202. Odusanya OO, Tayo OO. Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica* 2001; 40: 844-848.
203. Ruffin MT, Gorenflo DW, Woodman B. Predictors of screening for breast, cervical, colorectal and prostatic cancer among community-based primary care practices. *JABFP* 2000; 13: 1-10.
204. İlhan N, Çöl AG, Tanboğa E, Şengül A, Batmaz M. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları. *J Breast Health* 2014; 10: 147-153.
205. Smith C, Maurer F. *Community health nursing theory And practice*. WB Saunders Company, 2000; 175-176.

206. Aslan EF, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 63-68.
207. Seçginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 161-171.
208. Aksoy YE, Turfan EC, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health* 2015; 11: 26-30.
209. Champion VL, Skinner CS, Foster JL. The Effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs, knowledge and behaviour related to mammography screening. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 1565-1570.
210. Ahmad F, Cameron JI, Stewart DE. A Tailored intervention to promote breast cancer screening among south asian immigrant women. *Social Science and Medicine* 2005; 60: 575-586.
211. DüNDAR PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu G. The Knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 43: 1-9.
212. Koç Z, Sağlam S. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *J Breast Health* 2009; 5: 25-33.
213. Edwards SA, Chiarelli AM, Stewart L, Majpruz V, Ritvo P, Daha V. Predisposing factors associated with compliance to biennial breast screening among centers with and without nurses. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 3: 739-747.
214. Ceber E, Türk M, Çiçeklioğlu M. The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs* 2010; 19: 2363-2371.
215. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, İyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 189-201.
216. Avcı IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12: 127-133.

217. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *J Breast Health* 2008; 4: 16-20.
218. Şen S, Başar F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *J Breast Health* 2012; 8: 185-190.
219. Canbulat N, Uzun O. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Eur J Oncol Nurs* 2008; 12: 148-156.
220. Gürsoy AA, Mumcu HK, Çalık KY, Bulut HK, Nural N, Kahrıman I, et al. Attitudes and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among Turkish women. *J Transcult Nurs* 2011; 22: 368-375.
221. Nur N. Breast cancer knowledge and screening behaviors of the female teachers. *Women & Health* 2010; 50: 37-52.
222. Gür K, Kadioğlu H, Sezer A. İstanbul'da bir mahallede yaşayan kadınların meme kanseri riskleri ve KKMM eğitiminin etkinliği. *J Breast Health* 2014; 10: 154-160.
223. Juan HS, Kim M, Shankar S, Han W. Predictors of adherence to screening mammography among Korean-American women. *Prev Med* 2004; 39: 474-481.
224. Ahmad F, Stewart DE. Predictors of clinical breast examination among South Asian immigrant women. *J Immigr Health* 2004; 6: 119-126.
225. Paskett ED, Tatum C, Rushing J, Michielutte R, Bell R, Foley KL, Bittoni M, Dickinson S. Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a triracial rural population. *Cancer* 2004; 101: 2650-2659.
226. Davis C, Emerson JS, Husaini BA. Breast cancer screening among African American women: adherence to current recommendations. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16: 308-314.
227. American Cancer Society, American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. 20.12.2016.
(<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>)

228. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Attitude and practice on breast health in west Anatolian women sample. *Breast J* 2007; 13: 218-219.
229. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioğlu N, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. *J Breast Health* 2009; 5: 215-224.
230. Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2011.
231. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. *J Cancer Educ* 2009; 24: 127-128.
232. Yıldırım AD, Özaydın AN. İstanbul Moda’da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. *J Breast Health* 2014; 10: 47-56.
233. Tu SP, Yasui Y, Kuniyuki AA, Schwartz SM, Jackson JC, Hislop TG, Taylor V. Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer* 2003; 97: 1293-1302.
234. Achat H, Close G, Taylor R. Who has regular mammograms? Effects of knowledge, belief, socioeconomic status, and health-related factors. *Prev Med* 2005; 41: 312-320.
235. David MM, Ko L, Prudent N, Grren EH, Posner MA, Freund KM. Mammography use. *J Natl Med Assoc* 2005; 97: 253-261.
236. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Med J* 2014; 15: 154-160.
237. Berg WA. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next? *AJR Am J Roentgenol* 2009; 192: 390-399.

