



T.C
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ, MEME KANSERİ
RİSK FAKTÖRLERİ, BELİRTİLERİ VE TARAMA
YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUKİYE SOYAK

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2019

**T.C
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ, MEME KANSERİ
RİSK FAKTÖRLERİ, BELİRTİLERİ VE TARAMA
YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUKİYE SOYAK

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ.DR. MERYEM YILMAZ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SIVAS 2019

“Hemşirelerin Meme Kanseri, Meme Kanserinin Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans Tezi**, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç.Dr. Meryem YILMAZ

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Hesna GÜRLER

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Gül den KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

ONAY

Bu tez çalışması, 18.10.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecince akademik bilgi ve deneyimleri ile tez çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonlandırılmasında destek ve rehberlik eden danışman hocam Sayın Doç. Dr. Meryem YILMAZ'a teşekkür ediyorum. Ayrıca yüksek lisans eğitimimde ilgisi ve sabrı ile hep yanımda olan ve bu zorlu süreçte desteğini esirgemeyen abim Ercan SOYAK ve kardeşlerim Esra SOYAK, Songül SOYAK canım aileme sonsuz teşekkürler...

ÖZET

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ, MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ, BELİRTİLERİ VE TARAMA YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

RUKİYE SOYAK

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ

2019, 72 sayfa

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin meme kanseri, meme kanseri risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Bu çalışma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesinde çalışan hemşireler ile yapıldı. Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile 1 Aralık 2018-1 Nisan 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hemşirelerin dinlenme odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bu çalışmaya 215 hemşire katıldı. Veriler SPSS 23 Windows paket programı ile değerlendirildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, hemşirelerin özellikleri ile bilgi puanlarının karşılaştırılmasında parametrik özellikleri sağlayanlar için independent sample t-test, varsayımlar sağlanmıyorsa bağımsız ikiden fazla grup ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Hemşirelerin yaş ortalaması 32.27 ± 7.57 olup, %85.1'i kadındı. Çalışmada hemşirelerin meme kanseri, meme kanseri kitlesinin özelliği (%59.2) dışındaki bulguları ve KKMM başlama yaşı dışında tarama yöntemleri ile ilişkili sorulara %50'nin üzerinde doğru yanıt verdikleri, risk faktörlerine ilişkin kadın olmak, ileri yaş, ailede meme kanseri bulunması ve sigara içme dışındaki sorulara doğru yanıt verme yüzdelerinin düşük olduğu belirlendi. Hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, meme kanseri bulguları ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi puan ortalamaları orta düzeyin üzerinde bulundu. Çalışmada 40 yaş ve üzeri, kadın, evli, meme dokusunda kitle tesbit edilenlerin, ailesinde meme kanseri olanların, KKMM ile ilişkili bilgi alanların, MMG çektirenlerin, KKMM ile ilişkili bilgi veren hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, bulguları ve tarama yöntemleri bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Sonuç olarak, hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili bilgileri oldukça yeterli olmakla birlikte var olan bazı bilgileri ile ilişkili eksiklerinin lisans eğitimi, hizmet içi eğitim programları ile tamamlanması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, hemşire, meme kanserinin belirtileri, meme kanseri tarama yöntemleri.

ABSTRACT

DETERMINATION OF KNOWLEDGE LEVELS OF NURSES ABOUT BREAST CANCER, BREAST CANCER RISK FACTORS, SYMPTOMS AND SCREENING METHODS

RUKIYE SOYAK

Master's Thesis

Department of Surgical Nursing

Supervisor: Assoc. Prof. Dr.Meryem YILMAZ

2019, 72 page

The aim of the study was to determine the knowledge levels of nurses regarding breast cancer, risk factors, symptoms and screening methods of breast cancer.

This is a descriptive study. The study was conducted with nurses working in Research and Application Hospital Sivas Cumhuriyet University. The data were collected using a questionnaire form prepared by the researchers between the dates of December 1, 2018 - April 1, 2019 by the researcher using face-to-face interviews in the rooms of the nurses.

The data were evaluated using SPSS 23 Windows package program. During the analysis of the data, for those having parametric characteristics, the independent sample t-test was used for the number, percentage, mean, standard deviation, characteristics of the nurses and the comparison of information scores. However, when assumptions were not provided, Kruskal-Wallis test was used to compare the difference between the two independent groups. Significant level was accepted as $p < 0.05$.

The study was participated 215 nurses. The mean age of the nurses was 32.27 ± 7.57 and 85.1% of them were female. In the study, it was determined that nurses answered correctly to the questions related to breast cancer, findings other than the characteristic of breast cancer mass (59.2%) and screening behaviors other than age of onset of BSE over 50%, and it was determined that the percentage of correctly answering the questions except for the ones such as "being a woman related to risk factors, advanced age, presence of breast cancer in the family and smoking" was low. The mean score of knowledge of the nurses about breast cancer, risk factors, breast cancer findings and screening behaviors was seen as above-the medium level. In the study, the women who were at age of 40 or over 40 years and who were married, and who were detected to have mass in their breast tissues, and who had breast cancer in their family, and who had information related to BSE

(Breast Self-examination), who had a MMG (mammography), and who provided information about SBE were found to have higher scores in the mean scores of information about breast cancer, risk factors, findings and screening behaviors.

As a result, it is concluded that nurses' knowledge about breast cancer is quite sufficient, however some deficiencies related to their existing knowledge should be completed by undergraduate education and in-service training programs.

Keywords: breast cancer, risk factors of breast cancer, screening, nurse

İÇİNDEKİLER	Sayfa no
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı.....	3
1.3.Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Meme Kanseri.....	4
2.2.Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	5
2.3.Meme Kanseri Belirtileri.....	11
2.4.Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	12
3. YÖNTEM	18
3.1.Araştırmanın Tipi.....	18
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	18
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4.Verilerin Toplanması.....	18
3.5.Verilerin Toplanması.....	18
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3.7.Etik Kurul Onayı.....	18
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER	53
8.1.Anket Formu.....	53

8.2.Etik Kurul Kararı.....	56
8.3.Kurum İzni.....	57
9. ÖZGEÇMİŞ.....	58

TABLolar DİZİNİ	Sayfa
	no
Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri Dağılımı.....	20
Tablo 2. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı.....	21
Tablo 3. Hemşirelerin Meme Kanseri İlişkin Bilgi Durumu.....	23
Tablo 4. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	24
Tablo 5. Hemşirelerin Meme Kanseri Bulgusuna İlişkin Bilgilerinin Dağılımı....	26
Tablo 6. Hemşirelerin Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgileri...	27
Tablo 7. Hemşirelerin Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Özellikleri..	29
Tablo 8. Hemşirelerin Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 9. Hemşirelerin Yaşına Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtiler ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 11. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. Hemşirelerin Memesinde Kitle Tespit Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 13. Hemşirelerin Ailesinde Meme Kanseri Bulunma Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 14. Hemşirelerin KKMM ile İlişkili Bilgi Alma Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 15. Hemşirelerin Mamografi Çektirme Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	37

Tablo 16. Hemşirelerin KKMM Eğitimi Verme Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
---	-----------

