



T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

115675

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ MEME CERRAHİSİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURMA NEDENLERİ VE KENDİ
KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

115675

GANİME FIRAT (ARABACI)
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ETİ ASLAN

İSTANBUL – 2002

Teşekkür.....

Çalışmanın tüm aşamalarında yardım ve desteğini esirgemeyen, sürekli teşvik ve özveride bulunan hocam ve danışmanım Doç. Dr. Fatma ETİ ASLAN'a,

Desteklerinden dolayı, başta MÜ HYO Müdürü ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı hocam Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN olmak üzere, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

Tüm yaşantım boyunca bana güvenen ve başarıma cesaretini aşıl原因an aileme,

Sürekli teşvik, yardım ve desteğinden dolayı eşim Sedat FIRAT'a...

TEŞEKKÜR EDERİM.

Ganime FIRAT

Bursa / 2002

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
5. GEREÇ VE YÖNTEM	26
6. BULGULAR	32
7. TARTIŞMA	46
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
9. EKLER	57
10. KAYNAKLAR	63
11. ÖZGEÇMİŞ	71

1. ÖZET

Bu araştırma, kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenleri ve kendi kendine meme muayenesi yapma davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma, Bursa ili sınırları içinde yer alan Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi meme cerrahisi polikliniğinde uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini; 2001 yılında ilgili kurumun meme cerrahisi polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzerindeki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem hacminin hesaplanması 2000 yılında ilgili kurumun meme cerrahi polikliniğine başvuran kadın sayısı dikkate alınarak yapılmış ve 383 kadın çalışma kapsamına alınmıştır. Veriler, veri toplama formu aracılığı ile toplanmış, istatistiksel olarak sayı, yüzdeler ve ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırma sonucunda; kadınların %60.3'ünün meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedeninin meme sorunu, %24.5'inin hekim/hemşire önerisi ve %15.2'sinin olağan kontrol olduğu; meme kanseri tarama programı kapsamında %23.8'inin meme muayenesi için düzenli hekime gittiği ve %64.5'inin mamografi yaptırdığı, %55.4'ünün KKMM yapmasına karşın çoğunun kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığına, zamanına ve yöntemine uymadıkları belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular sadece yaş ve aile öyküsünde kanser varlığı KKMM yapmada etkili olduğunu gösterdi.

2. SUMMARY

ANALYSIS OF THE REASONS OF PATIENTS' BREAST-SELF EXAMINATIONS AND THEIR ADMITTANCE TO BREAST SURGERY CLINICS IN ULUDAG UNIVERSITY

This study is a definitive investigation and its purpose is to find out the reasons of the attendances of women to the breast surgery clinics and their behaviours of breast-self examination.

This investigation was carried out in Uludag University Health Research and Application Center in Bursa.

The study includes the women patients 20 years old and older ones who attended to clinics in 2001. The number of patients who accept this investigation was concluded from the number of patient that attended in 2000. 383 patients were included in this study. Data of this study was collected with questionnaire form. The results were evaluated statistically via number, percentage and χ^2 test.

Result of the study revealed that the reasons of the admittance to clinics were as follows: problem in breast in 60.3% of patients, advice of a doctor/nurse in 24.5%, routine control in 15.2%; while 23.8% of the patients regularly visited their physicians and 64.5% of them had a mammography in the context of breast cancer screening program. We also found out that 55.4% of patients do their breast-self examination but most of them do not apply it in proper period and proper technique.

By this case, age and having cancer in family is effective in breast-self examination.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

3.1. Giriş

Ülkemizde 3.ölüm nedeni olarak bilinen kanser (72), tüm dünyada giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Ancak cinslere özgü kanserler incelendiğinde meme kanserinin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), Avrupa ülkeleri ve ülkemizde kadınlar arasında diğer kanser türlerine göre birinci sırada yer aldığı görülmektedir (7, 72).

Meme kanseri görülme sıklığında 1982'den beri %2'lik bir artış görülmekte olup, tüm dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon yeni meme kanseri olgusunun saptandığı belirtilmektedir (36, 70). Yeni kanser tanısı konmuş kadınların yaklaşık %32'sini meme kanseri oluşturmaktadır (17, 29, 38). Ülkemizde yapılan bir değerlendirmede ise, kadınlarda görülen tüm kanserlerin %23.5'inin meme kanseri olduğu ve insidansın yüz binde 4.8 olarak hesaplandığı bildirilmiştir (<http://www.saglik.gov.tr>). Ancak kayıt yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda, bu oranın çok daha fazla olabileceği tahmin edilmektedir.

Tüm kadınlar, kişisel veya ailesel özgeçmişlerine, yaşlarına veya yaşam tarzlarına bakılmaksızın, meme kanseri riski altındadırlar. Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma olasılığının 10'da bir olduğu belirtilmektedir (67). Bu nedenle, kanserin tedavisini kolaylaştırmak ve yaşam süresini uzatmak için erken tanı son derece önemlidir (10, 70).

Meme kanserinin erken tanısında; tarama programı kapsamında yer alan meme muayenesi için hekime gitme, mamografi çektirme ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önemli bir yere sahiptir (5, 9, 13, 14, 19, 43, 44, 47, 50, 53, 57, 71).

Kadınlar çoğunlukla memelerindeki bir lezyonu ya da kitleyi kendileri saptadıktan sonra hekime başvurmuşlardır (47, 61). Bu nedenle KKMM yapma erken tanı için araç-gereç ve maddi olanak gerektirmeyen, kolay, zararsız, kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği ve meme kanserinden ölüm oranını azaltmada önemli olduğu düşünülen bir yöntemdir (25, 32, 37, 47, 57). Amerikan Kanser Derneği (AKD)'nin KKMM ile ilgili olarak geliştirmiş olduğu rehberine göre, 20 yaş üzerindeki bütün kadınların her ay mensturasyon bitiminden 5 – 7 gün sonra, menopozda olanların ise her ayın belirli bir gününde KKMM yapması gerekmektedir (9, 17, 46, 70).

Düzenli ve istendik KKMM'si, kadının kendi meme yapısını iyi tanmasına ve bir önceki aya göre meme dokusunda bir değişiklik olup olmadığını anlamasına yardımcı olacağı gibi, kanserin erken tanınmasında da çok önemli bir role sahiptir. Ayrıca doğru yöntemle ve doğru zamanda yapılan KKMM her kadının önce memesini, sonra da onun yaşamını kurtaracaktır (46).

Meme kanserinin kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sırada yer alması, kanser sözcüğünün ise günümüzde halen ölümü çağrıştırmasının yanı sıra hastanın yaşam kalitesini düşürmesi, tedavi ve bakım maliyetinin yüksek olması, buna karşın erken dönemde saptandığında mortalite oranının azalması, bu hastalıkta tarama programlarının önemini ortaya koymaktadır. Tarama programları içinde hekim muayenesi, mamografi çekirme ve KKMM yer almaktadır. Ancak bu yöntemler arasında sadece KKMM'nin araç-gereç ve maddi olanak gerektirmemesi, kolay ve zararsız olması ve kadının evde tek başına bu yöntemi uygulayabilmesi gibi üstünlüklerinden dolayı önemi yadsınamaz. KKMM yönteminin uygulanmasında öğretim esastır. Bu konuda uzman kişiler tarafından kadınlara KKMM yöntemi, sıklığı ve zamanının öğretilmesi gerekmektedir. Ülkemizde kadınların meme polikliniğine başvurma nedenleri nedir? KKMM yapıyorlar mı? Eğer yapıyorlarsa bu işlemi doğru yöntem, sıklık ve zamanda yapıyorlar mı? sorularına yanıt arama ve KKMM davranışlarını yaygınlaştırma çabaları bizi bu araştırmayı yapmaya yöneltmiştir.

3.2. Amaç

Araştırmanın ana amacı; Kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenleri ve KKMM uygulama davranışlarını belirlemektir. Araştırmanın yan amacı ise, KKMM'ni doğru yöntem, zaman ve sıklıkta yapıp yapmama durumlarının belirlenmesi, konuya ilişkin bilgi gereksinimlerinin ortaya çıkarılması ve bu doğrultuda topluma yönelik KKMM eğitim programlarının geliştirilmesidir.



4. GENEL BİLGİLER

Kadınlarda memenin anatomik yapısı kişiden kişiye, vücut yapısı ise yaş, menstruel siklus dönemlerine göre değişiklikler gösterir. Areola ve meme ucu da şekil ve büyüklük olarak farklıdır. Meme büyük çoğunlukla pektoralis kasının üst ve orta bölümü üzerine oturur ve yukarıda klavikula, aşağıda 7. kosta, yanlarda ise latismus dorsi kası arasında yer alır (31).

Meme parankimi kuyruk şeklinde aksillanın içine kadar uzanır. Meme parankimi memeye yumuşak görünümü sağlayan yağ dokusundan oluşmuş bir kapsül içinde oturur. Memeler ve uçları anatomik meme çizgisi üzerinde çok sayıda ve ektopik yerleşimli olabilir. Bu nedenle benign ve malign tümörlerin bu hat üzerinde gelişme olasılığı fazladır (31, 54).

4.1. Memenin Benign Hastalıkları

Memenin benign hastalıkları oldukça yaygındır ve tüm meme hastalıklarının %90'ını oluşturur (37). Bu hastalıkların çoğunun hormonal etkilerle oluştuğuna inanılmaktadır. Menopozdan sonra bunların bir çoğu azalmaktadır (4). Memenin benign hastalıkları içinde en yaygın görülenler kist, fibroadenom, kanal ekstazisi ile akut mastit ve absedir (37).

4.1.1. Memenin Kistik Hastalığı

Memenin kistik hastalıkları en sık hiç doğum yapmamış ve 40-50 yaş arası kadınlarda görülmektedir. Bu hastalığının nedeni tam bilinmemekle birlikte, hormon dengesizliği sonucu olduğu düşünülmektedir (4, 37).

Memenin kistik hastalıklarında bazı ortak özellikler görülmektedir. Bunlar mikrokistler, apokrin değişiklikler, adenozis, fibrozis ve hiperplazidir (6, 37). Memede meydana gelen bu değişikliklerle birlikte çeşitli boylarda kitleler, meme başı akıntısı ve ağrı olur. Kistik lezyonlar yumuşak, sınırları belli ve hareketlidir. Genellikle iki memede de görülür. Kist içeriği berrak, süt rengi, somon rengi, sarı, koyu kahverengi veya bazen hafif kanlı olabilir (37).

4.1.2. Fibroadenom

Fibroadenom en yaygın görülen benign meme hastalığıdır (4, 6, 37). Daha çok 20-30 yaşları arasında görülür (4). Bilateral veya birden fazla görülebilen yumuşak, düzgün kenarlı, mobil ve yuvarlak kitlelerdir (4, 37, 70). Menstruel siklus boyunca boyutları değişebilir (6). Fibroadenomlar fibroblastik ve epitelial kökenli, östrojen fazlalığına bağlı ortaya çıktığı düşünülen tümörlerdir (37).

4.1.3. Kanal Ekstazisi

Kanal ekstazisine; plazma hücreli mastit, komedomastit, mastitis obliterans, periduktal mastit, nonpuerperal mastit gibi adlar verilmiştir (4). Genellikle menopoza veya menopoza yakın 45-55 yaşları arasında görülür. Premenopozal dönemdeki kadınlarda memede ağrı, palpe edilebilen kitle ve kalın, peynirimsi tarzda meme başı akıntısı en önemli belirtilerdir. Menopozdan sonra ise kanal çevresinin fibrozisi sonucu meme başında çökme görülür. Nedeni tam olarak bilinmemektedir (4, 37).

4.1.4. Akut Mastitis ve Abse

Sıklıkla laktasyon esnasında kötü hijyenik koşullar nedeniyle oluşan memenin iltihabi hastalığıdır. Memede şişlik, hassasiyet, şiddetli ağrı ve kızarıklık vardır. Etken sıklıkla meme başındaki çatlaktan giren ve alttaki dokuya yayılan *Staphylococcus aureus* 'tur. Abse gelişirse merkezinde nekroz olabilir (4, 37).

4.2. Meme Kanseri

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınları tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olup, aynı zamanda tüm kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alır (65).

4.2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi

Meme kanseri konusunda bilinen en eski belge M.Ö. 3000-2000 yılları arasında yazılan ve 1862 yılında Mısır'da bulunan Edwin Smith Papirüsü'dür. Bilinen ilk doktor olan Imhotep tarafından yazıldığı sanılan bu belgede meme kanseri ve ülserinden söz edilmektedir.

Hippocrates (M.Ö. 460-370), meme kanserlerini ilk olarak benign ve malign olmak üzere ikiye ayırmış ve malign tümörü yayılan ve ölüme neden olan diye tanımlamıştır (65).

Fransız cerrah Henri Francois Le Dran (1685-1770), 1757 yılında, "meme kanserinin başlangıçta memede lokal bir hastalık olduğu, büyüdükçe koltukaltı lenfatiklerine ve buradan da genel dolaşıma geçerek uzak organlara yayıldığı" teorisini savunmuştur. Hastalığın erken dönemlerinde agresif cerrahi girişimin mükemmel bir sonuç sağladığını iddia etmiştir; böylece Le Dran erken tanının önemini 250 yıl önce vurgulamıştır (65).

Sir James Paget (1814-1899), 1856 yılında meme kanserinin ümitsiz bir hastalık olduğunu, tedavi ettiği 235 hastasında mortalite oranının %10 ve tüm hastalarda nüks olduğunu söylemiştir (65).

Yakın zamana kadar meme kanserinin cerrahi tedavisinde standart ve başarılı bir girişim olarak bilinen ve yaygın olarak kullanılan radikal mastektomi, özellikle William Stewart Hasteld'in (1852-1922) çabalarıyla bu sonuca ulaşılmıştır (65).

Yirminci yüzyılın sonlarında ise, meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğu kabul edilmiştir. Aynı düşünce çok öncelerde Imhotep, Hippocrates, Galen ve Hunter tarafından ileri sürülmesine karşın, bu sonuca ancak çok sayıda klinik ve deneysel çalışmalar ile ulaşılmıştır (65).

4.2.2. Meme Kanserinin Görülme Sıklığı

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olup, Avrupa'da her yıl yaklaşık 180 bin, ABD'de ise 182 bin yeni olgu saptandığı belirtilmektedir (33, 34, 51). Yeni kanser tanısı konmuş kadınların yaklaşık %32'sini meme kanseri oluşturmaktadır (16, 29). Bu hastalıktan yılda 40 binin üzerinde kadının yaşamını yitirdiği belirtilmektedir (4).

