

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ ERKEN
TANI UYGULAMALARI KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**FATOŞ KARAKUŞ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nevzat BİLGİN**

MALATYA-2008

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE
HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ ERKEN
TANI UYGULAMALARI KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

FATOŞ KARAKUŞ

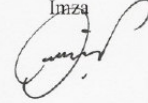
Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Nevzat BİLGİN

MALATYA-2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı, Danışman: Yrd.Doç.Dr. Nevzat BILGIN
İnönü Üniversitesi

İmza


Üye: Doç.Dr.Özge UZUN
İnönü Üniversitesi



Üye: Doç.Dr.Saim YOLOĞLU
İnönü Üniversitesi



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Tayfun GÜLDÜR
Enstitü Müdürü

ÖZET

MALATYA İL MERKEZİNDE BULUNAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ ERKEN TANI UYGULAMALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Bu araştırma birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma Malatya’da bulunan 25 sağlık ocağında gerçekleştirilmiştir ve araştırmanın evrenini 235 ebe ve 127 hemşireyi içermektedir. Araştırmanın tipi kesitseldir.

Verilerin toplanmasında 41 sorudan oluşan anket formu kullanılmış ve verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bütün veriler sayı ve yüzde olarak alınmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde de “Pearson Ki-Kare” testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalamaları 35.8, hemşirelerin yaş ortalamaları 34.1 ’dir. Bu grubun %51.7’si (n=187) ön lisans, %39.8’i (n=144) sağlık meslek lisesi, %8.5’i (n=31) de lisans mezunudur. Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %89.2’si (n=323) evlilerden oluşmakta, %93.7’si (n=312) ise 1 veya daha fazla çocuk sahibi olduklarını bildirmektedir.

Araştırmaya katılanların KKMM uygulama oranı %56.1’i (n=203) olup, ebe ve hemşirelerin %15.5’i (n=56) bu uygulamayı düzenli, %40.6’sı (n=147) düzensiz olarak yapmaktayken %43.9’u (n=159) ise hiç yapmamaktadır. Araştırmaya katılanların yaklaşık 48 %’i (n=172) KKMM uygun tekniğini tam bilmekte, %42.3’ü (n=153) eksik bilmekte ve %10.2’si (n=37) ise bu yöntemi hiç bilmemektedir.

Araştırmaya katılanlar arasında %40.3'ü (n=146) klinik meme muayenesi yaptırmış, %59.7'si (n=216) ise şimdiye kadar hiç klinik meme muayenesi yaptırmamıştır. Araştırma grubunun sadece %25.4'ü (n=92) mammografi yaptırmış, %74.6'sı (n=270) ise hiç mammografi yaptırmamıştır.

Meme kanserinin erken tanısı için oldukça önemli olan bu üç yöntemi birlikte uygulama oranı ise araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerde sadece %13.8 (n=50)'dir.

KKMM yapmayan ebe ve hemşirelerin %40.3'ü (n=64) ihmal nedeniyle, %32.7'si (n=52) unuttuğu için ve %27.0'si (n=43) ise meme kanseri için herhangi bir risk taşıdıklarına inanmadıkları için KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Klinik meme muayenesinden geçen ebe ve hemşirelerin %51.3'ü (n=75) herhangi bir meme hastalığının olmasına bağlı olarak, %42.5'i (n=62) ise erken tanı amaçlı olarak klinik meme muayenesine başvurduklarını belirtmişlerdir. Mammografi yaptırmış olan ebe ve hemşirelerin %55.4'ü (n=51) ise herhangi bir meme hastalığının olmasına bağlı olarak, %37.0'si (n=34) ise erken tanı amaçlı mammografi yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma sonucunda; ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulama yöntemleri hakkında eksikliklerinin eğitimle desteklenmesi önerilmiştir.

Anahtar sözcükler: Ebe, erken tanı, hemşire, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mammografi, meme kanseri, sağlık ocakları.

ABSTRACT

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR OF MIDWIVES AND NURSES WORKING IN PRIMARY HEALTH SERVICES ON BREAST CANCER EARLY DIAGNOSIS PRACTICES IN CENTRAL MALATYA

Aim of this study was to determine knowledge, attitude and behavior of the midwives and nurses working in primary health services on breast cancer early diagnosis practices. This study carried out in 25 village clinics in Malatya, and the sample included in 235 midwives and 127 nurses. Type of study was cross-sectional.

The data were collected from a supplied survey form containing 41 questions and the statistical analysis of the data was carried out by using SPSS 15.0 software. The statistical significance of the data was evaluated by Pearson's chi-square test.

The average age of the midwife and nurses who attended to the survey (subjects), was 35.8 years for midwives and was 34.1 years for nurses. The education level of the participants varies as; 51.7 % (n=187) health professional high school, 39.8 % (n=144) health school (high school) and 8.5 % (n=31) bachelor degrees. It was founded that, 89.2 % (n=323) of the participants are married and 93.7 % (n=312) of them have 1 or more children.

Performance rate of breast self examination (BSE) rate was 56.1 % (n=203) among the participants, 15.5 % (n=56) of the midwives and nurses applies BSE regularly, but 40.6 % (n=147) irregularly, while 43.9 % (n=159) does not apply at all. Approximately forty-eight of participants had adequate knowledge about BSE technique and, 42.3 % (n=153) of them had unadequate knowledge about it and 10.2 % (n=37) had no knowledge at all. Among participants 40.3 % (n=146) had clinical breast examination, but 59.7 % (n=216) did not have the exam at all. Only, 25.4 % (n=92) of the participants had a mammogram exam but, 74.6 % (n=270) did not.

These three methods which are important for early diagnosis of breast cancer were used together only 13.8 % (n=50) of the midwives and nurses participating of the research. The subjects who weren't performed the BSE stated their excuses as; neglection 40.3 % (n=64), forgetfulness 32.7 % (n=52) and 27.0 % (n=43) believing not to have the risk for breast cancer.

The midwives and nurses who had clinical breast exam explained the reason as; having a breast disease (51.3 %, n=75) and probable early diagnosis (42.5 %, n=62). Additionally, the subjects who had a mammogram exam explained the reason as having a breast disease in 55.4 % of them (n=51) and probable early diagnosis in 37.0 % of them(n=34).

In the results of study, it is suggested that midwives and nurses should be support by education their deficiencies about breast cancer early diagnosis practices.

Key words: Midwife, early diagnosis, nurse, breast self examination, clinical breast exam, mammography, breast cancer, village clinics.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, her türlü eğitici ve öğretici desteğini esirgemeyen sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Nevzat BİLGİN'e,

Tez dönemim boyunca, özellikle istatistik değerlendirmelerimde çok büyük emeği geçen sayın hocam Doç. Dr. Saim YOLOĞLU'na,

Ayrıca araştırmanın uygulama aşamasına katılarak bu tezin verilerinin oluşmasını sağlayan ebe ve hemşirelere,

Her zaman yanımda olan ve sürekli destek olan sevgili aileme teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1-Kanser.....	3
2.1.1-Kanser Epidemiyolojisi.....	3
2.2-Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	6
2.3- Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	8
2.4- Meme Kanserinde Erken Tanının Önemi ve Korunma.....	11
2.4.1- Meme Kanserinde Birincil Korunma.....	11
2.4.2 Meme Kanserinde İkincil Korunma.....	12
2.4.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	13
2.4.2.2. Klinik Meme Muayenesi.....	16
2.4.2.3. Mammografi.....	17
2.4.3. Meme Kanserinde Üçüncül Korunma.....	19
2.5. Meme Kanseri Tedavisi.....	19
2.6. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	22
2.6.1. Kişi Özellikleri	22
2.6.2. Yer Özellikleri.....	33
2.7. Meme Kanserinin Önlenmesinde Sağlık Personelinin Rolü.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1.Araştırmanın Türü.....	37
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	37
3.3.Araştırmanın Evreni.....	37
3.4.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	37

3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi.....	39
3.6.Etik İlkeler.....	39
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
3.8.Araştırmaya Katılım Oranı.....	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR.....	80
EKLER	
EK. I: Anket Formu.....	89
EK II: Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	96

ŞEKİLLER DİZİNİ	Sayfa No
Şekil 2.1. Dünya’da Görülen Kanser Ölümünün Tümü Ölümlerdeki Payı.....	4
Şekil 2.2. 2005’de Türkiye’de Görülen Ana Ölüm Nedenleri.....	5
Şekil 2.3. 2030’da Türkiye’de Beklenen Ana Ölüm Nedenleri.....	5
Şekil 2.4. Meme Anatomisi.....	7
Şekil 2.5. Patolojik Meme Baş Akıntısı.....	9
Şekil 2.6. Memede Portakal Kabuğu Görünümü.....	10
Şekil 2.7. Meme Ucunun İçe Çökmesi (Meme Ucu Retraksiyonu).....	11
Şekil 2.8. KKMM’nde Memelerin Eller Kalçadayken Gözlemlenmesi.....	14
Şekil 2.9. KKMM’nde Memelerin Eller Havadayken Gözlemlenmesi.....	14
Şekil 2.10. Elle Muayenede Yukarıdan-aşağıya, Aşağıdan yukarıya, Dairesel veya Işınsal Olarak Yapılacak Tarama Yöntemleri.....	14
Şekil 2.11. Yatar Pozisyonda Elle Muayenede Sağ Memenin Değerlendirilmesi.....	15
Şekil 2.12. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi.....	15

TABLolar DİZİNİ	Sayfa No
Tablo 2.1: Kadınlarda En Çok Görülen On Kanser Türü,2003.....	6
Tablo 2.2: Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Bu Risk Faktörlerini Taşıyor Olmanın Yarattığı Rölatif Risk.....	8
Tablo 2.3: Yaş Gruplarına Ve Uygulama Sıklıklarına Göre Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri.....	13
Tablo 4. 1: Ebe ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	40
Tablo 4. 2: Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri	41
Tablo 4. 3: Mesleğe Göre KKMM Yapma Durumu.....	42
Tablo 4.4: Yaş Gruplarına Göre KKMM Yapma Durumu.....	43
Tablo 4.5: Eğitim Düzeyine Göre KKMM Yapma Durumu.....	43
Tablo 4.6: Önceden Meme Hastalığı Olanların KKMM Yapma Durumu.....	44
Tablo 4.7: Meme Kanseri Aile Öyküsü Olanların KKMM Yapma Durumu.....	44
Tablo 4.8: Mesleğe Göre KKMM Uygun Tekniğini Bilme Durumu.....	45
Tablo 4.9: Yaş Grubuna Göre KKMM Uygun Tekniğini Bilme Durumu.....	45
Tablo 4.10: Eğitim Durumuna Göre KKMM Uygun Tekniğini Bilme Durumu.....	46
Tablo 4.11: KKMM Yapanların KKMM Uygun Tekniğini Bilme Durumu.....	46
Tablo 4.12: Meme Hastalığı Olma Durumuna Göre KKMM Uygun Tekniğini Bilme Durumu.....	47
Tablo 4.13: Mesleğe Göre Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu.....	48
Tablo 4.14: Yaş Gruplarına Göre Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu.....	48
Tablo 4.15: Eğitim Düzeyine Göre Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu.....	49

Tablo 4.16: Meme Hastalığı Olma Durumuna Göre Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu.....	49
Tablo 4.17: Meme Kanseri Aile Öyküsü Olanların Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu.....	50
Tablo 4.18: Mesleğe Göre Mammografi Çektirme Durumu.....	50
Tablo 4.19: Yaş grubuna Göre Mammografi Çektirme Durumu.....	51
Tablo 4.20: Eğitim Düzeyine Göre Mammografi Çektirme Durumu.....	51
Tablo 4.21: Meme Hastalığı Olma Durumuna Göre Mammografi Çektirme Durumu.....	52
Tablo 4.22: Meme Kanseri Aile Öyküsü Olanların Mammografi Çektirme Durumu.....	52
Tablo 4.23: Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerinin İkisini ya da Üçünü Birlikte Uygulama.....	53
Tablo 4. 24: Ebe ve Hemşirelerin KKMM Yapmama Nedenleri.....	54
Tablo 4.25: Ebe ve Hemşirelerin Klinik Meme muayenesi Yaptırma ve Mammografi Çektirme Nedenleri.....	54

1.GİRİŞ

Kanser, sık görülmesi ve öldürücülük oranının yüksek olması nedeniyle dünyada ve yurdumuzda önemi giderek artan en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyadaki tüm ölüm nedenleri arasında kanser %13'lük oranla (7,6 milyon ölüm) kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre 2005 yılında ölüm nedenleri arasında kanser %11,7 oranı ile ilk 3 ölüm nedeni arasına girmiştir (1,2,3).

Dünyada 1950'den bu yana meme kanseri insidansı giderek artmaktadır. Meme kanseri insidansındaki artışa paralel olarak mortalite oranı da artmaktadır (4). Kadınlarda görülen kanserlerin %26'sını meme kanseri oluşturmaktadır ve meme kanseri bütün kanser ölümlerinin %15'ini oluşturmaktadır (5).

Meme kanseri insidansı ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. ABD'de her 8 kadından biri, Avustralya'da 13 kadından biri, Japonya'da 50 kadından biri tüm yaşamları boyunca meme kanseri olma riski ile karşı karşıyadır. Türkiye'de ise kanser istatistik verileri yetersiz olup, son sağlık istatistiklerine göre meme kanserinin görülme oranının %26.58 olduğu bildirilmektedir (4,6).

Meme kanserinin etiolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, daha önce malign ya da bening meme kanseri öyküsünün olması, aile öyküsü, ırk, menstrual öykü (erken menarş ve geç menopoz),ilk gebelik yaşı, alkol tüketimi, yağdan zengin diyet ile beslenme, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi yer almaktadır (7,8,9).

Meme kanseri bu kadar yaygın ve önemli bir sağlık sorunu olmakla birlikte, erken tanısı konulabilen bir kanser türüdür. Tanısı erken konulabildiğinde başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mammografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca yöntemlerdir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu tüm asemptomatik kadınların 20–39 yaşları arasında her ay düzenli olarak KKMM yapmasını, her 3 yılda bir klinik meme muayenesinden geçmesini; 40 yaş ve üstünde ise yine aylık KKMM ile yıllık klinik meme muayenesi ve mammografi yaptırmasını önermektedir (2,10).

Sağlık çalışanlarının meme kanserini tanılamada, meme kanserinin belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirlemede ve erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında toplumun eğitiminde vazgeçilmez rolü vardır. Bu nedenle sağlık çalışanları meme kanseri konusunda geniş bilgi sahibi olmalı ve meme kanserine yönelik tarama davranışlarını uygulamada becerili ve deneyimli olmalıdırlar. Ancak ülkemizde bu yöndeki çalışmalar sağlık çalışanlarının meme kanseri ve KKMM konusuna ilişkin bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığını düşündürmektedir. Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %28.6'sının bu muayeneyi düzenli yaptıkları belirtilmiştir (11). Karahan ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin her ay düzenli olarak KKMM uygulama oranlarının %49.1 olduğu belirtilmektedir (12). Canbulat'ın 2006 yılında yaptığı çalışmasında ise Erzurum'da çalışan ebe ve hemşirelerin her ay düzenli KKMM uygulama oranlarının %21.9 olduğu bildirilmektedir(13). Uzun ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin sadece %31'inin düzenli olarak her ay meme muayenesi yaptığını belirtilmiştir(14).

Yukarıdaki çalışmalardan da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun KKMM konusunda istenilen düzeyde davranmamaları nedeniyle konuya ilişkin bilgi, tutum ve davranışların belirlenip uygun girişimlerin planlanması için bu alanda çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Bu araştırma, Malatya il merkezinde bulunan 25 sağlık ocağında görev yapan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1-Kanser

Kanser, mutasyonlar, karsinojen maddeler, virüsler, x ışınları gibi etkilerle değişime uğramış hücrelerin gerek olduğu organda gerekse yayılma yoluyla uzak doku ve organlarda kontrolsüz olarak çoğalıp büyümelerinin sonucu oluşan malign hastalıklar grubudur (15,16,17).

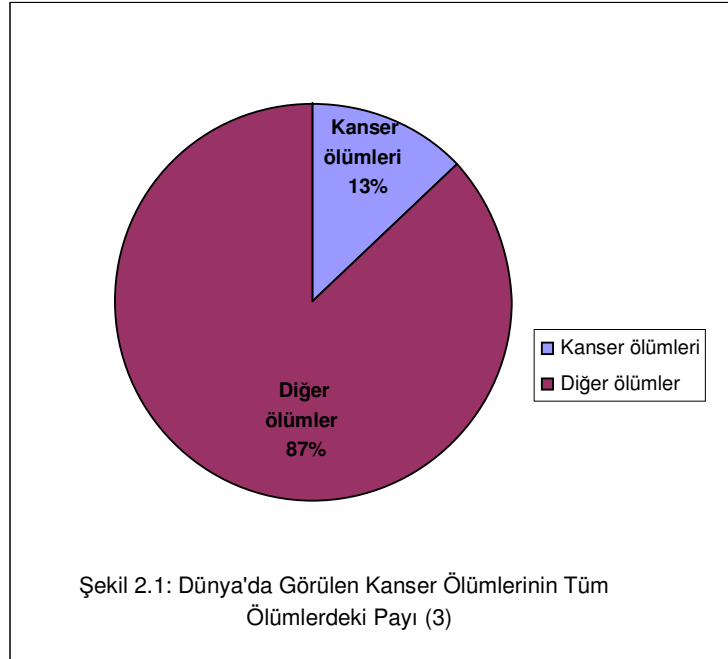
İhtiyaç olduğunda vücut hücreleri belirli bir kontrol altında yeni hücre oluşturmak için büyür ve bölünür ya da yaşlanarak ölürler ve yerlerini yeni hücreler alır. Ancak bazen bu sıralı işleyişin düzeni bozulur. Hücreler ihtiyaç olmadığı halde çoğalmaya devam edebilirler ya da yaşlı hücreler ölmesi gerektiği halde ölmezler ve yeni hücreler oluşturmaya devam ederek tümör adını verdiğimiz doku topluluğunu oluştururlar. Tümör kelimesi hem iyi huylu kitlelerde (benign tümörler) hem de kötü huylu kitlelerde (malign tümörler) kullanılan bir terimdir. İyi huylu tümörler, genellikle çıkarıldığında yeniden üremeyen, tedavi edilebilen, çevre dokulara ve organlara yayılmayan ve yaşamı ciddi boyutta tehdit etmeyen tümörlerdir. Kötü huylu tümörler ise çevre doku ve organlara yayılan (metastaz) , çıkarılmasına rağmen yeniden üreme riski bulunan ve yaşamı ciddi boyutta tehdit eden tümörlerdir (15,16,17).

2.1.1-Kanser Epidemiyolojisi

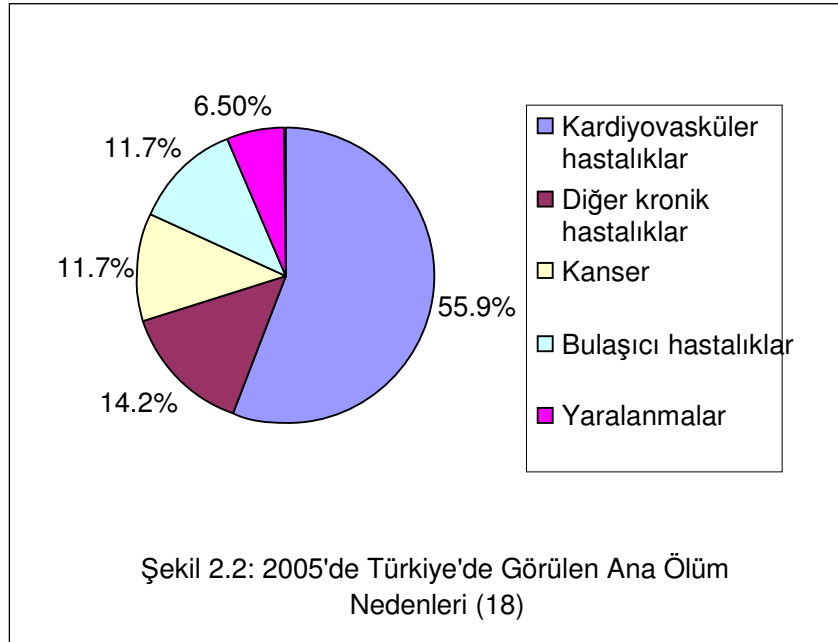
Kanser, tüm dünyada ve yurdumuzda boyutları giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu niteliğindedir. Tanı olanaklarının ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artması ile her yıl daha çok kanser vakası tanılanmaktadır. Ayrıca enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması; diğer hastalıklara karşı etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaşama standartlarının yükselmesi ile

ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı yaşlı nüfusun artması; toplumun bilgi seviyesinin yükselmesi ve kanser tedavisinde gelişmeler nedeni ile daha çok hastanın hekime başvurması ve gelişen teknoloji ile çevresel karsinojenlere maruziyetin artışı kanser sıklığını artıran etkenlerdir (1,2).

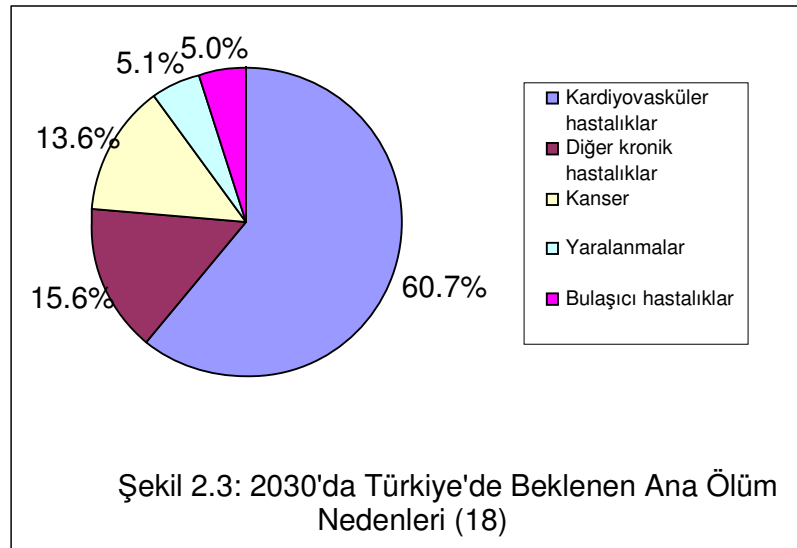
Dünyadaki ölüm nedenlerine baktığımızda kardiyovasküler sistem hastalıkları %30'luk oranla (17.5 milyon ölüm) en başta gelirken, %13'lük oranla (7.6 milyon ölüm) kanser ilk sıralarda yer almaktadır. (Şekil 2.1) Kanserden ölüm oranı sürekli artmaya devam etmekte, 2015 yılında 9 milyon, 2030 yılında ise 11.4 milyon insanın kanserden öleceği tahmin edilmektedir (3).



Türkiye'de ölüm nedenleri de dünyadaki ölüm nedenleri ile paralellik göstermektedir. DSÖ'nün sitesinde yayınlanan "Kanser" hakkındaki rapora göre 2005 yılında Türkiye'de görülen ölüm nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları %55.9 oranı ile yer alırken, %11.7 oranında görülen kanserin ilk 3 ölüm nedeni arasına girdiği görülmektedir (18). (Şekil 2.2)



DSÖ'nün sitesinde yayınlanan "Kanser" hakkındaki rapora göre kanser görülme sıklığı artarak, Türkiye'de 2030 yılındaki ölümlerin %13.6'sını kanser ölümlerinin oluşturacağı ve kanser ölümlerinin ana ölüm nedenleri arasında yine ilk üç sırada yer alacağı tahmin edilmektedir (18). (Şekil 2.3)



Ülkemizde 1970'li yıllarda nedeni bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanser, son yıllarda daha sık görülmeye başladığından ve toplum sağlığı yönünden

giderek önem kazandığından 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. maddesi gereğince bildirim zorunlu hastalıklar arasına alınmış ve 1983 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan Kansere Savaş Daire Başkanlığı tarafından kanserle ilgili veriler toplanmaya başlanmıştır (1,2).