KISALTMALAR DİZİNİ

IARC	International Agency For Research on cancer -Uluslar Arası Kanser Araştırma Ajansı
BRCA	Breast Cancer geni
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
MMG	Mamografi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme, mıknatıs ve radyo dalgaları kullanılarak meme dokusunun görüntülenmesi
İn situ	Displastik değişikliklerin tüm epitel boyunca izlendiği ancak bazal membranı aşmadığı preinvazif kanser aşaması
İnvazif	Kanser hücresinin yayılma/dağılma özelliği
Lobül	Meme dokusunun süt yapan hücreleri
Duktal	Lobüllerin yaptığı sütü meme ucuna taşıyan kanallar, süt kanalları
ER	Estrojen Reseptörü
Dens meme	Duktus ve lobüllerin yoğun olduğu meme dokusu
OKS	Oral Kontraseptif- Doğum Kontrol Hapı
HRT	Hormon Replasman Tedavisi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı

Kanser, bedendeki hücrelerin değişip kontrolden çıkmasına neden olan bir hastalıktır ve günümüz dünyasında en önemli sorunlardan birisi olarak kabul edilmektedir. Birçok kanser hücresi sonuçta tümör adı verilen kitle oluşturur ve tümör köken aldığı yerin adını alır. Meme kanserlerinin büyük çoğunluğu, meme dokusunun süt üreten bezleri, lobüller adı verilen (lobüler kanser) ve lobülleri meme ucuna bağlayan kanallardan (duktal kanserler) köken alan, moleküler özellikleri ile tanımlanan heterojen bir hastalıktır (Gradishar et al., 2018). Meme kanseri neredeyse tamamen kadınlara özgü kanser olmakla birlikte erkeklerde de görülmektedir (Yalaza, İnan & Bozer, 2016).

Tarama, tedavi ve sağ kalım ile ilişkili önemli ilerlemelere rağmen, meme kanseri halen kadınlarda kansere bağlı ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Amerikan Kanser Birliği, 2016). IARC (International Agency for Research on Cancer) 2018 verilerine göre meme kanserinin küresel olarak 100.000 kadında 46.3'ünü; Türkiye'de ise 2015'te 43.8'ini oluşturduğu rapor edilmiştir (Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2016).

Meme kanseri birçok durumda iyi prognozlu bir tümör olarak kabul edilmektedir. Erken tanı ve tedavi edildiğinde, mortalitede oranı azalmaktadır. Ancak birçok kadın tanı ve tedaviye yönelik birçok engellerle karşılaşmaktadır. Hastalığın ileri evrelerde tanınması ile mortalite oranının yükselmesine neden olmaktadır (Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre, & Jemal, 2018).

Meme kanseri gelişme riskini genetik, yaşam tarzı ve çevresel faktörler gibi çok sayıda faktörün etkilemesi nedeni ile etiyojisi kompleks olup, meme kanseri vakasının etiyojisi tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte, hastalığa neden olan birçok farklı faktörlerinde olduğu belirtilmektedir (O'Sullivan, Loprinzi, & Haddad, 2018). Ancak, meme kanseri için tanımlanmış belli başlı risk faktörleri, bireyin kontrolü dışındadır (Kamińska, Ciszewski, Łopacka-Szatan, Miotła, & Starosławska, 2015). Bunlar arasında yaş, kadın cinsiyeti, pozitif aile öyküsü, zararlı gen dizilimi varyasyonları (BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2 ve diğerleri), mamografik meme yoğunluğu (dens meme), üreme faktörleri (nulliparite, erken menarş, geç menopoz) yer almaktadır. Kontrol edilebilen 30 yaş sonrası ilk tam dönem gebelik, sedanter yaşam tarzı, alkol tüketimi, menopoz sonrası obezite, menopozal hormon tedavisi (kombine östrojen ve progesteron- temelli tedaviler) ve özellikle çocukluk döneminde toraks bölgesine tıbbi

radasyon tedavisi ve sosyo-ekonomik düzey gösterilmektedir (Leah et al., 2018). Ayrıca yapılan prospektif çalışmalarda sigara (O'Sullivan, Loprinzi, & Haddad, 2018), gece vardiyasında çalışma (Hansen, 2017) ve meme kanseri arasında ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tüm malign meme kanserlerinin yaklaşık %10-15 genetik kökenlidir. Bunlar arasında en fazla BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarının neden olduğu tümörler görülür (Prolla, da Silva, Netto, Goldim, & Ashton-Prolla, 2015). Ancak bilindiği üzere meme kanserinin %85'i genetik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Hiatt & Brody, 2018).

Meme kanserine neden olan tanımlanmış bu birden fazla faktörün etkisini anlamak ve ortadan kaldırmak için bilim insanları uzun yıllardır çalışmaktadır. Genetik, moleküler biyoloji, toksikoloji, endokrinoloji, epidemiyoloji ve diğerleri de dahil olmak üzere pek çok bilimsel disiplin günümüzde meme kanseri risk faktörleri ve tedavisi için uğraşmaktadır (Hiatt & Brody, 2018).

Meme kanseri gelişimini etkileyen birden fazla faktörün olması nedeni ile hastalık gelişiminden korunmak zordur. Bu nedenle mortalite oranlarının azaltılması için erken tanılanması önemlidir. Bilindiği gibi erken tanı yöntemleri olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi (MMG) kullanılmaktadır. Mortalite üzerinde etkinliği ispatlanmamış olmakla birlikte düşük gelirli ülkeler için 20 yaşından itibaren kadınların KKMM yapması ve asemptomatik kadınlar için 40-50 yaşlarında KMM yapılması önerilmektedir. Meme kanserinin erken belirlenmesi ve mortalite oranlarında düşmeyi sağladığı ispatlanmış yöntem MMG'dir. Meme kanseri gelişimi için yüksek risk altındaki kadınlara riskin özel nedenine göre genellikle farklı protokoller ve tarama yöntemleri önerilmektedir (Qaseem, Mustafa, Horwitch, & Wilt, 2019).

Bunun yanı sıra erken tanı için meme kanseri risk faktörlerinin, belirtilerinin ve tarama yöntemlerinin kadınlara öğretilmesi gerekmektedir. Bunun için hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili bilgi düzeyinin yeterli olması önemli ve gereklidir. Çünkü kadınlar, genellikle kendileri ile ilişkili konuları bir kadın sağlık hizmeti personeli ile tartışmayı tercih etmektedir. Bu nedenle hemşireler, hastalık riski yüksek hastalar kadar meme kanseri hastalarının bakımında yer alan multidisipliner ekipte merkezi bir role sahiptir. Bu özellikle riskli kadınlarda risk azaltıcı uygulamaları en üst düzeye çıkarmak için risk faktörlerinin bilinmesi ve kadınları risk azaltma uygulamalarına teşvik

edebilmesi için hemşirelerin bu konularda bilgi sahibi olması önemlidir. Meme kanseri ile ilişkili hemşirelerin lisans eğitimi sırasında bu konular öğretilmekle birlikte Türkiye’de hemşirelik eğitimindeki farklılıklar konu ile ilişkili bilgi yetersizliklerine neden olabilmektedir. Meme kanseri kadınlarda başlıca ölüm nedenleri arasında ve dünya genelinde endişe yaratan bir sorun olarak yerini korumaktadır. Bu nedenle meme kanseri ile ilişkili hemşirelerin bilgi düzeylerinin belirlenip, lisans eğitimi ve hizmet içi eğitim ile bilgi eksiklerinin giderilmesi önemlidir.