Meme kanseri görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Buna göre Havai, Kaliforniya, Kanada yılda yüz binde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, Japonya'da sadece yüz binde 12-14 arasındadır. Avrupa ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gidildikçe meme kanseri görülme sıklığı azalmaktadır (65).

Yıllık görülme sıklığındaki artış, düşük riskli toplumlarda yüksek riskli toplumlara göre daha belirgindir. Bu nedenle de yıllar içinde batı ülkelerinde yaşayan kadınlar ile doğu ülkelerinde yaşayan kadınlar arasında ki meme kanseri görülme sıklığı farkının azalması beklenmektedir (65).

Türkiye genelini temsil etmeyen, sınırlı bölgelerde kanser görülme sıklığına ilişkin 16 merkezi kapsayan bir çalışmanın bulgularına göre, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinde meme kanseri birinci sırada yer alırken, Marmara, Doğu Anadolu ve Güney Anadolu bölgelerinde ikinci sırada görülmektedir (13). Sağlık Bakanlığı'nın 1995 yılı verileri, Türkiye'de yılda 50 000 kişinin kanserden, 3 755 kadının da meme kanserinden öldüğünü göstermektedir (<http://www.saglik.gov.tr>).

Meme kanserinin görülme sıklığındaki farklılıklar aynı ülkede yaşayan farklı etnik gruplar ile beyaz-siyah ırk arasında da izlenmektedir (16, 24, 38). Amerika'da beyaz kadınlarda meme kanseri görülme riski siyalara göre %20 daha fazladır. Yahudilerde de daha sık görüldüğü saptanmıştır (39, 50). Meme kanseri için henüz genetik bir köken bilinmediğinden bu fark çevresel etkenlere, yaşam tarzlarına ve sosyo-ekonomik duruma bağlanmaktadır (50, 65).

4.2.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanserinin en önemli risk faktörleri yaş, aile öyküsü, kişisel özellikler ile yaşam tarzı ve sağlık uygulamaları olmak üzere 4 grupta toplanabilir (8, 50, 70).

4.2.3.1. Yaş

Yaş meme kanserinin insidansında önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (4). Meme kanseri 30 yaşından önce nadir olup, bu yaşı takip eden reproduktif yıllarda hızlı bir tırmanış gösterir; menopoz dönemindeki hafif bir azalmayı takiben de menopoz sonrası yıllarda yavaş eğimle sürekli devam eden bir artış ortaya çıkar. Bu nedenle 85 yaşındaki her 9 kadından birinde meme kanseri gelişebileceği düşünülmektedir (65). ABD'de 80-85 yaşları arasındaki kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, 30-35 yaşları arasındaki kadınlara göre 15 kat daha fazladır (68).

4.2.3.2. Ailede Meme Kanseri Öyküsü

Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlar büyük bir risk altındadır (16). Anne, kızkardeş ve kız çocuğu gibi birinci derece akrabasında meme kanseri olan bir kadının normal popülasyona göre 2 veya 3 kat daha fazla risk taşıdığı düşünülmektedir (33, 37).

Son yıllarda, ailevi meme kanseri ile ilgili daha sağlam genetik veriler oluşmaya başlamış ve bazı genler izole edilmiştir (65). Henüz ne kadar meme kanseri

geni olduğu bilinmemekle birlikte (4), BRCA 1 ve BRCA 2 olarak isimlendirilen 2 gen dikkati çekmektedir (4, 12, 23, 65, 68, 69).

Ailesinde meme kanseri olan kadınların %45'inde ve erken dönemde; meme kanseri ve over kanseri tanısı konmuş yakını bulunan kadınların ise en az %80'inde BRCA 1 geninde mutasyon mevcut olabilir (68). BRCA 2 geni taşıyan kadınlarda meme kanseri oluşma riski %87 olarak hesaplanmıştır (65).

Preseptomatik tanıyı sağlayan genetik testlerin yapılması günümüzde mümkündür. Ancak bu testlerin yapılması sonrasında psikolojik hasar, sağlık sigortasının kaybı, iş kaybı, eğitimin kesilmesi, aile dinamiklerinde değişiklikler, gelişen kişisel imajının kaybı gibi bazı olumsuz etkiler dikkate alınmalıdır.

Genetik tarama için uygun olan kişilerin belirlenmesinde bazı kriterler öne sürülmektedir. Kaiser Permanente Tıp Merkezince belirlenen bu kriterlere göre;

- Daha önce bu testin yapıp da anlamlı BRCA gen değişikliği saptananlar,
- Birinci ve ikinci derece akrabalarda 49 yaşından önce meme kanseri olanlar,
- Aile anamnezi olmamasına karşın 29 yaşından önce meme kanseri veya multipl primer meme kanseri olanlar,
- Aile anamnezi ile birlikte birinci ve ikinci derecede akrabalarından ikisinde 49 yaşından önce kanser, veya üç birinci ve ikinci derecede akrabada ve bunlardan en az birinde 49 yaşından önce kanser görülenler,

genetik test için uygun adaylar olarak bildirilmektedir (4).

4.2.3.3. Kişisel Özellikler

Meme kanserinin gelişmesinde bazı kişisel özellikler de rol oynamaktadır. Bunlar cinsiyet, menarş yaşı, menopoz yaşı, ilk hamilelik-ilk doğum yaşı ve laktasyon, benign meme lezyonları ve geçirilmiş meme kanserinin varlığıdır (9, 38, 39, 41, 47).

A. Cinsiyet

Kadın olmak meme kanseri gelişimi açısından önemli bir risktir. Çünkü kadınlarda meme kanseri görülme oranı %32 iken (29), bu oran erkeklerde %1'den azdır (50).

B. Menarş Yaşı

Erken menarşın meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (12, 16). Genel olarak menarşın her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 azaldığı kabul edilmektedir. Fakat, meme kanseri riski yönünden menarş başlama yaşı yanında ilk düzenli menstrasyon yaşı da önemlidir. Menarşı erken (12 yaş veya öncesinde) başlayan ve kısa sürede düzenli menstruel dönemlere geçen kişilerde kanser riskinin menarşı geç başlayan (13 yaş veya üzerinde) ve uzun süre düzensiz menstruel dönemleri olan kişilere göre 4 kat fazla olduğu kabul edilmektedir (65).

C. Menopoz Yaşı

Menopoz yaşı da meme kanseri gelişmesi açısından diğer bir risk faktörüdür. Kırkbeş yaşından önce menopoza giren kadınlarda meme kanseri riski, 55 yaşından sonra bu döneme giren kadınların yarısı kadardır (4, 65). Bilateral ooferektomi veya pelvis bölgesi ışınlanması ile yapay menopoz oluşturulması da meme kanseri riskini azaltmaktadır (65).

Ç. İlk Hamilelik-İlk Doğum Yaşı ve Laktasyon

Doğum yapmamak veya ilk gebeliğin geç yaşlarda olması meme kanserinin görülme riskini arttırmaktadır (4, 24, 70). İlk doğumun 30 yaşından sonra yapan bir kadında kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat fazladır. Hiç doğurmamış kadınlarda bu risk 20 yaşından öncesi doğum yapmış olanlara göre 2 kat fazladır. Doğum sayısının artması ile meme kanseri gelişme riski azalmaktadır. Bunun nedeni tam olarak açıklanamasa da emzirme süresinin artmasına bağlı olduğu belirtilmektedir (65).

Emzirme ile ilgili olarak belirgin bir azaltıcı etkiden söz edilmemesiyle birlikte, premenopozal dönemdeki laktasyonun ve bunun süresinin meme kanserini azaltıcı etkisinin olduğunu ileri süren çalışmalar vardır (4). Uzun süren laktasyonların toplam ovulatuvar dönem sayısını azaltarak koruyucu bir etki yapması beklenmektedir. Çin’de yapılan bir araştırmaya göre; toplam 5 yıllık bir emzirme süresinin meme kanseri riskini %30 oranında azalttığı bildirilmiştir (65).

D. Benign Meme Lezyonları

Memenin benign lezyonları proliferatif ve non proliferatif olarak iki gruba ayrılmaktadır. Non proliferatif değişiklikler meme kanseri riskini arttırmazken, proliferatif meme lezyonları meme kanseri gelişimi için değişen oranlarda risk taşımaktadır (4). Fibrokistik hastalığa sahip olan kadınlarda meme kanseri riskinin 1.86 ile 2.13 arasından değiştiği ileri sürülmektedir (65).

E. Geçirilmiş Meme Kanseri

Meme kanseri tanısı konup cerrahi olarak tümörün çıkarılmasından sonra kalan meme dokusu, meme kanseri gelişimi bakımından risk altındadır (65, 70). Ayrıca karşı meme için ise bu riskin her yıl için %0.5-1 arasında olduğu belirtilmektedir (65).

4.2.3.4. Yaşam Tarzı ve Sağlık Uygulamaları

Pek çok yaşam biçimi faktörleri meme kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Bunların arasında oral kontraseptif kullanımı, hormon replasman tedavisi, obezite, yağ alımı, alkol kullanımı, fizik aktivitelerin derecesi gibi faktörler yer almaktadır (70).

A. Oral Kontraseptif Kullanımı

Östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri arasında pozitif bir ilişki görülmektedir. Bazı çalışmalarda ilk tam gebelikten önce oral kontraseptif kullanma durumunda risk oranının 1.72 olduğu belirtilmektedir (4).

B. Hormon Replasman Tedavisi

Kadın organizmasında östrojen ve progesteron hormonlarının aktif olduğu sürenin uzun olması meme kanseri gelişimi riskini arttırmaktadır. Ayrıca menopoiz sonrasında bu hormonların verilmesi de riski aynı oranda arttırmaktadır (4). Ancak menopoiz bulgularını tedavi etmek amacıyla uygulanan kısa süreli tedavilerin kanser riskini arttırmadığı belirtilmektedir (12).

C. Obesite

Postmenopozal kadınlarda, vücut ağırlığı ve vücut boyutu ölçüleri, meme kanseri riski ile pozitif yönde ilişkili olmasına karşın, premenopozal kadınlarda ağırlık ve meme kanseri riski arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (12, 50, 58, 68).

Ç. Yağ Alımı

Yakın zamana kadar diyetle fazla yağ alımının, meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmekteydi. Bu teori, yağ tüketiminin en yüksek olduğu ülkelerde meme kanseri görülme sıklığının yüksek olduğu gözlemine dayanmaktaydı (68). Ancak yapılan çalışmalarda yağ alımı ile meme kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu amaçla büyük bir grup ele alınarak izlenmiş ve bu grup içinde meme kanseri gelişen kadınların beslenme tarzları ile aynı grup içinde olup, meme kanseri gelişmeyen kadınların beslenme tarzlarının aynı olduğu belirlenmiştir (65).

D. Alkol Kullanımı

Meme kanserinin gelişmesinde alkol kullanımının etkisi açık olarak ifade edilmemekle birlikte değişik çalışmalarda, alkol alımının artmasının riski arttırdığı gözlenmiştir. Buna göre günde 6 gramdan az alımlarda riskte artış olmaz iken; günde 12 gram alkol alan kadınlarda meme kanseri gelişme riski 1.4; günde 24 gram alanlarda bu oran 1.7 olarak bulunmuştur. Risk artışında, kullanılan alkol miktarı yanında alkol kullanım yılı da önem taşımaktadır (68, 70).

E. Fiziksel Aktivite

Ağır fiziksel aktivitenin menarşı geciktirdiği ve dolayısıyla meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir. Ağır fiziksel aktivite gerektiren bale, yuzme ve koşu gibi sporlar ile ilgilenen kızların menarşlarının geç başladığı ve bunlarda hafif fiziksel aktivitesi olanlara gbre meme kanseri riskinin %30-60 oranında azaldığı ileri sürölmektedir (11, 65, 68).

4.2.3.5. Diğer Risk Faktörleri

Maturasyonunu tamamlamamış meme dokusu radyasyona çok duyarlı olup, adolesan dönemde radyasyona maruz kalanlarda meme kanseri gelişme riskinin %35 civarında olduğu belirtilmektedir (65).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, gece çalışan kadınlarda sürekli ışığa maruz kalmaya bağlı olarak meme kanserine yakalanma riskinin %60 oranında arttığı gözlenmiştir (22). Literatürde melatonin hormonunun gece çalışan kadınlarda sürekli ışığa maruz kalma nedeniyle normal gece-gündüz salınım ritmini kaybettiği ve bu durumun da overlerden östrojen salınımı ve dolayısıyla meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (56).

4.2.4. Meme Kanserinin Belirtileri

A. Kitle

Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %70'inde ilk bulgu memede kitlenin varlığıdır (30). Çoğu kez kitle ağrısızdır ve kadın tarafından rastlantı sonucu bulunur (10, 61). Hastaların %8-10'unda ise kitle ağrılıdır ve kadın memesini ağrı nedeni ile muayene ettiğinde ortaya çıkar (65). Genelde kitle serttir, hareketsizdir, ancak etrafındaki meme dokusu ile birlikte hareket eder (65, 69). Kitlenin sınırları, çoğu kez, iyi belirlenemez. Bazen tümör memede asimetri yaratabilir ya da gözle farkedilebilecek bir boyuta ulaşabilir (65).

B. Retraksiyon

Cooper bağlarını infiltre eden tümörlerde bu bağların kısılması ile tümör üzerindeki deri tümöre doğru çekilerek deri retraksiyonu denilen göbekteleşme oluşur (4, 65). Deri retraksiyonunun varlığı memedeki kitlenin, çok büyük olasılıkla kanser olduğuna işaret eder (65).

C. Lenf Ödem / Ülserasyon

Memenin lenf damarlarına giren tümör hücreleri zamanla meme derisinin lenf damarlarına taşınarak tıkanmaya neden olur ve lenf akımının yavaşlamasına yol açar. Lenf akımındaki yavaşlama ise deri ve derialtı dokusunun aşırı beslenmesine neden olur; deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi görünür ve bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. Buna "*peou d'orange*" adı verilir (65, 70). Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini daha fazla tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur; deri kızarıp eritem oluşur, beslenmesi gittikçe daha da bozulan deride ülserasyon gelişir (65).

D. Meme Başı Retraksiyonu

Memenin santral kadranında yer alan tümörlerde meme başı içeri çekilebilir (meme başı retraksiyonu) (4, 65, 70). Memenin üst-dış kadranında yer alan tümörlerde ise, bazen meme başı yukarı ve dışa doğru çekilir. Bu durum memelerde ve meme başlarında asimetrik bir görünüme yol açar (65).