- 238.** Kudadjie-Gyamfi E, Consedine N, Magai C, Gillespie M, Pierre-Louise J. Breast self-examination practices among women from six ethnic groups and the influence of cancer worry. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 92: 35-45.



12. Medeni durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3. Eşi ölmüş 4.Boşanmış 5.Ayrı yaşıyor

Bekar olanlar 23. Soruya geçiniz.

13. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?.....

14. Çocuğunuz var mı?

1. Evet, ise sayısı..... 2. Hayır

15. Çocuklarınızı emzirdiniz mi?

1. Evet, ise ortalama olarak kaç ay emzirdiniz 2. Hayır

16. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?.....

17. İlk doğumunuzda kaç yaşındaydınız?.....

18. Son doğumunuzda kaç yaşındaydınız?.....

19. Toplam gebelik sayınız:.....

20. Canlı doğum sayınız:.....

21. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

22. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden kullandıklarınız oldu mu?

Hapay/yıl kullandım/kullanıyorum

Deri altı implant-norplant ay/yıl kullandım/kullanıyorum

Enjeksiyon ay/yıl kullandım/kullanıyorum

Hormonlu rahim içi araç (RİA)ay/yıl kullandım/kullanıyorum

Hormonsuz rahim içi araç (RİA)ay/yıl kullandım/kullanıyorum

Diğer.....

23. Herhangi bir nedenle hormonal tedavi aldınız mı?

1. Evet.....ay/yıl.....nedeniyle aldım. 2. Hayır

Meme kanseri erken teşhisinde Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi ve Mamografi yöntemleri vardır. Aşağıdaki sorular bu yöntemlerle ilgilidir.

24. Sizce meme kanserine yatkınlık oluşturan risk faktörleri nelerdir.

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1- Yaşlanma | 9- Şişmanlık ve yağlı beslenme |
| 2 -Hiç doğum yapmamak | 10- Oral kontraseptif kullanma |
| 3- İlk doğumu 30 yaş üzerinde yapmak | 11- Bebeğini az emzirme |
| 4- Geç menopoza (55 yaş sonrası) | 12- Radyasyona maruz kalma |
| 5- İlk adetin erken yaşta olması | 13- Alkol kullanma |
| 6- İyi huylu meme hastalığı geçirme | 14- Hormonal Replasma Tedavisi |
| 7- Bir memede kanser olması | 15- Spor yapmamak |
| 8- Yakın akrabada (anne, kız, kız kardeş, teyze) meme kanseri olması | |

25. Doğum yapmamanın meme kanseri üzerine olan etkisi konusunda ne düşünüyorsunuz?

1. Meme kanserine karşı olumlu yönde etkilidir. Neden?.....
2. Meme kanserine karşı olumsuz yönde etkilidir. Neden?.....

26. Emzirmenin meme kanseri insidansını azalttığını düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

27. Bir kadın Kendi Kendine Meme Muayenesine (KKMM) kaç yaşında başlamalıdır?

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| 1. İlk menstrüasyon(mens) sonrası | 2. 15 yaşında |
| 3. 20 yaşında | 4. 30 yaşında |

28. Kendi Kendine Meme Muayenesi ne kadar sıklıkla yapılmalıdır?

1. Her hafta
2. İki haftada bir
3. Her ay
4. 6 ayda bir

29. Ayın hangi dönemlerinde Kendi Kendine Meme Muayenesini uygulamak gerekir?

1. Ayın herhangi bir günü
2. Mens'ten hemen önce
3. Menstrüasyon başlamasından 5-7 gün sonra
4. Menstrüasyon bitiminden 4-8 gün sonra