1.2. Araştırmanın amacı

Hemşirelerin meme kanseri, meme kanserinin risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın soruları

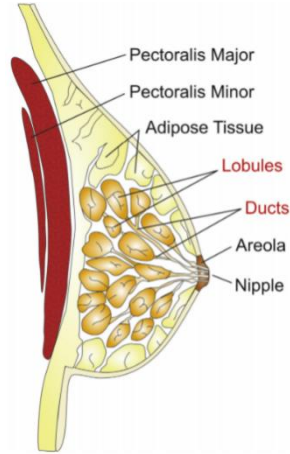
1. Hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili bilgi düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin meme kanserinin risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeyi nedir?
3. Hemşirelerin meme kanserinin belirtilerine ilişkin bilgi düzeyi nedir?
4. Hemşirelerin meme kanserinin tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.MEME KANSERİ

Kanser hücreleri, kontrolsüz bölünme ile karakterize edilir ve anormal büyümeye (in situ karsinom) yol açar. Normal dokuyu lokal olarak istila etme yeteneği (invaziv kanser) ile karakterize yaşamı tehdit eden bir durumdur (Davies, 2016). Genellikle birçok kanser türü ölüme neden olur: akciğer kanseri, mide kanseri, kolon kanseri ve meme kanseri.

Meme kanseri, meme epitel dokusunda malign hücrelerin kontrolsüz büyümesi ile karakterizedir. Hastalık her iki cinsiyeti de etkiler (Lukong, 2017). Meme kanseri, memenin süt üreten bezlerinde (lobül) ya da meme uçlarına süt taşıyan kanallarında (duktal) anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ile karakterizedir (Şekil 1). Primer tümör memede başlar, ancak invazif hale geldiğinde, bölgesel aksiller lenf düğümlerine ilerleyebilir ve daha sonra diğer organlara metastaz yapma yeteneğine sahip duruma gelir. Meme kanserlerinin çoğunluğu (%70-80), duktaldır. Lobüler kanserler, meme kanserinin %20 'sini oluşturur (Davies, 2016). Gen ekspresyonu çalışmaları, kanser hücrelerinde prognozda önemli ölçüde farklı olan birkaç farklı meme kanseri alt tipini tanımlamıştır. Bu kanser kadınlarda 40-60 yaş arasındaki en yaygın kanserdir (Masoudiyekta et al., 2018).



Şekil 1. Meme dokusu *Kaynak: Feng et al., 2018*

2.2.MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Risk faktörü, meme kanseri gibi bir hastalığa yakalanma şansınızı etkileyen herhangi bir olası durumdur. Ancak bir risk faktörüne, hatta çoğuna sahip olmak, hastalığa yakalanacağınızdan emin olduğunuz anlamına gelmez. Meme kanseri neden olduğu

belirlenmiş genetik, diyet, üreme faktörleri, hormonal ve yaşam tarzı gibi birçok faktöre bağlı multifaktöriyel bir hastalıktır (Gradishar et al., 2018).

2.2.1. Cinsiyet

Meme kanserinin en önemli risk faktörlerinden birisi kadın olmaktır (Ly, Forman, Ferlay, Brinton, & Cook, 2013). Erkeklerde de meme kanseri gelişebilmesine rağmen, hastalık bir erkeğe göre kadında 100 kat daha fazladır. Kadınlarda meme kanseri riskinin daha yüksek olmasının nedeni erkeklere göre çok daha fazla meme dokusunun bulunmasıdır. Ayrıca meme kanseri gelişimine neden olan kadın hormonu östrojen, erkeklerde aşırı derecede düşüktür. Ancak erkeklerde östrojen düzeyini arttıran Klinefelter sendromu ve siroz gibi hastalıklar östrojen hormonunun artmasına neden olduğu için erkekte meme kanseri gelişme riskini de artmaktadır (McKinley, McCain & Kirk, 2017).

2.2.2. Yaş

Yaşın meme kanseri riski üzerindeki etkisi oldukça güçlüdür. Meme kanseri riski yaş ile birlikte artar ve menopoza kadar her 10 yılda bir ikiye katlanır (Amaro et al., 2013). Amerikan Kanser Birliği (2017) tarafından meme kanserinin en çok 55 yaş ve üstü kadınlarda görüldüğü belirtilmiştir. Neoplastik hastalığın teşhis edildiği yaş ile incelenen tümör dokusunda bulunan östrojen reseptörünün ekspresyonu arasında çok ilginç bir ilişki gözlemlenebilir. Östrojen reseptörü (ER) (+) aşırı ekspresyonu gösteren neoplazmlar, ER (-) tümörlerin aksine yaşla birlikte artan bir frekans ile karakterize edilir, 50 yaşına kadar daha sık görülür ve daha sonra bir platoya ulaşır. Bu fenomen, menopoz sonrası kadınlarda artan bir yüzde ile tanı konulan ER (+) tümörleri açıklamaktadır (Li et al., 2018).

2.2.3. Aile Öyküsü

Meme kanserinde aile öyküsü en önemli bilinen meme kanseri risk faktörüdür. Ailede aynı tip kanserlerin görülmesi durumuna kanser ailesi denir. Meme kanserinin yalnızca %5-10'nunu ailesel meme kanserleri oluşturmaktadır. Bir kadının anne, kız kardeş ya da teyzesinde (birinci derece kadın akraba) ve birinci derece erkek akrabasında (ör. baba) meme kanseri var ise, meme kanseri gelişme riski yüksektir. Aynı zamanda meme kanseri olan akrabaların sayısı ve meme kanseri ile tanındığı yaş da önemlidir. Örneğin, bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 1.80 kat artırır. İki ve daha fazla birinci derece akraba varlığında ise, bu risk 2.5 kat artar. Erken yaşta özellikle

50 yaşından önce, meme kanseri tanısı almış bir akraba varlığı riski artırır (Brewer et al., 2017).

Genetik

Meme kanseri riskini önemli ölçüde artıran kalıtsal bir genetik mutasyon sonucudur. BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları, Tp53 ve PTEN gen mutasyonları meme kanseri vakalarında ailesel geçişli mutasyonlardır. Bu genlerin mutasyonunu taşıyan kadınlarda ömür boyu meme kanseri gelişim riski %85'tir. Bu genler hücre siklusunda hasarlı DNA'yı onaran proteinleri üretir. Ancak bu genler mutasyona uğradığında DNA hasarı onarılamayacağı için kanser gelişimine neden olabilen anormal hücre büyümesi ve çoğalması oluşmaktadır. Bu nedenle, BRCA genlerinde mutasyon gelişen kadınlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir (Peters et al., 2017).

2.2.4. Dens meme dokusu

Meme dokusu süt bezleri, süt kanalları ve destekleyici dokulardan (yoğun meme dokusu) ve yağ dokusundan (yoğun olmayan meme dokusundan) oluşur. Dens meme belirgin derecede artmış invazif meme kanseri riski ile ilişkilidir (Boyd, Martin, Yaffe, & Minkin, 2011). Yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda meme kanseri riski 1.5 ile 2 kat fazladır. MMG'de yoğun olmayan meme dokusu koyu ve şeffaf görünür. Yoğun meme dokusu, MMG'de düz beyaz bir alan olarak görünür. Meme yoğunluğunu yaş, düşük beden kitle indeksi, menopoz, HRT kullanan kadınların dens meme dokusuna sahip olma olasılığı daha yüksektir, gebelik ve genetik gibi faktörler etkilemektedir. Meme yoğunluğunun kalıtsal niceliksel bir özellik olduğunu belirtilmektedir (Husby, Wohlfahrt, Øyen, & Melbye, 2018).