E. Meme Başı Akıntısı

Meme kanserli hastaların ortalama %10'unda ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Kanserinin neden olduğu meme başı akıntısı spontan, tek taraflı olup genellikle kanlı, kanlı-seröz ya da seröz niteliktedir (65). Meme başı akıntısının kansere bağlı olarak oluşma olasılığı yaşa bağlı olarak artar. Altmış yaş altı meme başı akıntılı hastaların %7'sinde kanser saptanırken; 60 yaş üzerinde bu oran %32'ye çıkmaktadır (4).

Ayrıca meme kanserinde aksillaya metastaz olabilir. Bu durumda aksiller lenf nodu gizli meme kanserinin tek bulgusu olabilir (4).

4.2.5. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserinin tanısı, meme dokusundaki anormal değişikliklerin incelenmesine yönelik yöntemlerin kullanılmasını içerir (37). Bu amaçla ultrasonografi, magnetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, mamografi gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır (4, 6, 37, 47, 65). Meme kanserinin kesin tanısı ise meme biyopsisi ve alınan doku örneğinin patolojik incelemesi ile konur (4, 37).

4.2.5.1. Biyopsi

Tarama yöntemlerinin yetersiz kaldığı nonpalpabl lezyonlarda biyopsi gerekmektedir (65). Meme kanserinde tanı amacıyla ince iğne aspirasyon biyopsisi, eksizyonel biyopsi, insizyonel biyopsi ve core-iğne biyopsisi yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir (4, 6, 37, 65, 69).

A. İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

Bu yöntem enjektöre takılı bir iğne ile lezyondan bir miktar doku örneğinin aspire edilmesi ve sitolojik olarak incelenmesi esasına dayanır (37).

İşlemin avantajları basitliliği, her yerde yapılabilir olması, düşük morbiditesi, hastaya sağladığı kolaylık, maliyet düşüklüğü, yüksek doğruluk oranı, hızlı sonuç alınabilmesidir (65).

B. Eksizyonel Biyopsi

Küçük ve tamamen tedavi edilebilir olduğu düşünülen lezyonlarda tercih edilir. Bu yöntemde lezyon tamamen çıkarılarak, histopatolojik incelemeye gönderilir (37). En önemli avantajlarından biri lezyonların çoğunda yeterli lumpektomiye sağlamasıdır. İkinci olarak ise, işlem iki aşamada gerçekleştirildiğinde patolojinin ayrıntılı bir değerlendirmesi ile birlikte tedavi seçeneklerinin daha ayrıntılı gözden geçirilmesini, rekonstrüktif cerrahı veya radyasyon onkoloğu ile görüşmesini sağlar (65).

C. İnsizyonel Biyopsi

İnsizyonel biyopsi lezyonun tamamı çıkarılmaz, sadece örnek doku parçası alınır. Genellikle daha sonra mastektomi yapılması düşünülen, inoperabl olan veya hormon tedavisi için reseptör tayini gereken hastalara uygulanır (4, 37).

Ç. Core-İğne Biyopsi

Core-iğne biyopsisinde kesici özelliği olan “*tru-cut*” iğnesi ile kitlenin içerisinden doku parçası alınır (6). Alınan materyalin yeterliliğinin işlem sırasında değerlendirilebilmesi, detaylı histopatolojik incelemeyi sağlayabilecek yeterlilikte parça alınabilmesi ve doğru değerlendirme için sitopatoloğun rolünü azaltması avantajları arasındadır (65).

4.2.5.2. Ultrasonografi (USG)

Ses dalgalarından yararlanılarak memenin görüntüsünün alınmasıdır (37). USG'nin esas kullanımı solid kitlelerin kistik olanlardan ayrılmasıdır (6, 46). Bugünkü gelişmiş USG sistemleri, eğer uygun kullanılırsa, mamografik tanıya önemli katkılarda bulunmakta ve eksizyonel biyopsi oranını azaltmaktadır (65).

4.2.5.3. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR)

Magnetik rezonans görüntüleme iyonizan olmayan radyofrekans radyasyonu kullanılarak yapılan bir görüntüleme yöntemidir (66). Meme kanseri tanısındaki olası üstünlükleri mamografiye göre daha duyarlı olması, benign-malign ayırımında daha iyi olması, meme koruyucu tedavi sonrası nükslerin saptanmasında ve kemoterapiye yanıtın değerlendirilmesinde daha başarılı olmasıdır (65).

4.2.5.4. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bilgisayarlı tomografi ile meme kanserinin görüntülenmesi mümkün olmakla birlikte, bu yöntemin duyarlılığı az ve maliyeti yüksektir. Yalnızca mastektomi uygulanmış hastalarda göğüs duvarı ve aksilla nükslerinin saptanmasında başvurulabilir (65).

4.2.5.5. Mamografi

Günümüzde meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemi mamografidir (42, 50). Bin dokuzyüz seksenüçten sonra, AKD tarafından, hekim muayenesi ve KKMM ile birlikte meme kanserinin erken tanısı için önerilmiştir (24).

4.2.6. Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılan Tarama Yöntemleri

Tarama programı kanserin erken dönemde saptanmasını, yaşamın korunmasını, tedavi ve bakım maliyetinin azalmasını sağlamaktadır. Meme kanseri tarama programı ilk kez 1963-1967 yılları arasında New York'ta Health Insurance Plan (HIP) kapsamı içinde uygulanmış ve mortalitesinde %30 azalma belirlenmiştir (24, 45, 50).

Meme kanseri tarama programı kapsamında meme muayenesi için hekime gitme, mamografi çekirme ve kendi kendine meme muayenesi yer almaktadır (5, 9, 13, 14, 19, 43, 44, 47, 50, 53, 57, 71).

Amerikan Kanser Derneği'nin önerdiği meme kanseri tarama programı Tablo 1'deki gibidir.

Tablo 1. Meme Kanseri Tarama Programı*

Yaş Grubu	Yöntem	Sıklığı
20-40	<ul style="list-style-type: none">▪ KKMM▪ Hekim Muayenesi	Her ay Üç yılda bir
41-49	<ul style="list-style-type: none">▪ KKMM▪ Hekim Muayenesi▪ Mamografi	Her ay Her yıl Her bir iki yılda bir
50 yaş ve üstü	<ul style="list-style-type: none">▪ KKMM▪ Hekim Muayenesi▪ Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

*Kaynak No:9.

4.2.6.1. Hekim Muayenesi

AKD meme kanserinin erken belirlenmesi için 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir. Premenopozal kadınlarda hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden fizik muayenenin en uygun olduğu zaman mensturasyondan sonraki haftadır (9,65).

Hekim muayenesi hasta oturur pozisyonda ve yatar pozisyonda olmak üzere iki aşamada yapılır (37).

4.2.6.2. Mamografi

Mamografi, meme için özel yapılmış cihazlarda düşük doz x ışınları ile röntgen filmi üzerine meme dokusunun görüntüsünün çekilmesidir (4, 47, 63, 69). Mamografi klinik belirti ve semptomlar ortaya çıkmadan önce meme kanserinin tanısına olanak sağlayan, kitle taramalarında kullanılabilen bir yöntemdir (46).

Mamografinin duyarlılığı yağlı memelerde (postmenopozal dönem gibi) %100'e yakındır. Ancak mensturasyon öncesi dönem ve 35 yaşından önce olduğu

gibi salgı bezlerinden zengin memelerde ise duyarlılığı düşer ve var olan lezyonu göstermeyebilir. Bu tür memelerde fizik inceleme bulguları daha da önem kazanır (64).

Ayrıca son yıllarda 35-40 yaş arasındaki kadınların daha sonraki incelemelere temel olmak amacıyla bir mamografi çektirmeleri ve 40 yaşından sonra tarama programına katılmaları önerilmektedir (63).

4.2.6.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM yapma erken tanı için araç gereç ve maddi olanak gerektirmeyen, kolay, zararsız, kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği ve meme kanserinden ölüm oranını azaltmada önemli olduğu düşünülen bir yöntemdir (25, 37, 47, 57). Bu nedenle, Amerikan Kanser Derneği'nin KKMM ile ilgili olarak geliştirmiş olduğu rehberine göre, 20 yaş üzerindeki bütün kadınların her ay menstrasyon bitiminden 5-7 gün sonra, menopozda olanların ise her ayın belirli bir gününde KKMM yapması gerekmektedir. Hamile ya da emziren kadınlar da her ay düzenli olarak KKMM yapmalıdırlar. Fakat emziren kadınlar KKMM'ni emzirme işleminden sonra yapmaları önerilmektedir. Meme ameliyatı olmuş kadınlar, memelerindeki ameliyat bölgesine dikkat ederek KKMM'ni yapabilirler. KKMM yapmak için uygun bir yer seçilmeli, acele davranmamalıdır. KKMM için ayrılan süre, yaklaşık 20-30 dakika olmalıdır. KKMM yapmada amaç; meme kanserinin erken dönemde yani primer lezyonun küçük ve aksiladaki gangliyonların negatif olduğu evrede tanılanmasıdır (9, 17, 45, 46).

Değişik yaş ve kültürel gruplarda yapılan çalışmalar, KKMM'nin düzenli yapılma oranının çok düşük (%15-40) olduğunu, doğru olmayan bir yöntem ve düzensiz zaman aralıklarında yapıldığını göstermektedir. Türkiye'de de kadınların düzenli KKMM yapma oranları çok düşüktür. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre kadınların KKMM yapma oranı %23.2'dir (48). Bunun nedenleri arasında; KKMM yapmayı bilmemek, memede kitle bulma endişesi, kadınların memelerini muayene

etmelerini hoş olmayan bir durum olarak algılamaları, her ay muayene zamanını unutmaları ve motivasyon eksikliği sayılabilir (18, 45).

A. KKMM Yöntemleri

KKMM'nin doğru bir şekilde yapılması için; kadının meme muayenesine istekli olması, muayene yöntemini bilmesi ve kendisini KKMM yapmada sorumlu hissetmesi gerekir (45). KKMM uygulama yöntemi Şekil 1'de gösterilmiştir.

KKMM banyo sırasında, sıcak nedeniyle meme dokusunun gevşek hal aldığı bir zamanda yapılmalıdır (70). Muayene sırasında inspeksiyon ve palpasyon yöntemlerinden yararlanır (37).

İnspeksiyon

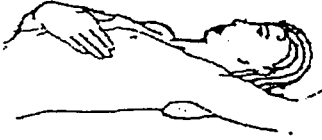
İnspeksiyon yönteminde, vücudun belden yukarısı çıplak olarak, ayakta ve yeterli bir ışıktaki ayna karşısına geçilir. Önce; kollar iki yana rahatça bırakılır, memeler dikkatle incelenir. Daha sonraki aylık muayenelerde oluşabilecek değişikliklerin farkedilebilmesi için ilk muayenede memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede memelerin şekli ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisinde şişlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı kontrol edilir (7, 37, 67).

Sonra; eller baş hizasında yukarıya doğru kaldırılır ve yine memelerin görünüşü incelenir (37, 67). Özellikle meme başında bir değişim olup olmadığına, meme başlarından biri fazla aşağıda veya yukarıda olup olmadığına ve iki meme arasında büyüklük ve şekil yönünden bir farklılık olup olmadığına bakılır (37, 44).

Eller kalçalara konularak bastırılarak pektoral kaslar gerilir. Bu pozisyonda da meme derisinde herhangi bir içe çekilme, büzülme veya meme uçlarından birinin içe çekilip çekilmediği incelenir. Ayrıca bu pozisyonda meme kenarlarında bir düzensizlik olup olmadığına bakılır (37).

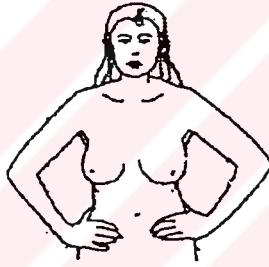
Yatarak

Sırt üstü yatarak sağ omzun altına bir yastık konulmalı ve sağ kol başın altına yerleştirilmelidir. Sol elin parmak uçları ile dairesel hareketler yaparak memede herhangi bir kitle veya sertlik ve meme başından akıntı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Aynı değerlendirme diğer memede de yapılmalıdır.



Aynanın önünde

Aynanın önüne geçerek kolları önce aşağı sarkıtıp meme hatlarında deformasyon, damarlarda belirginleşme, meme başında çekilme, kızarıklık veya akıntı, her iki memede büyüklük ve biçim farklılıkları olup olmadığı değerlendirilmelidir. Aynı değerlendirme kollar yukarıya kaldırılarak da yapılmalıdır.



Duşta

Banyoda ya da duşta eller ıslak olan ten üzerinde kaydırılarak memede ve aksiller bölgede normal dışı bir kitle ya da sertlik olup olmadığı kontrol edilmelidir. Değerlendirme her meme için ayrı ayrı yapılmalıdır.



Şekil 1: Kendi kendine meme muayenesi

Kaynak:Breast Cancer. Nurse ceu.com, <http://www.ons.org/>

Bakarak yapılan muayene sonunda her iki meme başına beyaz bir kağıt mendil veya peçete ile bastırılarak akıntı olup olmadığı kontrol edilir (37).

Palpasyon

KKMM'de ikinci basamak her iki memenin koltukaltlarının ve klavikula üstünden omuza kadar olan alanın palpasyonudur (37).

Bu işleme ayakta durur pozisyonunda başlanır. Parmak uçları kitleyi uzağa itme eğiliminde olduğundan dolayı, sağ elin üç orta parmağı ve parmakların en uçtaki iç bölümleri yani pulpalar ile yavaşça bütün meme muayene edilir (37, 70). Dairesel, dikey ve ışın tarzında olmak üzere 3 çeşit palpasyon yöntemi vardır. Kişi bu yöntemlerden istediğini tercih edebilir (67). Parmaklar yavaş yavaş kaydırılırken küçük dairesel hareketlerle meme başına doğru gelinir (1, 37). Dokular parmaklarla bastırılarak palpe edilir. Önce yüzeysel, sonra derin palpasyon yapılır. Daha sonra koltukaltı ve klavikula üstü alan da iyice palpe edilir. Aynı işlem diğer meme için de yenilenir (37, 44).

Sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar aynı yöntemle palpe edilir. Muayeneyi yapan kişi düz bir zemin üzerine sırt üstü uzanır. Muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış bir havlu konur. Yine o taraftaki el başın altına konarak kol kaldırılır (37). Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir (37, 44). Sırt üstü uzanıldığında koltukaltı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri de derinlemesine palpe edilir (67).