30. **Menopoz sonrası** Kendi Kendine Meme Muayenesi ne zaman yapılmalıdır?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sadece östrojen alındığı zaman | 2. Her ayın belli bir gününde |
| 3. 6 ayda bir | 4. Yılda bir |

31. Siz Kendi Kendine Meme Muayenesi'ni doğru yaptığınıza inanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Emin değilim
32. Ayakta KKMM yapılırken doğru duruş nasıl olmalıdır? **(birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
1. Ayakta kollar iki yanda sarkık ve gevşek
2. Ayakta kollar belde
3. Ayakta kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış
4. Ayakta kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş
5. Oturarak kollar belde
33. Yatar pozisyonda KKMM nasıl olmalıdır?
1. Sırtüstü yatarken omzunuzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirdikten sonra o elinizi başınızın altına koyarak, diğer el vasıtasıyla
2. Sırtüstü yatarken, bir el vücuda paralel yan tarafta dururken diğer el vasıtasıyla
3. Yüzüstü yatarken, bir el başın arkasında diğer el vasıtasıyla
4. Sırtüstü yatarken iki el ile birlikte
34. Sizce memede ki ne tür değişiklik olması durumunda , kadınlar meme kanseri şüphesiyle doktora gitmelidir? **(birden fazla seçenek işaretlenebilir)**
1. Meme ucunda kanlı akıntı
2. Memede kitle
3. Meme dokusunda buruşukluk
4. Meme dokusunda çukurlaşma
5. Meme renginde değişiklik
6. Memelerden birinde anormal büyüme
7. Bir memenin diğerinden anormal sarkık olması
8. Meme komşu lenf nodlarında büyüme
9. Üst kolda anormal şişlik
35. Kendi Kendine Meme Muayenesi uygularken en uygun el tekniği nedir?
1. Elin ayası ile dairesel bir hareket
2. Orta üç parmağın iç yüzü ile dairesel hareket
3. Meme dokusunu baş ve işaret parmağı arasına alarak
4. Elin ayası ile dikey hareket
36. Hangi tip meme başı akıntısı meme kanserini düşündürmelidir?
1. Tek taraflı sarı meme başı akıntısı 2. Çift taraflı sarı meme başı akıntısı
3. Renksiz ve kokusuz meme akıntısı 4. Tek taraflı kanlı meme başı akıntısı

37. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Soru 37'e cevabınız EVET ise ne sıklıkla yapıyorsunuz?

1. Her ay (düzenli) 2. Bazen: (düzensiz) 3. Gerekliliğini düşündüğümde

Soru 37'e cevabınız HAYIR ise neden yapmıyorsunuz?

.....

38. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında nereden bilgi edindiniz?

.....

39. Siz Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

40. Sizce klinik meme muayenesine kaç yaşında başlanmalı?

.....yaşında

41. Klinik meme muayenesi **40 yaşından önce** ne sıklıkla yapılmalıdır?

.....ayda/yıldakez

42. Klinik meme muayenesi **40 yaşından sonra** ne sıklıkla yapılmalıdır?

.....ayda/yıldakez

43. Hiç klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

Soru 43'a cevabınız HAYIR ise 45. soruya geçiniz

Soru 43'a cevabınız EVET ise ne sıklıkta yaptırdınız?

1. 6 ayda bir 2. Yılda bir 3. 2 yılda Bir 4. Diğer.....

44. Klinik meme muayenesini neden yaptırdınız?

1. Meme kanserine önlem, erken tanı 2.Hastalık 3.Diğer.....

45. Mamografi uygulamasıyla ilgili hangisi doğrudur?

1. 40 yaşından sonra yılda 1 defa
2. 40 yaşından sonra 2 yılda 1 defa
3. 50 yaşından sonra yılda 1 defa
4. 50 yaşından sonra yılda 2 defa

46. Şu ana kadar hiç mamografi yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

Soru 46'ya cevabınız **HAYIR** ise **48.** soruya geçiniz

Soru 46'ya cevabınız **EVET** ise ne sıklıkta yaptırdınız?