2.2.5. Üreme faktörleri

Bir kadının meme kanseri riskinin bilinen en güçlü değiştiricisi üreme öyküsüdür (Husby et al., 2018). Östrojen hormonuna maruz kalınan süre ile meme kanseri gelişme riski arasında doğru orantı vardır. Hem insan hem de hayvan modeli verileri, ergenlik döneminde çevresel risklerin, meme kanseri gelişiminde, daha sonraki yaşamdaki riskten daha önemli olduğunu göstermiştir. Meme dokusu hızlı proliferasyona maruz kaldığı ve ilk gebeliğin tamamlanmasına kadar, memede çok sayıda biyolojik değişiklik meydana geldiğinden ve epitel hücrelerin kanser hücrelerine dönüşmesine dirençli hale gelmesi ile menarş arasında kritik bir sürede artan biyolojik kırılmalar olabilir (Liu et al., 2015). Bu

nedenle menarjin başlama yaşı 12 yaşından önce olan (%20 daha yüksek) ve menopoza girme yaşı 55 yaşından sonra olan kadınların meme dokusu östrojen ve progesteron hormonlarına uzun süre maruz kaldığından dolayı riskinin arttırdığı öngörülmektedir (Rosenberg et al., 2016).

2.2.6. Doğurganlık Öyküsü

Bir kadının ilk gebeliğinin, meme dokusunun yapısal yeniden yapılanması üzerinde özel bir etkisi olduğu (Husby et al., 2018), meme dokusunda hücre farklılaşmasının tam dönem gebelikten sonra ve emzirme döneminde tamamlanmaktadır. Bu şekilde farklılaşmasını tamamlayan meme hücrelerinin daha sonraki yaşamda kanserojen maddelere karşı daha dirençli hale geldiği için meme kanseri riskinin azalmasını sağladığı şekilde açıklanmaktadır. Bu nedenle hiç doğum yapmamış ve hiç emzirmemiş kadınların meme dokularında mutasyon ve meme kanseri gelişme olasılığı daha yüksektir (Anothaisintawee et al., 2013). Yaşamın erken dönemlerinde (<30 yaş) tam süreli gebelikler, uzun vadeli düşük meme kanseri riski ile tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir. Ancak tam süreli gebeliklerin hemen ardından geçici bir artan meme kanseri riski gözlenmiştir. Öte yandan düşük ve kısa süreli gebelikler meme kanseri riskini etkilememektedir (Husby et al., 2018). Meme kanserinden en fazla koruma ilk tam gebeliğin 20 yaş öncesi yapılması durumunda gerçekleşmektedir. Bununla birlikte gebeliğin koruyucu etkileri 35 yaşına kadar azalmakla birlikte devam eder. Ancak bu yaştan sonra ilk tam dönem doğum meme kanseri riskinde artışa neden olmaktadır. Ayrıca ilave doğumların meme kanseri riskini daha da azalttığı ve bu ilave doğumlar tarafından gözlemlenen etkinin ilk doğumda görülen ile aynı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ek olarak, 34 hafta veya daha uzun süren gebeliklerin meme kanseri riski üzerindeki spesifik etkisi olduğu belirlenmiştir (Husby et al., 2018).

2.2.7. Emzirme

Emzirme ve özellikle de toplam emzirme süresinin meme kanserine karşı korunmak için önerilmiştir. Çalışmalar, bir yıl ya da daha uzun süre emzirmenin genel olarak meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Bu etkinin, emzirmenin menstruasyonu engellemesi ve böylece menstruasyon döngü sayısının azalması ya da emzirme sonrası memede meydana gelen yapısal değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Zhou, Chen, Li, Huang, Lan & Jiang, 2015).

2.2.8. Kişisel Meme Kanseri Öyküsü

İn situ ya da invaziv meme kanseri olan kişisel öykü, kontralateral invaziv kanser geliştirme riskini artırır. Bir meme dokusunda kanser olan bir kadının diğer meme dokusunda üç ile dört kat artmış ya da mastektomi yapılmış meme dokusu alanında meme kanseri gelişme riski devam etmektedir. Meme kanseri olan bir kadının diğer memesinde veya aynı memenin başka bir kısmında meme kanseri gelişme riski meme kanseri olmayan bir kadına göre çok daha yüksektir (Sibio, Abriata, Buffa, Viniegra, Forman & Sierra, 2016).

2.2.9. Radyasyona Maruz Kalma

Özellikle meme dokusunun matürasyonunda, adölesan dönemde Hodgkin hastalığı veya non-Hodgkin lenfoma gibi başka bir kanser nedeni ile göğüs bölgesine terapötik ışın tedavisi uygulanan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır. Bununla birlikte 45 yaşından sonra radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini etkilememektedir (Golubicic et al., 2008).

2.2.10. Hormon Kullanma

Bazı doğum kontrol yöntemleri meme kanseri riskini artırabilecek hormonlar içerir. Oral kontraseptif (OKS) kullanan kadınların (doğum kontrol hapları), hiç kullanmayan kadınlardan biraz daha yüksek meme kanser riskine sahiptir. OKS kullanma durdurulduğunda, bu risk zamanla normale döner. OKS 10 yıldan daha uzun kullanmayı bırakan kadınların meme kanseri riskinde artış olduğu görülmemiştir. Menopoz semptomlarını hafifletmek ve osteoporozu önlemeye yardımcı olmak (kemiklerin incilmesi) için östrojen hormon tedavisi (genellikle progesteronla birlikte) uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu tedavi, menopoz sonrası hormon terapisi ya da hormon replasman terapisi (HRT) olarak bilinir. Menopoz sonrası HRT, meme kanseri riskini artırır. Ayrıca meme kanserinden ölme olasılığını artırabilir. Riskteki bu artış, 2 yıl kadar az bir kullanımda görülebilir. Ayrıca kanserin daha ileri aşamada bulunma olasılığını artırır. Menopozdan sonra yalnızca östrojen kullanımı meme kanseri riskini arttırmıyor gibi görünmekle birlikte uzun süre kullanıldığında (15 yıldan fazla), yumurtalık ve meme kanseri riskini arttırdığı bulunmuştur (Smith et al., 2018). İnfertile tedavisi için kullanılan yüksek doz ve uzun süreli hormon kullanımı, ilk gebelikten ya da 20 yaşından önce OKS kullanmada meme kanseri riskini arttırmaktadır (Smith et al., 2018).