B. KKMM'nin Önemi

Düzenli ve istendik KKMM'si, kadının kendi meme yapısını iyi tanmasına ve bir önceki aya göre meme dokusunda bir değişiklik olup olmadığını anlamasına yardımcı olacağı gibi, kanserin erken tanınmasında da çok önemli bir role sahiptir (46). Her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile meme kanseri mortalitesinin %19 oranında azaltıldığı belirtilmektedir (45).

KKMM uygulayan kadınların, uygulamayanlara göre daha düşük mortaliteye sahip oldukları belirtilmektedir. Finlandiya'da 28 785 kadın ile yapılan bir çalışmada, KKMM öğretilen ve öğretilmeyen kadınlar arasında saptanan meme kanseri evresinde fark olmamış, ancak KKMM uygulayanların mortalite hızlarında azalma olduğu bulunmuştur (65). Bir başka çalışmada da, KKMM ile erken evrede küçük tümörlerin saptandığı ve 5 yıllık sağkalımın, KKMM yapanlarda %75, yapmayanlarda ise %57 olduğu bulunmuştur (69). Aylık muayene yapan kadınlarda bulunan tümör çapının ortalama 19.7 mm, bir aydan daha uzun aralarla yapılan KKMM'nde ise 24.7 mm olduğu belirlenmiştir (65). KKMM'nin önemi konusunda görüş birliği vardır. Kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması bu yöntemin üstün özellikleridir (25, 37, 47, 67, 69).

KMMM, AKD ve birçok organizasyon tarafından önerilen ve tüm dünyada kullanılan bir yöntemdir. Özellikle hekime veya sağlık kuruluşlarına kolay ulaşamayan kadınlara mutlaka öğretilmelidir. Muayene yöntemi sağlık personeli tarafından kadınlara öğretilbileceği gibi kitle iletişim araçları da bu amaçla kullanılarak meme kanserine erken dönemde tanı koymak mümkün olmakta ve bu yolla meme kanseri mortalitesi azaltılabilmektedir (7, 65).

Sonuç olarak, doğru yöntemle doğru zamanda yapılan KKMM her kadının önce memesini, sonra da onun yaşamını kurtarır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (UÜ SUAM) meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların başvurma nedenleri ve KKMM uygulama davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Araştırmada, kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenleri ve KKMM uygulama davranışları incelenmiştir. Bu bağlamda araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

1. Meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların bireysel özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, bir işte çalışma durumu, sağlık güvencesi, çocuk sahibi olma durumu ve kanserli yakını olma durumu) nasıldır?
2. Kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedeni nedir?
3. Kadınlar meme kanseri tarama programı kapsamında düzenli olarak hekime gidiyorlar mı?
4. Kadınlar meme kanseri tarama programı kapsamında mamografi çektiriyorlar mı?
5. Kadınlar KKMM yapıyorlar mı?
6. Kadınlar KKMM'ni doğru yöntem, zaman ve sıklıkta uyguluyorlar mı?

5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Bursa ili sınırları içerisinde yer alan UÜ SUAM'in meme cerrahisi polikliniğinde yapılmıştır.

5.4. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırma, Bursa ili sınırları içinde yer alan UÜ SUAM'in meme cerrahisi polikliniğinde yapılmıştır. Bursa'da meme cerrahi polikliniği sadece adı geçen kurumda bulunmasının yanı sıra ilgili kurum çalışanlarının araştırmaya destek vermeleri çalışma alanının seçiminde belirleyici olmuştur.

Araştırmanın evrenini; 2001 yılında ilgili kurumun meme cerrahisi polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzerindeki kadınlar oluşturmuştur. Örneklem hacminin hesaplanması 2000 yılında ilgili kurumun meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadın sayısı dikkate alınarak yapılmıştır. Buna göre 2000 yılında ilgili polikliniğe 1916 kadının başvurduğu belirlenmiştir. Literatürde belirtilen (2, 59) örneklem sayısı belirleme formülü kullanılarak 383 kadın örneklem grubuna alınmıştır.

Örneklem kapsamına, meme cerrahisi polikliniğine başvuran;

- Yirmi yaşın üstünde,
- En az okur yazar,
- Çalışmaya katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından yapılan literatür incelemesi, uzman görüşü ve meme kanseri tarama davranışlarının incelendiği çalışmalar dikkate alınarak hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır.

Çalışmada tanımlanan bağımsız değişkenler; yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve sağlık sigortasına sahip olma, KKMM, mamografi ve hekim muayenesine ilişkin bilgilendirme durumu ve uygulamaları ile ailede meme kanseri öyküsüdür.

Bireysel Özellikler

- **Yaş:** Kadınlara kronolojik yaşları doğrudan sorularak öğrenilmiştir. KKMM davranışının 20 yaş ve üstü dönemde önem kazanmasından dolayı örnekleme oluşturan kadınlar, bu yaş ve üstü olanlardan seçilmiştir.
- **Medeni durum:** KKMM davranışının düzenli sergilenmesinde medeni durumun etkisini belirlemek amacıyla doğrudan sorularak öğrenilmiştir.
- **Öğrenim durumu:** Kendini yazılı olarak ifade etme esas alındığı için en az ilkokul mezunu olanlar çalışmaya alınmıştır. Öğrenim durumları en son mezun oldukları okula göre değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ilkokul ve ortaokul mezunu olanlar (1-8 yıllık eğitim) ilköğretim, lise mezunu olanlar ortaöğretim, yüksekokul mezunu olanlar ise yükseköğretimli olarak kabul edilmiştir.
- **Çalışma durumu:** Çalışma sosyo-ekonomik durumun bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyo-ekonomik durumun iyi olması ise sağlık bakım hizmeti almayı ve dolayısıyla meme kanseri tarama programına katılımı arttırabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle kadınların herhangi bir işte çalışma durumu sorgulanmıştır.

- **Sağlık güvencesi:** Meme kanseri tarama programına düzenli olarak uyma da sağlık güvencesine sahip olma durumunun etkisini belirlemek amacıyla doğrudan sorularak öğrenilmiştir.

Kadınların KKMM'ne Yönelik Bilgi ve Uygulamaları ile İlgili Özellikler

Aşağıda yer alan bilgi ve uygulamalar KKMM davranışlarının sergilenmesinde etkili olacağı için çalışmada yer almıştır.

- Meme muayenesi için hekime gitme davranışı,
- Mamografi çektirme davranışı,
- KKMM'ne ilişkin bilgilenme durumu,
- KKMM yapma sıklığı,
- KKMM yapma zamanı,
- KKMM yöntemini doğru uygulama davranışı,
- Ailede kanser öyküsünün olma durumu.

5.5.1. Veri Toplama Formu

Veri toplama formunun ilk bölümü katılımcıların bireysel özelliklerini ve meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenlerini, ikinci bölümü meme kanseri tarama programına yönelik yaklaşımları ve KKMM uygulamalarını tanımlayan soruları içermekte olup, 6 açık uçlu, 15 kapalı uçlu olmak üzere toplam 21 soru içermiştir (Ek 1).

5.5.2. Veri Formunun Sınanması

Veri toplama formunun kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 15 kadına ön uygulama yapılmış, anlaşılır bulunmayan sorular değerlendirilmiş, yeniden düzenlenerek forma son şekil verilmiştir. Ön uygulamaya alınan grup araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Kullanılan veri toplama formu için Kuder Richardson iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir.

5.5.3. Veri Toplama Formunun Kullanılması

Verilerin toplanmasına, 28 Haziran 2001 tarihinde Etik Kurulu Onayı (Ek 2) alındıktan sonra başlanmış ve örnekleme belirtilen sayıya ulaşıncaya kadar devam edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı meme cerrahisi polikliniğinin muayene günü Salı ve Perşembedir. Sözü edilen günlerde polikliniğe gelen kadınlara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul edenlere veri toplama formunun doldurulması ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır. Formun doldurulması yaklaşık 5-10 dakikalık bir süreyi almıştır. Form uygun şekilde doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından kontrol edilerek geri alınmıştır. Bu aşamadan sonra isteyen kadınlara KKMM'ne ilişkin rehberlik ve danışmanlık yapılmıştır.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir ilde ve merkezde yapılması sınırlılık olarak kabul edilmiştir.

5.7. Verilerin Değerlendirmesi

Araştırmaya katılanların görüşlerini içeren açık uçlu sorular ile toplanan verilerin değerlendirilmesine geçilmeden önce uzman görüşüne başvurulmuştur. Elde edilen verileri üç uzmanın birbirinden bağımsız değerlendirmeleri sonucu ortak ifadeler belirlenerek gruplandırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan 383 kadına ilişkin verilerin istatistiksel analizi, İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Bioistatistik Bilim Dalında SPSS (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulguların değerlendirilmesinde; kadınların bireysel özelliklerine ilişkin bulgularda sayı, yüzdeler ve ortalama; hekim muayenesine gitme, mamografi çekirme ve KKMM davranışlarına ilişkin bulgular ile bireysel özelliklere ilişkin bulgularda ise sayı, yüzdeler ve ki kare testi kullanılmıştır. Değerlendirmeler 0.05 anlamlılık düzeyine göre yargılanmıştır.



6. BULGULAR

UÜ SUAM meme cerrahisi polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzerindeki kadınların bireysel özellikleri, başvurma nedenleri, mamografi çekirme, meme muayenesi için hekime gitme ve KKMM uygulama davranışlarına ilişkin bulgular iki bölümde ele alınmıştır.

1. Bölüm;

- Kadınların Bireysel Özellikleri,
- Kadınların Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvurma Nedenleri.

2. Bölüm;

- Kadınların Meme Muayenesi İçin Düzenli Hekime Gitme Davranışları,
- Kadınların Mamografi Çekirme Davranışları,
- Kadınların KKMM Yapma Davranışları.

Birinci bölümde; UÜ SUAM meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların bireysel özellikleri ile başvurma nedenleri incelenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	N	%
Yaş;		
20-29	36	9.4
30-39	75	19.6
40-49	132	34.4
50-59	111	29.0
60 ve üzeri	29	7.6
Toplam	383	100
Eğitim düzeyi;		
İlköğretim	173	45.2
Ortaöğretim	97	25.3
Yükseköğretim	113	29.5
Toplam	383	100
Medeni durum;		
Evli	332	86.7
Bekar	51	13.3
Toplam	383	100
Meslek;		
Ev hanımı	180	47.0
Memur	139	36.3
İşçi	36	9.4
Serbest meslek	23	6.0
Öğrenci	5	1.3
Toplam	383	100
Çalışma durumu;		
Çalışıyor	131	34.2
Çalışmıyor	252	65.8
Toplam	383	100
Sağlık güvencesi;		
SSK	88	23.0
Emekli sandığı	256	66.8
Bağ-kur	24	6.3
Yok	15	3.9
Toplam	383	100
Çocuk;		
Var	332	86.7
Yok	51	13.3
Toplam	383	100
Aile öyküsünde kanser;		
Var	118	30.8
Yok	265	69.2
Toplam	383	100

Tablo 2 incelendiğinde; kadınların %9.4 (36 kişi)'ünün 20-29, %19.6 (75 kişi)'sının 30-39, %34.4 (132 kişi)'ünün 40-49, %29 (111 kişi)'unun 50-59, %7.6 (29 kişi)'sının 60 yaş ve üzerinde olduğu; %45.2 (173 kişi)'sinin ilk, %25.3 (97 kişi)'ünün orta, %29.5 (113 kişi)'inin yükseköğretimli olduğu; %86.7 (332 kişi)'sinin evli, %13.3 (51 kişi)'ünün bekar olduğu; %47 (180 kişi)'sinin ev hanımı, %36.3 (139 kişi)'ünün memur, %9.4 (36 kişi)'ünün işçi, %6 (23 kişi)'sının serbest meslek, %1.3 (5 kişi)'ünün öğrenci olduğu; %34.2 (131 kişi)'sinin bir işte çalıştığı, %65.8 (252 kişi)'inin çalışmadığı; %23.0 (88 kişi)'ünün SSK'ya, %66.8 (256 kişi)'inin emekli sandığına, %6.3 (24 kişi)'ünün BAĞ-KUR'a bağlı sağlık güvencelerinin olduğu ve %3.9 (15 kişi)'unun sağlık güvencesinin olmadığı; %86.7 (332 kişi)'sinin çocuk sahibi olduğu ve %13.3 (51 kişi)'ünün çocuğunun olmadığı; %30.8 (118 kişi)'inin aile öyküsünde kanser olduğu ve %69.2 (265 kişi)'sinin ise olmadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan toplam 383 kadının yaş ortalaması 45.02 ± 10.49 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Kadınların Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvurma Durumlarının Dağılımı

Özellik	N	%
Polikliniğe daha önceden;		
Gelen	231	60.3
Gelmeyen	152	39.7
Toplam	383	100
Başvuru nedeni;		
Meme Sorunu	231	60.3
Hekim/Hemşire Önerisi	94	24.5
Olağan Kontrol	58	15.2
Toplam	383	100
Meme muayenesi için düzenli hekime gitme;		
Giden	91	23.8
Gitmeyen	292	76.2
Toplam	383	100

Kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma durumlarının dağılımına bakıldığında; %60.3 (231 kişi)'ünün daha önceden polikliniğe geldiği, %39.7 (152 kişi)'sinin ise ilk kez geldiği görülmüştür (Tablo 3).

Meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların; %60.3 (231 kişi)'ünün meme sorunu nedeniyle, %24.5 (94 kişi)'inin hekim/hemşire önerisi ile, %15.2 (58 kişi)'sinin olağan kontrol amacıyla geldiği Tablo 3'te görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların; %23.8 (91 kişi)'inin meme muayenesi için düzenli hekime gittiği, %76.2 (292 kişi)'sinin ise gitmediği belirlenmiştir (Tablo 3).



İkinci bölümde; kadınların bireysel özellikleri ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme, mamografi çekirme ve KKMM davranışları yer almıştır.