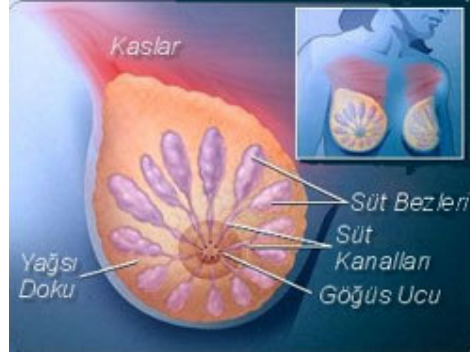
Ülkemizde 2003 yılında Sağlık Bakanlığı verilerine göre erkeklerde en çok görülen kanser türü %24.22 ile akciğer kanseri, %8.07 ile mide kanseri ve %7.53 oranı ile prostat kanseridir. Kadınlarda ise yine 2003 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre %26.58 oranı ile meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bunu %8.01 ile deri kanseri ve %5.53 ile mide kanseri en çok görülen kanser türleri olarak takip etmektedir (6). (Tablo 2.1)

Tablo 2.1: Kadınlarda En Çok Görülen On Kansere Türü,2003 (6)

ORGANLAR	OLGU SAYISI	%	İNSIDANS (100.000)
Meme	5634	26.58	16.25
Deri	1697	8.01	4.90
Mide	1173	5.53	3.38
Ovaryum	1137	5.36	3.28
Kalın Bağırsak	1007	4.75	2.90
Akciğer	926	4.37	2.67
Endometriyum	813	3.84	2.35
Tiroid	797	3.76	2.30
Serviks	763	3.60	2.20
Kemik İliği	743	3.51	2.14
Diğer	6508	30.70	18.77
Toplam	21198	100.00	61.15

2.2- Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri

Meme, lobüller (süt bezleri) ve duktuslardan (kanallar) oluşmaktadır. Bu lobülleri ve duktusları döşeyen hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine yayılarak çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir (19).(Şekil 2.4)



Şekil 2.4: Meme Anatomisi (16)

Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal ve sosyo-biyolojik etkenlerin rol aldığı bilinmesine rağmen etiyojisi net olarak aydınlatılamamaktadır. Meme kanseri tanısı almış kadınların %70-80'inin yukarıda belirtilen risk faktörlerini taşımadıkları bildirilmektedir (4). Yani, bu risk faktörlerini taşıyor olmak meme kanserine yakalanma olasılığını ortadan kaldırmamakta bu kişilerde meme kanserine yakalanabilmektedir. Söz konusu risk faktörlerini taşıyor olmak sadece meme kanserine yakalanma olasılığını artırmaktadır (4,20).

Meme kanseri risk faktörleri ve bu risk faktörleri taşıyor olmanın meme kanserine yakalanma rölatif riski Tablo 2.2'de ayrıntılı olarak verilmektedir.

(Tablo 2.2)

Tablo 2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Bu Risk Faktörlerini Taşıyor Olmanın Yarattığı Rölatif Risk (7,8,9)

RÖLATİF RİSK	FAKTÖR
RÖLATİF RİSK >4.0	<ul style="list-style-type: none"> • CİNSİYET (KADIN) • YAŞ (≥ 65) • MEME KANSERİNE NEDEN OLAN GENLERDE MUTASYON (BRCA-1 VEYA BRCA-2) • 1. DERECE AKRABALARINDA ERKEN YAŞLARDA MEYDANA GELEN 2 VEYA DAHA FAZLA MEME KANSERİ ÖYKÜSÜ
RÖLATİF RİSK 2.1- 4.0	<ul style="list-style-type: none"> • BİYOPSİ İLE SAPTANMIŞ ATİPİ İLE PROLİFERATİF LEZYONLAR • GÖĞÜS DUVARI ÜZERİNE RADYASYON • 1. DERECE AKRABALARINDA 1 MEME KANSERİ ÖYKÜSÜ
RÖLATİF RİSK 1.1 – 2.0	<ul style="list-style-type: none"> • İLK GEBELİK YAŞI (>30) • ERKEN MENARŞ (<12) • GEÇ MENOPOZ (>55) • OBEZİTE • LAKTASYON • HORMONAL KONTRASEPTİF KULLANIMI VE UZUN SÜRE HORMON REPLASMAN TEDAVİSİ ALMA
DİĞER	<ul style="list-style-type: none"> • ENDOMETRİUM, OVER KANSERİ GEÇİRME • ALKOL KULLANIMI • SOSYO-EKONOMİK DURUM • İRK

2.3-Meme Kanseri Belirti Ve Bulguları

Meme kanserinde bilinen erken belirti ve bulgular kitle, ağrı, meme başı akıntısı, memede forgue belirtisi, sarkıklık, meme derisinde ödem, ülserasyon, kızarıklık, retraksiyon belirtileri gibi fiziksel değişikliklerden oluşmaktadır (4,15,21,22).

Kitle: Meme kanseri olan hastaların yaklaşık %70-80' inde ilk bulgu olarak kitle ortaya çıkmaktadır. Kitle çoğu kez, rastlantı sonucu bulunan, geç evreler dışında ağrısız, 1-2cm büyüklüğünde olmaktadır. Kitle genelde sert, sınırları kısmen belirlenebilen ve hareketsiz yapıdadır. Kitle %48 oranında meme dokusunun yoğun olarak bulunduğu üst dış kadranda yer almaktadır. Bunu sırasıyla %17 ile santral kadranda, %15 ile üst iç kadranda, %11 ile alt dış kadranda ve %6 ile alt iç kadranda takip etmektedir (13,21,22,23,24).

Ağrı: Meme kanserinde sık görülen bir belirti değildir. Meme kanseri başlangıçta %90 oranında ağrısızdır, ağrı genellikle geç dönemde meydana gelmektedir (20,21,24).

Meme Başı Akıntısı: Memeye ait şikâyetlerle sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlarda %10' a varan oranlarda şikâyet nedeni olarak meme başı akıntısı bulunmaktadır. Meme başı akıntılarının çoğu fizyolojiktir. Gebeliğin son trimesterinde, laktasyonun başlangıç döneminde ya da adet dönemine yakın zamanlarda oluşan meme başı akıntısı fizyolojik olup herhangi bir hastalığa işaret etmemektedir. Fizyolojik meme başı akıntılarının en önemli özelliğinin de bilateral (çift taraflı) olduğu belirtilmektedir (20,21,22,23,25).

Patolojik meme başı akıntıları ise genellikle unilateral (tek taraflı), spontan, seröz, kanlı seröz ya da kanlı oluşmaktadır. Meme başı akıntısı bulunan 60 yaş altı kadınların %7'sinde kanser saptanırken, 60 yaş üstü kadınlarda bu oran %32'ye çıkmaktadır (23,25). (Şekil 2.5)



Şekil 2.5: Patolojik Meme Başı Akıntısı (21)

Forgue Belirtisi: Meme kanserinin bir belirtisi de memenin üst kadranslarda yer alan tümörlerde, meme başının tümörün bulunduğu üst kadrana doğru çekilerek yukarıda, dik ve dolgun olması durumudur. Buna forgue belirtisi denilmektedir (13,21,22).

Meme Derisinde Ödem, Eritem, Ülserasyon: Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek lenf damarlarının tıkanmasına ve lenf dolaşımının bozularak deride ödem oluşmasına neden olmaktadır. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini daha fazla tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulmakta, önce deri kızarmakta eritem oluşmakta, zamanla beslenmesi daha da bozularak ülserasyonlar gelişmektedir (22,24) .

Portakal Kabuğu Görünümü: İleri evre meme kanseri belirtisidir. Lenf damarları içerisinde artan tümör hücreleri lenf damarlarında daralmaya ve lenf akımının yavaşlamasına, bu da deri ve deri altı dokusunun aşırı beslenmesine yol açmaktadır. Aşırı beslenen deri kalınlaşmakta, kıl folikülleri içeri çekilmiş bir görünüm almakta ve memede portakal kabuğu görünümü (peau d'orange) oluşmaktadır (20,21,22,24). (Şekil 2.6)



Şekil 2.6: Memede Portakal Kabuğu Görünümü(21)

Retraksiyon Belirtileri: 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 meme de 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 (23). (Şekil 2.7)



Şekil 2.7: Meme Ucunun İçe Çökmesi (Meme Ucu Retraksiyonu) (21)

Lenf Nodüllerinde Büyüme: Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucu lenf nodüllerinin tıkanmasıyla oluşmaktadır (21,24).

Anormal Sarkıklık: Bir memenin diğer memeden anormal bir şekilde sarkık olması da kanser belirtisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (21). (Şekil 2.8)

2.4-Meme Kanserinde Erken Tanının Önemi Ve Korunma

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri olma riski %11'dir. Kanser oluşan kadınların sadece %25' inde tanımlanmış risk faktörleri saptanabilmekte, bu risk faktörlerinin önemli bir kısmı da kontrol edilemeyen (yaş, cinsiyet, ailesel yatkınlık, menstrual özellikler vb...) faktörler olarak değerlendirilmektedir (8).

Meme kanseri erken tanıldığında tedavi şansı çok artmakta olduğu için meme kanserinde erken tanı oldukça önemlidir. Meme kanserinin erken dönemde tanınması halinde yaşam süresi uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır (10).

2.4.1.Meme Kanserinde Birincil Korunma

Birincil korunma, birey ve grupların sağlığını daha iyiye götürmeyi ve özel önlemlerle optimal düzeydeki korunmayı amaçlayan çalışmaları içerir (26). Meme kanserinin birincil korunmasında meme kanseri etyolojisinde rol oynayan kontrol edilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınabilmesi önemlidir (27,28).

Meme kanseri riskini önlemede, düşük yağlı ve yüksek lifli gıdalarla beslenme, günlük alkol alımının azaltılması, haftalık 3–4 kez fiziksel aktivitede bulunulması, 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 (8).

2.4.2.Meme Kanserinde İkincil Korunma

Hastalıkların presemptomatik ya da belirtilerin çok hafif olduğu dönemde tanılanarak tedavi edilmesine ikincil korunma denir (26). İkincil korunma, erken tanı ve tedavi etkinliklerine yoğunlaşarak morbiditeyi ve mortaliteyi azalttığından oldukça önemlidir. Meme kanseri, erken tanı ile başarılı tedavilere ulaşılan bir kanser türüdür (8,10).

Meme kanserinde Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun erken tanı için önerdiği tarama yöntemleri, kendi kendine meme muayenesi* (KKMM), klinik meme muayenesi ve mammografidir. Meme kanserinin erken tanısında bütün tarama yöntemleri birbirini tamamlamakta ve birbirinden ayırt edilemeyecek düzeyde çok önemli olup hepsinin bir arada düzenli aralıklarla uygulanması gerekmektedir (2,10).

Meme kanseri erken tanısında kullanılan yöntemler yaş gruplarına ve uygulama sıklıklarına göre Tablo 2.3'te verilmektedir.

Tablo 2.3: Yaş Gruplarına Ve Uygulama Sıklıklarına Göre Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri (2,10)

YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20–39 yaş kadınlar	KKMM	Her ay
	KKMM + Klinik muayene	3 yılda bir
40 yaş ve üzeri kadınlar	KKMM	Her ay
	Klinik muayene Mamografi	Her yıl Her yıl

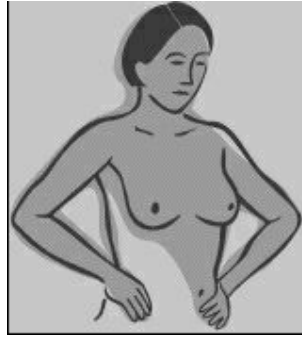
2.4.2.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, kadınların memelerini “kendi kendini muayene” yöntemiyle kontrol etmelerine denilen ucuz, risksiz, basit ve invaziv olmayan etkin bir yöntemdir (28,29).

KKMM, 20 yaşında başlayarak premenopozal dönemde her ay menstrasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günlerinde, postmenopozal dönemde ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. KKMM’ni emzirme döneminde emzirme sonlarında uygulamak gerekmektedir (10,20,29,30).

KKMM, gözle ve elle olmak üzere iki basamakta gerçekleştirilir (10,20,29,30).

Memelerin gözle değerlendirilmesi; iyi aydınlatılmış bir odada 5 ayrı pozisyonda yapılmalıdır. Ayna karşısına geçilip, eller kalçadayken (Şekil 2.8), kollar yanlarda sallanır durumdayken, eller havadayken (Şekil 2.9), avuçlar önde sıkılırken ve vücut öne doğru serbestçe eğilmiş durumdayken memelerde belirgin şişlik, ciltte portakal kabuğu görünümü, meme ucunun içe çekilmesi, kızarıklık, bir memede anormal sarkıklık gibi bulgular aranmalıdır. En son olarak meme ucu hafifçe sıkılarak akıntı gelip gelmediği kontrol edilmelidir (8,29,30).



Şekil 2.8: KKMM'nde Memelerin Eller Kalçadayken Gözlemlenmesi (30)



Şekil 2.9: KKMM'nde Memelerin Eller Havadayken Gözlemlenmesi (30)

Memelerin elle değerlendirmesinde; öncelikle muayene edilecek bölgenin doğru şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Muayene edilecek bölgenin yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltına kadar, dikey olarak ise köprücük kemiği ile memenin birkaç cm altının arasında kalan bölge olduğu belirtilmektedir (20).

Elle muayenede elin orta 3 parmağının iç kısımları kullanılmalıdır. Meme muayene edilirken orta 3 parmakla ya dairesel ya dikey ya da merkezden dışa tarayarak yapılmalıdır. (Şekil 2.10) Her memede tarama toplam 3 kez hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak tekrarlanmalıdır (15,28,30).



Şekil 2.10: Elle Muayenede Yukarıdan-aşağıya, Aşağıdan yukarıya, Dairesel veya Işınsal Olarak Yapılacak Tarama Yöntemleri (30)

Elle muayene, hem yatar pozisyonda hem de ayakta iken yapılmalıdır. Yatar pozisyonda sağ meme incelenecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilerek sağ kol başın altına konulmalıdır. (Şekil 2.11) Daha sonra sol el parmaklarıyla yukarıda anlatıldığı gibi sağ meme muayene edilir ve sol memeye geçilerek aynı işlemler sol memede de tekrarlanmalıdır. Ayakta muayenede ise sağ meme muayene edilecekse sağ el enseye yerleştirilerek yatar pozisyonda elle yapılan işlemler uygulanır. Sol meme için ise sol kol enseye yerleştirilip aynı işlemler tekrarlanır. Ayakta muayene sırasında kaygınlık sağlanıp daha iyi hissedilmesi için ideal olan duşta eller sabunluken yapılmasıdır (15,20,29,30). (Şekil 2.12)



Şekil 2.11: Yatar Pozisyonda Elle Muayenede Sağ Memenin Değerlendirilmesi (30)



Şekil 2.12: Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi (30)

Meme kitlelerinin %85–90'ı kadınlar tarafından yapılan muayene ile fazla büyümeden erken dönemde saptanabildiği belirtilmektedir (28). Foster ve arkadaşlarının meme kanserli kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada düzenli aylık KKMM yapan kadınlarda saptanan tümörlü hücre çapı 1,97 mm iken, bir aydan daha uzun aralıklarla KKMM yapan kadınlarda 2,47 mm olduğu belirtilmiştir. Foster ve arkadaşlarının yine aynı çalışmasında meme kanserinde KKMM ile küçük tümörlerin erken evrede tespit edildiği ve KKMM yapanlarda 5 yıllık sağkalım oranlarının %75 iken, yapmayanlarda bu oranın %57' ye düştüğü saptanmıştır (31). Gastrin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada KKMM öğretilen ile öğretilmeyenler karşılaştırılmış ve öğretilenler arasında mortalite oranının düştüğü saptanmıştır (32).

KKMM, yukarıda yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi meme kanserinin erken tanısında oldukça önemli bir yere sahiptir ve yeterince uygulanması gerekmektedir.

Rosvold ve arkadaşlarının 2001 yılında Norveçli kadın hekimler üzerinde yaptığı çalışmada kadın hekimlerin %33.1'inin KKMM'ni aylık düzenli olarak, %47.1'inin ise düzensiz aralıklarla uyguladıkları görülmüştür (33). Nustus ve arkadaşlarının 2002 yılında Ürdün'de iki ayrı üniversitede toplam 519 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %67'sinin KKMM'ni duydukları bu kadınların içerisinde KKMM'ni düzenli aylık uygulayanların oranının %7 olduğu belirtilmiştir. KKMM'ni uygulayan kadınların %26'sının ise bu uygulamayı son 1 yıl içerisinde yaptıkları saptanmıştır (34). Zincir'in Malatya'da 2000 yılında yaptığı çalışmasında 40 yaş üstü kadınların %54.1'inin KKMM'ni duyduğunu, KKMM uygulayan kadın oranının %39.3 olduğu belirtilmektedir (35). Karahan ve arkadaşlarının 2002 yılında İstanbul'da çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin düzensiz de olsa %87'sinin KKMM uyguladıkları, her ay düzenli olarak KKMM uygulayanların oranının %49.1 olduğu belirtilmektedir (12). Canbulat'ın 2006 yılında yaptığı çalışmasında ise Erzurum'da çalışan ebe ve hemşirelerin düzensiz olarak KKMM yapma oranının %81.2 olduğu, her ay düzenli KKMM uygulayanların oranının %21.9 olduğu bildirilmektedir (13).

KKMM, meme kanserinin erken evrede tanılanmasına ve daha erken tedavi olanağı sağlamasına rağmen dünyada ve ülkemizde KKMM yapılma oranı, yapılan araştırmalardan anlaşıldığı üzere (12,13,33,34,35), çok düşüktür.

2.4.2.2.Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme kontrolleri memenin genellikle hekim tarafından incelenmesi ile yapılmaktadır. Meme kanserinin erken evrede saptanabilmesi için Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu 20–39 yaşları arasında asemptomatik kadınlarda her 3 yılda bir, 40 yaş üstü kadınlarda ise her yıl memenin klinik muayenesini önermektedir (2,10).

Klinik muayene sırasında kadının memesi ayakta, otururken ve yatar pozisyonda ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Klinik muayene için en uygun zaman menstruasyondan sonraki hafta olan 7–10 günler arasındadır (2,10).

2.4.2.3.Mammografi

Mammografi, erken evrede meme kanserini saptayan ve asemptomatik kadınlarda taramada kullanılan memedeki kitleleri radyolojik olarak görüntüleyen en önemli tanı yöntemidir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu mammografiyi 40 yaşından sonra yılda 1 kez önermektedir (10,20,28,29).

Mammografi, memedeki kitlelerin elle hissedilebilecek (palpabl) boyuta gelmeden 2 yıl önce belirlenebildiği bir yöntemdir. Kitlelerin elle hissedilemediği bu dönemde kanserin erken evrede olduğu ve henüz lenf tutulumunun olmadığı belirtilmektedir (28,29).

Mammografinin yalancı-negatiflik oranı %10–15 olmasına rağmen duyarlılığı %85–90 olup oldukça yüksektir. İlk mammografi uygulamalarında 1–4 rad radyasyon dozu kullanılırken bugünkü teknik ilerlemeler ile mammografi uygulamalarında 0,04–0,08 rad radyasyon dozu kullanılmakta ve bu da radyasyona bağlı kanser riskini en aza indirmektedir. 0,1 rad'lık dozun 35 yaş üstü kadınlarda milyonda 4 oranında kanser oluşturma riski yarattığı belirtilmektedir. Dolayısıyla güvenli bir yöntem olan mammografinin kullanımı tercih edilmektedir (28).

KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografiye rağmen kesin tanının konulmasında biyopsiye ihtiyaç duyulmaktadır (22).

Biyopsi: Meme kanserinin kesin tanısında özel bir yeri vardır. Basit kistlerin dışında memede her hissedilen kitlenin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Çünkü benign izlenimi veren kitlelerin yaklaşık %15 kadarının kanser olması, yine aynı şekilde kanser olduğu düşünülen her 3 hastadan birinde de lezyonun benign olması biyopsinin önemini açıkça ortaya koymaktadır (36).

Biyopsi ince iğne aspirasyon biyopsisi ve cerrahi biyopsi olmak üzere 2 şekilde yapılmaktadır:(15)

1.İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi; bir enjektörle kitleye girilip hücre alınması işlemidir.

2.Cerrahi Biyopsi; büyük kitlelerde cerrahın ya kitlenin tamamını ya da patolojik inceleme için kitlenin küçük bir parçasını çıkartması işlemidir.

Meme kanseri, geçmişte olduğu gibi, günümüzde de kadınlar arasında mortalite ve morbiditeyi artıran en büyük sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Bu sorunun çözümünde ise meme kanserine yönelik erken tanı amaçlı toplum taramaları olduğu belirtilmiş ve bunun için birçok tarama çalışması yapılmıştır. (28).

Bu alanda önemli çalışmalar yapılmıştır. New York'ta meme kanserine ilişkin yapılan "The Health Insurance Plan (HIP)" in ilk prospektif kohort tipte çalışma olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada 62.000 kadının 31.000'i klinik meme muayenesi ve mammografi ile takip edildiği, diğer 31.000'i ise sadece çalışmanın başında genel bir muayeneden geçirildiği belirtilmiştir. Takibinde klinik meme muayenesi ve mammografi uygulanan grup ile diğer grup karşılaştırıldığından 3 yıl sonra mortalite oranlarındaki fark anlamlı hale gelmeye başladığı ve 18 yıl sonra klinik meme muayenesi ve mammografi uygulanan grupta mortalitenin %23 oranında azaldığı belirtilmiştir. HIP çalışmasında klinik meme muayenesi ve mammografi uygulanan grupta saptanan meme kanserlerinin %76' sının I. evrede ve diğer grubun ise meme kanserlerinin %49' unun I. evrede olduğu belirtilmiştir. Çalışma süresince erken tanı yöntemleri uygulanmayan grupta III. evre ve IV. evre meme kanseri görülme oranı %14 olup, klinik meme muayenesi ve mammografi uygulanan gruba göre oldukça yüksek düzeye sahip olduğu belirtilmektedir. HIP çalışmasında, kanserlerin erken tanınmasında mammografi ve klinik muayenenin önemi ve birlikte kullanılmasının değeri ortaya konulmuştur (28,37,38,39).

Diğer prospektif kohort tipte bir çalışma olan "Canadian National Breast Screening Study (CNBSS)" nin amacı, 40-49 yaş grubundaki kadınlarda mammografi ve klinik muayene ile meme kanseri mortalitesini, 50-59 yaş

grubundaki kadınlarda ise mammografi ve klinik muayenenin ayrı ayrı taramadaki yerini, taramada mammografinin etkinliğini belirlemek olarak belirtilmiştir. Çalışma değerlendirildiğinde mammografinin özellikle metastaz yapmayan ve lenf nodu tutulumu olmayan kanserlerin sayısını artırdığı ancak meme kanseri sağkalım ve mortalitesine önemli bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (28,38,39).

Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü desteğiyle ABD’de 35-74 yaş grubu arasında 280.000 kadın üzerinde yapılan ve 5 yıl süren kohort tipte “Breast Cancer Detection Demonstration Projects Study (BCDDP)” çalışması da önemli tarama çalışması olarak belirtilmiştir. Bu çalışma süresince kadınların klinik meme muayenesi ve mammografi ile takip edildiği ve sonunda mammografi ile kanserlerin %42’si saptanabildiği, mammografi ve klinik meme muayenesinin birlikte kullanımı ile kanserlerin %92’sinin saptanabildiği belirtilmiştir (29).

Bir diğer tarama çalışması olan İsveç çalışmalarının sadece mammografi ile meme kanseri mortalitesi arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla İki Bölgeli Çalışma (Kopparberg-Ostergotland), Malmö Çalışması, Stockholm Çalışması ve Göteborg Çalışması olmak üzere 4 ayrı çalışmayı içerdiği belirtilmektedir. Bu çalışmaların sonucunda 50–69 yaşları arasında mammografi ile meme kanseri mortalite oranında %29, 40–49 yaş grubu meme kanseri mortalite oranında ise %13 azalma tespit edildiği belirtilmiştir (28).

2.4.3.Meme Kanserinden 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 (26,27).

2.5-Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri olan kadınlar için kanserin evrelerine yönelik cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve hormonal tedavi gibi birçok tedavi

olanakları vardır. Meme kanseri tedavisi başlıca lokal tedavi ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır (15,17).

2.5.1.Lokal Tedavi: Memedeki tümörün ortadan kaldırılması ya da yok edilmesi, meme kanserinin vücudun diğer bölgelerine yayılması durumunda o bölgelerde hastalığın kontrol altına alınmasının hedeflendiği, cerrahi tedavi ve radyoterapi yöntemlerini içeren tedavi türüdür (15,17).

2.5.1.1.Cerrahi Tedavi: Meme kanserinin cerrahi tedavisinde meme koruyucu ameliyatlar ve mastektomi olmak üzere iki türlü yöntem kullanılmaktadır.

Meme Koruyucu Ameliyatlar; memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyatlardır. Meme koruyucu ameliyatlar lumpektomi ve parsiyel mastektomi olmak üzere 2 ayrı yöntemle uygulanmaktadır. Lumpektomi; normal meme dokusu ile çevrili 3–4 cm'i geçmeyen kanserli dokuların çıkarılması, parsiyel mastektomi ise memenin dörtte birinin ya da daha fazlasının kanserli doku ile birlikte çıkarılması işlemidir. Her iki yöntem sonunda da memede kalmış olabilecek kanserli hücreleri yok edebilmek için radyoterapi uygulanması gerekmektedir (15,17).

Mastektomi; basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olmak üzere 3 yöntemle gerçekleştirilen bir yöntemdir. Basit Mastektomi; yalnızca meme dokusunun tümünün çıkarıldığı, altındaki kas tabakası ile koltuk altı lenf bezlerinin korunduğu yöntemdir. Modifiye Radikal Mastektomi; günümüzde yaygın olarak yapılan, meme dokusunun tümü ile meme derisinin, koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı bir yöntemdir. Radikal Mastektomi; yaklaşık 25 yıl öncesine kadar sık uygulanan memenin tümünün, pectoralis minör ve majör kasları ile koltuk altı lenf bezlerinin tümünün çıkarılması işlemidir (17,36).