2.2.11. Alkol kullanımı

Yetişkin kadınların alkol tüketimi, meme kanseri riski ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir (Liu, Nguyen & Colditz, 2015). Alkol, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından nedensel olarak meme kanseri riski ile ilişkili olduğu, yetişkin kadınlar tarafından günlük olarak tüketilen her 10 g (~ 1 içki) alkol için riskte %7-10 artış olduğu belirtilmektedir. Bu ilişki menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda gözlenmiştir. Diğer organlarla karşılaştırıldığında, meme alkolün kanserojen etkilerine karşı daha duyarlı görünmektedir. Alkol, hormon reseptörü pozitif meme kanseri ile ilişkili östrojen ve diğer hormon seviyelerini artırabilir. Alkol ayrıca hücrelerde DNA'ya zarar vererek meme kanseri riskini artırabilir. Hiç içmeyen kadınlara kıyasla, haftada üç kez alkollü içki içen kadınların meme kanseri riski %15 daha fazladır. Alkolün meme kanseri gelişimi üzerindeki etkisi alkol türlerine göre değişebilir. Kırmızı şarabın, üzüm kabuğundaki polifenolik bileşikler nedeni ile kanser gelişimi ve kardiyovasküler sistemlerde koruyucu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. Kırmızı şaraptaki çeşitli moleküler ve biyokimyasal işlemler sonucu polifenollerin antioksidan, antiinflamatuvar ve antikanser fonksiyonları ortaya çıkar. Kırmızı şarap polifenollerini yapısal olarak östrojene benzerler ve östrojen reseptörü (ER) üzerindeki hem antagonistler hem de agonistler olarak görev yaparlar (Liu et al., 2015).

2.2.12. Sosyo-ekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlar daha iyi beslendiklerinden gelişimleri daha erken olmaktadır. Bu nedenle mensturasyon başlama yaşı erken olur. Bu nedenle meme dokusu daha uzun süre östrojene maruz kaldığı için meme kanseri riski artmaktadır. Ayrıca sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınlar genellikle 30 yaşından sonra çocuk doğurmaları, çocuklarını emzirmemeleri ya da kısa süreli emzirmeleri ve bir ya da iki çocuk doğurmaları, sigara kullanma, alkol tüketme alışkanlıklarında artma riski de arttırmaktadır. Bunun yanı sıra sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlarda meme kanseri insidansı yüksek olmakla beraber sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda mortalite oranı daha yüksektir (Lundqvist, Andersson, Ahlberg, Nilbert & Gerdtham, 2016).

2.2.13. Obezite

Menopozdan sonra aşırı kilolu ya da obez olmak meme kanseri riskini artırır. Çünkü menopozdan önce östrojenin çoğunluğu yumurtalıklar tarafından ve küçük bir miktar yağ

dokusu tarafından yapılır. Menopozdan sonra (yumurtalıklar östrojen yapmayı bıraktığında) ise, bir kadının östrojeninin çoğunluğu yağ dokusu tarafından yapılır. Menopozdan sonra daha fazla yağ dokusuna sahip olmak östrojen düzeylerini ve meme kanseri olma şansını artırabilir. Bununla birlikte obezite ve meme kanseri riski arasındaki bağlantı karmaşıktır. Örneğin, yetişkinlikte kilo alan kadınlar için risk artmış, ancak çocukluğundan itibaren fazla kilolu olanlar arasında artmamış görünmektedir. Ayrıca, bel bölgesindeki aşırı yağ, kalça ve uyluktaki aynı yağ miktarından daha fazla riski etkileyebilir. Araştırmacılar, bu durumu bedenin çeşitli bölgelerinde bulunan yağ hücrelerinin ince farklılıklarının olduğuna inandıkları şeklinde açıklamaktadır. Kilo, farklı meme kanseri tipleri üzerinde de farklı etkilere sahip olabilir. Yapılan bir araştırmaya göre , menopozdan önce fazla kilolu olmanın triple-negatif meme kanseri riskini artırabileceğini göstermektedir (Smith et al., 2018). Beden kitle indeksi normal olan kadınların obez kadınlara göre riskinin %26 daha düşük olduğunu belirlemiştir (Nelson et al., 2012).

2.2.14. Sigara Kullanma

Amerikan Kanseri Derneği'nin yaptığı yeni bir araştırmaya göre, sigara içen genç yaştaki kadınlarda, meme kanseri gelişme riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmacıların yaptığı incelemede, 20-44 yaşları arası en az 10 yıl boyunca günde bir paket sigara içen kadınlarda, daha az sigara içen kadınlara göre, östrojen reseptörü taşıyan meme kanseri gelişme oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir(Kawai et al.,2014). Sigara içen genç kadınlarda meme kanseri türlerinden birinin gelişme oranının, hiç sigara içmeyen kadınlara göre, yaklaşık %30 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda özellikle içerisindeki polisiklik aromatik hidrokarbonların meme kanseri riskini arttırdığını öne süren sonuçlar mevcut olmakla beraber meme kanseri riskini arttırmadığına yönelik çalışmalar da mevcuttur (Kawai, Malone, Tang & Li, 2015; Kawai et al., 2014).

2.2.15. Sedanter Yaşam

Özellikle menopoz öncesi kadınlarda fiziksel aktivitede artış meme kanseri riskinde azalttığı belirtilmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin özellikle menopoz sonrasında meme kanseri riskini azalttığına yönelik kanıtlar artmaktadır. Bir çalışmada (Kyu et al., 2016). belirli düzeydeki fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir. Bu

nedenle yetişkinlerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapması önerilmektedir.

2.2.16. Gece çalışma

Gece yapay ışığa maruz kalan kadınların meme kanser riski %30-50 daha yüksektir. Gece vardiyalı işe maruz kalma, meme kanseri ile ilişkili en önemli mesleki risk olarak sınıflandırılmıştır (Kamdar et al., 2013). Birkaç çalışmada (Lie et al., 2007; Hansen & Stevens, 2012) hemşirelerin, genel kadın nüfusuna göre meme kanseri gelişme riskinin daha yüksek ve meslek ile kanser gelişimi arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bir çalışmada (Hansen & Stevens, 2012) gece 24:00'ten sonra değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerde meme kanseri riskinin, sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre 1.8 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin sirkadiyen ritim bozulmasına maruz kalması sonucunda meme kanseri riski artmaktadır. Geceleri yapay ışığa maruz kalma biyolojik saat ve güneş ışığı/karanlık döngüsü arasında yanlış düzenlemeye neden olmaktadır. Sirkadian ritimdeki bu değişim aynı zamanda karanlıkta salınan antikanserojen, antiinflatuar melatonin hormonunun üretilmesi inhibe olmaktadır (Samuelsson, Bovbjerg, Roeckleina & Hall, 2018). Sirkadiyen ritimlerdeki değişikliklerin meme epitelyal kök hücre proliferasyonunu hızlandığı, meme hücresinin gelişimini tetiklediği ve memelilerde spontan meme tümörlerinin oluşumunu arttırdığı belirtilmektedir (Kochan & Kovalchuk, 2015).

2.3. MEME KANSERİ BELİRTİLERİ

Meme kanseri ilk evrede genellikle belirti vermemektedir. Meme kanseri belirtileri ileri evrelere ve bireye göre değişebilmektedir (Kabel & Baali, 2015).