Tablo 4. Kadınların Meme Muayenesi İçin Düzenli Hekime Gitme Davranışları ile Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	DÜZENLİ HEKİME GİTME				Toplam		İki Yönlü Anlamlılık
	Giden		Gitmeyen		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Yaş;							
20-29	0	0	36	12.3	36	9.4	x ² =32.260 sd=4 p<0.001'''
30-39	6	6.6	69	23.6	75	19.6	
40-49	41	45.1	91	31.2	132	34.4	
50-59	38	41.7	73	25.0	111	29.0	
60 ve üzeri	6	6.6	23	7.9	29	7.6	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Eğitim düzeyi;							
İlköğretim	45	49.4	128	43.8	173	45.2	x ² =1.417 sd=2 p=0.492'
Ortaöğretim	19	29.9	78	26.7	97	25.3	
Yükseköğretim	27	29.7	86	29.5	113	29.5	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Medeni durum;							
Evli	82	90.1	250	85.6	332	86.7	x=1.214 sd=1 p=0.271'
Bekar	9	9.9	42	14.4	51	13.3	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Meslek;							
Ev hanımı	49	53.8	131	44.9	180	47.0	x ² =5.915 sd=3 p=0.116'
Memur	33	36.3	106	36.3	139	36.3	
İşçi	3	3.3	33	11.3	36	9.4	
Serbest meslek	6	6.6	17	5.8	23	6.0	
Öğrenci**	5	1.7	0	0	5	1.3	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Çalışma durumu;							
Çalışıyor	27	29.7	104	85.6	131	34.2	x ² =1.09 sd=1 p=0.296'
Çalışmıyor	64	70.3	188	14.4	252	65.8	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Sağlık güvencesi;							
SSK	11	12.1	77	26.3	88	23.0	x ² =11.795 sd=3 p=0.008''
Emekli sandığı	73	80.2	183	62.7	256	66.8	
Bağ-kur	6	6.6	18	6.2	24	6.3	
Yok	1	1.1	14	4.8	15	3.9	
Toplam*	91	100	292	100	383	100	
Aile öyküsünde kanser;							
Var	34	37.4	84	28.8	118	30.8	x ² =17.139 sd=1 p<0.001'''
Yok	57	62.6	208	71.2	265	69.2	
Toplam	91	100	292	100	383	100	

*Yüzdeler ilgili kolonun "toplam" sayısı üzerinden hesaplanmıştır,

**Gözlenen değer 5'in altında olduğu için ki-kare analizi dışında bırakılmıştır.

'p>0.05; ''p<0.05; '''p<0.001.

Tablo 4 incelendiğinde; kadınların yaşları ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışı arasında ileri derecede anlamlı ($\chi^2=32.260$; $p<0.001$) fark olduğu; özellikle 40-49 yaş grubunda meme muayenesi için hekime gitme oranının diğer gruplara göre fazla (%45.1; 41 kişi) olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyi ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=1.417$; $p=0.492$) fark bulunmadığı görülmektedir (Tablo 4).

Medeni durum ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=1.214$; $p=0.271$) fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Mesleğe göre meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=5.915$; $p=0.116$) fark bulunmadığı görülmektedir (Tablo 4).

Çalışma durumu ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=1.09$; $p=0.296$) fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4'te sağlık güvencesine göre meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışına bakıldığında; gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=11.795$; $p=0.008$) fark olduğu; emekli sandığına bağlı olan kadınlarda meme muayenesi için düzenli hekime gitme oranının diğer gruplara göre fazla (%80.2; 73 kişi) olduğu görülmektedir.

Aile öyküsünde kanser varlığı ile meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışı incelendiğinde; gruplar arasında ileri derecede anlamlı ($\chi^2=17.139$; $p<0.001$) fark olduğu; aile öyküsünde kanser bulunmayan kadınların meme muayenesi için düzenli hekime gitme oranının diğer gruba göre fazla (%62.6; 57 kişi) olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Kadınların Mamografi Çektirme Davranışlarının Dağılımı

Özellik	N	%
Mamografi çektirme;		
Çektiren	247	64.5
Çektirmeyen	136	35.5
Toplam	383	100
Çektirme sayısı;		
1-2	155	62.7
3-4	59	23.9
5-6	15	6.1
7 ve üstü	18	7.3
Toplam	247	100
Çektirme sıklığı;		
Altı ayda bir	20	8.1
Yılda bir	77	31.2
Hekim istemine göre	38	15.4
Belirli zamanı yok	112	45.3
Toplam	247	100

Tablo 5 incelendiğinde; kadınların %64.5 (247 kişi)'inin mamografi çektirdiği, %35.5 (136 kişi)'inin çektirmediği görülmektedir. Çektirenlerin; %62.7 (155 kişi)'ininin 1-2 kez, %23.9 (59 kişi)'unun 3-4 kez, %6.1 (15 kişi)'inin 5-6 kez, %7.3 (18 kişi)'ünün 7 ve üzerinde mamografi çektirdiği bulunmuştur. Mamografi çektirme sıklığı incelendiğinde ise; %8.1 (20 kişi)'inin altı ayda bir, %31.2 (77 kişi)'ininin yılda bir, %15.4 (38 kişi)'ünün hekim istemine göre ve %45.3 (112 kişi)'ünün de belirli bir zaman gözetmeksizin bu işlemi yaptırdığı Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 6. Kadınların Mamografi Çektirme Davranışları ile Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	MAMOGRAFİ ÇEKTİRME				Toplam		İki Yönlü Anlamlılık
	Çektirenler		Çektirmeyenler		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Yaş;							
20-29	3	1.2	33	24.3	36	9.4	x ² =135.558 sd=4 p<0.001'''
30-39	20	8.1	55	40.4	75	19.6	
40-49	105	42.5	27	19.9	132	34.4	
50-59	93	37.7	18	13.2	111	29.0	
60 ve üzeri	26	10.5	3	2.2	29	7.6	
Toplam***	247	100	136	100	383	100	
Eğitim düzeyi;							
İlköğretim	133	53.8	40	29.4	173	45.2	x ² =22.262 sd=6 p<0.001'''
Ortaöğretim	49	19.9	48	35.3	97	25.3	
Yükseköğretim	65	26.3	48	35.3	113	29.5	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	
Medeni durum;							
Evli	223	90.3	109	80.1	332	86.7	x ² =7.807 sd=1 p=0.005''
Bekar	24	9.7	27	19.9	51	13.3	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	
Meslek;							
Ev hanımı	130	52.6	50	36.8	180	47.0	x ² =11.464 sd=3 p=0.009''
Memur	78	31.6	61	44.8	139	36.3	
İşçi	21	8.5	15	11.0	36	9.4	
Serbest meslek	18	7.3	5	3.7	23	6.0	
Öğrenci**	0	0	5	3.7	5	1.3	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	
Çalışma durumu;							
Çalışıyor	63	25.5	68	50.0	131	34.2	x ² =23.382 sd=1 p<0.001'''
Çalışmıyor	184	74.5	68	50.0	252	65.8	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	
Sağlık güvencesi;							
SSK	50	20.2	38	28.0	88	23.0	x ² =3.711 sd=3 p=0.294'
Emekli sandığı	169	68.4	87	64.0	256	66.8	
Bağ-kur	18	7.3	6	4.4	24	6.3	
Yok	10	4.1	5	3.6	15	3.9	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	
Aile öyküsünde kanser;							
Var	94	38.1	24	17.6	118	30.8	x ² =17.139 sd=1 p<0.001'''
Yok	153	61.9	112	82.4	265	69.2	
Toplam*	247	100	136	100	383	100	

*Yüzdeler ilgili kolonun "toplam" sayısı üzerinden hesaplanmıştır,

**Gözlenen değer 5'in altında olduğu için ki-kare analizi dışında bırakılmıştır.

'p>0.05; ''p<0.05; '''p<0.001.

Tablo 6 incelendiğinde; kadınların yaşları ile mamografi çekirme davranışları arasında ileri derecede anlamlı ($x^2=135.558$; $p<0.001$) fark olduğu; 40-49 yaş grubunda mamografi çekirme oranının diğer gruplara göre fazla (%42.5; 105 kişi) olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyine göre mamografi çekirme davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($x^2=22.262$; $p=0.001$) fark olduğu; ilköğretim mezunu kadınlarda mamografi çekirme oranının diğer gruplara göre fazla (%53.8;133 kişi) olduğu Tablo 6'da görülmektedir.

Medeni durum ile mamografi çekirme davranışları incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı ($x^2=7.807$; $p=0.005$) fark olduğu; evli olan kadınların mamografi çekirme oranın bekarlara göre fazla (%90.3; 223 kişi) olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6'da mesleğe göre mamografi çekirme davranışına bakıldığında; gruplar arasında anlamlı ($x^2=11.467$, $p=0.009$) fark olduğu; özellikle ev hanımı olan kadınlarda mamografi çekirme oranının diğer gruplara göre fazla (%52.6; 130 kişi) olduğu görülmektedir.

Çalışma durumuna göre mamografi çekirme davranışına bakıldığında, iki grup arasında ileri derecede anlamlı ($x^2=23.382$; $p<0.001$) fark olduğu; çalışmayan kadınlarda mamografi çekirme oranının çalışanlara göre fazla (%74.5; 184 kişi) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Sağlık güvencesi ile mamografi çekirme davranışları incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı ($x^2=3.711$, $p=0.294$) fark bulunmadığı görülmektedir (Tablo 6).

Aile öyküsünde kanser varlığına göre mamografi çekirme davranışı incelendiğinde; iki grup arasında ileri derecede anlamlı ($x^2=17.139$, $p<0.001$) fark olduğu; aile öyküsünde kanser olmayan kadınlarda mamografi çekirme oranının diğer gruba göre fazla (%61.9; 153 kişi) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların KKMM Yapma Davranışlarının Dağılımı

Özellik	N	%
KKMM Eğitimi Alma;		
Alan	23	6.0
Almayan	360	93.0
Toplam	383	100
KKMM;		
Yapıyor	212	55.4
Yapmıyor	171	44.6
Toplam	383	100
KKMM Kimden/Nereden Öğrendiği;	(N=212)	
Hekim/hemşire	108	46.8
Radyo, televizyon, broşür, kitap	93	40.3
Komşu/arkadaş	30	12.9
Toplam	231*	100
KKMM Yapma Sıklığı;		
Aklıma geldikçe	187	88.2
Ayda bir	18	8.5
Sorun oldukça	7	3.3
Toplam	212	100
KKMM Yapma Zamanı;		
Menstruasyondan 5-7 gün sonra	42	19.8
Her banyo sırasında	58	27.4
Belirli zamanı yok	112	52.8
Toplam	212	100
KKMM Yapma Şekli;		
Elle	196	92.4
Elle ve gözle	11	5.2
Gözle	5	2.4
Toplam	212	100
KKMM'ni Gözle Yaparken Dikkat Edilenler;	(N=16)	
Memede renk değişikliği	23	14.7
Meme ucunda çökme	63	40.1
Meme ucunda akıntı	28	17.8
Memelerde asimetri	43	27.4
Toplam**	157*	100
KKMM Yaparken İzlenen Yol/Yöntem;		
Var	58	27.4
Yok	154	72.6
Toplam	212	100
KKMM Yaparken İzledikleri Yol/Yöntem;	(N=58)	
Dikey	12	19.7
İşinsal	7	11.5
Dairesel	42	68.8
Toplam**	61*	100
Koltukaltı Muayenesi;		
Yapan	130	61.3
Yapmayan	82	38.7
Toplam	212	100

Tablo 7'nin Devamı

Özellik	N	%
Boyun Muayenesi ;		
Yapan	54	25.4
Yapmayan	158	74.6
Toplam	212	100

*Birden fazla yanıt verilmiştir,

**Yüzdeler ilgili kolonun "toplam" sayısı üzerinden hesaplanmıştır .

Tablo 7'de kadınların KKMM eğitimi almaya, KKMM yapmaya, KKMM'ni kimden/nereden öğrendiklerine, KKMM sıklığına ve uygulama zamanına, bu yöntemi nasıl uyguladıklarına ve nelere dikkat ettiklerine ilişkin bulgular yer almıştır. Bu bulgulara göre araştırma kapsamına alınan kadınların sadece %6.0 (23 kişi)'si KKMM eğitimi almıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %55.4 (212 kişi)'ü KKMM yaptığını, KKMM yapanların %46.8 (108 kişi)'i bu yöntemi hekim/hemşireden, %40.3 (93 kişi)'ü radyo, televizyon, broşür ve kitaptan ve %12.9 (30 kişi)'u komşu/arkadaştan öğrendiğini belirtmişlerdir (Tablo 7).

KKMM yapma sıklığı incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan ve KKMM uygulayan kadınların %88.2 (187 kişi)'si bu yöntemi aklına geldikçe uyguladıkları görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7'de araştırma kapsamına alınan ve KKMM uygulayan kadınların %52.8 (112 kişi)'inin bu yöntemi uygulamada belirli bir zamanı olmadığı, ancak %19.8 (42 kişi)'i menstruasyondan 5-7 gün sonra yaptıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan ve KKMM uygulayan kadınların KKMM yapma şekli incelendiğinde, %92.4 (196 kişi)'ü elle, %5.2 (11 kişi) elle ve gözle ve %2.4 (5 kişi) sadece gözle KKMM yaptığı Tablo 7'de görülmektedir.

KKMM'ni elle yapan kadınlar, muayene sırasında herhangi bir kitlenin olup olmadığına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir.

KKMM'ni gözle yapan kadınların %40.1 (63 kişi)'inin meme ucunda çökme ve %27.4 (43 kişi)'ünün memelerde asimetri olup olmadığına dikkat ettikleri belirlenmiştir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan ve KKMM uygulayan kadınların sadece %27.4 (58 kişi)'ünün KKMM sırasında belirli bir yol/yöntem izledikleri belirlenmiştir. Bunlardan %68.8 (42 kişi)'inin dairesel, %19.7 (12 kişi)'sinin dikey ve %11.5 (7 kişi)'inin ışın yöntemini kullandıkları Tablo 7'de görülmektedir.

KKMM yapan kadınların %61.3 (130 kişi)'ü koltukaltında, %25.4 (54 kişi)'ü ise boyunu da muayene ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 7). Koltukaltı ve boyunu muayene eden kadınların hepsi herhangi bir sertliğin olup olmadığına baktıklarını belirtmişlerdir.