I. evre ve II. evrede hastalık henüz metastaz yapmadığından ve iyileşme şansı yüksek olduğundan basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük ameliyatlar uygulanacağı gibi lumpektomi ve parsiyel mastektomi de

uygulanmaktadır. III. evrede daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi, IV. evrede ise metastazlar olduğu için kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedavi uygulanmaktadır (15).

2.5.1.2.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 (15,10,36).

2.5.2.Sistemik Tedavi: Vücudun diğer bölümlerine yayılan tümörleri yok etmek amacıyla kemoterapi, hormonal tedavi ve immünoterapi yöntemlerini içeren tedavi şeklidir (15,17).

2.5.2.1.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 (15,36).

2.5.2.2.Hormonal Tedavi: Hormon preparatları ile yapılan meme kanseri tedavisidir. Günümüzde hormonal tedavi alanında geçerliliği kanıtlanmış olan ve en yaygın kullanılan antiöstrojen ilaç "Tamoksifen" dir. Östrojen reseptör blokeri olan bu ilaç hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte hemde sitostatik özellik taşımaktadır. Tamoksifen meme kanserinin yıllık yenileme riskini %26, yıllık ölüm riskini %14 oranında azalttığı ileri sürülmektedir. Ayrıca östrojen üretimini önemli ölçüde azaltan over fonksiyonlarının ooforektomi ya da ilaçlar ile durdurulması hormonal tedavi başlığı altında incelenebilmektedir (10,15,36,40).

2.5.2.3.İmmünoterapi: Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. İmmünoterapi çalışmaları özellikle HER_2, Human Epidermal Growth Factor Reseptör Tip 2, onkojenine karşı

antikor oluşturma eğilimine yoğunlaşmıştır. Ancak “herceptin” adlı ilaç hastaların %15’inde olumlu cevap verdiği bildirilmektedir (36).

2.6-Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlarda görülen tüm organ kanserlerinin %26’sını, bütün kanser ölümlerinin % 15’ini oluşturan meme kanseri epidemiyolojisi incelediğinde kişi ve yer özelliklerine göre farklılıklar görülmektedir (5).

2.6.1.Kişi Özellikleri

Meme kanserinin dağılım özellikleri yaş, cinsiyet, ırk, sosyo-ekonomik durum gibi kişi özelliklerine göre değişmektedir. Aşağıda meme kanserinin kişi özelliklerine göre epidemiyolojik değerlendirilmesi incelenecektir.

2.6.1.1.Yaş: Meme kanserinin oluşumunda en önemli etkenler arasında “yaş” gelmektedir. Prepubertal dönemde meme kanseri hemen hemen hiç görülmezken, 20 yaşından sonra meme kanseri insidansı menopoza kadar her 10 yılda 2 katı artarak dik bir şekilde yükselmektedir (4).

2000–2004 yıllarında Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün SEER programı (National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results) tarafından yayınlanan meme kanseri insidansının en yoğun olduğu yaş 61 olarak belirtilmektedir. Bu rapora göre 20 yaşın altında meme kanseri insidansı yaklaşık %0.0 iken, 20–34 yaşları arasında meme kanseri insidansı %1.9, 35- 44 yaşları arasında % 10.6, 45–54 yaşları arasında %22.2, 55–64 yaşları arasında % 22.9 ile pik yapmakta ve daha sonra meme kanseri insidansında düşüş gözlenmektedir. 65- 74 yaşları arasında %20.2, 75–84 yaşları arasında%16.7 iken 85 yaş ve üzerinde ise meme kanseri insidansı % 5.4 olarak belirtilmektedir (41).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün SEER programı (National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results) tarafından yayınlanan bu rapora göre meme kanserinden ölüm yaşi ortalama 69 olarak bildirilmektedir. Bu raporun sonuçlarına göre 20 yaşın altında meme kanseri mortalite oranı %0.0 iken, 20–34

yaşları arasında %1.1, 35–44 yaşları arasında %6.5, 45–54 yaşları arasında %15.3, 55–64 yaşları arasında %19.0, 65–74 yaşları arasında %20.4, 75–84 yaşları arasında %23.0 iken 85 yaş ve üzerinde ise %14.6 olarak belirtilmektedir (41).

Meme kanseri riskinin ve mortalitesinin yaşla birlikte artması nedeniyle yaş tek başına önemli bir risk faktörü olmaktadır (8,10,36).

2.6.1.2.Cinsiyet: Kadın olmak meme kanseri için başlı başına bir etmen olup tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda görülmektedir (10,15,16,20).

2.6.1.3.Irk/Etnik Durum: Meme kanseri sıklığı ülkeler arası farklılık göstermektedir. Bu farklılık aynı zamanda ülkeler içinde farklı etnik gruplar ve ırklar arasında da gözlenmektedir (4).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün SEER programı (National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results) tarafından yayınlanan bilgilere göre meme kanserinin 2000–2004 yılları arasında bütün ırklarda görülme oranı yüz binde 127.8 iken, beyazlarda 132.5, siyahlarda 118.3, Asya/Pasifik Adalılarında 89.0, Alaska Yerlilerinde 69.8 ve Güney Amerikalılar da ise 89.3 oranındadır (41).

İrklara göre mortalite oranlarına baktığımızda ise yine farklılıklar bulunmaktadır. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün SEER programı (National Cancer Institute Surveillance Epidemiology and End Results) tarafından yayınlanan meme kanserinin mortalite oranı bütün ırklarda yüz binde 25.5 iken beyazlarda 25.0, siyahlarda 33.8, Asya/Pasifik Adalılarında 12.6, Alaska Yerlilerinde 16.1 ve Güney Amerikalılar da ise 16.1 oranında görülmektedir (41).

İrk/etnik gruplar arasındaki bu farklılığın nedeni sosyo-ekonomik duruma, çevresel etkenlere, yaşam tarzlarına ve kültürlerine bağlanmaktadır (4,42).

2.6.1.4.Sosyo-Ekonomik Durum: Meme kanserinin sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyle meme kanseri arasındaki ilişki etiyolojik önemi olan emzirme, ilk doğum yaşı, beslenme,

eğitim düzeyi gibi faktörlere bağlanmaktadır (8,24). Meme kanseri gelişmiş ülke kadınlarda daha sık görülmesine rağmen bu ülkelerde 5 yıllık sağkalım oranları da daha fazladır. Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde yapılan tarama mammografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanmaktadır. Aynı çalışmada meme kanseri mortalite oranı; gelişmiş olan ülkelerde %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise %43 (221.000 ölüm / 514.000 olgu) olarak bildirilmektedir (43).

2.6.1.5.Aile yks/Genetik Faktörler: Meme kanseri risk faktörlerinden en belirgin olanı aile öyküsüdür. Colditz ve arkadaşlarının 30–55 yaş grubu 117.988 kadını izleyerek yaptıkları kohort çalışmasında; annesi 40 yaşından önce meme kanseri tanısı alan kadınlarda meme kanseri rölatif riski 2.1 iken, annesi 70 yaşından sonra meme kanseri tanısı alanlarda ise meme kanseri rölatif riski 1.5 olarak bulunmuştur. Kız kardeşinde meme kanseri tanısı olan kadınlarda ise meme kanseri rölatif riskinin 2.3 olduğu bildirilmektedir. Hem annesi hem de kız kardeşi meme kanseri olan kadınlarda ise rölatif risk 2.5 olarak bulunmuştur. İki veya daha fazla birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınlarda ise meme kanseri rölatif riskinin daha da yükseldiği bildirilmektedir (44).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanserinin ortaya çıkma yaşının düştüğü ve hastalığın bilateral olma eğilimli olduğu bildirilmektedir. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık %7'sinin genetik (herediter) kaynaklı olduğu, geri kalanının ise beslenme alışkanlığı, yaşam tarzı gibi çevresel etkenlere bağlandığı bildirilmektedir (4,7,8).

Genetik kaynaklı meme kanserlerinin %60'ı BRCA–1 ve BRCA_2 (Breast cancer Susceptibility gene-meme kanserine yatkınlık geni) genlerindeki mutasyonlardan kaynaklandığı bildirilmektedir. BRCA_1 geninin 17. kromozom üzerinde bulunduğu ve mutasyona uğradıktan sonra meme ve over kanserinin etiyolojisinde rol oynadığı kabul edilmektedir. BRCA_1 genini taşıyan kadınların

yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma olasılıklarının %80–85 olduğu ve genellikle 50 yaşından önce meme kanserinin geliştiği bildirilmektedir(4,7,8).

BRCA–2 geninin ise 13. kromozom üzerinde bulunduğu, mutasyon sonucu hastalığın erken yaşta ortaya çıkışında ve bilateral özellik göstermesinde rol oynadığı bildirilmektedir. Bu geni taşıyan kadınlarda ise meme kanseri oluşma riski %87 olarak belirtilmektedir (4).

Li-Fraumeni sendromu, yumuşak doku sendromu, lösemi ile karakterize bazı kalıtsal hastalıklarında meme kanseri riskini artırdığı ileri sürülmektedir (4,7,8).

2.6.1.6.Endokrin Etkenler

Meme dokusu hormonların (östrojen ve progesteron) kontrolü altındadır. Bu nedenle meme kanseri oluşumunda hormonların rolünün olduğu düşünülmektedir (4).

2.6.1.6.1.Menarş Yaşı: Erken yaşta menarşın (<12) ve düzenli menstrasyonun meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu ve riski artırdığı belirtilmektedir. Genel olarak menarşın her 1 yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 oranında azaldığı kabul edilmektedir. Menarşı takiben düzenli menstrasyonların 1 yıl içinde başlaması, düzenli menstrasyonları 1 yıldan geç başlayanlara göre meme kanseri riskini 2 katına çıkartmaktadır. Menarşı 12 yaş ve öncesinde başlayan ve kısa sürede düzenli menstrual dönemlere geçen kadınlarda meme kanseri riskinin, menarşı 13 yaş ve sonrasında başlayan ve uzun süre düzensiz menstrual dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (4).

2.6.1.6.2.Menopoz Yaşı: Östrojen meme kanseri gelişiminde rol alan önemli bir risk faktörüdür. Dolayısıyla bir kadının menopoza geç yaşta girmesi özellikle östrojene maruziyetinin artmasından dolayı meme kanseri riskini de arttıracaktır. 55 yaşından sonra menopoza giren bir kadının meme kanseri riski 45 yaşından önce menopoza giren bir kadının riskinin 2 katı kadar olduğu ifade edilmektedir. Aktif menstrasyon dönemi 40 yıl ve daha fazla süren kadınlarda risk önemli ölçüde artış göstermektedir.

Bilateral ooforektomi de meme kanseri riskini önemli ölçüde etkilemektedir. Bilateral ooforektomi ile menopoza giren kadınların meme kanseri riski yarı yarıya azalmaktadır. Ancak ooforektomide kadının yaşı önemli olup, yaş düştükçe risk daha da azalmaktadır (4,7,28,45).

2.6.1.6.3.İlk Hamilelik Yaşı: Hamileliğin ve ilk hamilelik yaşının meme kanserine karşı koruyucu bir etkisinin olduğu kabul edilmektedir. Evlenmemiş ya da hiç doğum yapmamış kadınların meme kanseri riskinin doğum yapmış kadınlara göre 1.4 kat arttığı ifade edilmektedir. İlk hamilelik yaşının erken olmasının da meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir (4).

Ramon ve arkadaşları İspanya'da yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında ilk hamilelik yaşı ile meme kanseri arasındaki ilişkiye dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmaya göre ilk hamileliklerini 30 yaşından sonra yaşayanların meme kanseri riski 21 yaşından önce ilk hamileliklerini yaşayanlara göre 3.5 kat artmaktadır (46).

İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapanlarda ise hiç doğum yapmayanlara göre meme kanseri riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Doğum sayısının artmasının da meme kanseri riskini azalttığı ifade edilmektedir (4,7). Yine Ramon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üçten fazla doğum yapan kadınlarla doğum yapmayanlar karşılaştırıldığında meme kanseri tahmini rölatif riskinin 0.3 olduğu bildirilmektedir (46).

2.6.1.6.4.Emzirme: Uzun süreli emzirmenin (laktasyon) ovuluar dönemin kısılmasını sağlayarak meme kanseri riskine karşı koruyucu bir etki oluşturduğu düşünülmektedir (7,8,9). Romieu ve arkadaşları tarafından 1990- 1992 yıllarında Meksika'da 20-75 yaşları arasında kadınlardan oluşan vaka-kontrol çalışmasında doğum yapan ve emziren kadınların meme kanseri tahmini rölatif riskinin 0.39 oranında düştüğü, aynı çalışmada doğum yaptığı halde hiç emzirmeyenlerle 12-24 ay arasında emziren kadınlar karşılaştırıldığında emziren kadınların meme kanseri tahmini rölatif riski 0.47 olarak bulunmuştur. İlk doğumdaki emzirmenin meme kanserini azaltmadaki koruyucu etkisinin diğer doğumlara göre daha güçlü olduğu belirtilmektedir (47).

Çin’de yapılan bir çalışmada 5 yıllık bir emzirme süresinin meme kanseri riskini %30 oranında azalttığı bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise 4–12 ay arasında emziren kadınlarda meme kanseri riskinin %11; 2 yıl ve daha fazla emzirenlerde ise %25 oranında azaldığı gösterilmiştir (4).

2.6.1.7. Ekzojen Hormonlar

Hamileliğin önlenmesi ve menopoz sonrası olumsuz değişikliklerin giderilebilmesi için oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisi yaygın olarak kullanılmaktadır. Ekzojen hormonlar başlığı altında oral kontraseptifler ile hormon replasman tedavisi ve meme kanseri arasındaki ilişki incelenecektir (4).

2.6.1.7.1.Oral Kontraseptifler: Meme kanseri ile oral kontraseptifler arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda bulunan kesin sonuç oral kontraseptiflerin meme kanserine karşı koruyucu etkisinin bulunmadığı şeklindedir. Bununla birlikte uzun süreli kullanımın meme kanserini artırdığı da ifade edilmektedir. 45 yaşın altında kullanılan oral kontraseptiflerin her yıl için meme kanseri riskini %3.1 oranında artırdığı bildirilmektedir. Böylece 10 yıl boyunca oral kontraseptif kullanan kadınların meme kanseri riskinin oral kontraseptif kullanmayan kadınlara göre %36 oranında arttığı ifade edilmektedir. Ayrıca oral kontraseptif kullanma süresi uzadıkça meme kanseri riski de artmaktadır. Düşük doz östrojen (<50 mg) içeren oral kontraseptifler ile- günümüzde üretilmezse bile üretildiği ve kullanıldığı dönemlerde -yüksek doz östrojen (≥50mg) içeren oral kontraseptifler karşılaştırıldığında düşük dozlu oral kontraseptiflerin kullanımında riskin azaldığı bildirilmiştir (4).

Rosenberg ve arkadaşlarının 1996 yılında oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaptıkları vaka kontrol çalışması sonucunda 25–34 yaşları arasında 1 yıl oral kontraseptif kullanan kadınların meme kanseri rölatif riski 1.7; 35–44 yaşlarında meme kanseri rölatif riski 0.9 ; 45–59 yaşlarında ise bu oran 1.2 bulunmuştur (48).

Brinton ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 45 yaşından önce 6 ay ya da daha fazla oral kontraseptif kullanımında meme kanseri rölatif riski 1.3; 35 yaşından önce

kullanımında ise meme kanseri rölatif riski 1.7 olarak bulunmuştur. 18 yaşından önce oral kontraseptif kullanımına başlayan ve 10 yıl ya da daha fazla kullanan kişilerde ise meme kanseri rölatif riskinin 3.1 olduğu belirtilmiştir (49).

2.6.1.7.2.Hormon Replasman Tedavisi: Postmenapozal dönemde ortaya çıkan sorunları önlemek amacıyla östrojen ya da östrojen+ progesteron kullanılmaktadır. Dışarıdan tedavi amaçlı verilen östrojenin meme kanser riskini artırdığı ileri sürülmektedir. Hormon replasman tedavisi nedeniyle verilen östrojen ile meme kanseri oluşumu arasındaki ilişkiyi araştıran ilk prospektif çalışmada östrojen kullanan grupta kontrol grubuna göre meme kanseri sıklığının %25 oranında fazla bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca 10 yılın üstünde hormon replasman tedavisi kullanımının meme kanser riskini artırdığı, kısa süreli kullanımın ise herhangi bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (4).

Östrojenin kanser sıklığında artış yarattığı saptananınca östrojene progesteron ilave edilmiş ve östrojen +progesteron kombinasyonunun kanser artışını azaltması beklenmiştir (12). Ancak Ross ve arkadaşları tarafından Amerika'da yapılan çalışmada 5 yıl süreli hormon replasman tedavisi alan 1897 postmenopozal meme kanserli kadın ile kontrol grubundaki kadınlar karşılaştırılarak incelenmiş ve hormon replasman tedavisi alan kadınların meme kanser riskinde %10 oranında artış görülmüş, tek başına östrojen alan kadınlarda meme kanser rölatif riski 1.06; kombine hormon replasman tedavisi alan kadınlarda meme kanser rölatif riski ise 1.24 olarak bulunmuştur (50).

Colditz ve arkadaşlarının 1990 yılında postmenopozal dönemde östrojen-progesteron kombinasyonu kullanan kadınlarda meme kanser riskini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada 725.550 kadın izlenmiş ve bu kadınların meme kanser riskinde artış saptanmıştır. Yalnızca östrojen alan kadınlarda meme kanser rölatif riski 1.32 iken, östrojen + progesteron kombinasyonunu alan kadınlarda ise meme kanser rölatif risk 1.41 olarak bulunmuştur (51).

Beral'ın 1996–2001 yılları arasında yaptığı çalışmada sadece östrojen içeren preparatlarının kullanımı ile meme kanseri rölatif riskinin 1.30, östrojen-progesteron içeren preparatlarının kullanımı ile de bu riskin 2.00 olduğu belirtilmektedir (52).

2.6.1.8. Davranışsal Etkenler

Dünya üzerinde meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda meme kanseri insidansının göç ettikleri ülkelere benzer bir sıklığa erişmesi, meme kanseri insidansının sadece genetik nedenlerle açıklanamaması, dikkatlerin davranışsal etkenlere ve özellikle beslenme şekli üzerine toplanmasına neden olmuştur (4).

2.6.1.8.1. Beslenme (Diyet) : Ülkeler arasındaki meme kanseri insidansı farklılığının primer nedeni beslenme tarzındaki farklılık olarak görülmesine karşın bazı çalışmalar da beslenme ile meme kanseri arasında bir ilişkinin saptanmadığı bulunmuştur. Meme kanseri sıklığı ve mortalitesi ile ülkelerin yağdan zengin besin miktarları arasında ilişki olduğu ve meme kanserlerinin yaklaşık %50'sinden yağdan zengin beslenmenin sorumlu olduğu belirtilmiştir (4).

Beslenme ile meme kanseri arasındaki ilişki incelendiğinde tüketilen yağların miktarı ile birlikte türlerinin de önemli olduğu görülmüştür. Zeytinyağı başta olmak üzere çok dereceli doymamış yağlar meme kanseri riskini düşürürken, mısırözü yağı gibi tek dereceli doymamış yağlar ve et gibi hayvansal kaynaklı doymuş yağların meme riskini artırmakta olduğu ifade edilmektedir (4,17).

Prospektif çalışmalarda günlük diyetlerinde yüksek yağ tüketenlerle günlük diyetlerinde düşük yağ tüketenlerin meme kanseri riskini aynı olduğu belirtilmiştir (4). Willet ve arkadaşlarının 1980'de Amerika'da 34–59 yaşları arasındaki 89.538 emekli hemşire üzerinde yaptığı çalışmada yüksek yağ tüketenler ile düşük yağ tüketenler karşılaştırıldığında meme kanseri rölatif risklerinin aynı olduğu saptanmıştır (53).

Liften zengin gıdaların bağırsağa geçen östrojenlerin yeniden emilimini önleyerek meme kanseri oluşumuna karşı koruyucu bir etkisinin olabileceği

belirtilmektedir. Vaka-kontrol çalışmalarının meta analizinde günlük beslenmede lifli gıdaların 20 gr artırılmasının koruyucu etkisinin %85 olduğu bildirilmiştir. Ancak prospektif bir çalışmada liften zengin beslenmenin meme kanserine karşı koruyucu etkisinin çok belirgin olmadığı da belirtilmiştir (4).

A, C, E vitaminleri ile selenyum antioksidan özellik gösterdiğinden dolayı bu vitaminlerden ve selenyumdan zengin beslenmenin meme kanserine karşı koruyucu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Ancak böyle bir ilişkinin yeni araştırmalarla desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (4,7).

Meme kanseri ile beslenme ilişkisi alanında yapılan çalışmaların sonuçlarına göre meme kanseri riskini azaltmada en güvenilir yol bitkisel beslenme temelli, kırmızı et ve doymuş yağlardan uzak beslenme tarzı olduğu sonucu çıkarılmaktadır (54).

2.6.1.8.2. Alkol: Meme kanseri insidansında alkol tüketimi de belirgin olarak ortaya çıkan bir faktör olarak belirtilmektedir. Günde alınacak 12 gr alkolün kadınlarda östrojen salınımını arttırması ve aynı zamanda karsinojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olmasından dolayı meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır(4,13).

Willet ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada günlük 5–14 gr alkol alan kadınlar arasında meme kanseri rölatif riski 1.3 iken; günlük 15 gr ya da daha fazlasını tüketenler için bu oran 1.62'ye yükselmektedir. 55 yaşın altında günlük 15 gr ya da daha fazla alkol alan kadınlar arasında ise meme kanseri rölatif riskinin 2.5 olduğu bildirilmektedir (55).

Ellison ve arkadaşlarının 1999 yılına kadar olan meme kanseri ile ilgili epidemiyolojik çalışmalardan oluşan bir meta analizi uygulamasında meme kanseri ile alkol tüketimi arasında istatistiksel bir ilişki saptandığı bildirilmiştir. Günlük 6 gr alkol (yaklaşık yarım kadeh) alan kadınlar ile almayan kadınlar karşılaştırıldığında meme kanseri riskinde %4.9; 12 gr alkol alanlarda (yaklaşık 1 kadeh) %10 ve 24 gr alkol alanlarda (yaklaşık 2 kadeh) ise %21 oranında artış olduğu ifade edilmiştir (56).

2.6.1.8.3.Fiziksel Aktivite: Meme kanseri ile fiziksel aktivite arasında koruyucu bir etkiden söz edilmektedir. Bu potansiyel koruyucu etkinin altında yatan neden ise haftalık 3–4 saat yapılan egzersizin menarş yaşını geciktirmesi ve ovulasyon sayısını azaltmasına bağlanmaktadır (8).

Gilliland ve arkadaşlarının 35–74 yaşları arasındaki kadınlarda 1992–1994 yılları arasında yaptığı vaka-kontrol çalışmasında ağır fiziksel aktivite yapan kadınlarla hiç aktivite yapmayan kadınlar karşılaştırıldığında meme kanseri riski fiziksel aktivite yapanlarda daha düşük olarak bulunmuştur (57).

Adölesan ve erişkin dönemde yapılan egzersizlerin meme kanseri üzerine etkisini araştıran bir çalışmada egzersizlerin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı ve haftada 4 saat veya daha fazla yapılan egzersizlerin ise hiç egzersiz yapamayan kadınlara göre meme kanseri riskini %60 oranında azalttığı saptanmıştır (4).

Gerek genç gerekse yaşlı kadınlarda haftalık yapılan 2-3 saatlik egzersizin meme kanseri riskini %30 oranında, 4 veya daha fazla yapılan egzersizlerin ise %50 oranında azalttığı bildirilmektedir (54) .

2.6.1.8.4.Sigara: Ulaşılabilen çalışmaların sonuçlarına göre meme kanseri ile sigara arasındaki ilişkinin tam netleşmediği görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda östrojen seviyesini düşürerek erken yaşta menopoza yol açması nedeniyle sigaranın meme kanserine karşı koruyucu etkisinden bahsedilirken bazı çalışmalarda sigara ile meme kanseri arasında böyle koruyucu bir etki olmadığı belirtilmektedir (4,7).

Nancy ve arkadaşlarının New York'ta 1617 meme kanseri hastası ile eşit sayıda kontrol grubunun sigara ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi göstermek için yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında böyle bir ilişkinin bulunmadığı belirtilmiştir (58).