2.3.1. Memede Kitle

Meme kanserinin en erken belirlenebilen bulgusudur. Meme kanserli kadınların yaklaşık %70'inde kenarları düzgün olmayan ağrısız ele gelen kitle ya da yumru vardır. Bu kitle ya da yumru sıklıkla meme dokusunun yoğun olduğu üst dış kadrantadır. Yaklaşık 1 cm den büyük ve yüzeye yakın kitleler KKMM ya da KMM ile palpe edilebilir. Aksilla bölgesindeki kitle, meme kanserinin geç evresini yansıtır ve kötü prognoz ile ilişkilidir. (ACS, 2016).

2.3.2. Ağrı

Meme kanseri vakaları başlangıçta %90 ağrısızdır. Meme kanserinde ağrı ileri evrelerde tümör bölgesinde ortaya çıkar. Hızlı büyüyen kitlelerde akut ağrı ve duyarlılık artışı olabilir (Koçak, Çelik Özbaş, Dizbay & Yalçın, 2011; ACS, 2016).

2.3.3. Portakal kabuğu görünüm

Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır, infiltrasyon meydana gelir, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. Derideki lenf akımındaki yavaşlama deri ve deri altı yağ dokusunun aşırı beslenmesine neden olur, deri kalınlaşır. Kıl folikülleri içeri çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. Ödem az olduğu durumlarda inspeksiyon ile fark edilmesi zor olabilir. Tümör hücrelerinin deri lenfatiklerini tıkaması sonucu derinin beslenmesi bozulur. Deri kızarıp ve ülserasyon oluşur (Koçak, Çelik Özbaş, Dizbay & Yalçın, 2011; ACS, 2016).

2.3.4. Meme dokusunda çekilmeler (retraksiyon)

Meme kanserinde süreç içerisinde fibrozis gelişip tümör ve çevresindeki meme dokusunda çekilmeye neden olabilir. Tümör hücresi Cooper ligamentini infiltre edip ligamentin boyunu kısaltarak tümöre doğru çekip retraksiyon belirtisine neden olmaktadır. Retraksiyon belirtileri başlangıç döneminde ancak kollar yukarı kaldırıldığında ya da öne doğru eğildiğinde ortaya çıkabilmektedir. Memenin üst dış ve üst iç kadrantındaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesine forgue belirtisi denir. Önden bakıldığında kanserli memenin başı daha yüksektedir (Koçak, Çelik Özbaş, Dizbay & Yalçın, 2011; ACS, 2016).

2.3.5. Meme başı akıntısı

Meme başından kendiliğinden gelen herhangi bir akıntı meme kanseri bulgusu olabilir. Meme kanserli hastaların çok az sayıdaki hastada ilk belirti meme başından gelen akıntıdır. Benign meme başı akıntıları sıklıkla çift taraflı olup, palpe edildiğinde akıntı gelir. Akıntı rengi değişikendir ve çoklu duktal yapıdan kaynaklanır. Patolojik meme başı akıntıları ise tek taraflı, spontan ve tek duktus kaynaklı olup, berrak, seröz ve hemorajik olabilir. Her zaman muayenede kitle palpe edilemeyeceği unutulmamalıdır (Koçak, Çelik Özbaş, Dizbay & Yalçın, 2011; ACS, 2016).

2.4. MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ

Meme kanserinin erken tanınması başarılı tedavisinin anahtarıdır ve dolayısıyla mortalite ve morbiditeyi azaltmada önemli bir yere sahiptir. Meme kanserinin erken tanınmasında uygun ve etkili tarama yöntemleri olduğuna inanılan en önemli stratejiler mamografi(MMG) ve memelerin bir hekim ya da kalifiye sağlık çalışanları tarafından muayene edilmesi (KKM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM)'dir (Birhane, Alemayehu, Anawte, Gebremariam, Daniel, Addis, ...& Negash, 2017).

2.4.1. KKMM

Asemptomatik kadınlarda meme kanserinin erken tanınmasında düzenli KKMM en uygun yöntemlerden birisidir. KKMM, kadınların derhal tıbbi yardım istemek için anormal şişlik veya topaklar belirlemek için meme dokusunu düzenli olarak inceledikleri bir süreçtir (Birhane et al., 2017). KKMM amacı, kadının kendi meme dokusunu tanıması ve meme dokusundaki olası değişiklikleri fark etmelerini sağlar. Bu nedenle KKMM hala meme sağlığı bilincini ve farkındalığını artırmak ve meme dokusundaki her bir anormalliğin erken belirlenmesi için genel bir yaklaşım olarak sağlık bakım personelleri tarafından önerilmektedir (Asiri & Rashad, 2019; Abay, Tuke, Zewdie, Abraha, Grum & Brhane, 2018). KKMM, meme sağlığı bilincini arttırmak için kabul edilen yöntemlerden biridir. Ayrıca KKMM zaman kaybı olmadan ucuz, invaziv olmayan, basit, düşük teknolojiye gereksinim duyulan ve kadınlara öğretilmesi mümkün olan bir yöntemdir. Bilindiği gibi erken meme tümörlerinin yaklaşık %95'i kadınların kendisi tarafından keşfedilmiştir KKMM aynı zamanda kadınların meme dokusunu tanımaya ve hissetmesine yardımcı olur, böylece meme dokusunda herhangi bir değişiklik olduğunda sağlık bakım uzmanlarını uyarabilmelerini sağlar (Asiri & Rashad, 2019). Ancak, kadınlar birçok nedenden dolayı KKMM uygulamamaktadır (Ewaid, Shanjar & Mahdi, 2018). Amerikan Kanser Derneği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu tarafından asemptomatik kadınların KKMM yapmaya başlama yaşı 20 olarak önerilmektedir (American Cancer Society, 2016). Bunun yanı sıra KKMM 40 yaş ve üstü kadınlar içinde önemlidir. Teşhis edilmiş meme kanserlerinin %40'ı meme dokusunda yumru hisseden kadınlar tarafından belirlenmiştir. Bu nedenle düzenli KKMM yapmak çok önemlidir. Muayene meme dokusunun hormonal etkisinin en az olduğu mensturasyon döngüsünün

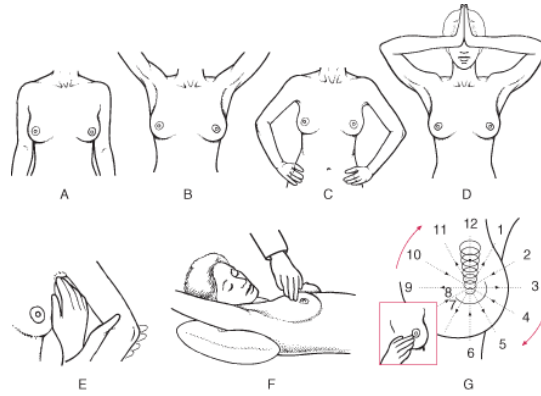
5-7. günleri arasında ayda bir kez gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Aydoğdu ve Karapelit, 2017).

Farklı kadın gruplarından oluşan topluluk örneklemelerinde yapılan çalışmalarda, farklı ülkelerde KKMM yapma oranları %10.2 - %54.8 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (Akpınar, Başkan, Naçar, Gün & Çetinkaya, 2011) Gelişmiş ülkelerde kadınlar KKMM'yi daha sık uygulamakta ve gelişmekte olan ülkeler ile karşılaştırıldığında bilgi düzeyi daha yüksektir. Türkiye'deki KKMM üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, KKMM yapmayı bilen kadınların yüzdesinin, %9.9 ile %45.1 arasında olduğunu göstermiştir (Demirkiran, Akdolun, Memiş, Türk, Özvurmaz & Tunçyürek, 2007).