Tablo 8. Kadınların KKMM Yapma Davranışları ile Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	KKMM YAPMA				Toplam		İki Yönlü Anlamlılık
	Yapanlar		Yapmayanlar		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Yaş;							
20-29	11	5.2	25	14.6	36	9.4	x ² =13.631 sd=4 p=0.009''
30-39	39	8.4	36	21.1	75	19.6	
40-49	75	35.4	57	33.3	132	34.4	
50-59	72	33.9	39	22.8	111	29.0	
60 ve üzeri	15	7.1	14	8.2	29	7.6	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Eğitim düzeyi;							
İlköğretim	105	49.5	68	39.8	173	45.2	x ² =4.551 sd=2 p=0.103'
Ortaöğretim	46	21.7	51	29.8	97	25.3	
Yükseköğretim	61	28.8	51	30.4	113	29.5	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Medeni durum;							
Evli	185	87.3	147	86.0	332	86.7	x ² =0.138 sd=1 p=0.710'
Bekar	27	12.7	24	14.0	51	13.3	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Meslek;							
Ev hanımı	104	49.1	76	44.4	180	47.0	x ² =0.661 sd=3 p=0.882'
Memur	74	34.9	65	38.0	139	36.3	
İşçi	20	9.4	16	9.4	36	9.4	
Serbest meslek	13	6.1	10	5.9	23	6.0	
Öğrenci**	1	0.5	4	2.3	5	1.3	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Çalışma durumu;							
Çalışıyor	65	30.7	66	38.6	131	34.2	x ² =2.649 sd=1 p=0.104'
Çalışmıyor	147	69.3	105	61.4	252	65.8	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Sağlık güvencesi;							
SSK	39	18.4	49	28.7	88	23.0	x ² =6.556 sd=3 p=0.087'
Emekli sandığı	152	71.7	104	60.8	256	66.8	
Bağ-kur	14	6.6	10	5.8	24	6.3	
Yok	7	3.3	8	4.7	15	3.9	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	
Aile öyküsünde kanser;							
Var	78	36.8	40	23.4	118	30.8	x ² =7.974 sd=1 p=0.005''
Yok	134	63.2	131	76.6	265	69.2	
Toplam*	212	100	171	100	383	100	

*Yüzdeler ilgili kolonun "toplam" sayısı üzerinden hesaplanmıştır,

**Gözlenen değer 5'in altında olduğu için ki-kare analizi dışında bırakılmıştır.

'p>0.05; ''p<0.05.

Tablo 8 incelendiğinde; kadınların yaşları ile KKMM yapma davranışı arasında anlamlı ($\chi^2=13.631$; $p=0.009$) fark olduğu; özellikle 50-59 yaş grubunda KKMM yapma oranının diğer gruplara göre fazla (%33.9; 72 kişi) olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyi ile KKMM yapma davranışına bakıldığında, aralarında anlamlı ($\chi^2=4.551$; $p=0.103$) fark bulunmadığı görülmektedir (Tablo 8).

Medeni durum ile KKMM yapma davranışı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=0.138$; $p=0.710$) fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Mesleğe göre KKMM yapma davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=0.661$; $p=0.882$) fark bulunmadığı görülmektedir (Tablo 8).

Çalışma durumu ile KKMM yapma davranışı incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=2.649$; $p=0.104$) fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8’de sağlık güvencesine göre KKMM yapma davranışına bakıldığında, gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=6.556$; $p=0.087$) fark bulunmadığı görülmektedir.

Aile öyküsünde kanser varlığı ile KKMM yapma davranışı incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı ($\chi^2=7.974$; $p=0.005$) fark olduğu; aile öyküsünde kanser bulunmayan kadınların KKMM yapma oranının diğer gruba göre fazla (%63.2; 134 kişi) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Sonuç olarak, KKMM’nin sadece yaş ve aile öyküsünde kanser varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olan meme kanserinin 1973 yılından itibaren görülme sıklığının ABD’de yılda %1.8, dünyanın farklı ülkelerinde ise %1-2 oranında artış gösterdiği ve her yıl yaklaşık 1 milyon kadına meme kanseri tanısı konduğu belirtilmektedir (21, 29).

Günümüzde erken tanı ve tedavi ile meme kanserindeki mortalite ve morbiditeyi azaltmak olasıdır. Literatürde meme kanserinde erken evrede tanı koymanın; prognozu iyi yönde etkilediği, mortaliteyi azalttığı, meme koruyucu cerrahi uygulayabilme olanağı sağladığı belirtilmektedir (65). Erken tanı kadınların bu konuda eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programının uygulanması ile olasıdır. Meme kanseri tarama programının amacı, memesine ilişkin hiçbir yakınması olmayan kadının hekim muayenesi, mamografi ve KKMM yöntemleriyle memesindeki anormallikleri saptamaktır.

Tarama yöntemleri içinde KKMM, araç-gereç ve maddi olanak gerektirmeyen, kolay ve zararsız olan ve doğru yöntem ve zamanda yapıldığı takdirde meme kanserinin erken tanısında çok önemli olan bir yöntemdir (37, 47, 69).

Kadınların genellikle düzenli KKMM yapmanın önemi konusunda aynı düşüncede olmalarına karşın, birçoğunun bu yöntemi doğru zaman, yöntem ve sıklıkta yapmadıkları, memedeki normal ve anormal yapıları farkedemedikleri belirtilmektedir (9, 45, 49).

Kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenleri ve KKMM davranışlarını incelemek; bu konuda doğru davranış kazandırmak amacıyla yapılacak

eğitim programlarının belirlemesine ışık tutmak amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %63.4'ünün 40-59 yaş arasında, %45.2'sinin ilköğretim mezunu, %86.7'sinin evli, %47'sinin ev hanımı ve %96.1'inin de sağlık güvencesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastalık gelişme riski yaş ile doğrudan ilişkili olup, yaş arttıkça hastalık görölme sıklığı giderek artmaktadır (10, 38, 68). Bu bağlamda meme kanserinin de 30 yaşından önce nadir olduğu, bu yaşı izleyen reprodüktif yıllarda hızlı bir tırmanış gösterdiği belirtilmektedir (65). Bu düşüne bizim bulgularımızla paralellik göstermekte olup; meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların büyük çoğunluğunun 40 yaş ve üzerinde olduğu görölmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumun üniversite hastanesi olması, bu kurumun ise sadece ücretli ve emekli sandığına bağlı hastalara hizmet vermesi nedeniyle, emekli sandığı sağlık güvencesine sahip kadınların sayısı fazla (%66.8) bulunmuştur (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %60.3'ü meme sorunu nedeniyle polikliniğe başvurmuşlardır. Kadınlar genellikle memelerinde kitle nedeniyle ve hastalığın ileri evrede olduğu dönemde hekime başvururlar. Oysa, planlı tarama programı sayesinde kanser çok erken dönemlerde yani tümör daha ele gelmeden tanı konulmaktadır (62). Böyle bir yaklaşımda ise tedavide başarı oranı yüksek ve bakım maliyeti daha az olabilmektedir.

Chart ve Franssen çalışmalarında kadınların %75'inin aile hekimleri tarafından, %25'inin ise kendilerinin başvurduğu ya da başka bir sağlık personeli tarafından meme hastalıkları polikliniğine gönderildiklerini belirlemişlerdir (19).

Meme kanseri tarama programı içinde yer alan standart yöntemlerden biri, meme sorunu olmadan meme muayenesi için düzenli hekime gitmedir. Amerikan Kanser Derneği 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl meme muayenesi için hekime gitmelerini önermektedir (9).

Araştırma kapsamına alınan kadınların sadece %23.8'inin meme sorunu olmadan meme muayenesi için düzenli hekime gittiği belirlenmiştir (Tablo 3). Bunlardan 40-59 yaş arasındakilerin (%96.8), ilköğretim mezunlarının (%49.4), evlilerin (%90.1), ev hanımlarının (%53.8), çalışmayanların (%70.3), emekli sandığına bağlı olanların (%80.2) ve aile öyküsünde kanser olmayanların (%62.6) düzenli hekime gitme oranlarının fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Toplumumuzda herhangi bir sorunla karşılaşmadan, tarama amaçlı sağlık muayenelerin benimsenmemiş olması, hastanelerde “senin birşeyin yok, neden geldin”sorularıyla karşılaşmaktan çekinilmesi, muayene aşamasına gelene kadar kayıt/sıra gibi işlemlerin ve zorlukların, meme sorunu olmadan meme muayenesi için düzenli hekime gitme oranını azalttığı düşünülmektedir. Meme ile ilgili patolojilerin yaşla birlikte artış göstermesi 40-59 yaş arasındaki kadınların meme sorunu olmadan meme muayenesi için düzenli hekime gitme oranını arttırmış olabilir (Tablo 4). Kadınların meme muayenesi için düzenli hekime gitme davranışları ile eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve çalışma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın, ilköğretim mezunu olanların çoğunun ev hanımı olmaları nedeniyle kitle iletişim araçlarından daha fazla yararlanmaları ve meme kanseri konusuna radyo ve televizyon programlarında sıkça yer verilmesi, bu grupta duyarlılığı arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Emekli Sandığına bağlı olanların üniversite hastanesinden yararlanabilme olanaklarının olması ve bu kurumda da herhangi bir meme sorunu olmadan meme muayenesinin önemini vurguluyor olması, bu gruptaki kadınların meme muayenesi için düzenli hekime gitme oranını arttırmış olabilir. Yine aile öyküsünde kanser olanların hekim kontrolünden kaçmaları, kanser çıkar mı korkusundan kaynaklanmış olabilir.

Meme kanseri taramasında, fizik muayenenin önemi birçok çalışmada gösterilmiştir. The Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) programı, özellikle 40-49 yaş arasındaki kadınlarda, meme kanserinin erken belirlenmesinde önemli rol oynamıştır. National Breast Screening Study (NBSS) 50 yaşından büyük kadınlarda fizik muayenenin meme kanseri nedeniyle mortalityyi azalttığını göstermiştir (65).

Eti-Aslan ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada kadınların sadece %9.4'ünün meme sorunu olmadan meme muayenesi için hekime gittiği belirlenmiştir (26). Bizim araştırmamızdan farklı olarak Eti-Aslan ve arkadaşları ve Lauver yüksek öğrenimli kadınların sağlık bakımı alma oranlarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir (26, 40).

Raschidi ve Rajaram'ın, ABD'de yaşayan bir grup müslüman kadınla yaptığı araştırmada, meme muayenesi için hiçbirinin hekime gitmediğini belirlemişlerdir (52). Tanjasiri ve arkadaşlarının bu konuyla ilgili araştırma sonuçları biraz daha sevindiricidir. Onların sonuçlarına göre 40 yaş ve üzerindeki kadınların %52'si meme sorunu olmadan meme muayenesi için hekime başvurmuştur (60).

Mamografi, bugün için meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemidir. Bu yöntemle memede kitleyi palpabl olmadan 2 yıl önce, invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan saptamak olasıdır. Tarama mamografisinin; meme kanserini erken evrede belirleme, mortaliteyi azaltma, meme koruyucu cerrahi yapma oranını artırma ve sistemik tedavi oranını azaltma gibi avantajları vardır (65). Bu bağlamda, araştırma kapsamına aldığımız kadınların %64.5'inin daha önceden tarama amaçlı mamaografi çektiği (Tablo 5), mamografi çekirme oranının 40-49 yaşları arasındaki kadınlarda (42.5), ilköğretim mezunu olanlarda (%53.8), evlilerde (%90.3), ev hanımlarında (%52.6), çalışmayanlarda (%74.5), emekli sandığına bağlı olanlarda (%68.4) ve aile öyküsünde kanser olmayanlarda (%61.9) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırma kapsamına alınan kadınlarının tümünün sağlık kuruluşuna başvuran kadınların olması ve bu kuruluşta da meme kanseri tarama ünitesinin bulunuyor olması mamografi çekirme oranının yüksek tutulmasına yardımcı olmuş olabilir. Oysa Eti-Aslan ve arkadaşları İstanbul'da bir mahallede yaptıkları araştırmada kadınların %15.3'ünün (26), Merey %12.6'sının (45), Tanjasiri ve arkadaşları ise 40 yaş ve üzerindeki kadınların sadece %30'unun (60) mamografi çektiğini belirlemişlerdir.

Meme kanserinin yaşla birlikte artış göstermesi ve tarama amaçlı mamografinin 40 yaşın üzerindeki kadınlara önerilmesi, 40-59 yaşlarındaki kadınların mamografi çekirme oranını arttırmış olabilir. Son yıllarda radyo ve televizyonlarda konuya ilişkin programlara yer verilmesi ve öneminin vurgulanması, ev hanımlarını bu konuya daha duyarlı hale getirmiş olabilir. Yine ev hanımlarının çoğunun ilköğretim mezunu olması ve bu programların genellikle gündüz saatlerinde yayınlanması nedeniyle çalışan kadınlara göre daha fazla izleme olanağı bulmalarının da, mamografi çekirme oranında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Coleman ve O'Sullivan'da, yaptıkları çalışmada beyaz ırkta, evli olanlarda, yükseköğretimli ve ekonomik durumu iyi olan kadınlarda mamografi çekirme oranını yüksek bulmuşlardır (20).

Aile öyküsünde kanser olan kadınların mamografi çekirme oranının az olması (%38.1), kanser çıkar mı korkusundan kaynaklanmış olabilir. Weber'in yaptığı bir araştırmada, mamografi çektiren kadınların %60'ının kanser çıkarsa kaygısı nedeniyle anksiyete, %20'sinin ise aşırı anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (69).

Araştırma kapsamına alınan kadınların mamografi çekirme sıklıklarına bakıldığında, %8.1'inin altı ayda bir, %31.2'sinin ise yılda bir mamografi çektiği belirlenmiştir. Oysa Sadler ve arkadaşları 40 yaş ve üzerindeki kadınların %61.3'ünün, 50 yaş ve üzerindekiilerin ise %70'inin son bir yıl içerisinde bir mamografi çektiğini belirlemişlerdir (55). Mamografi çekirmenin maddi olanak ve hekim önerisi gerektirmesi, bizim sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Asemptomatik kadınlarda ideal meme kanseri tarama programında, hekim muayenesi, mamografi ve KKMM birlikte olmaktadır (5, 9, 13, 14, 47, 50, 71).

Her 10 kadından birinin, yaşamın herhangi bir döneminde meme kanseri olabileceği belirtilmektedir (67). Bu kadar yüksek oranda görülen meme kanserinin erken tanınmasında kadının kendisinin de sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk tarama programına uyma ve bu kapsamda yer alan KKMM'ni yapmadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sadece %6'sının KKMM eğitimi aldığı, KKMM yapanların %46.8'inin bu bilgiyi hekim/hemşireden ve %40.3'ünün radyo, televizyon, broşür ve kitaptan öğrendiği, %88.2'sinin KKMM'ni aklına geldikçe uyguladığı, %52.8'inin KKMM'nin uygulamasında belirli bir zaman gözetmediği, %92.4'ünün sadece elle KKMM yaptığı, gözle muayene yapanların %40.1'inin meme ucunda çökme olup olmadığına dikkat ettikleri, %72.6'sının KKMM yaparken herhangi bir yol/yöntem izlemedikleri, izleyenlerin ise %68.8'inin dairesel yöntemini seçtiği belirlenmiştir (Tablo 7).