Reynolds ve arkadaşlarının aktif ve pasif sigara içimi ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada meme kanseri tanısı almayan 116,544 kadın

5 yıl süre ile izlenmiştir. Bu çalışmanın sonunda pasif içiciler ile meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ama halen sigara içenler ile meme kanseri arasında istatistiksel olarak fark olduğu bildirilmiştir. Aktif sigara içiciler ile hiç sigara içmeyenler karşılaştırıldığında meme kanseri rölatif riski 1.32, pasif içicilerle karşılaştırıldığında ise aktif içicilerin meme kanseri rölatif riski 1.25 olarak bulunmuştur (59).

2.6.1.8.5.Radyasyon: Maturasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, radyasyona maruz kalma sonrası gelişme bozuklukları ve meme kanseri olduğu bildirilmektedir (4).

John ve arkadaşlarının yaptıkları vaka-kontrol çalışmasında memeye teropatik ve tanı amacıyla radyasyon uygulanan 2254 meme kanserli vaka grubu ile 3431 kontrol grubu ele alınmış ve bu çalışmanın sonucunda daha önce herhangi bir kanser tedavisi için radyoterapi alanlarda meme kanseri rölatif riski 3.55, tüberküloz nedeniyle uygulanan floroskopi uygulamasında bu risk 2.49, pnömoni için uygulanan tedavide meme kanseri rölatif riski 2.19 olarak saptanmıştır (60).

Maruz kalınan radyasyon miktarı ile birlikte radyasyona maruz kalınan yaş da önemli olup erken yaşlarda radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini daha da artırmakta olduğu tespit edilmiştir. Timus genişlemesi, tüberküloz nedeniyle floroskopi, kanser, Hodgkin hastalığı gibi nedenlerle radyasyona sık maruz kalanlarda meme kanseri gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (4,28).

2.6.1.9. Memenin Daha Önce Malign Ya Da Bening Meme Kanseri Öyküsü

Daha önce meme kanseri geçirmiş olanlarda tekrar meme kanserinin nüks etme olasılığının yüksek olduğu ve meme kanseri oluşan bir kadında hayatı boyunca ikinci bir nüks olasılığının %25–30 oranında olduğu belirtilmektedir (8).

Bening meme hastalıklarının da meme kanseri için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Meme dokusundaki hangi bening değişikliklerin prekanseröz olacağını araştıran en önemli çalışma Dupont ve Page tarafından yapılmıştır. Dupont

ve Page'ın çalışmasında 1925'i proliferatif hastalığa sahip 3303 kadından toplam 10.366 biyopsi yapılarak ortalama 17 yıl izlenmiş ve bening meme hastalıkları ile meme kanseri arasında ilişki aranmıştır. Meme biyopsilerinde proliferatif değişikliğe sahip (sklerozis, adenozis, papilloma) olan kadınlarda proliferatif değişikliği bulunmayan kadınlara göre meme kanseri rölatif riski 1.9 olarak bildirilmiştir. Atipik hiperplazi bulunan kadınlarla proliferatif lezyon bulunmayanlar meme kanseri açısından karşılaştırıldığında atipik hiperplazi bulunan kadınların meme kanseri rölatif riski 5.3; aile hikâyesi ile birlikte atipizisinin bulunması meme kanseri riskini aile hikâyesi ve proliferatif hastalığı bulunmayanlara göre 11 kat artırmakta olduğu gösterilmiştir. Proliferatif değişikliklerle birlikte kalsifikasyonların olması meme kanseri riskini artırırken, bening kistlerin olmasının meme kanseri riskini etkilemediği ifade edilmektedir (4,61).

Hartmann ve arkadaşlarının “Bening meme hastalıkları ve meme kanseri riskini” araştırdıkları çalışmalarında 1967–1991 yılları arasında bening meme hastalığı tanısı alan kadınlar 15 yıl boyunca izlenmiştir. Kadınların %67'sinde nonproliferatif lezyon, %30'unda atipi olmayan proliferatif lezyon ve %4'ünde atipik hiperplazi görülmüştür. Atipik hiperplazisi olan hastaların meme kanseri rölatif riski 4.24, atipik olmayan proliferatif lezyonların olması halinde meme kanseri rölatif riskinin 1.88 olduğu ve proliferatif olmayan lezyonların olması halinde ise meme kanseri rölatif riskinin 1.27 olduğu bildirilmektedir (62).

Schnitt'in 2003 yılında yaptığı çalışmada ise atipik olmayan proliferatif lezyonların meme kanseri riskini 1.5–2 kat artırdığı, atipik hiperplazinin ise riski 4–5 kat artırdığı bulunmuştur (63).

2.6.2-Yer Özellikleri

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign kanser olup tüm kadın kanserlerinin %26'sını meme kanseri oluşturmaktadır ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %15' i meme kanser nedeniyle oluşmaktadır. DSÖ'ne göre her yıl 1.2 milyon insan meme kanseri tanısı almakta ve 500.000 üzerinde insan bu hastalıktan ölmektedir (5).

Meme kanserinin görülme sıklığı 1975 yılından itibaren giderek artmaktadır. 1973 ile 1980 yılları arasında meme kanseri insidansı genelde sabit iken; 1980–1987 yılları arasında insidans oranının her yıl yaklaşık %4 oranında arttığı; 1987–2000 yılları arasında ise meme kanseri insidansında her yıl %0.4 oranında artışın devam ettiği belirtilmektedir (10). Yıllık görülme sıklığındaki artış, düşük riskli toplumlarda yüksek riskli toplumlara göre daha belirgindir, bu nedenle yıllar içinde batı ülkelerinde yaşayan kadınlarla, doğu ülkelerinde yaşayan kadınların meme kanseri sıklığı farkının kapanacağına beklendiği bildirilmektedir. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığındaki artışın kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya gittikçe azaldığı belirtilmektedir. Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen daha çok yaşam tarzı ve doğurganlık gibi faktörlere bağlanmaktadır. Görülme sıklığındaki en büyük artışın Kanada, ABD, İspanya ve İsveç'te ortaya çıktığı belirtilmektedir (4).

Meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye de farklılık göstermektedir (64).

Meme Kanseri (Bütün Yaşlarda)	İnsidans (100.000)	Ölüm (100.000)
Çin	18,7	5,5
Japonya	32,7	8,3
Brezilya	46	14,1
Singapore	48,7	15,8
İtalya	74,4	18,9
Avustralya	83,2	18,4
Kanada	84,3	21,1
İsveç	87,8	17,3
Fransa	91,9	21,5
Amerika	101,1	19

Türkiye'de ise kanser istatistik verileri yetersiz olup, son sağlık istatistiklerine göre meme kanseri bütün kanserlerinin %11.80'ini oluşturarak akciğer kanserinden (15,70) sonra görülen ikinci kanser türüdür (6). İlimizde ise İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan kanser istatistiklerine göre 2004–2006 yıllarında 224 kadın meme kanseri tanısı alarak kadınlarda görülen kanserler arasında meme kanseri ilk sıraya oturmuştur (65).

2.7-Meme Kanserinin Önlenmesinde Sağlık Personelinin Rolü

Meme kanserinin erken dönemde tanındığında tedavi şansının yüksek olması ve sağ kalım oranının artması ebe ve hemşirelerin rolünü üst sıralara çıkarmaktadır. Hasta ya da sağlam bireyle karşılaşma olasılığı ve ortamları yüksek olan ebe ve hemşireler kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgiye ve beceriye sahip olarak ve etkin iletişim tekniklerini de kullanarak, kadınlara meme kanseri, belirti-bulgularını, tarama yöntemlerini ve tarama yöntemlerinin önemini anlatabilirler ve kadınları KKMM yapmaları, klinik meme muayenesi yaptırmaları ve mammografiyi çektirmeleri konusunda cesaretlendirerek motive edebilirler. Ama bu konuda ebe ve hemşirelerin öncelikle bir kadın olarak, sonra hizmet verdikleri kişilerden sorumlu bireyler olarak KKMM'ni yöntemsel olarak doğru ve düzenli yapmaları, klinik meme muayenesi ve mammografi kontrollerini rutin bir davranış şekline dönüştürmeleri, meme kanserinin belirti ve bulguları, risk grupları konusunda geniş bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Ancak ülkemizde bu yöndeki çalışmalar sağlık çalışanlarının meme kanseri ve KKMM konusuna ilişkin bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığını düşündürmektedir (66,67).

Karahan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelerin her ay düzenli olarak KKMM uygulayanların oranının %49.1 olduğu, Canbulat'ın çalışmasında ebe ve hemşirelerin her ay düzenli KKMM uygulama oranının %21.9 olduğu, Uzun ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin sadece %31'inin düzenli olarak her ay meme muayenesi yaptığı belirtilmiştir. Bedük ve Şen tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %82'sinin KKMM yaptığı, ancak önerilen sıklıkta uygulayanların %25'in altında olduğu belirtilmiştir (12,13,14,68)

Çalışmalardan da görüldüğü gibi ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu KKMM konusuna gereken önemi vermemektedir. Ebe ve hemşireler sağlık seviyesini yükseltmede ve sağlık eğitiminde aktif rol oynarlar. Bu rolleri gereği sağlık çalışanlarının bu konuya önem vermeleri gerekmektedir. Mezun olduktan sonrada sürekli olarak eğitime katılmalı ve kendini geliştirmelidirler.

Kadınların meme kanseri ve erken tanısı konusunda bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında birinci basamaktaki ebe ve hemşireler, geniş halk kitlelerine ulaşabilmeleri açısından, sağlık ekibinin önemli üyelerindedir.

Hemşire ve ebelerin bu konuda daha bilinçli davranmalarını sağlamak için meme kanserinin erken tanısı ve KKMM konusunda bilgilerin paylaşıldığı ve KKMM uygulamasını kendilerinin gerçekleştirdiği beceri eğitimlerinin ön planda tutulduğu hizmet içi eğitimler verilmelidir. Çiçeklioğlu ve arkadaşlarının İzmir Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 23 sağlık ocağında yürüttükleri “Birinci Basamaktaki Ebe/Hemşirelerin Eğitiminde Akran Eğiticilerin Kullanılması; Meme Kanseri Erken Tanısı Eğitim Programı Geliştirme Deneyimi” konulu çalışmada hemşire ve ebelerin eğitim öncesinde 58.51 ± 15.63 olan meme kanseri bilgi ortalaması eğitimler sonrasında 75.96 ± 9.53 olarak artış göstermiştir. KKMM yapma beceri basamakları bilgisi 71.09 ± 19.31 olan puan ortalamasından 85.02 ± 12.92 'ye yükselmiştir (69). Çalışmadan da görüldüğü gibi ebe ve hemşirelere verilen hizmet içi eğitim bu konudaki bilgi eksikliklerini kapatarak davranışlarına yansımıştır.

Konuyla ilgili eğitim almayan ve erken tanı uygulamalarını kendileri için yapmayan ebe ve hemşireler halka eğitim vermede kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Budden'in emekli hemşireler üzerinde yaptığı bir araştırmada hemşireler KKMM ile ilgili bilgilerinin eksik olması nedeni ile de kendilerini kadınlara KKMM'ni öğretecek yeterlilikte bulmadıklarını belirtmiştir (70).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1-Araştırmanın Türü: Bu araştırma Malatya iline bağlı tüm merkez birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır.

3.2-Araştırmanın Yeri Ve Zamanı: Araştırma Ekim 2006-Ocak 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3-Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini Malatya il merkezinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tüm ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmaya birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşları olarak Malatya il merkezinde bulunan 25 adet sağlık ocağı alınmıştır. Bu nedenle araştırma raporunda birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşu yerine sağlık ocağı kavramı kullanılacaktır.

3.4-Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları: Araştırmada kullanılacak verileri elde etmek için araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulan 41 soruyu içeren anket formu kullanılmıştır (13,14,35). Anket formunda yer alan sorulardan 1,2,3,4,5,8,12. sorular ebe ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, meslek, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma yılı, çocuk durumu, gebelik sayısı, aile planlaması kullanma durumu); 6,7,9,10,11,13,14,15,16,17,36,37,38,39,40,41. sorular ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerini taşıma durumunu (ilk menstrual siklusun başladığı yaş, menstrual siklusun devam etme durumu, çocuklarını emzirme durumu, ilk gebelik yaşı, kullandığı aile planlaması yöntemi ve kullanma süresi, hormonal tedavi alma durumu, var olan meme hastalığı, meme kanseri aile öyküsünün olması, biyopsi gibi invaziv işlem yaptırma durumu ve bunun atipik hiperplazi ile sonuçlanma

durumu); 18,19,20,21,22,23,24. sorular KKMM ile ilgili bilgi soruları, 25,26,27. sorular KKMM ile ilgili davranış soruları, 28,29. sorular klinik meme muayenesi ile ilgili bilgi soruları, 30,31,32. sorular klinik meme muayenesi ile ilgili davranış soruları olup, 33,34,35. sorular ise mammografi ile ilgili davranış sorularından oluşmaktadır. Veriler toplanmadan önce anket formundaki soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla, araştırma grubuyla benzer özelliklere sahip 25 ebe ve hemşire üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra anket soruları yeniden düzenlenerek son şekli verilmiştir. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar istatistiksel analizde kullanılmamıştır.

Araştırma grubunun KKMM bilgi düzeyi ölçülürken anket formunda yer alan 22. ve 24. sorular değerlendirilmiştir. 22. 24. soruları doğru cevaplayanlar “tam biliyor”; bir tanesini yanlış cevaplayanlar “eksik biliyor” ve her ikisini de yanlış cevaplayanlar “hiç bilmiyor” şeklinde ele alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri;

- Meme kanseri erken tanı yöntemine ilişkin bilgi düzeyi
- Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin davranışları

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Ebe ve hemşirelerin;

- Yaşları
- Medeni durum
- Eğitim durumu
- Meslek
- Çalışma süresi
- İlk menstrual siklusun başladığı yaş
- Menstrual siklusun devam etme durumu
- Çocuklarını emzirme durumu
- İlk gebelik yaşı
- Kullandığı aile planlama yöntemi ve kullanma süresi
- Hormonal tedavi alma durumu
- Var olan meme hastalığı

- Meme kanseri aile öyküsünün olması
- Biyopsi gibi invaziv işlemlerin yapılması
- Yapılan biyopsinin atipik hiperplazi ile sonuçlanması

3.5-Verilerin İstatistiksel Analizi: Araştırma verilerinin istatistiksel analizi SPSS for Windows Version 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında hızlar, istatistiksel değerlendirilmesinde “Pearson Ki-Kare” testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (71).

3.6-Etik İlkeler: Araştırmanın yürütülebilmesi için Malatya Valiliği ve Sağlık İl Müdürlüğü’nden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak sözel izinleri alınmış ve gönüllü olmalarına özen gösterilmiştir. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır.

3.7- Araştırmanın Sınırlılıkları: Malatya il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan ebe ve hemşireler üzerinde yapılması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8- Araştırmaya Katılım Oranı: Malatya il merkezindeki sağlık ocaklarında görevli 400 ebe ve hemşire araştırmanın evreni olarak araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma evreninde yer alan 400 ebe ve hemşirenin 17’sine doğum ve hastalık izni gibi uzun süreli izinler nedeni ile ulaşılammış, 21’i ise çeşitli nedenlerle (3 kişi yakınlarını meme kanserinden kaybettiği için konuya tepkisi nedeniyle, 10 kişi meme kanseri ile ilgili herhangi bir risk taşımadıklarını bu nedenle böyle bir araştırmaya katkıda bulunmayacaklarını düşündüklerini belirterek; 8’i de hiçbir gerekçe göstermeden) araştırmayı reddetmişlerdir. Sonuç olarak 400 kişilik evrenin 362’sinden veri sağlanabilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın cevaplama oranı %90,5 olarak gerçekleşmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 4. 1: Ebe ve Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
Meslek (n=362)		
Ebe	235	65.0
Hemşire	127	35.0
Yaş (n=362)*		
20-29	78	21.5
30-39	197	54.5
40+	87	24.0
Eğitim durumu (n=362)		
Sağlık Meslek Lisesi	144	39.8
Ön lisans	187	51.7
Lisans	31	8.5
Medeni durum (n=362)		
Evlü	323	89.2
Bekar	29	8.0
Boşanmış/dul	10	2.8
Çocuk durumu (n=333)		
Yok	21	6.3
1	94	28.2
2	170	51.0
3	38	11.5
4+	10	3.0
Aile planlaması kullanma durumu (n=323)		
Evet	241	74.6
Hayır	82	25.4

*Ebelerin yaş ortalaması 35.8 ± 6.2 , hemşirelerin yaş ortalaması 34.1 ± 7.0

Tablo 4.1, ebe ve hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarını göstermektedir. Araştırma grubunun %65.0'ını (n=235) ebeler, %35.0'ını (n=127) hemşireler oluşturmuştur. Araştırmaya alınan ebe ve hemşirelerin yaş grupları değerlendirildiğinde %54.5'inin (n=197) 30-39 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Araştırma grubunda 40+ yaş grubunun oranı %24.0 (n=87), 20-29 yaş grubunun oranı ise %21.5 (n=78)'dir. Araştırma grubunu oluşturan ebelerin yaş ortalaması 35.8 ± 6.2 , hemşirelerin 34.1 ± 7.0 'dir. Araştırma grubunun yarısından fazlası (%51.7, n=187) ön lisans mezunu ebe ve hemşirelerden oluşmaktadır.

Sağlık meslek lisesi mezunu ebe ve hemşirelerin oranının %39.8 (n=144) olduğu grupta lisans mezunu ebe ve hemşirelerin oranı sadece %8.5 (n=31)'dir. Ebe ve hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında 89.2'sinin (n=323) evli olduğu görülmektedir. Tablo 4.1'in verilerine göre ebe ve hemşirelerin %93.7'sinin (n=312) 1 veya daha fazla çocuk sahibi olduğu ve %74.6'sının (n=241) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı görülmektedir.

Tablo 4. 2: Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri

Risk faktörleri	n	%
Çocuklarını emzirme durumu(n=312)		
Evet	300	96.1
Hayır	12	3.9
İlk menstrual siklusun başladığı yaş (n=362)		
7-11	22	6.0
12-13	189	52.2
14+	151	41.8
Menstrual siklusun devam etme durumu(n=362)		
Evet	337	93.1
Hayır	25	6.9
İlk gebelik yaşı (n=333)		
Yok	17	5.1
≤19	42	12.6
20-24	164	49.2
25-29	99	29.8
30≥	11	3.3
Hormon içeren aile planlaması yöntemi kullanma durumu (n=333)		
Evet	133	40.0
Hayır	200	60.0
Hormonal tedavi alma durumu (n=362)		
Evet	75	20.8
Hayır	287	79.2
1. derece akrabalarında meme kanseri olan kişilerin sayısı(n=362)		
Bilmiyorum	27	7.5
Yok	312	86.2
1	15	4.1
>1	8	2.2
Biyopsi alınma durumu (n=362)		
Yok	330	91.2
1	28	7.7
>1	4	1.1
Yapılan biyopsilerin atipik hiperplazi ile sonuçlanma durumu(n=32)		
Hatırlamıyorum	3	9.4
Evet	2	6.3
Hayır	27	84.3

Tablo 4.2, ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımlarını vermektedir. Meme kanseri riskini azaltan bir faktör olarak bilinen emzirmenin ebe ve hemşireler arasında %96.1 (n=300) oranında uygulanan bir davranış olduğu görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin %6.0'nın (n=22) ilk menstrual siklus yaşının 11 yaş ve daha altında olduğu gözlenmektedir. İlk menstrual siklus yaşı 12–13 olanların oranı %52.2 (n=189) iken, bu oran ilk menstrual siklusunu 14+ yaşlarda görenlerde %41.8 (n=151)'dir. Ebe ve hemşirelerin %93.1'inin (n=337) menstrual sikluslarının halen devam ettiği de gözlenmektedir. İlk gebeliklerini 20–29 yaşlarında yaşayan ebe ve hemşirelerin oranı %79.0 (n=263)'dir. İlk gebeliğini 19 yaş ve altında yaşayan ebe ve hemşirelerin oranı ise %12.6 (n=42)'dir. Araştırmamızda hormon içeren aile planlama yöntemi kullanma oranı %40.0 (n=133)'dir. Östrojen ve progesteronu tedavi amaçlı alan ebe ve hemşirelerin oranı ise (n=75) %20.8'dir. Ebe ve hemşireler %6.3 (n=23) oranında birinci derece akrabalarında 1 veya daha fazla meme kanseri öyküsü bulunduğunu, %8.8 (n=32) oranında memesinde herhangi bir nedenle invaziv müdahale geçirdiklerini belirtmişlerdir. Memesine invaziv girişimde bulunanların tümünden 1 veya daha fazla biyopsi alınmış olup, alınan biyopsilerin %6.3'ünün (n=2) atipik hiperplazi tanısı aldığı belirtilmiştir.

Tablo 4. 3:Mesleğe göre KKMM yapma durumu

Meslek	KKMM yapma durumu						Toplam	
	<u>Yapan</u>				<u>Yapmayan</u>			
	Düzenli		Düzensiz		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Ebe	36	15.3	98	41.7	101	43.0	235	100.0
Hemşire	20	15.7	49	38.6	58	45.7	127	100.0
Toplam	56	15.5	147	40.6	159	43.9	362	100.0

$\chi^2=0.343$, sd=2, p=0.8423

Tablo 4.3, ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre KKMM yapma durumunu göstermektedir. Ebelerin %15.3'ü (n=36) düzenli, %41.7'si (n=98) düzensiz, %43.0'ü (n=101) ise KKMM'ni hiç yapmamaktadır. Hemşirelerin %15.7'si (n=20) düzenli olarak her ay, %38.6'sı (n=49) düzensiz, %45.7'si (n=58) ise yine KKMM'ni hiç

uygulamamaktadır. Ebe ve hemşirelerin KKMM'ni yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=0.343$, $sd=2$, $p=0.8423$).

Tablo 4.4: Yaş gruplarına göre KKMM yapma durumu

Yaş Grupları	KKMM Yapma Durumu						Toplam	
	<u>Yapan</u>				<u>Yapmayan</u>			
	Düzenli		Düzensiz		n	%	n	%
	n	%	n	%				
20-29	6	7.7	32	41.0	40	51.3	78	100.0
30-39	34	17.3	84	42.6	79	40.1	197	100.0
40 +	16	18.4	31	35.6	40	46.0	87	100.0
Toplam	56	15.5	147	40.6	159	43.9	362	100.0
$\chi^2= 6.372$, $sd=4$, $p=0.1731$								

Tablo 4.4, ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarını göstermektedir. Ebe ve hemşirelerin KKMM'ni düzenli olarak her ay yapma oranı %18.4 (n=16) ile 40+ yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. Bunu %17.3 (n=34) ile 30-39 yaş grubu takip etmektedir. Araştırma grubunun 20-29 yaş grubunda KKMM'ni yapmama oranı %51.3 (n=40) iken, 30-39 yaş grubunda bu oran %40.1 (n=79), 40+ yaş grubunda ise %46.0 (n=40)'dır. Ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM'ni yapma durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($\chi^2= 6.372$, $sd=4$, $p=0.1731$).

Tablo 4.5: Eğitim düzeyine göre KKMM yapma durumu

Eğitim düzeyi	KKMM Yapma Durumu						Toplam	
	<u>Yapan</u>				<u>Yapmayan</u>			
	Düzenli		Düzensiz		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Sağlık Meslek Lisesi	20	13.9	56	38.9	68	47.2	144	100.0
Ön lisans	27	14.4	80	42.8	80	42.8	187	100.0
Lisans	9	29.0	11	35.5	11	35.5	31	100.0
Toplam	56	15.5	147	40.6	159	43.9	362	100.0
Düzenli ve düzensiz KKMM yapanlar bir grup olarak ele alındığında; $\chi^2=1.632$, $sd=2$, $p=0.4422$								

Tablo 4.5, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre KKMM yapma dağılımlarını vermektedir. KKMM'ni düzenli yapan ebe ve hemşireler %29.0 (n=9) oranı ile lisans mezunu iken, KKMM'ni yapmayanların %47.2'sinin (n=68) sağlık

meslek lisesi mezunu olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre ebe ve hemşirelerin KKMM uygulama durumları arasında fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.632$, $sd=2$, $p=0.4422$).

Tablo 4.6: Önceden meme hastalığı olanların KKMM yapma durumu

Meme hastalığı	KKMM yapma durumu						Toplam	
	<u>Yapan</u>				<u>Yapmayan</u>			
	Düzenli		Düzensiz		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Var	20	25.3	29	36.7	30	38.0	79	100.0
Yok	36	12.7	118	41.7	129	45.6	283	100.0
Toplam	56	15.5	147	40.6	159	43.9	362	100.0

$\chi^2=7.526$, $sd=2$, $p=0.0232$

Tablo 4.6, araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin var olan meme hastalıklarına göre KKMM yapma durumunu göstermektedir. Herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin %25.3'ü ($n=20$) düzenli olarak her ay KKMM'ni uygularken, %38.0'inin ($n=30$) KKMM'ni uygulamadığı görülmektedir. Herhangi bir meme hastalığı olmayanların %12.7'si ($n=36$) ise buna rağmen düzenli olarak KKMM uygulaması yaparken, bu grupta düzensiz KKMM uygulama oranı %41.7 ($n=118$)'dir. Bu değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7.526$, $sd=2$, $p=0.0232$).