KKMM iki şekilde yapılır:

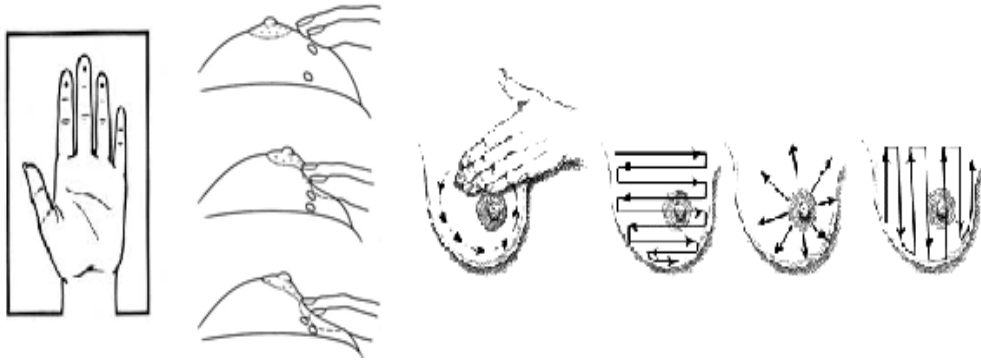
1. Ayna karşısında inspeksiyon yöntemi (Göz ile değerlendirme)
2. Yatarak palpasyon yöntemi (El ile muayene)

1. Memenin inspeksiyon yöntemi ile muayenesi: KKMM'nin ilk basamağıdır. Bu değerlendirme için aydınlık bir ortamda, ayna karşısında belden yukarısı çıplak olacak şekilde yapılır. Muayene sırasında Cooper ligamentlerinin arasına sıkışmış kitlelerin belirlenmesi için çeşitli pozisyonlarda meme dokusu inspeksiyon yöntemi ile muayene edilir(Şekil 2). Bunun için ilk önce ayna karşısında eller her iki yana serbest bırakılır, daha sonra yukarıya kaldırılarak, her iki el kalçanın üzerinde ve öne doğru eğilerek meme dokusunda, meme başı ve etrafındaki dokularda, şişlik, kızarıklık, meme başı akıntısı, renk değerikliği, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan belirginleşme, çekilme, memelerde asimetri, portakal kabuğu görüntüsü, yara, kuruma, pullanma gibi şüpheli bulgular göz ile değerlendirilir (Oladimeji et al., 2015).



Şekil 2. Meme dokusunun inspeksiyonu ve palpasyonu

2. Yatarak palpasyon yöntemi ile değerlendirme: KKMM'nin ikinci basamağıdır. Memenin palpasyon yöntemi ile değerlendirilmesindeki amaç var ise, kitlenin belirlenmesidir. Her bir meme dokusu koltuk altı ve klavikula-omuz hattı boyunca palpe edilir. Muayene edilecek meme dokusu tarafındaki kol baş hizasına kaldırılarak meme dokusunun içindeki varsa kitlenin belirlenmesini kolaylaştırmak için incelenmesi sağlanır. Meme dokusu elin orta üç parmak uçları ile memenin dış hattından başlanarak saat yönünde, yukarıdan aşağıya doğru çizgi çizerek, memenin başından dairesel çizgi çizerek ya da çevre kısımdan memenin baş kısmına doğru ışın biçiminde çizgiler çizerek önce yüzeysel, orta ve daha sonra derin olacak şekilde klavikulanın üstü ve koltuk altında dahil olmak üzere palpe edilir (Şekil 3) (Oladimeji et al., 2015).



Şekil 3. Meme dokusunun palpasyon yöntemi

2.4.2. KMM

KMM eğitilmiş ya da uzman bir hekim ya da sağlık personeli tarafından dikkatli öykü almayı, inspeksiyon ve palpasyon yapmayı içeren bir fizik muayenedir. Genellikle MMG'nin etkinliğini artırmak için yapılır. Hasta ayakta, otururken ve sırtüstü yatar pozisyonda inspeksiyon ve palpasyonla muayene edilir. Her kadının 20-40 yaş aralığında iki senede bir olmak üzere ve 40 yaş ve üzerindeki kadınların her yıl KMM yaptırması önerilmektedir (Smith et al., 2018).

2.4.3. MMG

MMG, memenin iki yönlü cihaz ile sıkıştırılarak meme dokusunun radyolojik olarak görüntülenmesidir. MMG, meme kanserinin erken tanılanması için en iyi tanı aracıdır ve kadınlarda ölüm oranını %20 azaltabilir (Asiri, & Rashad, 2019). Ancak düşük farkındalık, yüksek maliyet, yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektirmesi nedeni ile dünyadaki özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanma oranı düşüktür. MMG, meme kanserinin erken teşhisi için önemli bir araç olmaya devam etmektedir. MMG kadınlar meme dokusunda bir yumru hissetmeden önce meme kanserini saptamaya yardımcı olur. Düzenli MMG, meme kanserinin tedavisinin en başarılı olduğu erken aşamada belirlenmesini sağlayabilir. MMG, fiziksel semptomların gelişmesinden yıllar önce kanser olabilecek meme değişikliklerini bulabilir. Tabar ve arkadaşları (2011), İsveç’de yirmi dokuz yıl süren çalışmalarında sonuçlar, düzenli MMG yaptıran kadınların meme kanserinin erken belirlenme olasılığını arttırdığı, mastektomi ve kemoterapi gibi agresif tedavi gereksinimini azalttığı ve tedavi edilme olasılığını arttırdığını açıkça göstermiştir (Tabar et al.,2011)

MMG mükemmel değildir. Bazı kanserleri kaçırabilmektedir. Bazen bir kadının, MMG’de bulunan bir şeyin kanser olup olmadığını öğrenmek için daha fazla teste gereksinim olabilir. Ayrıca tarama sırasında bulunamayan asla herhangi bir soruna yol açmayacak kanser teşhisi konması için küçük bir olasılık vardır (Smith et al., 2018). Bir kadın tarama amacı ile bireysel bir meme kanseri öyküsü, güçlü bir aile kanseri öyküsü ya da meme kanseri riskini arttırdığı bilinen genetik bir mutasyon (BRCA geni) yok ve 30 yaşından önce göğüs radyasyon tedavisi geçirmemiş ise, ortalama risk altında kabul edilir. Amerikan kanser birliğinin meme kanseri için ortalama risk altındaki kadınlar için meme kanserinin erken tanı önerileri aşağıdaki gibidir (Smith et al., 2018):

1. 40 ile 44 yaş arası kadınlar, her yıl bir MMG ile taramaya başlama seçeneğine sahiptir.
2. 45 ila 54 yaşındaki kadınlar her yıl MMG yaptırmalıdır.
3. 55 yaş ve üstü kadınlar her yıl bir MMG yaptırabilir veya yıllık MMG’ye devam etmeyi seçebilirler. Tarama, bir kadının sağlığı iyi olduğu ve 10 yıl ya da daha uzun yaşayacağı sürece devam etmelidir.