KKMM'ni 20 yaşından sonra her ay menstruasyon bitiminden 5-7 gün sonra, menopozda olanların ise her ayın belirli bir gününde yapması gerekmektedir. KKMM banyo sırasında, meme dokusunun sıcak nedeniyle gevşek hal aldığı bir durumda elle ve gözlemlenmesi gerekir. Muayene sırasında, vücudun belden yukarısı çıplak olarak ayakta ve yeterli bir ışıkta, ayna karşısına geçilmelidir.

Gözle muayenede; memelerin şekli ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisinde şişlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı kontrol edilmelidir. Elle muayene; parmak uçları kitleyi uzağa itme eğiliminde olduğundan dolayı, sağ elin üç orta parmağının en uçtaki iç bölümleri yani pulparları ile yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek hiçbir alan atlamadan yapılmalıdır. Meme başı hafifçe sıkılarak süt ya da kan gelip gelmediğine bakılmalıdır. Daha sonra koltukaltı ve klavikula üstü alan da iyice muayene edilmelidir. Aynı işlem, meme dokusunun kalınlığı azaldığı için, sırtüstü yatarak da tekrar edilmelidir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sadece %8.5'inin ayda bir, %19.8'inin menstruasyondan 5-7 gün sonra ve %5.2'sinin elle ve gözlemlenmesi KKMM yaptıkları saptanmıştır. Bu sonuçları ülkemizde kadınların KKMM konusunda bilgilendirme programlarının yeterli olmaması ve araştırma kapsamına alınan kadınların neredeyse tamamının (%93) konuya ilişkin teke tek eğitim almamış olmalarının etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Merey araştırma kapsamına

aldığı kadınların %39.4'ünün KKMM konusunda bilgi almalarına karşın ancak %5.5'inin ayda bir bu yöntemi uyguladıklarını belirlemiştir (45).

KKMM yönteminin gelişmesi güzel, istenen zaman ve sıklıkta yapılmaması meme kanserinin erken tanınmasında bu yöntemin önemini engellemektedir. Bu bağlamda yapılan literatür incelemesinde Baron ve Walsh, kadınların %96'sının KKMM yaptıklarını, ancak sadece %33'ünün düzenli ve doğru yöntem uyguladıklarını belirlemiştir (9).

Paragello ve arkadaşları, kadınların %85'inin KKMM yöntemini doğru yapmadığını belirlemiştir (49).

Garcia Cruz ve arkadaşlarının sağlık çalışanları arasında yaptıkları araştırmada kadınların %86.8'inin yaşamlarında en az bir kez KKMM yaptığını ve %46.2'sinin bu yöntemi doğru uyguladığını belirlenmiştir (28).

Baron ve Walsh, KKMM eğitimi alan kadınların çoğunun muayene konusunda isteksiz ve neye dikkat edeceklerini bilmediklerini, bunun nedenini de KKMM yöntemini bu konuda eğitilmiş olmayanlardan öğrenmiş olmaları olduğunu belirlemiştir (9).

Ishida ve arkadaşlarının Samoalı kadınlarla yaptıkları çalışmada; kadınların KKMM'ni hiçbir yöntem ve zamana bakılmaksızın, akıllarına geldikçe KKMM yaptıkları belirlenmiştir (35).

Fung araştırmasında, kadınların sadece %12.9'unun aylık KKMM yaptığını belirlemiştir (27).

Brewer ve Baldwin, hapisanede yürüttükleri bir çalışmada, kadınların sadece %26'sının KKMM sıklığı ile ilgili doğru bilgiye sahip olduklarını ve çok azının KKMM tekniklerini doğru bildiklerini saptamışlardır (15).

Bizim araştırma kapsamına aldığımız kadınların %55.4'ünün KKMM yaptığı belirlenmiştir. KKMM yapanların %69.3'ünün 40-59 yaşları arasında, %49.5'inin ilköğretim mezunu, %87.3'ünün evli, %49.1'inin ev hanımı, %71.7'sinin emekli sandığına bağlı sağlık güvencesinin olduğu ve %63.2'sinin aile öyküsünde kanser olmadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Araştırma sonuçlarına göre KKMM yapma durumu sadece yaş ve aile öyküsünde kanser varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, KKMM'nin kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması nedeniyle eğitim düzeyinin, medeni durumunun, meslek sahibi olmanın, çalışma durumunun ve sağlık güvencesinin bu yöntemi uygulamayı etkilemediğini düşündürmektedir. Wei ve Borum'un sağlık güvencesinin KKMM yapmayı etkilemediğini belirlemeleri (71), çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Meme cerrahisi polikliniğine başvuran kadınların çoğunun 40-59 yaşları arasında ve başvurma nedeninin genelde meme sorunu olmasının, KKMM yapma duyarlılığını arttırmış ve sonuçlarımızı etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Aile öyküsünde kanser olan kadınların KKMM yöntemini az uygulamasının, kanser çıkar mı korkusundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Akyolcu, 200 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada, %65.5'nin KKMM yaptığını belirlemiştir (3). Bu çalışmayla bizim çalışmamız arasında 10 yıldan fazla bir süre geçmiş olmasına karşın KKMM yapan kadın sayısında %10.1 gibi bir düşüş görülmesi, kadınların konuya ilişkin duyarlılıklarının azaldığını düşündürmektedir (Tablo 7).

Eti-Aslan ve arkadaşları kadınların %54.7'sinin (26), Tanjasiri ve arkadaşları %51'inin (60), Merey %37'sinin (45), Wei ve Borum ise %35'inin (71) KKMM yaptığını belirlemişlerdir.

Fung'un Çin kadınları arasında yaptığı çalışmada ise %50'sinden daha azının KKMM yaptığı görülmüştür (27).

Rashidi ve Rajaram araştırma kapsamına aldıkları kadınların %85'inin KKMM'sini duyduklarını, %29'unun meme muayenesi yapmadıklarını, son bir yılda ise hiçbirinin KKMM yapmadıklarını belirlemişlerdir (52).

Kadınların büyük bir kısmının sadece meme sorunu nedeniyle meme cerrahisi polikliniğine başvurmaları, meme kanseri tarama programından haberdar olmamaları, KKMM davranışlarının istendik düzeyde olmaması, ülkemizde kadınların bu konuda duyarlılığının az olduğunu göstermektedir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenleri ve KKMM yapma davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Kadınların %9.4 (36 kişi)'ünün 20-29, %19.6 (75 kişi)'sının 30-39, %34.4 (132 kişi)'ünün 40-49, %29.0 (111 kişi)'unun 50-59, %7.6 (29 kişi)'sının 60 yaş ve üzerinde olduğu; %45.2 (173 kişi)'sinin ilk, %25.3 (97 kişi)'ünün orta, %29.5 (113 kişi)'inin yükseköğrenimli olduğu; %86.7 (332 kişi)'sinin evli, %13.3 (51 kişi)'ünün bekar olduğu; %47.0 (180 kişi)'sinin ev hanımı, %36.3 (139 kişi)'ünün memur, %9.4 (36 kişi)'ünün işçi, %6.0 (23 kişi)'sının serbest meslek, %1.3 (5 kişi)'ünün öğrenci olduğu; %34.2 (131 kişi)'sinin çalıştığı, %65.8 (252 kişi)'inin çalışmadığı; %23.0 (88 kişi)'ünün SSK'ya, %66.8 (256 kişi)'inin emekli sandığına, %6.3 (24 kişi)'ünün BAĞ-KUR'a bağlı sağlık güvencesinin olduğu ve %3.9 (15 kişi)'unun sağlık güvencesinin olmadığı; %86.7 (332 kişi)'sinin çocuk sahibi olduğu ve %13.3 (51 kişi)'ünün çocuğunun olmadığı; %30.8 (118 kişi)'inin aile öyküsünde kanser olduğu ve %69.2 (265 kişi)'sinin ise olmadığı belirlenmiştir.
- Kadınların %60.3'ünün meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedeninin meme sorunu, %24.5'inin hekim/hemşire önerisi ve %15.2'sinin olağan kontrol olduğu belirlenmiştir.
- Meme cerrahisi polikliniğine başvuran %23.8'inin meme muayenesi için düzenli hekime gittiği ve %64.5'inin mamografi çektiği saptanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan kadınların %55.4'ünün KKMM yapmasına karşın %88.2'sinin bu yöntemi aklına geldikçe uyguladığı, KKMM sırasında izlenecek yol ve olası patolojiyi saptamaya ilişkin bilgilerin yeterli olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik KKMM davranışının geliştirilmesi için başta birinci basamak sağlık kurumları olmak üzere ülke çapında sağlık eğitim programlarının hazırlanması, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi,
- Eğitim programlarının, Sağlık Bakanlığı, niversite Hastaneleri ve Kanser Derneklerinin ortak sorumluluğunda olması, bu programların kitle iletişim araçları ile yaygınlaştırılması,
- Meme sağlığına yönelik koruyucu davranışların geliştirilmesi ve kadınların bilişlendirilmelerinde hemşirelerin almaları gereken rol ve sorumluluklara hazırlanmalarının sağlanması, hemşirelerin temel ve mezuniyet sonrası eğitimlerinde bu konulara yer verilmesi,
- Eğitim programlarının, KKMM konusunda eğitim görmüş sağlık personeli tarafından yürütülmesi önerilmektedir.

9. EKLER

Ek 1: Veri Toplama Formu

Ek 2: Etik Kurulu Onayı

Ek 3: Kurum İzin Belgesi



EK 1

Sayın katılımcı; Meme cerrahisi polikliniğine başvuru nedeniniz ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumunuzu belirlemek amacıyla sürdürdüğümüz bu çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Bölüm

1. Yaşınız;.....
2. Eğitim durumunuz;
() İlköğretim () Ortaöğretim () Yükseköğretim
3. Medeni durumunuz;
() Evli () Bekar
4. Mesleğiniz;.....
5. Bir işte çalışıyor musunuz?
() Evet () Hayır
6. Sağlık güvenceniz;
() SSK () BAĞ-KUR () Yok
() Emekli sandığı () Özel sigorta () Diğer.....
7. Çocuğunuz var mı?
() Yanıtınız evet ise, sayısı..... () Hayır
8. Ailenizde **kanser** tanısı konmuş kimse var mı?
() Yanıtınız evet ise, kim..... () Hayır
9. Daha önce meme cerrahisi polikliniğine **geldiniz mi?**
() Evet () Hayır
10. Meme cerrahisi polikliniğine **başvuru nedeniniz nedir?**.....

Bölüm 2

1. Bir sorunuz olmadan meme muayenesi için düzenli hekime **gidiyormusunuz?**
() Evet () Hayır
2. Mamografi yaptırdınız mı?
() Yanıtınız evet ise, kaç kez..... ve hangi **sıklıkta** yaptırıyorsunuz?.....
() Hayır
3. Kendi kendine meme muayenesi konusunda **eğitim** aldınız mı?
() Evet () Hayır
4. Kendi kendinize meme muayenesi **yapıyormusunuz?**
() Yanıtınız evet ise; bu bilgiyi kimden öğrendiniz?..... () Hayır
5. Kendi kendine meme muayenesini **hangi sıklıkla** yapıyorsunuz?.....
6. Kendi kendine meme muayenesi yapıyorsanız bunu **ne zaman uyguluyorsunuz?**.....
7. Kendi kendine meme muayenesini **nasıl** yapıyorsunuz?.....
8. Kendi kendine meme muayenesini **gözle** yapıyorsanız **nelere dikkat edersiniz?**.....
9. Kendi kendine meme muayenesini **elle** yapıyorsanız **nelere dikkat edersiniz?**.....
10. Kendi kendine meme muayenesini elle yaparken **izlediğiniz yol/yöntem var mı?**
() Yanıtınız evet ise, nasıl?.....
() Hayır
11. Kendi kendine meme muayenesi sırasında koltuk altınızı ve boynunuzu da **muayene ediyor musunuz?**
() Yanıtınız evet ise, nelere dikkat edersiniz?.....
() Hayır



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

Sayı : B.30.2.ULU.0.01.00.02.020/4074

Konu : Etik Kurul Kararı.

BURSA

29 HAZİRAN 2001

Sayın
Doç.Dr.Fatma Eti Aslan
MÜHYO Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Fakültemiz Etik Kurulunun 06.6.2001 tarih ve 2001-10-14 sayılı kararı ile usul ve esas yönünden uygun görülen "Uludağ Üniversitesi Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvurma Nedenleri ve Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının İncelenmesi" isimli projeniz Dekanlığımızca da uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Müfit PARLAK
D e k a n

EK:
-Etik Kurul kararı (1 adet)

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU

6.06.2001


Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Etik Kurulun 6 Haziran 2001 tarihli toplantısında aldığı karar ile ilgili belge aşağıdadır.

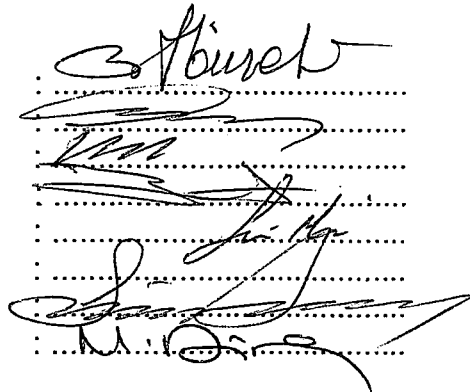
Karar 2001 - 10 - 14: MÜ HYO Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma Eti Aslan tarafından yürütülecek "Uludağ Üniversitesi Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvurma Nedenleri ve Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının İncelenmesi" adlı çalışma ile ilgili olarak:

- Bu projede; Kadınların meme cerrahisi polikliniğine başvurma nedenlerinin ortaya konması, meme cerrahisi polikliniğine gelen kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.
- Dekanlık tarafından uygun bulunduğu takdirde, çalışmanın yürürlüğe konabileceğine usul ve esas yönünden Etik Kurulumuzca müsaade edilmiştir.
- Etik Kurul Kararının bir nüshası, Dekanlıktaki Etik kurul dosyasına konmalı, Dekanlıkça uygun görülüyor ise bir nüshası da kendilerine tebliğ edilmelidir.
- Doç. Dr. Fatma Eti Aslan'a Dekanlık onayından sonra çalışmanın yürürlüğe konabileceği bildirilmelidir.