Tablo 4.7: Meme kanseri aile öyküsü olanların KKMM yapma durumu

Ailesinde meme kanseri tanısı	KKMM Yapma Durumu				Toplam	
	Yapan		Yapmayan			
	n	%	n	%	n	%
Var	10	43.5	13	56.5	23	100.0
Yok	182	58.3	130	41.7	312	100.0
Bilinmiyor	11	40.8	16	59.2	27	100.0
Toplam	203	56.0	159	44.0	362	100.0

Bilinmiyor grubu dışlandığında; $\chi^2=1.932$, $sd=1$, $p=0.1645$

Tablo 4.7, meme kanseri aile öyküsü olma durumu ile KKMM yapma durumu arasındaki dağılımı vermektedir. Ailesinde meme kanseri tanısı almış 1. derece akrabaları bulunan ebe ve hemşireler arasında KKMM yapma oranı %43.5 ($n=10$) iken, bu oran ailesinde meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabaları olmayan ebe ve hemşireler arasında %58.3 ($n=182$)'tür. Ailesinde meme kanseri tanısı almış

birinci derece akrabalarının olma durumu ile KKMM yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=1.932$, $sd=1$, $p=0.1645$).

Tablo 4.8: Mesleğe göre KKMM uygun tekniğini bilme durumu

Meslek	KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ebe	113	48.1	100	42.6	22	9.3	235	100.0
Hemşire	59	46.4	53	41.7	15	11.9	127	100.0
Toplam	172	47.5	153	42.3	37	10.2	362	100.0

$\chi^2=0.543$, $sd=2$, $p=0.7622$

Tablo 4.8, ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme dağılımlarını vermektedir. KKMM uygun tekniğini tam bilenlerin %48.1'i (n=113) ebelerden, %46.4'ü (n=59) hemşirelerden oluştuğu gözlenmektedir. KKMM'nin uygun tekniğini bilmeyenlerin %9.3'ü (n=22) ebe ve %11.9'u (n=15) hemşirelerden oluşmaktadır. Meslekle KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0.543$, $sd=2$, $p=0.7622$).

Tablo 4.9: Yaş grubuna göre KKMM uygun tekniğini bilme durumu

Yaş grubu	KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%
	n	%	n	%	n	%		
20–29	41	52.5	29	37.2	8	10.3	78	100.0
30–39	94	47.8	84	42.6	19	9.6	197	100.0
40+	37	42.5	40	46.0	10	11.5	87	100.0
Toplam	172	47.5	153	42.3	37	10.2	362	100.0

$\chi^2=1.845$, $sd=4$, $p=0.7642$

Tablo 4.9, ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM uygun tekniğini bilme durumlarını göstermektedir. Ebe ve hemşirelerin KKMM uygun tekniğini tam bilenlerin yoğunlaştığı yaş grubu %52.5 (n=41) ile 20–29 yaş grubudur. Bunu %47.8

(n=94) ile 30–39 yaş grubunun izlediği görülmektedir. KKMM uygun tekniğini eksik bilenlerin %46.0'sının (n=40) ve hiç bilmeyenlerin %11.5'inin (n=10) 40+ yaş grubunda olduğu görülmektedir. Tablo 4.9'un verilerine göre yaş grubu yükseldikçe KKMM uygun tekniğini bilme düzeyinin düşmesine rağmen ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM uygun tekniğini bilme durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.845$, $sd=4$, $p=0.7642$).

Tablo 4.10: Eğitim düzeyine göre KKMM uygun tekniğini bilme durumu

Eğitim durumu	KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık Meslek Lisesi	53	36.8	68	47.2	23	16.0	144	100.0
Ön lisans	99	53.0	77	41.1	11	5.9	187	100.0
Lisans	20	64.5	8	25.9	3	9.6	31	100.0
Toplam	172	47.5	153	42.3	37	10.2	362	100.0
Ön lisans ve lisans mezunları bir grup olarak ele alındığında; $\chi^2=14.899$, $sd=2$, $p=0.0006$								

Tablo 4.10, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre KKMM uygun tekniğini bilme durumunu göstermektedir. Sağlık meslek lisesi mezunu ebe ve hemşirelerin %36.8'inin (n=53), üniversite mezunlarının (ön lisans + lisans) % 54.5'inin (n=119) KKMM uygun tekniğini tam bildiği, sağlık meslek lisesi mezunlarının %47.2'sinin (n=68), üniversite mezunlarının (ön lisans + lisans) %38.9'unun (n=85) eksik bildiği belirlendi. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %16.0'sı (n=23), üniversite mezunlarının (ön lisans + lisans) ise %6.4'ü (n=14) KKMM uygun tekniğini bilmemektedir. Eğitim durumu ile KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=14.899$, $sd=2$, $p=0.0006$).

Tablo 4. 11: KKMM yapanların KKMM uygun tekniğini bilme durumu

KKMM yapma durumu	KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi						Toplam	
	Tam biliyor		Eksik biliyor		Bilmiyor		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yapan	106	52.2	80	39.4	17	8.4	203	100.0
Yapmayan	66	41.5	73	46.0	20	12.5	159	100.0
Toplam	172	47.5	153	42.3	37	10.2	362	100.0
$\chi^2=4.586$, $sd=2$, $p=0.101$								

Tablo 4.11, ebe ve hemşirelerden KKMM yapanların uygun tekniği bilme durumunu göstermektedir. Tablo verilerine göre KKMM’ni uygulayan ebe ve hemşirelerin %52.2’si (n=106) uygun tekniğini tam bildiği, ebe ve hemşirelerin %41.5’inin (n=66) ise KKMM uygun tekniğini tam bilmelerine rağmen uygulamadıkları görülmektedir. Aynı zamanda KKMM yaptığını belirten ebe ve hemşirelerin %8.4’ünün (n=17) KKMM uygun tekniğini hiç bilmedikleri belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin KKMM’ni uygulama düzeyi ile uygun tekniği bilme düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($\chi^2=4.586$, $sd=2$, $p=0.101$).

Tablo 4.12: Meme hastalığı olma durumuna göre KKMM uygun tekniğini bilme durumu

Meme hastalığı	KKMM uygun tekniğini bilme durumu						Toplam	
	Tam Biliyor		Eksik Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	45	57.0	25	31.7	9	11.3	79	100.0
Yok	127	44.9	128	45.2	28	9.9	283	100.0
Toplam	172	47.5	153	42.3	37	10.2	362	100.0
$\chi^2=4.731$, $sd=2$, $p=0.0939$								

Tablo 4.12, herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin KKMM uygun tekniğini bilme durumunu vermektedir. Herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin % 57.0’sinin (n=45) KKMM uygun tekniğini tam bildiği, %31.7’sinin (n=25) eksik bildiği ve %11.3’ünün (n=9) ise hiç bilmediği bulundu. Herhangi bir meme hastalığı olmayanların ise %44.9’u (n=127) KKMM uygun tekniği tam bilmekte, %45.2’si (n=128) eksik bilmekte ve %9.9’u (n=28) ise hiç bilmemektedir. Tablo 4.12’nin verdiği bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen meme hastalığı olanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir ($\chi^2=4.731$, $sd=2$, $p=0.0939$).

Tablo 4.13: Mesleğe göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu

Meslek	Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%		
Ebe	103	43.8	132	56.2	235	100.0
Hemşire	43	33.9	84	66.1	127	100.0
Toplam	146	40.3	216	59.7	362	100.0

$\chi^2= 3.406$, $sd=1$, $p=0.0649$

Tablo 4.13, ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Tablo 4.13'ün verilerine göre ebelerin %43.8'i (n=103) klinik meme muayenesi yaptırırken, hemşirelerin ise %33.9'unun (n=43) klinik meme muayenesi yaptırdığı görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 3.406$, $sd=1$, $p=0.0649$).

Tablo 4.14: Yaş gruplarına göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu

Yaş Grupları	Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%		
20–29	19	24.4	59	75.6	78	100.0
30–39	70	35.5	127	64.5	197	100.0
40+	57	65.5	30	34.5	87	100.0
Toplam	146	40.3	216	59.7	362	100.0

$\chi^2=33.086$, $sd=2$, $p=0.0001$
Farklılığın kaynaklandığı 40+ yaş grubu dışlandığında; $\chi^2=3.187$, $sd=1$, $p=0.0742$

Tablo 4.14, ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasındaki dağılımı göstermektedir. Ebe ve hemşirelerin klinik meme muayenesi yaptırma oranları yaşla birlikte artmaktadır. Klinik meme muayenesi yaptıranların oranı 20-29 yaş grubunda %24.4 (n=19) iken, 30-39 yaş grubunda bu oranın %35.5'e (n=70), 40+ yaş grubunda ise %65.5'e (n=57) yükseldiği görülmektedir. Yaş grubu ile klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. İleri istatistiksel analizde fark yaratan grup 40+

yaş grubu olup bu grup dışlanarak istatistiksel ilişki arandığında diğer gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=3.187$, $sd=1$, $p=0.0742$).

Tablo 4.15: Eğitim düzeyine göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu

Eğitim düzeyi	Klinik meme muayenesi yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%		
Sağlık Meslek Lisesi	55	38.2	89	61.8	144	100.0
Ön lisans	81	43.3	106	56.7	187	100.0
Lisans	10	32.3	21	67.7	31	100.0
Toplam	146	40.3	216	59.7	362	100.0
$\chi^2=1.805$, $sd=2$, $p=0.4056$						

Tablo 4.15, ise ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyleri ile klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Sağlık meslek lisesi mezunu olan ebe ve hemşirelerde klinik meme muayenesi yaptırma oranı %38.2 (n=55) iken, bu oranın ön lisans mezunlarında %43.3 (n=81), lisans mezunlarında %32.3 (n=10) olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.805$, $sd=2$, $p=0.4056$).

Tablo 4. 16: Meme hastalığı olma durumuna göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu

Meme hastalığı	Tanı sonrası klinik meme muayenesi yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%		
Var	75	95.0	4	5.0	79	100.0
Yok	71	25.0	212	75.0	283	100.0
Toplam	146	40.3	216	59.7	362	100.0
$\chi^2=125.207$, $sd=1$, $p=0.0001$						

Tablo 4.16, herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin erken tanı için önemli olan klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını göstermektedir. Herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin %95.0'inin (n=75) klinik meme muayenesi yaptırdığı görülmektedir. Herhangi bir meme hastalığı olmayan ebe ve hemşirelerin de %25.0'i (n=71) korunma amaçlı klinik meme muayenesi yaptırmaktadırlar. Herhangi bir meme hastalığının olma durumuna göre klinik meme muayenesi yaptırma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=125.207$, $sd=1$, $p=0.0001$).

Tablo 4.17: Meme kanseri aile öyküsü olanların klinik meme muayenesi yaptırma durumu

Ailesinde meme kanseri tanısı	Klinik meme muayenesi yaptırma durumu				Toplam	
	Yaptıran		Yaptırmayan		n	%
	n	%	n	%		
Var	13	56.5	10	43.5	23	100.0
Yok	122	39.1	190	60.9	312	100.0
Bilinmiyor	11	40.7	16	59.3	27	100.0
Toplam	146	40.3	216	59.7	362	100.0
Bilinmiyor grubu dışlandığında; $\chi^2=2.702$, $sd=1$, $p=0.1002$						

Tablo 4.17, araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin meme kanseri aile öyküsü olanların klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasındaki dağılımı göstermektedir. Ailesinde meme kanseri tanısı almış 1. derece akrabaları bulunan ebe ve hemşireler arasında klinik meme muayenesi yaptırma oranı %56.5 (n= 13) iken, bu oran ailesinde meme kanseri tanısı almış 1. derece akrabaları olmayan ebe ve hemşireler arasında %39.1 (n=122)'dir. Ailesinde meme kanseri tanısı almış 1. derece akrabaları bulunan ebe ve hemşirelerin klinik meme muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=2.702$, $sd=1$, $p=0.1002$).

Tablo 4.18: Mesleğe göre mammografi çektirme durumu

Meslek	Mammografi Çektirme Durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%
	n	%	n	%		
Ebe	69	29.4	166	70.6	235	100.0
Hemşire	23	18.1	104	81.9	127	100.0
Toplam	92	25.4	270	74.6	362	100.0
$\chi^2=5.506$, $sd=1$, $p=0.0189$						

Tablo 4.18, ebe ve hemşirelerin mesleklerine göre mammografi çektirme durumunu göstermektedir. Ebeler arasında mammografi çektirme oranı %29.4 (n=69) iken, bu oranın hemşireler arasında %18.1'e (n=23) düştüğü görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin mammografi çektirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5.506$, $sd=1$, $p=0.0189$).

Tablo 4.19: Yaş grubuna göre mammografi çektirme durumu

Yaş Grupları	Mammografi Çektirme Durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%	n	%
20-29	2	2.6	76	97.4	78	100.0
30-39	34	17.3	163	82.7	197	100.0
40+	56	64.4	31	35.6	87	100.0
Toplam	92	25.4	270	74.6	362	100.0

$\chi^2=98.041$, $sd=2$, $p=0.0001$

Tablo 4.19, ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre mammografi çektirme dağılımlarını vermektedir. Ebe ve hemşirelerin mammografi çektirme durumu yaşla birlikte artmaktadır. Mammografi çektirenlerin oranı 40+ yaş grubunda %64.4 (n=56) iken, 30–39 yaş grubunda bu oranın %17.3'e (n=34), 20–29 yaş grubunda ise %2.6'ya (n=2) düştüğü görülmektedir. Ebe ve hemşirelerin mammografi çektirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=98.041$, $sd=2$, $p=0.0001$).

Tablo 4.20: Eğitim düzeyine göre mammografi çektirme durumu

Eğitim düzeyi	Mammografi Çektirme Durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%	n	%
Sağlık meslek Lisesi	42	29.2	102	70.8	144	100.0
Ön lisans	47	25.1	140	74.9	187	100.0
Lisans	3	9.7	28	90.3	31	100.0
Toplam	92	25.4	270	74.6	362	100.0

$\chi^2=5.127$, $sd=2$, $p=0.077$
Lisans grubu dışlanarak ilişki arandığında; $\chi^2=0.673$, $sd=1$, $p=0.412$

Tablo 4.20, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre mammografi çektirme durumlarını göstermektedir. Sağlık meslek lisesi mezunu ebe ve hemşirelerin mammografi çektirme oranları %29.2 (n=42) iken, bu oran ön lisans mezunlarında %25.1 (n=47), lisans mezunlarında %9.7 (n=3)'dir. Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerine göre mammografi çektirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=5.127$, $sd=2$, $p=0.077$).

Tablo 4.21: Meme hastalığı olma durumuna göre mammografi çekirme durumu

Meme hastalığı	Mammografi Çekirme Durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%
	n	%	n	%		
Var	45	57.0	34	43.0	79	100.0
Yok	47	16.6	236	83.4	283	100.0
Toplam	92	25.4	270	74.6	362	100.0

$\chi^2=53.058$, $sd=1$, $p=0.0001$

Tablo 4.21, herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme durumlarını göstermektedir. Herhangi bir meme hastalığı olan ebe ve hemşirelerin %57.0'sinin (n=45) mammografi çektiği görülmektedir. Herhangi bir meme hastalığı olmayan ebe ve hemşirelerin de %16.6'sı (n=47) korunma amaçlı mammografi çekmektedirler. Herhangi bir meme hastalığının olması durumuna göre mammografi çekirme arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=53.058$, $sd=1$, $p=0.0001$).

Tablo 4.22: Meme kanseri aile öyküsü olanların mammografi çekirme durumu

Ailesinde meme kanseri tanısı	Mammografi Çekirme Durumu				Toplam	
	Çektiren		Çektirmeyen		n	%
	n	%	n	%		
Var	8	34.8	15	65.2	23	100.0
Yok	81	26.0	231	74.0	312	100.0
Bilinmiyor	3	11.1	24	88.9	27	100.0
Toplam	92	25.4	270	74.6	362	100.0

Bilinmiyor grubu dışlandığında; $\chi^2=0.854$, $sd=1$, $p=0.3553$

Tablo 4.22, meme kanseri aile öyküsü bulunan ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme durumları arasındaki dağılımı vermektedir. Ailesinde meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabaları bulunan ebe ve hemşireler arasında mammografi çekirme oranı %34.8 (n= 8) iken, bu oran ailesinde meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabaları olmayan ebe ve hemşireler arasında %26.0 (n=81)'dir. Ailesinde meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabaları bulunan ya da bulunmayan ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0.854$, $sd=1$, $p=0.3553$).

Tablo 4.23. Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin ikisini ya da üçünü birlikte uygulama

Özellik	n	%
KKMM'ni uygun teknikle doğru uygulama	106	52.2
Klinik meme muayenesi uygulama	146	40.3
Mammografi çekirme	92	25.4
KKMM + Klinik meme muayenesi + Mammografi	50	13.8
KKMM + Klinik meme muayenesi	36	10.0
KKMM + Mammografi	2	0.5
Klinik meme muayenesi + Mammografi	37	10.2

Tablo 4.23, araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin bu üç erken tanı yönteminin ikisini ya da üçünü birlikte uygulama durumlarını vermektedir. KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografiyi birlikte uygulama oranı % 13.8 (n=50), KKMM ve klinik meme muayenesini birlikte uygulama oranı %10.0 (n=36), KKMM ve mammografiyi birlikte uygulama oranı %0.5 (n=2) , klinik meme muayenesi ve mammografiyi birlikte uygulama oranı ise %10.2 (n=37)'dir.

Tablo 4. 24: Ebe ve Hemşirelerin KKMM Yapmama nedenleri

Özellikler	n	%
KKMM yapmama nedenleri		
• İhmal	64	40.3
• Unutma	52	32.7
• Risk taşıdığına inanmama	43	27.0
Toplam	159	100.0

Tablo 4.24, KKMM yapmayan ebe ve hemşirelerin KKMM yapmama nedenlerini göstermektedir. KKMM yapmayan ebe ve hemşirelerin %40.3'ü (n=64) ihmal nedeniyle, %32.7'si (n=52) unutma nedeniyle ve %27.0'ı da (n=43) meme kanseri için risk taşıdıklarına inanmadıkları nedeniyle yapmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.25: Ebe ve hemşirelerin klinik meme muayenesi yaptırma ve mammografi çektirme nedenleri

Özellikler	n	%
Klinik meme muayenesi yaptırma nedenleri		
• Hastalık	75	51.3
• Erken tanı	62	42.5
• Diğer	9	6.2
Toplam	146	100.0
Mammografi çektirme nedenleri		
• Hastalık	51	55.4
• Erken tanı	34	37.0
• Diğer	7	7.6
Toplam	92	100.0

Tablo 4.25, klinik meme muayenesi yaptıran ve mammografi çektiren ebe ve hemşirelerin buna ilişkin gerekçelerini yansıtmaktadır. Klinik meme muayenesi yaptıran ebe ve hemşirelerin %51.3'ü (n=75) bu muayeneyi memede saptanan herhangi bir normal dışı durumun takibi nedeniyle, %42.5'i (n=62) ise erken tanı amacıyla yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Mammografi çektiren ebe ve hemşireler ise %55.4 (n=51) oranında yine memede saptanan herhangi bir normal dışı durumun takibi nedeniyle çektirdiklerini ifade ederken, %37.0'ı (n=34) erken tanı amaçlı çektirdiklerini belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Malatya il merkezinde yer alan 25 sağlık ocağında görev yapmakta olan ebe ve hemşirelerin meme kanseri, buna yönelik KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografiye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla planlanıp yapılmıştır. Bunun için meme kanseri erken tanı uygulamaları hakkında oluşturulan bir anket formu uygulanarak ve elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin genel tanımlayıcı özellikleri araştırma raporunun bulgular bölümünde Tablo 4.1’de verilmektedir. Bu tablo ışığında araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin genel tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde araştırma grubunun %65.0’ını (n=235) ebelerin, %35.0’ını (n=127) ise hemşirelerin oluşturduğu belirlendi. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’ne dair kanun hükmüne göre yürütülmektedir. Bu kanuna göre ülkede yaşayan her birey mutlaka bir birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşu kapsamına alınmakta, her 2000 kişinin koruyucu, geliştirici ve gerektiğinde tedavi edici takiplerini yürütmek üzere bir ebe görevlendirilmektedir. Bu kanunda hemşireye ise genellikle kurum içi bir görev yüklenmektedir (72). Bu nedenle nüfus yoğunluğu dikkate alındığında bu kurumlarda ebe sayısının hemşire sayısına göre önemli düzeyde fazla olması normal görünmektedir. Araştırma grubunun %21.5’i (n=78) 20–29 yaş grubunda yer alırken, 30-39 yaş grubu %54.5 (n=197), 40+ yaş grubu ise %24.0 (n=87) oranındadır. Araştırmamıza katılan ebelerin yaş ortalaması 35.8 ± 6.2 , hemşirelerin 34.1 ± 7.0 ’dır.

Ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde ise grubun %39.8'inin (n=144) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %51.7'sinin (n=187) sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu mezunu ya da sağlık meslek lisesi mezunu olup herhangi bir sağlık programı ya da sağlık dışı bir programdan açık öğretim ön lisans mezunu olduğu, sağlık yüksekokulu mezunu ebe ve hemşirelerin oranının ise sadece %8.5 (n=31) olduğu görülmektedir.

Araştırma grubunda yer alan ebe ve hemşirelerin %89.2'si (n=323) evli, %8.0'i (n=29) bekâr, %2.8'si (n=10) ise boşanmış/dul olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca ebe ve hemşirelerin %93.7'sinin (n=312) 1 veya daha fazla çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Evli olan ebe ve hemşirelerin gebelik geçirmeleri ve bunların çoğunun da çocuklarını emzirdiği göz önüne alınırsa meme kanseri riski açısından koruyucu özelliğe sahip oldukları düşünülebilir. Ayrıca araştırma grubunun %74.6'sı (n=241) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır.

Tablo 4.2'nin verilerine göre çocuk sahibi olan 312 ebe ve hemşirenin %96.1'inin (n=300) çocuklarını emzirdiği görülmektedir. Bu da araştırma grubunun meme kanseri riskini düşük düzeyde de olsa azaltan olumlu bir davranışa sahip olduklarını göstermektedir.

Meme kanseri risk faktörleri arasında ilk menstrual siklus yaşı da yer almakta ve menstrual siklusun 12 yaşın altında başlamasının meme kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (12,13,14). Bu bağlamda araştırma grubunun %6.0'sının (n=22) ilk menstrual siklusunun 7-11 yaşları arasında başladığı belirlenmiştir. İlk menstrual siklus başlama yaşı 12-13 olanların oranı %52.2 (n=189), 14 yaşın üzerinde olanların oranı ise %41.8 (n=151)'dir. İlk menstrual siklus yaşının uzaması östrojene maruziyeti azalttığından dolayı koruyucu bir faktör olarak algılanmaktadır. Bu anlamda araştırma grubunun %94.0'ının (n=340) östrojene erken maruziyet riskini taşımadığı düşünülebilir.

Meme kanseri risk faktörleri arasında yer alan bir diğer etken de gebelik, gebelik sayısı ve ilk gebelik yaşıdır. Gebeliğin meme kanseri ile ilişkisi gebelik döneminde

ovulasyonun azalmasına, emzirmeye ve emzirme süresine bağlı olduğu bildirilmektedir. İlk gebeliğin 30 yaşın üzerinde gerçekleşmesinin meme kanseri riski açısından olumsuzluk taşıdığı belirtilmektedir (4). Bu anlamda araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin %94.9'unun (n=316) gebelik yaşadığı ve bunların %91.6'sının (n=305) de ilk gebeliklerinin 30 yaşın altında olması yine araştırma grubunun önemli bir kısmının bu açıdan da korunduğunu düşündürebilir.

Meme kanserine yol açan etkenler arasında östrojen ya da östrojen+progesteron içeren preparatların aile planlaması yöntemi olarak uzun süreli kullanımı da yer almaktadır (7,8,9). Araştırma grubunun %40.0'nın (n=133) hormon içerikli aile planlaması yöntemleri olan oral kontraseptif hapları, enjeksiyon yöntemi ve norplantları kullandığı saptanmıştır. Bu bağlamda araştırma grubunun %36.7'si (n=133) aile planlaması yöntemi olarak kullandıkları hormonlar nedeniyle meme kanseri açısından riskli gruba girebilirler. Östrojen ve progesteronun aile planlaması yöntemi olarak kullanılmasının yanında 1 yıl gibi sürelerle over kisti ve benzeri durumların tedavisinde de kullanıldığı bilinmektedir. Herhangi bir nedenle tedavi amaçlı hormonal tedavi alan ebe ve hemşirelerin oranının %20.8 (n=75) olduğu görülmektedir.