1. 6 ayda bir 2. Yılda bir 3. 2 yılda bir 4. Diğer.....

47. Neden mamografi yaptırdınız?

1. Meme kanserine önlem, erken tanı 2. Hastalık 3. Diğer.....

48. Önceden geçirilen meme hastalığınız (fibrokistik hastalık, fibroadenom vb.) var mı?

1. Evet 2. Hayır

49. Birinci derece akrabalarınızda (anne, kız kardeş, kız evlat, teyze v.b.) meme kanseri öyküsü var mı?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

Soru 49'a cevabınız **EVET** ise kaç kişi ve yakınlık dereceleri nedir?

.....

50. Şu ana kadar memenize tanı amaçlı herhangi bir invaziv girişim (**biyopsi** v.b.) yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır

Soru 50'ye cevabınız **EVET** ise; kaç kez biyopsi alındı?.....

51. Yaptırdığınız biyopsilerin en az biri atipik hiperplazi ile sonuçlandı mı?

1. Hatırlamıyorum 2. Evet 3. Hayır

52. Meme kanseri konusundaki bilgilerinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Yeterli 2. Orta 3. Yetersiz

53. Meme kanseri ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

54. Meme kanseri ile ilgili bilimsel yayınları ne sıklıkta takip ediyorsunuz?

1. Evet sürekli 2. Zaman zaman 3. Hayır

55. KKMM konusunda çevrenizdeki kişilere eğitim yapıyor musunuz ?

- | | | | |
|----------------|---------|----------|----------|
| Hastanede: | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Bazen |
| Yakın çevreme: | 1. Evet | 2. Hayır | 3. Bazen |

56. Overlerin cerrahi yolla çıkartılması meme kanseri riskini sizce nasıl etkiler?

1. Arttırır
2. Azaltır
3. Bilmiyorum

57. Siz meme kanseri açısından risk gurubunda olduğunuzu düşünüyor musunuz ?

1. Evet (..... nedenle)
2. Hayır
3. Bilmiyorum



EK-2.

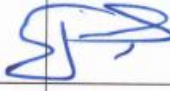
T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
13.10.2015	18	01	Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ

KARAR

“Elazığ İli Fırat Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)		Bulunmadı	
Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)		Prof. Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Üye)	İmza
Prof. Dr. Süleyman Serdar KOCA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza
Prof. Dr. Sefa KAZANÇ (Üye)	İmza	Prof. Dr. Ertan EVİN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	Bulunmadı	Doç. Dr. Fatih FIRDOLAŞ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Yalın Kılıç TÜREL (Üye)	İmza	Doç. Dr. Alper Osman ÖĞRENMİŞ (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Murat SUNKAR (Üye)	İmza	Doç. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	İmza

EK-3.

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/10/2015-33086



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Firat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı :19003918/663.09/
Konu :Tez Çalışması (Doç.Dr.Edibe PİRİNÇCİ, Arş.Gör.Ufuk ACAR hk.)

Sayın Doç.Dr. Edibe PİRİNÇCİ

İlgi :23/10/2015 tarihli, 1 sayılı ve "Bilgi(Dr Ufuk ACAR)" konulu yazı

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Ufuk ACAR'ın, yönetiminizdeki "**Elazığ İli Firat Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgileriniz ile gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Muhammed Said BERİNGEN
Üniversite Hastanesi Başhekimliği

Evrak Doğrulamak İçin : <https://ebys.firat.edu.tr/enVision/Dogrula/8A3BMUN>
Firat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Ayrıntılı bilgi için irtibat: Emine KAHRAMAN
Tel: 0 (424) 233 35 55 Faks: 0 (424) 0
E-Posta: halksalkisiler@firat.edu.tr Elektronik ağ:http://ftm.firat.edu.tr/



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

7. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Mersin’de doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Mersin’de tamamladım. 2012 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. 2013’de Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Evli ve bir çocuk babasıyım.