Saygılarımla,


Prof. Dr. Bilgen Taneli
Etik Kurul Başkanı

Prof . Dr. Bilgen Taneli (Başkan)
Prof. Dr. Berrin Özcan (Başkan Yardımcısı)
Prof Dr. Ayşegül Demirhan (Üye)
Prof.Dr.Levent Büyükuysal (Üye)
Doç. Dr. Selim Giray Nak (Raportör)
Doç. Dr. Sema Özuysal (Üye)
Doç. Dr. Sibel Gürün (Üye)
Doç. Dr. Melahat Dirican (Üye)



30.4.2001

U.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkezi Müdürlüğüne,

Tez danışmanlığını sürdürdüğüm hastane hemşirelerinden Ganime Arabacı'nın "U.Ü. Meme Cerrahisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvurma Nedenleri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanede sürdürülmesi için gereğini arz ederim.

Doç.Dr.Fatma Eti Aslan



Adres:

M.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Öğretim Üyesi

İSTANBUL

3838

Meslek dışı.

Genel Cerrahi A. D.

Berubeyri Bey

9. KAYNAKLAR

1. Abraham C.L., Seremetis S.: Breast health at midlife: guidelines for screening and patient evaluation. *Geriatrics*, 52(6):58-60, 1997.
2. Akdur R.: Araştırma ve Tez Yazım Rehberi. S.68-73, Ankara, 1996.
3. Akyolcu N.: Kadınların meme kanseri ve kendi-kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık bilgisi düzeylerinin ölçülmesi. Uluslararası Cerrahi Kongresi'88, Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Konuşmaları ve Bildirileri, s.209-16, İstanbul, 1988.
4. Alemdaroğlu K., Aksu F.: Meme Hastalıkları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayın No:22, İstanbul, 2000.
5. Aliabadi-Wahle S., Ebersole M., Choe E.U., Beech D.J.. Training in clinical breast examination as part of a general surgery core curriculum. *Journal of Cancer Education*, 15(1):10-3, 2000.
6. Alper M.: Meme hastalıkları ve cerrahisi. Ed: Selçukbiricik S., Genel Cerrahi. S.161-74, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.
7. Altundağ K., Çelik İ.: Kanserde erken tanı ve tarama metodları. *Türk Kanser Haberleri*, 130:19-21, 2000.
8. Asperen C.J., Bock G.H., Horst F., Koning H.J., Rutgers E.J.: Sreening for breast cancer on basis of individual risk assessment for women ineligible for the national population screening program. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskude*, 145(3):120-5, 2001.

9. Baron H.R., Walsh A.: 9 fact everyone should know about breast cancer. *American Journal of Nursing*, 7:29-33,1995.
10. Bedük T., Şen S.: Hemşirelerin erken tanısında kendi kendine yapılan muayenelere ilişkin uygulamaları ve bu muayeneleri yapamama nedenleri. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s.448, Sivas, 1992.
11. Bernstein L., Henderson B.E., Hanisch R.: Physical exercise activity reduces the risk of breast cancer in young women. *Journal of the National Cancer Institute*, 86:1403-7, 1994.
12. Bilgel N.: Meme kanserinin epidemiyolojisi. Uluslararası Katılımlı Uludağ 5.Onkoloji Simpozyumu, Ulu-Onk'2000, Özet Kitabı. S.23-50, Bursa, 2000.
13. Bottorff J.L., Johnson J.L., Bhagat R., Grewal S., Balneaves L.G., Hilton B.A., Clarke H.: Breast health practices and South Asian women. *Cancer Nursing*, 95(9):24-7,1999.
14. Bragg Leight S., Deiriggi P., Hursh D., Miller D., Leight V.: The effect of structured training on breast self-examination search behaviors as measured using biomedical instrumentation. *Nursing Research*, 49(5):283-9, 2000.
15. Brewer M.K., Baldwin D.: The relationship between self-esteem, health habits, and knowledge of BSE practice in female inmates. *Public Health Nursing*, 17(1):16-24, 2000.
16. Brinhon A.L., Devesa S.S.: Incidence, demographics, and enviromental factors. Eds: Harris R.J., Lippman E.M., Morrow M., Hellman S., *Diseases of the Breast*. S.159-66, Lippincott-Rowen Publishers, Philadelphia, 1996.
17. Burton M.: Guidelines for promoting breast care awareness. *Nursing Times*, 91(24):33-4, 1995.

18. Can G.: Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. . İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2001 (Danışman: Prof. Dr. Z. Durna).
19. Chart L.P., Franssen E.: Management of women at increased risk for breast cancer: preliminary results from a new program. Canadian Medical Association Journal, 157:1235-42, 1997.
20. Coleman E.A., O'Sullivan P.: Racial differences in breast cancer screening among women from 65 to 74 years of age: trends from 1987-1993 and barriers to screening. Journal of Women&Aging, 13(3):23-39, 2001.
21. Crane R.: Breast cancer. Ed: Otto S.E., Oncology Nursing. S.81-123, Mosby Co., St. Louise, 1997.
22. Davis S., Mirick K.D., Stevens G.R.: Night shift work, light at night, and risk of breast cancer. Journal of the National Cancer Institute, 93:1557-62, 2001.
23. Egel Ü.: Meme kanseri biyolojisi ve ailesel meme kanserleri. Uluslararası Katılımlı Uludağ 5.Onkoloji Simpozyumu, Ulu-Onk'2000, Özet Kitabı. S.9-10, Bursa, 2000.
24. Ellerhorst-Ryan M.J., Goeldner J.: Breast cancer. Nursing Clinics of North America, 27(4):821-31, 1992.
25. Epstein S.S., Bertell R., Seaman B.: Dangers and unreliability of mammography: breast examination is safe, effective, and practical alternative. International Journal of Health Services, 31(3): 605-15, 2001.
26. Eti Aslan F., Gürkan A., Şelimen D., İşsever H.: İstanbul'da kadınların meme kanseri tarama programlarına katılımı: mamografi çekirme, meme muayenesi

için hekime gitme ve kendi kendine meme muayenesi yapma durumları. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 16(2):86-96, 2002.

27. Fung S.Y.: Factors associated with breast self-examination behavior among Chinese women in Hong Kong. Patient Education Counsel, 33(3):233-43, 1998.
28. Garcia Cruz C., Sanchez H., Escobar Rodriguez A., Ponce Saavedra A.S., Rodriguez Guzman L.M.: Prevalence of breast self-examination in health workers. Factors associated with its correct performance. Ginecologia y Obstetricia de Mexico, 69:155-60, 2001.
29. Greenle R.T., Murray T., Bolden S, Wingo P.A.: Cancer statistics 2000. CA-A Cancer Journal for Clinicians, 50(1):7-32, 2000.
30. Göksel A.H.: Meme hastalıkları. Ed: Sayek İ., Temel Cerrahi. S.518-30, Güneş Kitabevi, Ankara, 1993.
31. Harold E.: Anatomy of the breast. Ed: Isaacs J.H., Textbook of Breast Disease. S.1-14, Mosby Year Book, St. Lois, 1992.
32. Harvey B.J., Miller A.B., Baines C.J., Corey P.N.: Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. Canadian Medical Association Journal, 157:1205-12, 1997.
33. Henderson I.C.: Risk factors for breast cancer development. Cancer 71:2127-40, 1993.
34. Hoskins N.C., Haber J.: Adjusting to breast cancer. American Journal of Nursing, 100(4):26-32, 2000.

35. Ishida N.D., Toomata-Mayer F.T., Braginsky S.N.: Beliefs and attitudes of Samoan women toward early detection of breast cancer and mammography utilization. *Cancer*, 91(1):262-6, 2001.
36. Kaplan K.M., Weinberg G.B., Small A., Herndon J.L.: Breast cancer screening among relatives of women with breast cancer. *American Journal of Public Health*, 81(9):1174-9, 1991.
37. Kaymakçı Ş.: Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 2001.
38. Kelsey L.J.: Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15(1):7-20, 1993.
39. Kelsey L.J.: Breast cancer epidemiology: summary and future directions. *Epidemiologic Reviews*, 15(1):256-63, 1993.
40. Lauver D.: Psychosocial variables, race and intention to seek care for breast cancer symptoms. *Nursing Research*, 41(4):236-41, 1992.
41. Lawson J.E.: A narrative analysis: a black women's perceptions of breast cancer risks and early breast. *Cancer Nursing*, 21(6):421, 1998.
42. Lichter S.A.: Breast cancer. Eds: Leibel S.A., Phillips L.T., *Textbook of Radiation Oncology*. S.1018-9, W.B. Saunders Company, London, 1998.
43. Longman A.J., Saint-Germain M.A., Modiano M.: Use of breast cancer screening by older Hispanic women. *Public Health Nursing*, 9(2):118-24, 1992.
44. Meme Kanserinde Son Gelişmeler. *Güncel Eczacılık*, 63:28-9, 1998.

45. Merey S.: Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002 (Danışman: Doç. Dr. N. Nahçıvan).
46. Mert G.: Meme kanserinde erken tanı ve rehabilitasyon. Sendrom, 6:118-124, 1999.
47. Nielsen B.B., East D.: Advances in breast cancer. Nursing Clinics of North America, 25(2):365-380, 1990.
48. Pasinlioğlu T., Reis N.: Meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesinin önemi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1(3):61-4, 1997.
49. Peragallo N.P., Fox P.G., Alba M.L.: Accuturation and breast self-examination among immigrant Latina women in the USA. International Nursing Review, 47(1):38-45, 2000.
50. Perez A.C., Taylor E. M.: Breast: stage Tis, T1, and T2 tumors. Eds: Perez A.C. Brady W.L., Principles and Practice of Radiation Oncology. S. 1269-77, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1997.
51. Peterson M.A., Fieler V.K.: Breast cancer. American Journal of Nursing, 100(4):9, 2000.
52. Rashidi A., Rajaram S.S.: Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination, needs assesment. Cancer Nursing, 23(1):64-70, 2000.
53. Rimer K.B.: Breast cancer screening. Eds: Harris R.J., Lippman E.M., Morrow M., Hellman S., Diseases of the Breast. S.307-8, Lippincott-Rowen Publishers, Philadelphia, 1996.

54. Romrell L.J., Bland K.I.: Anatomy of the breast, axilla, chest wall, and related metastatic sites. Eds: Bland K.I., Copeland E.M., The Breast. Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. S.17-35, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1991.
55. Sadler G.R., Dhanjal S.K., Shah R.B., Anghel M., Harshburger R.: Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nurs*, 18(5):357-63, 2001.
56. Shernhammer S.E., Laden F., Speizer E.F., Willett C.W. Hunter J.D., Kawachi I, Colditz A.G.: Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses'health study. *Journal of the National Cancer Institute*, 93:1563-68, 2001.
57. Singh M.M., Devi R., Walia I., Kumar R.: Breast self-examination for early detection of breast cancer. *Indian Journal of Medical Sciences*, 53(3):120-6, 1999.
58. Stoll B.A.: Obesity, social class and western diet: a link to breast cancer prognosis. *European Journal of Cancer*, 32(8):1293-5, 1996.
59. Şenocak M.: Biyoistatistik. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Yayın No:214, İstanbul, 1997.
60. Tanjasiri S.P., Kagawa-Singer M., Foo M.A., Chao M., Linayao-Putman I., Lor Y.C., Xiong Y., Moua M., Nguyen J., Vang X.: Breast cancer screening among Hmong women in California. *Journal of Cancer Education: the Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 16(1):50-4, 2001.
61. Taşdelen İ.: Meme kanseri ve tedavisi. *Onko-Day Gündem*, 4:4-6, 2000.

62. Taşdelen İ.: Meme kanseri tedavisinde son gelişmeler. I. Uludağ Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu, s.100-1, Bursa, 2002.
63. Topal U.: Meme kanseri tarama ünitesi. Onko-Day Gündem, 2:16-7, 1999.
64. Topal U.: Meme kanserinde erken tanının önemi ve tarama mammografisi. Uluslararası Katılımlı Uludağ 5.Onkoloji Simpozyumu, Ulu-Onk'2000, Özet Kitabı. S.11-15, Bursa, 2000.
65. Topuz E.: Meme Kanseri Biyoloji, Tanı, Evreleme, Tedavi. İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul, 1997.
66. Tuncel E.: Radyoloji. Uludağ Üniversitesi Basımevi, s.15, Bursa, 1991.
67. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. 3. Baskı, 1. Cilt, s.97, Damla Matbaası, Ankara, 2000.
68. Vogel G.V.: Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi. Sendrom, 4:63-69, 2000.
69. Weber S. E.: Questions&answers about breast cancer diagnosis.. American Journal of Nursing, 97(10):34-8, 1997.
70. Weber J., Kelley J.: Health Assessment in Nursing. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998.
71. Wei G., Borum M.L.: Breast self-examination in women in two primary care settings: an evaluation of the impact of insurance status. Journal of Women's Health&Gender-Based Medicine, 9(3): 311-4, 2000.
72. Yılmaz Ö.T., Önder R.Ö.: Meme kanseri ve mastektomili hasta bakımı konusunda hemşirelerin bilgi ve tutumları. Hemşirelik Forumu, 1(5):234-239,1998.

11. ÖZGEÇMİŞ

1974 yılında Haskova (Bulgaristan)'da dünyaya gelen Ganime Fırat (Arabacı) ilköğretimini aynı ilin “Hristo Botev” ve Paisiy Hilendarski” okullarında tamamladıktan sonra, 1988’de “Luben Karavelov” Rus Kolejine devam etmiştir. 1989’da ailesiyle birlikte Türkiye’ye göç ederek Karacabey (Bursa)’e yerleşmiştir. Ortaöğretimini Karacabey Lisesinde tamamlamıştır.

1993 yılında MÜ Hemşirelik Yüksekokulunda devam etmiş ve 1997’de bu okuldan mezun olmuştur.

Çalışma yaşamına UÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroşirürji Yoğun Bakım Ünitesinde başlamış ve halen burada devam etmektedir.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

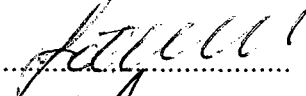
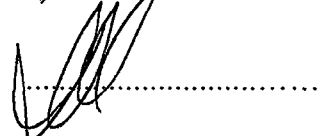
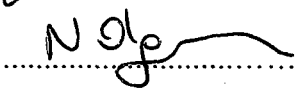
Yüksek Lisans öğrencisi Ganime FIRAT'ın, çalışması jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Fatma ETİ ASLAN
Üniversitesi : Marmara

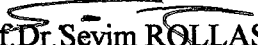
Üye : Prof.Dr.Deniz ŞELİMEN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Nermin OLGUN
Üniversitesi : Marmara


.....

.....

.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25 / 12 / 2002 tarih ve ...01....
yılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Sevim ROLLAS
Müdür

**T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**