Genetik yatkınlıkta meme kanseri oluşumunda oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Birinci derece akrabalar arasında meme kanseri tanısı almış birinin bulunması halinde meme kanseri rölatif riski 4'den büyük olmaktadır. Birinci derece akrabalar arasında meme kanseri tanısı alan kişi sayısının artmasına bağlı olarak bu riskin giderek arttığı belirtilmektedir (7,8,9). Araştırma grubunda birinci derece akrabaları arasında 1 veya daha fazla meme kanseri tanısı alan ebe ve hemşirelerin oranı %6.3 (n=23)'tür. Ayrıca meme dokusuna herhangi bir tanı amacıyla biyopsi yapılan 32 ebe ve hemşirenin %6.3'ünde (n=2) de yapılan biyopsi sonucu atipik hiperplazi saptanmıştır. Bu bağlamda atipik hiperplazi saptanan ebe ve hemşirelerin meme kanseri açısından riskli grup içinde yer almalarından dolayı bu konudaki erken tanı uygulamalarını yerine getirmeleri beklenmektedir.

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en güvenilir yolu erken tanı ve tedavidir. KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleridir. Bu yöntemlerde memede herhangi bir anormallik olup olmama durumunun saptanması hedeflenmektedir (4,10,28).

KKMM basit, pahalı olmayan, invaziv girişim gerektirmeyen, tehlikesiz ve evde uygulanan bir yöntemdir (28,29). Araştırma grubunun %56.1'inin (n=203) KKMM uyguladığı bulunmuştur. KKMM uygulayan ebe ve hemşirelerin bu muayeneyi %15.5 (n=56) oranında düzenli (her ay), %40.6 (n=147) oranında düzensiz uyguladıkları saptanmıştır. Ebeler ve hemşireler arasında KKMM yapma durumu arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (p=0.8423) (Tablo 4.3).

Araştırma grubunun sağlık çalışanlarından oluşması, özellikle mesleki eğitimlerinin meme kanseri ile ilgili korunma bilgilerini ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri içermesi, Sağlık Bakanlığı'nın aralıklarla meme kanserine ilişkin hizmet içi eğitim programları düzenlediği düşünülürse araştırma grubunun KKMM düzenli (aylık) yapanların oranı çok düşüktür (%15.5). Bu durumun Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun KKMM'nin 20 yaşından itibaren her ay yapılması önerisi de göz önüne alındığında, KKMM düzenli yapma oranının özellikle bu grupta yüksek olması beklenmelidir (2,10).

Aydın ve Işıklı'nın çalışmasında koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin %96.3'ünün KKMM'ni uyguladığı, ancak düzenli uygulayanların oranının %28.6 olduğu belirtilmiştir (11). Çavdar ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma grubunu oluşturan kadın hekimlerin %65.5'inin, hemşirelerin %72.1'inin KKMM'ni uyguladığı ancak, düzenli olarak uygulayanların oranının %25 olduğu belirtilmiştir (73). Aslan ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %63'ünün KKMM uyguladığı ve bu grubun %46'sının aklına geldikçe, %35.5'inin ise düzenli aralıklarla uyguladığı belirtilmiştir (74). Karahan ve arkadaşlarının 2002 yılında İstanbul'da hastanelerde ve sağlık ocaklarında çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin düzensiz de olsa %87'sinin

KKMM uyguladıkları, her ay düzenli olarak KKMM uygulayanların oranının %49.1 olduğu belirtilmektedir (12). Canbulat'ın 2006 yılında yaptığı çalışmasında ise Erzurum'da hastane ve sağlık ocağında çalışan ebelerin %22.9'unun, hemşirelerin %15.8'inin düzenli olarak KKMM yaptığı belirtilmiştir (13). Uzun ve arkadaşlarının hemşirelik lisans programına kayıtlı hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin sadece %31'inin düzenli olarak her ay KKMM yaptıkları bulunmuştur (14). Bedük ve Şen tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin %82'sinin KKMM yaptığı, ancak önerilen sıklıkta uygulayanların oranının %25'in altında olduğu saptanmıştır (68).

Chong ve arkadaşlarının Singapur'da halk sağlığı hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin %93'ünün KKMM uyguladığı, ancak bu uygulamayı aylık yapanların oranının %67.2 olduğu belirtilmiştir (75). Abu Salem ve arkadaşlarının Ürdün'de, hastanede çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %52'sinin KKMM uyguladığı ancak bunların %30'unun düzenli uyguladığı belirtilmiştir (76). Foxall ve arkadaşları 32 Afrika kökenli Amerikalı ve 78 Kafkas hemşirenin KKMM ve sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada Afrika kökenli Amerikalı hemşirelerin son 12 ay içerisinde 12 veya daha fazla KKMM yapma oranını %43, Kafkas hemşirelerin ise KKMM yapma oranını %20 olarak belirtmektedir (77). Mahmoodi ve arkadaşlarının İran'da 7 farklı sağlık merkezindeki kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma grubunun sadece %6'sının aylık düzenli olarak KKMM uyguladıkları saptanmıştır (78). Odusanya ve Tayo tarafından Nijerya'da hastanelerde çalışan hemşireler üzerinde yapılan çalışmada hemşirelerin %89'unun KKMM uyguladığı, ancak aylık uygulayanların oranının %39 olduğu belirtilmiştir (79).

Sağlık çalışanları üzerinde ülkemizde yapılan ulaşabildiğimiz çalışmalardaki (11,13,14,68,73,74) KKMM uygulama oranları araştırmamız ile genel olarak benzerlik göstermektedir. Sadece Karahan ve arkadaşlarının (12) İstanbul'daki hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada hem genel KKMM uygulama oranı hem de aylık düzenli uygulama oranı araştırmamızdan yüksek çıkmıştır. Bu durum İstanbul'da çalışan hemşirelerin sosyo-ekonomik düzeyindeki farklılıktan ya da

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün meme kanseri ile mücadeleye verdiği önemden, dolayısıyla hizmet içi eğitimlerin niteliğinden ve sıklığından kaynaklandığı düşünülebilir. Konu ile ilgili yurt dışından ulaşılabilen çalışmalarda da toplam KKMM yapma oranları ile düzenli KKMM yapma oranları araştırmamızın ve ulaşılabilen ülkemizde yapılmış diğer çalışmaların oranları gibi çok yüksek bulunmamıştır (75,76,77,78,79).

KKMM yapma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyonun kıyaslanabilmesi için ülkemizde ve yurtdışında genel popülasyonda yapılmış olan bazı araştırmaların bulgularının karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır.

Çevik'in yaptığı çalışmada örnekleme oluşturan kadınların %27.4'ünün düzenli her ay KKMM yaptığı görülmüştür (80). Çadır ve arkadaşlarının 20 yaş ve üzeri kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %45.1'inin KKMM yaptığı, ancak bunların %50.2'sinin aklına geldikçe, %34.3'ünün ise menstruasyonun bitiminden 2-3 gün sonra KKMM yaptıkları bulunmuştur (81). Akyolcu'nun yaptığı çalışmada kadınların %65.5'inin KKMM'ni yaptığı ancak sadece %25.9'unun ayda bir yaptığı bulunmuştur (24). Orhan'ın çalışmasında ise kadınların %28.2'sinin düzenli KKMM yaptığı saptanmıştır (82). Dişçigil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %61.7'sinin KKMM yaptığı ancak düzenli KKMM yapanların oranının %17.9 olduğu ifade edilmiştir (83). Sadler ve arkadaşlarının ABD'de yaşayan Asyalı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma grubunun aylık KKMM yapma oranının %40.7 olduğu belirtilmektedir (84). Roupa ve arkadaşlarının Yunanlı kadınlar üzerinde yaptığı vaka-kontrol çalışmasında KKMM uygulama oranlarının hem vaka hem de kontrol grubunda düşük olduğu ve meme kanserli hastaların oluşturduğu vaka grubunun %34.6'sının, kontrol grubunun ise %30'unun düzenli olarak KKMM'ni uyguladığı belirtilmiştir (85). Wardle ve arkadaşlarının 20 Avrupa ülkesindeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %54'ünün hiç KKMM uygulamadığı, %8'inin ise düzenli aralıklarla aylık olarak uyguladığı, %36'sının ise gerektiğinde uyguladığı tespit edilmiştir (86). Perrson ve arkadaşlarının İsveçli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların sadece %10'unun KKMM uyguladığı görülmüştür (87).

KKMM yapma oranları açısından sağlık personeli ve genel popülasyon kıyaslandığında bu grubun sağlık çalışanlarından daha düşük oranlara sahip olması beklenirken, konu ile ilgili ulaşılabilen gerek yurtiçi gerek yurtdışı çalışmaların oranları araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin KKMM uygulama oranlarından yüksek bulunmuştur (80,81,82,83,84,85). Sadece Wardle ve arkadaşları ile Perrson ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar araştırmamız bulgularından düşük bulunmuştur. Bu Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalarda KKMM yapma oranlarındaki düşüklük, söz konusu ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve sağlık göstergeleri dikkate alındığında şaşırtıcıdır; oranlardaki bu düşüklük araştırmacılar tarafından konu ile ilgili bilgi eksikliğine bağlanmıştır (86,87). Ulaşılabilen bu çalışmalar içerisinde en düşük KKMM uygulama oranları arasında araştırmamızda yer almaktadır (%15.5). Bu oran meme kanseri erken tanısı amacıyla KKMM uygulama davranışı ve alışkanlığı açısından araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin mesleki eğitimleri ve hizmet içi eğitimleri sonucu öz sorumluluklarının yüksek düzeyde olması gerekmesine rağmen genel popülasyondan farklı davranmadıklarını, hatta bu konuda beklenen düzeyde davranış sergilemediklerini göstermektedir. Bu durum toplumdaki kadınların meme kanseri erken tanısına ilişkin KKMM uygulamalarına yetersiz yönlendirilmelerine de neden olabilir. Kendisi KKMM uygulamayan sağlık çalışanlarının bunu hizmet verdiği gruba benimsetmesinde de sorunlar yaşanabilir. Budden'in hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada hemşirelerin KKMM ile ilgili bilgilerinin önemli düzeyde eksik olduğu bu nedenle de hem KKMM'lerini yapmalarını hem de kendilerini kadınlara KKMM'ni öğretecek yeterlilikte bulmadıkları belirtilmiştir (70). Budden'in bu konudaki çalışması da bizim düşüncemizi destekler niteliktedir.

Meme kanserinde yaşın önemli bir etken olduğu ve yaşın ilerlemesi ile birlikte meme kanserinin görülme sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (4,10). Buna yönelik olarak da Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu tarafından meme kanseri erken tanı yöntemlerinden KKMM 20 yaşından itibaren her ay her kadının yapması gereken bir uygulama olarak önerilmektedir (2,10). Ebe ve hemşirelerin KKMM yapma durumları yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde yaşla birlikte KKMM'ni düzenli yapanların oranının arttığı

gözlenmektedir. 20–29 yaş grubunda %7.7 (n=6) olan düzenli KKMM yapma oranı, 30–39 yaş grubunda %17.3'e (n=34), 40+ yaş grubunda %18.4'e (n=16) ulaşmaktadır. Buna paralel olarak KKMM yapmayanların oranı yaşla birlikte düşmekte 20–29 yaş grubunda %51.3 (n=40) olan KKMM yapmama oranı, 30–39 yaş grubunda %40.1 (n=79), 40+ yaş grubunda ise %46.0 (n=40)'dır. Yaş grubuna göre KKMM yapma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.1731) (Tablo 4.4). Araştırma grubumuzda 29 altı yaş grubunda düzenli KKMM yapma oranı (% 7.7), 30–39 yaş grubunda hızlı bir yükseliş (%17.3) göstermektedir. Bu bulgular araştırma grubumuzun önemli bir kısmının meme kanserini kendileri için 30 yaşından sonra risk olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Yine de 30-39 yaş grubundaki %40.1 (n=79)'lik ve 40 + yaş grubunda %46.0 (n=40)'lık hiç KKMM yapmama oranı meme kanserinin bu grup tarafından bir risk olarak algılanmadığını ya da konuyla ilgili bilgi eksikliğini düşündürülebilir.

Araştırma grubunun KKMM yapma durumu eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde düzenli KKMM yapma oranının özellikle lisans mezunu olan grupta arttığı gözlenmektedir. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarında sırasıyla %13.9 (n=20) ve %14.4 (n=27) olan KKMM düzenli yapma oranı lisans mezunlarında %29.0 (n=9)'dır. Yine KKMM yapmama oranları eğitim durumunun artmasına göre giderek düşmekte; sağlık meslek lisesi mezunlarında %47.2 (n=68) olan KKMM yapmama oranları ön lisans mezunlarında %42.8 (n=80)'e lisans mezunlarında ise %35.5 (n=11)'e düşmektedir. Eğitim düzeyine göre KKMM yapma ve yapmama oranları arasında gözlenen farklılaşmaya rağmen bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.4422) (Tablo 4.5). İstatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da eğitim düzeyine göre özellikle lisans mezunu olan grubun KKMM yapma oranlarının yüksekliği lisans eğitimi süresince alınan mesleki eğitimin gerek konuyla ilgili mesleki bilginin oluşmasında gerekse bu bilginin davranışa dönüşerek öz sorumluluk oluşturmasında diğer eğitim düzeylerine göre daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Canbulat'ın çalışmasında kadın sağlık çalışanları arasında KKMM yapma oranı düşük bulunmuş ve bu düşüklük araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının %33.6'sının lise

mezunu olmasına, dolayısıyla lise düzeyi mesleki eğitimin yetersizliğine bağlanabilir (13). Akyolcu'nun çalışmasında da genel popülasyondaki kadınlar arasında KKMM yapma oranının eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte arttığı belirtilmiştir (24). Araştırmamızın bulguları bu konuda ulaşılabilen çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bening ya da memenin anatomik ve fizyolojik yapısını bozan her türlü meme hastalıkları meme kanseri için risk oluşturmaktadır (7,8,9). Araştırma grubumuzun %21.8 (n=79)'i herhangi bir meme hastalığının olduğunu belirtmiştir. Bu grubun meme kanseri riski ve erken tanılanması açısından daha duyarlı olması beklenmektedir. Buna rağmen bir meme hastalığı olduğunu bildiren 79 ebe ve hemşirenin %25.3 (n=20) düzenli KKMM yaparken, %38.0 (n=30)'ı ise hiç uygulamamaktadır. Meme ile ilgili bir hastalığının bulunması, memenin başka hastalıklara da yatkınlığını düşündüreceğinden sağlık çalışanlarından oluşan araştırma grubumuzun KKMM'ni uygulama açısından daha hassas olmaları beklenir. Buna rağmen meme ile ilgili bir hastalığı bulunan ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun (%38.0) KKMM uygulamaması dikkat çekicidir. Bir meme hastalığı olup olmama durumuna göre KKMM yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmektedir (p=0.0232) (Tablo 4.6).

Ailesinde meme kanseri tanısı almış kişi bulunması meme kanseri risk düzeyini önemli ölçüde artırmaktadır (7,8,9). Araştırma grubunun %6.3 (n=23)'ü birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış en az bir kişinin bulunduğunu bildirmiştir. Akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabası bulunan 23 ebe ve hemşirenin %43.5'inin (n=10) KKMM'ni uyguladığı görülmektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan grubun ise %58.3'ü (n=182) KKMM'ni uygulamaktadır. Ailesinde birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış olan grubun KKMM yapma oranının diğer gruptan düşük olması düşündürücüdür. Yukarıda yer alan 40 yaş üstü olmak ya da memede herhangi bir hastalık bulunması gibi riskli durumlarda yüksek olan KKMM uygulamama oranı böylesine ciddi bir riskin bulunması durumunda da geçerli gibi görünmektedir. Ailesinde meme kanseri tanısı olan ebe ve hemşirelerin KKMM'ni

yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.1645$) (Tablo 4.7).

Ekici ve arkadaşlarının kadın öğretim elemanları üzerinde yaptığı çalışmada aile öyküsünde meme kanseri bulunan öğretim elemanlarının %55.5'inin her ay düzenli olarak KKMM'ni uyguladığı diğer öğretim elemanlarının %7.7'sinin KKMM'ni uygulamakta olduğu bildirilmektedir (88). Zincir'in çalışmasında da Malatya'da yaşayan, kendisinde ve yakınlarında meme kanseri olan kadınların %53.0'ünün, olmayan kadınların ise %23.4'ünün KKMM'ni yaptıkları bulunmuştur (35). Bu çalışmalarda, aile öyküsünde meme kanseri olan gerek kadın öğretim elemanlarının gerekse genel popülasyonun KKMM uygulama oranları sağlık çalışanlarından oluşan araştırma grubumuza göre yüksek bulunması şaşırtıcıdır.

Araştırma grubumuzun KKMM'nin uygun tekniğini tam bilme oranı %47.5 ($n=172$), hiç bilmeme oranı ise %10.2 ($n=37$) bulunmuştur. Meslek ile KKMM uygun tekniğini bilme durumu açısından önemli bir fark gözlenmemektedir. Mesleğe göre KKMM'nin uygun tekniğini bilme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.7622$) (Tablo 4.8). Araştırma grubunun yarısından fazlasının KKMM uygun tekniğini eksik bilmesi ya da hiç bilmemesi aslında toplumun KKMM uygun tekniğini bilip uygulama durumunu da olumsuz etkileyebilir. Çünkü toplumdaki kadınların KKMM uygun tekniğini bilmelerinde ana görev gerek sağlık ocaklarında gerekse ev ziyaretlerinde ebe ve hemşirelere düşmektedir. Hem kendi kendine elle meme muayenesi uygulamaması hem de bunun uygun tekniğini yeterince bilmemesi sağlık çalışanlarının bu alanda halkın eğitimini ve motivasyonunu yükseltmede istenilen düzeye ulaşmasını engelleyen faktörlerdir.

Araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin yaş gruplarına göre KKMM uygun tekniğini bilme durumuna baktığımızda yaş grubu yükseldikçe tam bilme oranı düşmekte olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). 20–29 yaş grubundaki ebe ve hemşirelerin KKMM'ni tam bilme oranı %52.5 ($n=41$), 30–39 yaş grubunda tam bilme oranı %47.8 ($n=94$), 40+ yaş grubunda ise %42.5 ($n=37$)'tir. Aynı şekilde hiç bilmeme oranı ise %11.5 ($n=10$) ile en fazla 40+ yaş grubunda görülmektedir. Yaş

grubu ile KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.7642$). Yaş grubu arttıkça mezun olunan yıl üzerinden daha çok yıl geçmekte ve kullanılmayan bilgiler de kaybolmaktadır. 20-29 yaş grubunun ise diğer yaş gruplarına göre daha yeni mezun olduğu ve bilgilerinin daha taze olduğu varsayımı, bu grubun KKMM uygun tekniğini bilmesini artıran nedenler olarak düşünülebilir.

Eğitim düzeyi ile KKMM uygun tekniğini bilme durumu karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça KKMM uygun tekniğini tam bilme oranının da arttığı saptanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunlarının %36.8'inin ($n=53$), ön lisans mezunlarının %53.0'ünün ($n=99$) ve lisans mezunlarının %64.5'inin ($n=20$) KKMM uygun tekniğine ilişkin soruları tam bildiği görülmektedir. Buna ilişkin soruların hiçbirini doğru yanıtlayanların ise %16.0'sı ($n=23$) sağlık meslek lisesi, %5.9'u ($n=11$) ön lisans ve %9.6'sı ($n=3$) lisans mezunudur. Eğitim düzeyi ile KKMM uygun tekniğini bilme durumu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.0006$) (Tablo 4.10). Bu durum eğitim düzeyleri ile KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi arasındaki ilişkide eğitimin önemini ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca yetersiz de olsa ön lisans ve özellikle lisans mezunu ebe ve hemşireler arasında KKMM uygun tekniğini bilme oranının sağlık meslek lisesi mezunlarına göre çok yüksek olması sağlık meslek lisesi eğitiminin meme kanseri ve KKMM gibi erken tanı uygulama bilgilerini yeterince kazandıramadığını düşündürmektedir. Karahan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin öğrenim durumları açısından KKMM bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve lisans mezunlarının %90.9 oranında, sağlık meslek lisesi mezunlarının %78,3'ünün, ön lisans mezunlarının ise %79.7'sinin KKMM'ni bildikleri belirtilmiştir (12). Orhan'ın genel popülasyon üzerinde yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ile KKMM bilgi düzeyi arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır. İlkokul mezunu olan kadınların %13,5'i KKMM bilmekte iken bu oranın ortaokul ve üzeri olan kadınlarda %22,5'e yükseldiği belirtilmektedir (82). Zincir'in yaptığı çalışmada da KKMM'ni bilme ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak fark saptanmış olup eğitim düzeyi arttıkça KKMM bilgi düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir (35). Çalışmalarda bulgularda görüldüğü gibi eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyi de artmaktadır ve

araştırmamızdaki bulgu ile bu anlamda benzerlik göstermektedir. Gerek araştırmamızın bulguları gerekse sağlık çalışanları üzerinde yapılan diğer çalışma (12) mesleki eğitimin lisans eğitimine yükseltilmesinin mesleki beceriyi uygulamadaki önemini ortaya çıkarmaktadır. Ancak buna rağmen lisans mezunu ebe ve hemşirelerin mesleki bilgi ve beceri ile ilgili düzeylerinin istenilen düzeyde olmaması, mezuniyet sonrası düzenli ve devamlı hizmet içi eğitimin önemini de göstermektedir.

Ebe ve hemşireler arasında KKMM uygun tekniğini bilme düzeyi KKMM yapıp yapmama durumu ile kıyaslandığında KKMM yaptığını belirten 203 kişinin sadece % 52.2 (n=106)'sinin KKMM uygun tekniğini tam bildiği ve %8.4 (n=17)'ünün ise hiç bilmediği saptanmıştır. KKMM'ni yapmadığını belirten 159 kişinin ise % 41.5 (n=66)'inin tam bildiği ve %12.5 (n=20)'inin ise hiç bilmediği belirlenmiştir. KKMM'ni yapıp yapmama ile KKMM'nin uygun tekniğini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.101) (Tablo 4.11). KKMM yapanların tam bilme oranları beklendiği gibi daha yüksek bulunmuştur. KKMM'ni yaptığı halde %39.4'ünün (n=80) KKMM uygun tekniğini eksik bilmesi, %8.4'ünün (n=17) ise bu tekniği hiç bilmeden uygulaması şaşırtıcıdır. Bununla birlikte KKMM'ni uygulamayanların %41.5'inin (n=66) KKMM uygun tekniğini tam bilmeleri ve buna rağmen uygulamamaları da aynı şekilde şaşırtıcıdır. Gerek KKMM uyguladığı halde uygun yöntemi öğrenme ihtiyacı duymayan gerekse bu tekniği tam olarak bilip uygulama ihtiyacı duymayan ebe ve hemşirelerin hem kendi sağlıklarına ilişkin sorumlulukları hem de hizmet verdikleri gruplar açısından sorumluluklarının istenilen düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Karahan ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapanların %93.0'ü KKMM uygun tekniğini bildiği, %64.1'inin ise KKMM bilmediği halde uyguladığı belirtilmiştir (12). Çadır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KKMM yapma durumu ile bilgi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup kadınların %45.1'inin KKMM uyguladıkları ve uygulayanların 19.58 ± 7.41 ile en yüksek bilgi puan ortalamasını aldığı belirtilmiştir (81). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular araştırmamızdaki bulgular ile KKMM yapanların bu uygulamanın tekniğini daha fazla bilmeleri bakımından benzerlik göstermektedir.

Herhangi bir meme hastalığı tanısı almış 79 ebe ve hemşirenin %57.0'ının (n=45) KKMM uygun tekniğini tam bildikleri, %11.3'ünün (n= 9) ise bu konuda hiç bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Bu oranlar herhangi bir meme hastalığı bulunmayan ebe ve hemşireler arasında sırasıyla %44.9 (n=127) ve %9.9 (n=28)'dur. Herhangi bir meme hastalığı olma durumu ile KKMM uygulama tekniğini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.0939) (Tablo 4.12). Ebe ve hemşirelerin bir sağlık çalışanı olarak ve memeye ilişkin patolojik bir durumun meme kanseri riskini artıran bir faktör olduğunu bilmesi gerektiği varsayılarak, bir meme hastalığı tanısı almasına rağmen yarıya yakınının yine de KKMM uygun tekniğini eksik bilmesi ya da bilmemesi düşündürücüdür. Bu bulgular sağlık çalışanlarımızda bile kendi sağlıklarına ilişkin sorumluluklarının istenilen düzeyde olmadığını yansıtmaktadır.

Meme kanserinin erken tanısında önemli olan erken tanı yöntemlerinden biri de klinik meme muayenesidir. Klinik meme muayenesi 40 yaşından önce 3 yılda bir, 40 yaşından sonra her yıl hekim tarafından yaptırılması gereken bir yöntemdir (2,10). Araştırma grubunun %40.3'ü (n=146) klinik meme muayenesi yaptırmış olduklarını bildirmişlerdir. Klinik meme muayenesi yaptırma oranı ebeler arasında %43.8 (n=103), hemşireler arasında ise %33.9 (n=43)'dur. Meslek durumu ile klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.0649) (Tablo 4.13).. Yine burada da gerek iki grup arasındaki yüzdeler farklılığı gerekse p değerinin 0.05'e yaklaşmış olması çalışılan grubun sayısal büyüklüğünün artırılması halinde bu ilişkinin anlamlı düzeye çıkabileceğini düşündürebilir.

Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %5'inin, Karahan ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %32'sinin en az bir defa klinik meme muayenesi yaptırdıkları belirtilmiştir (74,12). Canbulat'ın yaptığı çalışmasında sağlık çalışanlarının büyük kısmının (%85.0) düzenli olarak hekime muayene yaptırmadıkları belirtilmiştir (13). Chong ve arkadaşlarının halk sağlığı hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada %53.6'sının geçen 1 yıl içerisinde klinik meme

muayenesi yaptırdığı, Odusanya ve Tayo'nun çalışmasında ise hemşirelerin %28.9'unun klinik meme muayenesi yaptırdığı gözlenmiştir (75,79). Sağlık çalışanı olmayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanlarında olduğu gibi klinik meme muayenesi yaptırma oranı düşük bulunmuştur. Dişçigil ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların %42.7'sinin hayatında en az bir defa klinik meme muayenesi yaptırdığı belirtilmiştir (83). Orhan'ın çalışmasında kadınların %10'unun, Çadır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %19.4'ünün, Zincir'in yaptığı çalışmada kadınların %21,1'inin klinik meme muayenesi yaptırdıkları görülmektedir (82,81,35). Sadler ve arkadaşlarının çalışmasında ise Asyalı kadınların %54.8'inin araştırmanın yapıldığı dönemin 12 ay öncesinde klinik meme muayenesi yaptırdıkları saptanmıştır (84). Yukarıda yer alan yurt içi ve yurt dışı çalışmaların bulguları araştırmamızla benzerlik göstermektedir (74,12,13,75,79,83,82,81,35). Bu durum genel olarak klinik meme muayenelerinin Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu önerisi doğrultusunda yeterli oranda uygulanmadığını ve bu alanda gerek sağlık çalışanlarına yönelik gerekse halka yönelik özel ve etkin bir programın gerekliliğini düşündürmektedir (2,10).

Klinik meme muayenesi yaptırma yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde yaş gruplarının artmasına bağlı olarak klinik meme muayenesi yaptırma oranları önemli düzeyde artış göstermektedir. 20-29 yaş grubunda %24.4 (n=19) olan klinik meme muayenesi yaptırma oranı 30-39 yaş grubunda %35.5'e (n=70) , 40+ yaş grubunda ise %65.5'e (n=57) yükselmiştir (Tablo 4.14). Buna bağlı olarak klinik meme muayenesi yaptırma durumu yaşın artması ile birlikte azalmaktadır. Yaş ile klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuş olup (p=0.0001) anlamlılığı yaratan grubun 40+ yaş grubu olduğu saptanmıştır. (40+ yaş grubu dışlanarak ilişki arandığında (p=0.0742) Yaşla birlikte klinik meme muayenesi yaptırma oranlarının artması beklendik bir durum olmasına rağmen, özellikle 40+ yaş grubunun bu uygulamayı yaptırma oranları (%34.5) istenilen yeterli düzeye yaklaşmamaktadır. Araştırmamızda yaş açısından en yüksek riski taşıyan 40 + yaş grubunun %34.5'i (n=30) bu riske rağmen hiç klinik meme muayenesi yaptırmamıştır.

Klinik meme muayenesi yaptırma durumu mezun olunan eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde sağlık meslek lisesi mezunlarının %38.2'sinin (n=55), ön lisans mezunlarının %43.3'ünün (n=81), lisans mezunlarının ise %32.3'ünün (n=10) hayatında en az bir defa klinik meme muayenesi yaptırdıkları belirlenmiştir. Klinik meme muayenesi yaptırma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (p=0.4056) (Tablo 4.15). Klinik meme muayenesi ile ilgili diğer değişkenlerde olduğu gibi eğitim durumunda da hiçbir eğitim düzeyinde yüksek klinik meme muayenesi yaptırma oranları bulunmamıştır.

Herhangi bir meme hastalığı tanısı alıp tanı sonrası klinik meme muayenesinin devam edip etmediği değerlendirildiğinde herhangi bir meme hastalığı tanısı alan 79 kişinin %95.0 (n=75)'inin tanı sonrası klinik meme muayenesini devam ettirdiği görülmektedir (Tablo 4.16). Herhangi bir meme hastalığı tanısı almayan ebe ve hemşireler arasında ise klinik meme muayenesi yaptırma oranı %25.0 (n=71)'dir Herhangi bir meme hastalığı tanısı alanlarla almayanlar arasında klinik meme muayenesi yaptırma açısından ileri düzeyde istatistiksel bir anlamlılık saptanmıştır (p=0.0001) . Bu bulgular araştırma grubunun sağlıkları ile ilgili bir anormal durum belirlenince konuya daha fazla önem verdiklerini düşündürmektedir.

Ailede birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış olan ebe ve hemşirelerin klinik meme muayenesi yaptırma durumları değerlendirildiğinde, birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış olan 23 ebe ve hemşirenin %56.5 (n=13)'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı görülmektedir (Tablo 4.17). Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişi bulunmayan ebe ve hemşirelerin %39.1 (n=122) oranında klinik meme muayenesi yaptırdığı da görülmektedir. Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış birey olup olmamasına göre klinik meme muayenesi yaptırma durumu arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır (p=0.1002). Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişilerin bulunması o kişi için en yüksek risklerden biri olarak kabul edilmekte ve kişinin meme kanserine yakalanma rölatif riskinin >4 olduğu yani diğer kişilere oranla 4'ten daha yüksek bir risk taşıdıkları bildirilmektedir (7,8,9). Bu bilginin özellikle sağlık çalışanları tarafından bilinmesi

beklenmektedir. Buna rağmen birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişi bulunan ebe ve hemşirelerin yarıya yakınının (%43.5) hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı da bu bilgiye sahip olmadıklarını düşündürebilir. Bunun içinde gerek örgün mesleki eğitimin kalitesinin yükseltilmesine gerekse hizmet içi eğitimlerin sıklığının ve sürekliliğinin sağlanmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Zincir'in çalışmasında genel popülasyondaki kadınlar arasında kendisinde ve yakınlarında meme kanseri olanların %27.9'unun klinik meme muayenesi yaptırdığı, olmayanların %12.5'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı belirtilmiştir. Yine Zincir'in çalışmasında da kendisinde ve yakınlarında meme kanseri olanların daha fazla klinik meme muayenesi yaptırdığı görülmektedir(35). Araştırmamız bulgularının yukarıda yer alan araştırmanın oranlarından yüksek olması grubumuzun sağlık çalışanlarından oluşması nedeniyle beklenen bir durumdur.

Mammografi meme kanserinin erken tanısında rol alan üç erken tanı yöntemlerinden en önemlisidir (4). Meslek durumuna göre mammografi çekirme durumu arasındaki ilişkiyi gösteren Tablo 4.18'te ebeler arasında bugüne kadar mammografi çektirenlerin oranının %29.4 (n=69) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ise mammografi çekirme oranları ebelerin oranından (%29.4) belirgin olarak düşük (%18.1) bulunmuştur. Meslek ayırımına gitmeden grubun ortalama mammografi çekirme oranı ise %25.4 (n=92)'dir. Meslek ile mammografi çekirme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.0189). Araştırma grubumuzda mammografi çekirme oranlarının klinik meme muayenesinden düşük olduğu ve düzenli KKMM uygulama oranlarından yüksek olduğu görülmektedir. Mammografi çekirme oranlarının ebelerde %29.4, hemşirelerde %18.1 iken, düzenli KKMM yapma oranlarının ebelerde %15.3, hemşirelerde %15.7 (Tablo 4.3) olması KKMM uygun tekniğini yeterince bilememe ve KKMM'nin meme kanseri erken tanısı için önemine inanmama ya da önemini kavrayamama ile açıklanabilir. Bununla birlikte ebelerin %43.8'i, hemşirelerin %33.9'u klinik meme muayenesine başvururken bu grubun mammografi çekirme oranlarının ebelerde %29.4'e, hemşirelerde %18.1'e düşmesi araştırma grubunun mammografi konusunda bilgi eksikliklerine ve buna ilişkin olarakta oluşan korkularına bağlanabilir. Aynı zamanda

ülkemizde mammografi hala hem sağlık çalışanları hem de genel popülasyon arasında rutin uygulamaya dönüşmemiştir. Bu nedenlere bağlı olarak araştırmamıza katılan ebe ve hemşirelerin mammografi uygulamaları çok düşük olabilir.

Karahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %13'ünün, Canbulat'ın yaptığı çalışmada kadın sağlık çalışanlarının %12.5'inin, Avcı'nın hemşire ve ebelerin mammografiye ilişkin inançlarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %41.7'sinin mammografi yaptırdığı belirtilmiştir (13,12,89). Odusanya ve Tayo'nun çalışmasında hemşirelerin sadece %7.8'inin geçen 3 yıl içinde mammografi yaptırdıkları görülmektedir (79). Sağlık çalışanı olmayan kadınlar üzerinde yapılan aşağıda yer alan çalışmalarda da sağlık çalışanlarında olduğu gibi mammografi yaptırmama oranı düşük bulunmuştur. Orhan'ın çalışmasında kadınların %11.1'inin daha önce mammografi yaptırdığı, Zincir'in yaptığı çalışmada ise kadınların %13.8'inin daha önce mammografi yaptırdığı saptanmıştır (35,82). Budakoğlu'nun çalışmasında kadınların %56.1'inin mammografiyi duyduğu ve %35.1'inin araştırmanın yapıldığı döneme kadar en az bir kere, %9.7'sinin ise son 12 ay içinde bir kere mammografi yaptırdığı belirtilmiştir (90). Sadler ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada Amerika'da yaşayan Asyalı kadınların %61.3'ünün mammografi yaptırdığı bildirilmiştir (84).

Amerika'da yapılan Sadler ve arkadaşlarının (84) çalışması dışında yukarıda yer alan yurt içi ve yurt dışı çalışmaların bulguları araştırmamızın bulguları ile genel olarak benzerlik göstermektedir. Konuyla ilgili ulaşılabilen araştırma sonuçları ve araştırmamızın bulguları genel olarak mammografi yaptırmama oranlarının yeterli oranda uygulanmadığını göstermekte (12,13,35,79,82,89,90) ; bu durum konuyla ilgili gerek sağlık çalışanlarına gerekse halka mammografinin meme kanseri erken tanısındaki önemi hakkında etkili ve uygulamaya yönelik bir programın gerekliliğini düşündürmektedir. Bilgi düzeyi artan kişilerin mammografi uygulamasına karşı daha ılımlı davranacağı düşünülebilir.

Mammografinin 40 yaşından itibaren de rutin bir uygulama olarak yılda 1 kere yapılması gerektiği bildirilmektedir (5,22). Araştırma grubunun yaş gruplarına

göre mammografi çekirme durumu değerlendirildiğinde yaşla birlikte en az bir kez mammografi çekirme oranlarının arttığı gözlenmektedir. 20-29 yaş grubunda %2.6 (n=2) olan en az bir kez mammografi çekirme oranı, 30-39 yaş grubunda %17.3 (n=34)'e, 40+ yaş grubunda ise %64.4 (n=56)'e yükselmektedir. Yaş grubuna göre mammografi çekirme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p=0.0001) (Tablo 4.19). Yaşla birlikte mammografi çekirme oranlarının artması beklendiği bir durum olmasına rağmen özellikle 40+ yaş grubu mammografi çekirme oranı, KKMM uygulaması ve klinik meme muayenesi yaptırma oranlarındaki gibi, beklenen düzeyden uzak görünmektedir. Araştırma grubumuzun yaş açısından meme kanseri ile ilgili en yüksek riski taşıyan 40 + yaş grubunun %35.6 (n=31)'sının bu yüksek riske rağmen hiç mammografi çekirmemiş olması düşündürücüdür.

Chong ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireler 50 yaşından önce %31.1 oranında, 50 yaşından sonra %64.8 oranında mammografi çektiğini ifade etmişlerdir (75). Mah ve arkadaşlarının 40-75 yaşları arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %52'sinin mammografi çektiği belirtilmiştir (91). Orhan'ın yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında da araştırma kapsamına alınan kadınların mammografi çekirme durumu ile yaş grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, araştırma kapsamına alınan kadınların mammografi çekirme oranının en fazla 40-49 yaş grubunda yer aldığı saptanmıştır (84). Bu bulgular ile araştırmamızın bulguları benzerlik göstermekte olup, yaş grubu arttıkça risk durumunun artmasıyla mammografinin rutin uygulamaya dönüşmesi gereği, araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme oranında bir artış göze çarpmaktadır.

Eğitim düzeyine göre mammografi çekirme durumu değerlendirildiğinde, bu oranın sağlık meslek lisesi mezunu ebe ve hemşireler arasında %29.2 (n=42), ön lisans mezunlarında %25.1 (n=47), lisans mezunlarında ise %9.7 (n=3) olduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeyine göre mammografi çekirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.077) (Tablo 4.20). Ancak buna rağmen özellikle lisans mezunu ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme

oranlarının diğer gruplardan belirgin düzeyde düşük olması ve ki-kare testi sonucu bulunan p değerinin 0.05'e çok yakın olması araştırma grubunun sayısal büyüklüğünün artırılması halinde p değerinin anlamlı düzeye gelebileceğini düşündürmektedir. Nitekim lisans mezunu dışlanarak ki-kare arandığında p değeri 0.412'ye çıkmaktadır. Görüldüğü gibi lisans mezunu grubun mammografi çekirme oranları anlamlılığa yaklaşan p değerini ortaya çıkartmaktadır (p=0.412). Araştırmamızın hiçbir eğitim düzeyinde mammografinin yeterli ve istenilen düzeyde uygulanmadığı saptanmıştır. Bu da ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrasındaki eğitimleri sırasında bu uygulamanın önemi ve gerekliliğine ilişkin daha detaylı bilgiye gereksinimleri olduğunu düşündürebilir.

Herhangi bir meme hastalığının olup olmaması ile mammografi çekirme durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, herhangi bir meme hastalığı olanlarda mammografi çekirme oranı %57.0 (n=45), herhangi bir meme hastalığı olmayanlarda %16.6 (n= 47) olarak bulunmuştur. Herhangi bir meme hastalığının olması ile mammografi çekirme durumu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.0001) (Tablo 4.21). Klinik meme muayenesi yaptırma oranı herhangi bir meme hastalığı olanlarda %95.0 düzeyinde olup, aynı grupta mammografi çekirme oranı %57.0'ye düşmüştür. Bu araştırma grubunun sahip olduğu meme hastalıklarının yapılan klinik muayene sonucunda meme kanseri için bir risk oluşturacak türden olmadıklarını, yaş gruplarının düşük olmasını düşündürebileceği gibi, mammografi çekirmesi gereken kişilerinde bu uygulamanın henüz ülkemizde yaygın bir şekilde yer uygulanmamasından da çekirme oranlarının düşmesi düşünülebilir.

Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme durumu değerlendirildiğinde (Tablo 4.22), birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış olanların mammografi çekirme oranının %34.8 (n=8) olduğu gözlenmektedir. Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişi bulunmayan ebe ve hemşirelerin ise %26.0'sı (n=81) mammografi çekirdiklerini belirtmişlerdir. Birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış ebe ve hemşirelerin mammografi çekirme durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0.3553$). Meme kanserine ilişkin önemli risk faktörü olan genetik yatkınlığının bulunması ve grubun sağlık çalışanlarından oluşması rağmen mammografi çektirmeme oranının çok düşük (%65.2) olması düşündürücüdür.

Meme kanserinin erken tanısı için gerekli olan bu üç tarama (KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi) yöntemi birbirini tamamlamakta ve çok önemli olup üçünün de bir arada önerilen sıklıkla uygulanması gerekmektedir (2,10). Araştırma grubumuzu oluşturan ebe ve hemşirelerin tüm grup içerisinde %29.3 ($n=106$)'ünün KKMM'ni uygun teknikle yapabildikleri görülmektedir. Yine tüm grubun %40.3'ünün ($n=146$) klinik meme muayenesinden geçtiği ve %25.4'ünün ($n=92$) mammografi çektirdiği gözlenmektedir. Ancak Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Birliği'nin önerisi bu üç yöntemin bir arada kullanılması şeklindedir. Bu anlamda söz konusu öneriye uyan ve her üç erken tanı yöntemini de uygulayanlar araştırma grubunun %13.8'ini ($n=50$) oluşturmaktadır. Bu üç tekniğin bir arada gerçekleştirilememesi halinde daha etkili olacağı düşünülen klinik meme muayenesi ve mammografiyi bir arada kullananlar araştırma grubunun % 10.2 ($n=37$)'sini oluşturmaktadır. Bununla birlikte sadece KKMM+klinik meme muayenesi oranı %10.0 ($n=36$), KKMM + mammografi oranı %0.5 ($n=2$)'tir (Tablo 4.23). Odusanya ve Tayo'nun hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da her üç yöntemi birlikte uygulama oranı çalışmamızın konuyla ilgili oranlarından oldukça düşük (%6, $n=13$) bulunmuştur (79).

Araştırma grubunda yer alan ve KKMM'ni yapmadığını belirten 159 ebe ve hemşirenin %40.3'ü ($n=64$) "ihmal" nedeniyle, %32.7'si ($n=52$) "unuttuğu için", %27.0'ı ($n=43$) da "meme kanseri ile ilgili herhangi bir risk taşıdığına inanmaması" nedeniyle bu uygulamayı yapmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.24). Orhan'ın çalışmasında kadınların %53.3'ü ihmalkâr olduklarını, %35.5'i yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, %10'u kanser korkusu yaşadıkları için yapmadıklarını belirtmişlerdir (84). Zincir'in çalışmasında ise kadınların %59.5'inin yeterli bilgiye sahip olmadıkları, %11.6'sı kanser olmaktan korktuğu için KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir (35). Budden'in çalışmasında ise KKMM'ni yapmama nedenlerinin

başında unutkanlık gelmektedir (70). Diğer çalışmalarda görülen KKMM uygulamama nedenleri bizim araştırmamızda da olduğu gibi özellikle ihmal ve unutmaya dayanmaktadır.

Klinik meme muayenesi yaptıran 146 ebe ve hemşirenin %51.3'ü (n=75) herhangi bir meme hastalığı taşıyor olması nedeniyle klinik meme muayenesi yaptırdığını belirtmiştir. Klinik meme muayenesini erken tanı amacı ile yaptıranların oranı ise %42.5 (n=62)'dir. Mamografi çektiren 92 ebe ve hemşirenin %55.4'ü (n=51) mammografiyi klinik meme muayenesinde olduğu gibi herhangi bir meme hastalığı taşıyor olması nedeniyle çektirdiğini belirtmiştir. Mammografiyi erken tanı amaçlı uygulayanların oranı ise %37.0' (n=34)'dir (Tablo 4.25).

Gerek klinik meme muayenesi gerekse mammografi uygulamasının yarıdan fazlası herhangi bir hastalık sonucu yaptırılırken, erken tanı amacıyla yaptırma oranı beklenen düzeyin çok altındadır. Bu da araştırma grubumuzun meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi eksikliklerini düşündürmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Malatya il merkezindeki 25 sağlık ocağında görev yapan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymayı amaçlayan bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- ❖ Araştırma grubunun %65.0'ını ebe, %35.0'ını hemşire oluşturmaktadır. Araştırma grubunda yer alan ebelerin yaş ortalaması 35.8 ± 6.2 , hemşirelerin yaş ortalaması 34.1 ± 7.0 'dır. Bu grubun çoğunluğunun (%51.7) ön lisans mezunu, %89.2'sinin evli olduğu ve %93.7'sinin bir veya daha fazla çocuk sahibi olduğu belirlendi. Çocuk sahibi olan ebe ve hemşirenin %96.2'si çocuklarını emzirdiklerini ifade etmişlerdir.
- ❖ Ebe ve hemşirelerin %56.1'i KKMM yapmakta olup sadece %15.5'i bu uygulamayı düzenli olarak yapmakta ve %43.9'u ise hiç yapmamaktadır. Araştırma grubumuzun KKMM yapma durumunu yaş grubu, eğitim düzeyi ve meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabası bulunması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Herhangi bir meme hastalığının olması durumunda ise KKMM yapma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmaktadır.
- ❖ Ebe ve hemşirelerin %47.5'i KKMM uygun tekniğini tam bilmekte, %42.3'ü eksik bilmekte ve %10.2'si ise bu yöntemi hiç bilmemektedir. KKMM uygun tekniğini tam bilme durumu ebe ve hemşirelerin eğitim düzeylerinin yükselmesi ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır. KKMM uygun tekniğini bilme durumu mesleğe, yaşa göre, KKMM yapıp yapmamaya ve herhangi bir meme hastalığının olması arasındaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

- ❖ Araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin %40.3'ü klinik meme muayenesi yaptırmaktadır. Klinik meme muayenesi yaptıranlar 40+ yaş grubunda (%65.5) yoğunlaşmakta, yaş grubunun artmasıyla klinik meme muayenesi yaptırma oranı da ileri düzeyde bir anlamlılıkla artmaktadır ($p=0.0001$). Yine araştırmaya katılan kişiler arasında herhangi bir meme hastalığının bulunmasına bağlı olarak klinik meme muayenesi yaptırma durumu ileri düzeyde anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0.0001$). Buna karşın klinik meme muayenesi yaptırma durumu eğitim düzeyine ve birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişilerin bulunmasına göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir.
- ❖ Araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşireler arasında mammografi çekirme oranı çok (%25.4) düşüktür. Ancak yaşa bağlı olarak mammografi çekirme oranı istatistiksel olarak ileri düzeyde farklıdır ($p=0.0001$). Ebeler arasında mammografi çekirme oranı hemşirelere göre de anlamlı düzeyde farklıdır ($p=0.0189$). Mammografi çekirme oranı herhangi bir meme hastalığı olması durumuna göre de çok ileri düzeyde anlamlı bir farklılık yaratmaktadır ($p=0.0001$). Bununla birlikte mammografi çekirme oranı eğitim düzeyine ve birinci derece akrabaları arasında meme kanseri tanısı almış kişilerin bulunması arasında anlamlılık düzeyine ulaşan bir fark bulunmamaktadır.
- ❖ Araştırma grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanısında kullanılan üç yöntemi birlikte uygulama oranı %13.8'dir.
- ❖ Ebe ve hemşirelerin %40.3'ü ihmal nedeniyle, %32.7'si unuttuğu için ve %27.0'si ise meme kanseri için risk taşıdıklarına inanmadıkları için KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir.
- ❖ Klinik meme muayenesi yaptıran ebe ve hemşirelerin %51.3'ü herhangi bir meme hastalığının olmasına bağlı olarak, %42.5'i ise erken tanı amaçlı olarak klinik meme muayenesi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve

hemşirelerin %55.4'ü ise herhangi bir meme hastalığının olmasına bağlı olarak, %37.0'si ise erken tanı amaçlı mammografi yaptırdıklarını belirtmişlerdir.

Bu sonuçlar ışığında sağlık çalışanlarının meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda istenilen düzeyde olumlu sağlık davranışları sergilemesine ve hizmet verdikleri gruba bu davranışları aktarmaları için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- ❖ Meme kanserine ilişkin erken tanı yöntemlerinden özellikle KKMM uygulaması ve klinik meme muayenesine başvurma oranlarının eğitim düzeyinin artmasıyla –istenilen düzeyde olmasa da- bir artış göstermesi bu konuda eğitimin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle, ebe ve hemşirelerin hem mesleki eğitimlerinde hem de mezuniyet sonrası yapılan hizmet içi eğitimlerinde meme kanseri erken tanı uygulamaları konusuna gereken önem verilmeli ve buna ilişkin demonstrasyon yöntemi kullanılarak kişilerin daha iyi öğrenmeleri sağlanmalıdır.
- ❖ Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet içi eğitiminin düzenli ve işler hale getirilmesi ve bu eğitimlerin dalanında uzmanlaşmış kişiler tarafından verilmelidir. Ayrıca her eğitim faaliyeti öncesinde ve sonrasında bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ölçülerek eğitimlerin etkinliği değerlendirilmelidir.
- ❖ Meme kanserinin kadınlar arasında görülen kanser türleri içerisinde ilk sırada yer alması nedeniyle, görevlerinin büyük bir bölümü ana-çocuk sağlığıyla ilgili olan birinci basamak sağlık kuruluşlarının hizmet içi eğitimlerinde meme kanseri ve erken tanı yöntemleri eğitimi de öncelikli ve ayrıntılı konular arasında yer almalıdır. Bu eğitim programında özellikle;
 - Meme kanserinin risk faktörleri ve belirtileri,
 - Meme kanseri tanı yöntemleri,
 - KKMM teknikleri ve sıklığı,
 - Klinik muayenesi tekniği, gerekliliği ve sıklığı,

- Mammografi uygulamasının gerekliliği ve sıklığı konularına yer verilerek grubun bu konuda farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.

- ❖ Sağlık çalışanlarını kapsayan daha buyk gruplar üzerinde meme kanseri erken tanı uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aydın, Ö., Polat, A., Düşmez, D., Eğilmez, R. (2000). Mersin İlinde Kanser Sıklığı ve Dağılımı Üzerine Bir Çalışma. *The Turkish Journal Of Pathology*, 16 (1–2).48–52.
2. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu (Turkish Association for Cancer Research and Control).Türkiye’de ve Dünya’da Kanser İstatistikleri. Erişim: 8.10.2006,
<http://www.turkcancer.org.php>
3. World Health Organization (February, 2006). Cancer. Erişim: 05 Temmuz 2007,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
4. Darendeliler, E., Açoğlu, F.Y. (2003). *Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi*. E. Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s.13-33). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
5. Jemal, A., Siegel,R., Ward, E., Murray, T., Thun, M.(2007). Cancer Statistics. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, (57),43-66 .
6. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (2003).Türkiye’de Kadınlarda ve Erkeklerde Görülen En Sık Kanserler, 2003. Erişim: 09 Ekim 2007,
<http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666>
- 7.Hulka, BS., Moorman, PG. (2001). Breast Cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas*, February 28 (1), 103-116.
- 8.Onat, H., Başaran, M. (2003). *Meme Kanseri Risk Faktörleri Ve Korunma*. E: Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed). *Meme Kanseri* (s.100–107). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 9.Evrensel, T. (2005). *Meme Kanseri Etyolojisi, Risk Faktörleri Ve Korunma*. E. Kayıhan ve S. K. Çetintaş. (Ed). *Meme Kanseri* (s.623–627). Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri.
10. American Cancer Society. Breast Facts And Figures. 2005–2006, Atlanta, Georgia.

11. Aydın, I., Işıklı, Z. (2004). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançları. *3.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, 32. Üniversite Yayınları: Edirne.
12. Karahan, A., Topuzoğlu, A., Harmancı, H. (2002). Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, 666,Diyarbakır.
13. Canbulat, N. (2006). **Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mammografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi.** Yüksek lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
14. Uzun, Ö., Karabulut, N., Karaman, Z. (2004): Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 33-41.
15. Berkarda, B. (2000). *Meme Kanseri*. İstanbul: İ.Ü. Basımevi
- 16.Tıbbi Onkoloji Derneği. Kanser Nedir?.Erişim:10 Kasım 2006,
<http://www.kanser.org/toplumknedir.php>
- 17.Meme Kanseri. Erişim:10 Kasım 2006,
<http://www.kanserleyasamak.org/genelbilgiler.php>
18. World Health Organization. (2006). “What Is the Impact of Cancer In Your Country?”. Erişim: 05 Temmuz 2007,
http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/Reports/cancer.aspx
19. Türkiye Meme Vakfı. (2004). Meme Sağlığı Genel Bilgiler. Erişim: 15 Kasım 2006,
<http://www.memekanseri.org.tr>
- 20.Pişkin, E. (Hazırlayan, Eğitim Şube Müdürlüğü). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi. Erişim: 15 Kasım 2006,Bursa Sağlık Müdürlüğü Ağ Sitesi:
<http://www.bsm.gov.tr>
- 21.Kırıkkale Sağlık Müdürlüğü (2005). Meme Kanseri Belirti- Bulguları. Erişim: 18 Eylül 2007,
http://www.kirikkale.saglik.gov.tr/meme_kanseri_sunum/web_sunum/meme_cadossal/frame.htm

- 22.Ünal, M. (2003). *Meme Kanserinde Klinik Bulgular, Evreleme, Biyopsi*. E.Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s.124-131). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 23.Çetintaş, S.K. (2005). Meme Kanserinde Klinik Bulgular ve Tanı. E. Kayıhan ve S.K. Çetintaş (Ed.). *Meme Kanseri* (s.87-93). Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 24.Akyolcu, N. (1985). **Kadınların Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık Bilgisi Düzeylerinin Ölçülmesi**. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 25.Doğan,B.E.,Türkel,S.(2002). Meme Akıntısında radyolojik yaklaşım. *Diagnostic and Interventional Radiology (Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi)*,8(3), 364-371.
26. Öztekin, Z., Kubilay, G.(1993).*Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*.Ankara:Somgür Yayıncılık.
- 27.Merey, S. (2002). **Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları**. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 28.İğci, A., Asoğlu, O.(2003). *Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri*. E.Topuz, A. Aydın ve M. Dinçer (Ed.). *Meme Kanseri* (s.113-123). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 29.Çetintaş, S.K:(2005). *Meme Kanserinde Kendi Kendine Muayene ve Fizik Muayene*. E. Kayıhan ve S.K. Çetintaş (Ed.). *Meme Kanseri* (s.163–168). Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 30 . Kendi Kendine Meme Muayenesi (2002).Erişim: 13 Ekim 2006,
<http://www.jinekoloji.net/kkmm.htm>
- 31.Foster, R.S., Costanza, M.C. (1984). Breast Self Examination Practices and Breast Cancer Survival. *Cancer*, (53), 999–1005.
- 32.Gastrin, G., Miller, A.B., Aronson, K.J., Wall, C., Hokomo, M., Louhivuori, K., Pukkala, E. (1994). Incidence and Mortality Form Breast Cancer in The MAMA Program for Breast Screening In Finland,1973–1986. *Cancer*, (73), 2168–2174.
- 33.Rosvold, E.O., Hjartaker, A., Bjertness, E., Lund, E. (2001). Breast Self-Examination and Cervical Cancer Testing Among Norwegian Female Physicians. A Nation-Wide Comparative Study. *Social Science & Medicine*, January 52(2), 249-258.

34. Petro-Nustus, W.P., Mikhail, B.I. (2002). Factors Associated With Breast Self-Examination Among Jordanian Women. *Public Health Nursing*, 19(4), 263-271.
35. Zincir, H. (2000). **Malatya İl Merkezinde 40 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları**. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
36. Bozfakıoğlu, Y., Asoğlu, O. (2006). *Meme Kanseri*. Ü. Değerli ve Y. Erbil (ED.). *Genel Cerrahi* (s.277-286). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
37. Shen, Y., Yang, Y., Inonue, L.Y.T., Munsell, M.F., Miller, A.B., Berry, D.A. (2005). Role of Detection Method In Predicting Breast Cancer Survival: Analysis of Randomized Screening Trials. *Journal of The National Cancer Institute*, 97(16), 1195-1203.
38. Chu, K.C., Smart, C.R., Tarone, R.E. (1988). Analysis of Breast Cancer Mortality and Stage Distribution by Age for The Health Insurance Plan Clinical Trial. *Journal of The National Cancer Institute*, (80), 1125-1132.
39. Miller, A.B. (1998). *Screening and Detection*. K.I. Bland and E.M. Copeland (Edited by). *The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases* (s.625-633). Volume I. W.B. Saunders Company.
40. Barth, V., Barth, A. (2002). *Soru ve Cevaplarla Meme Kanseri*. S. Özkol ve M.A. Kaya (Çeviri). İstanbul: Optimist Yayın ve Dağıtım (2004).
41. National Cancer Institute. SEER Cancer Statistics Review. [Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program]. (2007). Cancer Of The Breast. Erişim: 18 Eylül 2007,
<http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breat.html>
42. Freeman, H.P. (1987). Cancer In The Socioeconomically Disadvantaged. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, (39), 266-288.
43. Özmen, V. (2006). Dünyada ve Türkiye’de Meme Kanseri Tarama (Screening) ve Kayıt Programları (Editörden). *Meme Sağlığı Dergisi (The Journal of Breast Health)*, 2(2), 55-58.
44. Colditz, G.A., Willet, W.C., Hunter, D.J., Stampfer, M.J., Manson, J.E., Hennekens, C.H., Rosner, B.A. (1993). Family History, Age, and Risk of Breast Cancer. Prospective Data From The Nurses’ Health Study. *The Journal Of The American Medical Association*, 270(3), 338-343.

45. Guinee, V.F. (1998). *Epidemiology of Breast Cancer*. K.I. Bland and E.M. Copeland (Edited by). *The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases* (s.339–351). Volume I. W.B. Saunders Company.
46. Ramon, J.M., Escriba, J.M., Casas, I., Benet, J., Iglesias, C., Gavalda, L., Torras, G., Oromi, J. (1996). Age at First Full-Term Pregnancy, Lactation and Parity And Risk of Breast Cancer: A Case-Control Study In Spain. *European Journal of Epidemiology*, 12(5), 449–453.
47. Romieu, I., Hernandez-Avila, M., Lazcano, E., Lopez, L., Romero-Jaime, R. (1996). Breast Cancer and Lactation History In Mexican Women. *American Journal of Epidemiology*, 143(6), 543–552.
48. Rosenberg, L., Palmer, J.R., Rao, R.S., Zauber, A.G., Strom, B.L., Warshauer, M.E., Harlap, S., Shapiro, S. (1996). Case-Control Study of Oral Contraceptive Use and Risk of Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology*, 143(1), 25–37.
49. Brinton, L.A., Dailing, I.R., Liff, J.M., Schoenberg, J.B., Malone, K.E., Stanford, J.L., Coates, R.J., Gannnon, M.D., Hanson L., Hoover, R.N. (1995). Oral Contraceptives and Breast Cancer Risk Among Younger Women. *Journal of The National Cancer Institute*, 87(11), 827–835.
50. Ross, R.K., Paganini-Hill, A., Wan, P.C., Pike, M.C. (2000). Effect of Hormone Replacement Therapy on Breast Cancer Risk: Estrogen versus Estrogen Plus Progestin. *Journal of The National Cancer Institute*, (92), 328–332.
51. Colditz, G.A., Hankinson, S.E., Hunter, D.J., Willet, W.C., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Hennekens, C.H., Rosner, B., Speizer, F.E. (1995). The Use of Estrogens and Progestins and The Risk of Breast Cancer In Postmenopausal Women. *The New England Journal Of Medicine*, (332), 1589-1593.
52. Beral, V. (2003). Breast Cancer and Hormone Replacement Therapy In The Million Women Study. *Lancet*, (362), 419-427.
53. Willet, W.C., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Rosner, B.A., Hennekens, C.H., Speizer, F.E. (1987). Dietary Fat and The Risk of Breast Cancer. *The New England Journal Of Medicine*, 22(8), 316-320.
54. Breast Cancer-Diet. Erişim: 25 Ekim 2007,
http://www.cancerproject.org/nyn/breast_cancer/diet/breast_diet.php

- 55.** Willet, W.C., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Rosner, B.A., Hennekens, C.H., Speizer, F.E. (1987). Moderate Alcohol Consumption and The Risk of Breast Cancer. *The New England Journal Of Medicine*, 316(19),1174-1180.
- 56.** Ellison, R.C., Zhang, Y., McLennan, C.E., Rothman, K.J. (2001). Exploring The Relation of Alcohol Consumption To Risk of Breast Cancer. *American Journal of Epidemiology*, 154(8), 740-747.
- 57.** Gilliland, F.D., Li, Y.F., Baumgartner, K., Crumley, D., Samet, J.M. (2001). Physical Activity and Breast Cancer Risk In Hispanic and Non-Hispanic White Women. *American Journal of Epidemiology*, 154(5), 442-450.
- 58.** Field, N.A., Baptiste, M.S., Nasca, P.C., Metzger, B.B. (1992). Cigarette Smoking and Breast Cancer. *International Journal of Epidemiology*, (21), 842–848.
- 59.** Reynolds, P., Hurley, S., Goldberg, D.E., Anton-Culver, H., Bernstein, L., Deapen, D., Horn-Ross, P.L., Peel, D., Pinder, R., Ross, R.K., West, D., Wright, W.E., Ziogas, A. (2004). Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: Evidence from the California Teachers Study. *Journal of the National Cancer Institute*, (96), 29-37.
- 60.** John, E.M., Phipps, A.I., Knight, J.A., Milne, R.L., Dite, G.S., Hopper, J.L., Andrulis, I.L., Southey, M., Giles, G.G., West, D.W., Whittemore, A.S. (2007). Medical Radiation Exposure and Breast Cancer Risk: Findings From The Breast Cancer Family Registry. *International Journal of Epidemiology*, 121(2), 386–394.
- 61.** Dupont, W.D., Page, D.L. (1985). Risk Factors For Breast Cancer In Women With Proliferative Breast Disease. *The New England Journal Of Medicine*, (312), 146–151.
- 62.** Hartmann, L.C., Sellers, T.A., Frost, M.H., Lingle, W.L., Dengim, M.D., Ghosh, K., Vierkant, R.A., Maloney, S.D., Pankratz, V.S., Hillman, D.W., Suman, V.J., Johnson, J., Blake, C., Tistry, T., Vachon, C.M., Melton, L.J., Visscher, D.W. (2005). Benign Breast Disease and The Risk of Breast Cancer. *The New England Journal Of Medicine*, (353). 229–237.
- 63.** Schnitt, S.J. (2003). Benign Breast Disease and Breast Cancer Risk: Morphology and Beyond. *Am J Surg Pathol.*, 27(6), 836-841.

- 64.Globacan 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC. Erişim: 15 Kasım 2007,
<http://www.imaginis.com/breasthealth/statistics.asp>
- 65.Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, 2004–2006 Malatya İlinde Görülen Kanser Vakaları.
- 66.Yarbro, C.H: (2003). International Nursing and Breast Cancer. *The Breast Journal*, 9(2), 98-100.
- 67.Bailey,K. (2000). The Nurse's Role In Promoting Breast Awareness. *Nursing Standard*, 14(30), 34-36.
- 68.Bedük, T., Şen, S. (1992). Hemşirelerin Kanser Erken Tanısında Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenelerine İlişkin Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Yapmama Nedenleri. *III. Ulusal hemşirelik Kongresi Kitabı*, 448-455, Sivas.
- 69.Çiçeklioğlu, M., Ege, E.C., Soyer, M.T., Çımat, S. (2005). Birinci Basamaktaki Hemşire/Ebelerin Eğitiminde Akran Eğiticilerin Kullanılması; Meme Kanseri Erken Tanısı Eğitim Programı Geliştirme Deneyimi. *Sted*, 14(11), 249–255.
70. Budden, L. (1998). Registered Nurses' Breast Self Examination Practice and Teaching To Female Clients. *Journal Community Health Nursing*, 15(2), 101-112.
- 71.Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (1995). *Biyoistatistik*. Özdemir Basım ve Dağıtım LTD. Şirketi. Eylül.
- 72.224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu (1961). Erişim:17 Ekim 2005,
http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&tak=view&id=54&Itemid=39
- 73.Çavdar, I., Akyolcu, N., Özbaş, A., Öztekin, D., Çelikel, I. (2003). Hekim ve Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Duyarlılıklarının Saptanması. *2. Uluslararası, 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, 403, Antalya.
- 74.Aslan, A., Temiz, M., Yiğit, Y., Can, R., Canbolant, E., Yiğit, F. (2007). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3), 193-198.

- 75.Chong, P.N., Krishnon, M., Hong, C.Y., Swash, T.S: (2002). Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses In Singapore. *Singapore Medical Journal*, 43(10), 509-516.
- 76.Abu Salem, O., Hassan, M.A. (2007): Breast Self-Examination Among Female Nurses. *Rawal Medical Journal*, 32(1), 30-32.
- 77.Foxall, M.J., Baron, C.R., Houfek, J.(1998). Ethnic Differences In Breast Self-Examination Practice and Health Beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 419–428.
- 78.Mahmoodi, M.H., Montazeri, A., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., Haghghat, S., Harirchi,I. (2002). Breast Self-Examination: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Female Helath Care Workers In Tehran, Iran. *The Breast Journal*, 8(4),222–225.
79. Odusanya,O.O., Tayo, O.O. (2001). Breast Cancer Knowledge, Attitudes and Practice Among Nurses In Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica*, 40(7), 844-848.
- 80.Çevik, C.C. (2003): **Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi.** Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
81. Çadır, G., Eksen, M., Bütüner, E., Tüzen, H., Yetim, H., Othan, K., Arslan, K. (2004). 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*, ISSN:1303-5134, 1-16.
- www.insanbilimleri.com**
- 82.Orhan, S. (2002). **Kayseri İli Seçilmiş Kentsel Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Konusundaki Düşünce ve Davranışları.** Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- 83.Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A., (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal*. 20(1), 29-36.

- 84.**Sadler, G.R., Dhanjal,S.K., Shah,N.B., Ko,C.,Anghel,M., Hatshburger,R. (2001). Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. *Public Health Nursing* ,18(5), 357-363.
- 85.**Roupa, Z., Sapountzir-Krepia, D., Gourni, M., Dimitriadou, A., Faros, E., Karyda, E., Sotiropoulou, P. (2002). Breast Self-Examination (BSE) Among Greek Women Living In The Greater Area of Athens. *ICUS and Nursing Web Journal*, ISSUE 12, 1-6.
- 86.**Wardle, J., Steptone, A., Smith, H., Groll-Knopp, E., Koller, M., Smith, D., Bradziak, A. (1995). Breast Self-Examination: Attitudes and Practices Among Young Women In Europe. *European Journal Of Cancer Prevention*, 4(1), 61-68.
- 87.**Persson, K., Johansson, I., Ek, A.C.(1995). Breast Self-Examination Among Swedish Women: A survey of Frequency, Knowledge and Attitudes. *Journal Of Cancer Education*, 10(3), 163-167.
- 88.**Ekici, E., Utkualp, N. (2007). Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseriine Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi (The Journal Of Breast Health)*. 3,3.
- 89.**Avcı, İ.A. (2007). The Health Beliefs Relating To Mammography of Midwives and Nurses. *Meme Sağlığı Dergisi*,3(1),4-9.
- 90.** Budakoğlu, I.İ. (2003). **Gölbaşı İlçesi Bahçelievler Mahallesiindeki 40 Yaş ve üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Bilgi Düzeyi ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi.** Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- 91.** Mah, Z., Bryant, H. (1992). Age As A Factors In Breast Cancer Knowledge, Attitudes and Scerening Behaviour. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 146(2), 2167-2174.

EK-1
ANKET FORMU

Bu ankette, meme kanseri risk faktörleri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak tez için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1.Yaşınız:.....

2.Mesleğiniz: 1.Ebe 2.Hemşire

3.Eğitim Durumunuz:

1.Sağlık Meslek Lisesi

2.Ön Lisans

3.Lisans

4.Lisansüstü

4.Medeni durumunuz:

1.Evli

2.Bekâr

3.Boşanmış/dul

5.Kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

6.İlk menstrual siklusunuzun başladığı yaş:.....

7.Menstrual siklusunuz devam ediyor mu?

()Evet

()Hayır ise kaç yaşından itibaren.....

8.Çocuğunuz var mı?

()Evet, ise sayısı.....

()Hayır

9.Çocuklarınızı emzirdiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

10.Ortalama ne kadar emzirdiniz:.....

11.İlk gebelik yaşınız:.....

12.Toplam gebelik sayınız:.....

13.Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

14.Şimdiye kadar aile planlaması yöntemlerinden hap kullandınız mı?

()Evetay/yıl

()Hayır

15. Şimdiye kadar aile planlaması yöntemlerinden deri altı implantlarını kullandınız mı?

()Evetay/yıl

()Hayır

16. Şimdiye kadar aile planlaması yöntemlerinden enjeksiyon kullandınız mı?

()Evetay/yıl

()Hayır

17.Herhangi bir nedenle hormonal tedavi aldınız mı?

()Evet.....(ay/yıl)

()Hayır

Meme kanseri erken teşhisinde Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM),klinik meme muayenesi ve mammografi yöntemleri vardır.Aşağıdaki sorular bu yöntemlerle ilgilidir.

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

1.15 yaşında

2.20 yaşında

3.30 yaşında

4.İlk mensturasyon sonrası

19. Kendi Kendine Meme Muayenesi ne kadar sıklıkla yapılmalıdır?

1.Her hafta

2.İki haftada bir

3.Her ay

4.6 ayda bir

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

1.Herhangi bir gün

2.Menstrasyonun 1–4 günü

3.Menstrasyon başlamasından 5–7 gün sonra

4.Menstrasyon bitiminden 2–4gün sonra

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

1.Sadece östrojen alındığı zaman

2.Ayda bir kez herhangi bir günde

3.Her ayın belli bir gününde

4.Her 6 ayın aynı günü

22. 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.İki parmak ile yatay hareket
- 4.Elin ayası ile dikey hareket

23-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

24. Uygun el tekniği ile Kendi Kendine Meme Muayenesini uygularken en iyi sonuçlar aşağıdakilerden hangisiyle sağlanır?

- 1.Kolu başa koyup meme dokusunu gererek meme muayenesi yapmak
- 2.Yatay ve dairesel hareketi bir arada kullanarak meme muayenesi yapmak
- 3.Omuz altına bir yastık yerleştirerek meme muayenesi yapmak
- 4.a ve c şikkı

25. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapıyor musunuz?

- 1.Evet:
- 2.Hayır:

26.Soru 25' e cevabınız **EVET** ise ne sıklıkla yapıyorsunuz?

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

27. Soru 25' e cevabınız **HAYIR** ise neden yapmıyorsunuz?

.....

28.Klinik meme muayenesi 40 yaşından önce ne sıklıkla yapılmalıdır?

.....aydakez
yildakez

29.Klinik meme muayenesi 40 yaşından sonra ne sıklıkla yapılmalıdır?

.....aydakez
yildakez

30. Hiç klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?

- 1.Evet:
- 2.Hayır: (cevabınız hayır ise 33. soruya geçiniz)

31.Soru 30'a cevabınız **EVET** ise ne sıklıkta yaptırdınız?

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

32.Neden yaptırdınız?

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

33.Şu ana kadar hiç mammografi çektirdiniz mi?

- 1.Evet:
- 2.Hayır: (Cevabınız HAYIR ise 36. soruya geçiniz)

34. Soru 33'e cevabınız **EVET** ise ne sıklıkta yaptırdınız?

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

35.Neden çektirdiniz?

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

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

- 1.Evet
- 2.Hayır

37.Birinci derece akrabalarınızda (anne,kız kardeş,kız evlat,teyze vb) meme kanseri öyküsü var mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bilmiyorum

38.Soru 37'e cevabınız evet ise kaç kişi

39.Şu ana kadar memenize tanı amaçlı herhangi bir invaziv girişim(biyopsi vb) yapıldı mı?

- 1.Evet
- 2.Hayır

40. 39. soruya cevabınız EVET ise;kaç kez biyopsi alındı?.....

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

- 1.Hatırlamıyorum
- 2.Evet
- 3.Hayır

EK-II

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



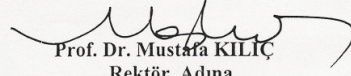
MALATYA
18.11.2006

SAYI :B.30.2.İNÜ.070.72.00/500-5229
KONU:Tez çalışması

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Enstitünüz yüksek lisans öğrencisi Fatma KARAKUŞ'un tez çalışması ile ilgili, Malatya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan yazı örneği ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim


Prof. Dr. Mustafa KILIÇ
Rektör Adına
Rektör Yardımcısı

Eki: Yazı örneği(1 sayfa)

T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

SAYI : B.10.4.İSM.0.44.00.09-666/ 20012
KONU : Tez Hazırlığı

31 Ekim 2006

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
MALATYA

İlgi:05.10.2006 tarih ve 3870 sayılı yazınız

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fatma KARAKUŞ'un "Malatya İl Merkezinde bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri ve Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları" adlı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Ocaklarında yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. M. Sezai DEMİREL
Sağlık Müdürü

T. C.	
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ	
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	
TARİH	SAYI
08.11.2006	500/1740

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 03/04/2007
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2007/112

“Malatya il merkezinde bulunan 1. basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri ve erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları” konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın; araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve 10.madde gereği sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına karar verildi.

Doç.Dr.Ayşe KAFKASLI Başkan imza	Doç. Dr. Muammer KARAKAŞ Başkan Yrd. İmza katılmadı	Prof. Dr.Ayşe SELİMOĞLU Üye imza
Doç.Dr. Meltem SERİN Üye İmza	Doç.Dr.İbrahim ŞAHİN Üye İmza	Doç.Dr. Leyla KARAOĞLU Üye İmza katılmadı
Yrd.Doç.Dr.Ahmet ÇİĞLİ Üye imza	Uzm.Dr. Mustafa IRAZ Raportör İmza	Doç.Dr.S.Hale KIRIMLIOĞLU Üye imza
Ecz.Seda YILMAZ Üye İmza katılmadı		

ÖZGEÇMİŞ

1983 tarihinde Malatya'da doğdum. İlköğretim ve ortaöğretimimi Malatya'da tamamladım. 2001 yılında Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandım ve 1 yıl orada okuduktan sonra yatay geçiş ile İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan öğrenimime devam ettim. 2005 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü birincilikle bitirip, aynı yıl Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programına başladım.