Tüm kadınlar meme kanseri taraması için bir MMG yaptırırken, taramanın yararları, MMG’nin yapabilecekleri ve yapamadıkları ile ilişkili ne bekleneceğini anlamalıdır. (Smith et al., 2018).

Belli faktörlere bağlı olarak meme kanseri riski yüksek olan kadınlar, her yıl tipik olarak 30 yaşından itibaren MRG ve MMG yaptırmalıdır. Bu kadınlar:

1. Aile geçmişi bulunan ve risk değerlendirme araçlarına göre yaşam boyu meme kanseri riski %20 - %25 veya daha fazla olanlar.
2. Bilinen BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip olanlar (genetik testlere dayanarak)
3. Kendisi genetik test yaptırmamış ancak, BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip birinci derece bir akrabası (ebeveyn, erkek kardeş, kız kardeş veya çocuk) olanlar
4. Göğüs bölgesine 10-30 yaş arasında radyasyon tedavisi uygulananlar
5. Birinci derece akrabalarında Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu veya Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu veya bu sendromlardan biri olanlar (Saslow et al., 2007)

3.GEREÇ ve YÖNTEM

2.5.Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

2.6.Araştırmanın yapılacağı yer ve özellikleri

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Araştırma Uygulama hastanesinde yapıldı. Hastanede on iki katlı olup, toplam 568 hemşire görev yapmaktadır.

2.7.Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi eğitim araştırma hastanesinde çalışan 568 hemşire oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 215 hemşire oluşturdu. Evreni belli olan örneklem hesabı ve daha önceki hemşirelerle aynı konuda yapılmış araştırmalara göre örneklem hacminin;

$$N=568, \alpha = 0.05, \sigma = 1.9, Z_{0,05/2} = 1.96, d = 0.20$$

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2}{d^2 (N - 1) + \sigma^2 \cdot Z_{\alpha/2}^2} = \frac{568 \cdot (1,9)^2 \cdot (1,96)^2}{(0,20)^2 (568 - 1) + (1,9)^2 \cdot (1,96)^2} \cong 215$$

G*Power programı ile yapılan Post Hoc power (güç) analizi sonucuna göre; $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde, etki büyüklüğü $d=0.20$ ve örnekleme alınan 215 hemşire alındığı testin gücünün $P(1-\beta \text{ hata}) = \%90.96604$ olduğu saptandı.

2.8.Veri toplama araçları

Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından litaretür doğrultusunda (Smith et al., 2018; Tabar et al.,2011; Oladimeji et al., 2015; Ewaid, Shanjar & Mahdi, 2018) hazırlanan anket formu ile toplandı.

Anket formu

Form, üç bölümden oluşturuldu. Birinci bölüm hemşirelerin demografik özellikleri ve meme kanseri risklerine ilişkin 21 adet sorudan, ikinci bölüm ise, meme kanseri bilgisi ile ilişkili 8 adet, meme kanseri risk faktörlerine ilişkin 13 adet ve meme kanseri belirtilerine ilişkin 8 adet olmak üzere toplam 29 adet ve meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin 20 adet sorudan oluşturuldu. Ankette doğru yanıtlara (kesinlikle katılıyorum) 1 puan, yanlış yanıtlara (kesinlikle katılmıyorum ve bilmiyorum) 0 puan verildi. Buna göre meme kanseri bilgisi 8 puan, meme kanseri risk faktörleri 13 puan, meme kanseri bulguları 8 puan, tarama yöntemleri 11 puan üzerinden değerlendirildi.

2.9.Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri, 1 Aralık 2018-1 Nisan 2019 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından hemşirelerin dinlenme odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile 15-20 dk sürede toplandı.

2.10. Verilerin değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23 Windows paket programıyla değerlendirildi. Verilerin normallik dağılıp dağılmadığını belirlemek için yapılan Shapiro Wilk testi sonucu verilerin normal dağılmadığı belirlendi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, hemşirelerin özellikleri ile bilgi puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve Mann- Whitney-U testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

2.11. Etik Boyutu

Araştırmanın yürütebilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul (2018-11/15)'undan ve çalışmanın yürütüleceği üniversite hastanesi yönetiminden yazılı izin (9396471-044-E.351018) alındı.

2.12. Araştırmaya Alma ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Uygulama hastanesinde çalışan tüm hemşireler alındı. Çalışmaya katılmak istemeyen hemşireler çalışma dışı bırakıldı.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=215)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	32	14.9
	Kadın	183	85.1
Yaş ortalaması		32.27±7.57	
Yaş aralığı	20-29 yaş	99	46.0
	30-39 yaş	69	32.1
	40 yaş ve üzeri	47	21.9
Medeni durum	Bekar	92	42.8
	Evli	119	55.3
	Boşanmış	4	1.9

Tablo 1’de hemşirelerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %85.1’inin kadın, %21.9’unun 40 yaş ve üzeri, %55.3’inin evli olduğu görüldü.

Tablo 2. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı

Doğum	Yapan	103	56.2
	Yapmayan	80	43.7
İlk doğum yaşı	30 yaş öncesi	90	87.4
	30 yaş sonrası	13	12.6
Canlı doğum sayısı	Bir	39	37.9
	İki	64	62.1
Emzirme süresi	Emzirmeyen	4	3.9
	1 yıldan az	18	17.5
	1 yıldan fazla	81	78.6
BKİ	18.5 altında olanlar(Zayıf)	7	3.3
	18.5-24.9 arasında olanlar(Normal)	150	69.8
	25-29.9 arasında olanlar(Kilolu)	58	27.0
Menarş yaşı	≤12 yaş	152	82.6
	≥13 yaş	31	17.4
Menstruasyon	Düzensiz	7	4.3
	Düzenli	176	95.7
Menopoz	Girmeyen	176	96.2
	Giren	7	3.8
Sigara	Kullanmayan	162	75.3
	Kullanan	53	24.7
Sigara kullanma süresi	<10 yıl	1	1.9
	>10 yıl	52	98.1
Günde kullandığı sigara	1 paket	23	46.0
	5 adet	18	36.0
	15 adet	9	18.0
Alkol	Kullanmayan	212	98.6
	Kullanan	3	1.4
Ailede meme kanseri öyküsü	Yok	186	86.5
	Var	29	13.5
Meme kanseri yakını	Anne	2	7.1
	Kız kardeş	6	21.4
	Teyze	11	39.3
	Hala-babanne	9	32.2
Memesinde kitle	Yok	193	89.8
	Var	22	10.2
Var olan kitle	Fibroadenom	21	95.5
	Basit kist	1	4.5
Düzenli egzersiz	Yapmayan	166	77.2
	Yapan	49	22.8
Egzersiz süresi	Haftada 3 kez 45 dk-1 st	20	40.8
	Haftada 2 kez 45 dk-1 st	15	30.6
	Haftada 1 kez 45 dk-1 st	8	16.3
	Her gün 1 saat	6	12.2

Tablo 2' de hemşirelerin %12.6'sının ilk doğumu 30 yaş sonrası, %62.1'inin iki canlı doğum yaptığı, % 8.6'sının çocuğunu 1 yıldan fazla emzirdiği, % 27.0'sinin şişman, %82.6'sının menarş yaşının 12 yaş ve altı, %95.7'sinin mensturasyonunun dzenli olduğu, %96.2'sinin menapoza girmediği, %24.7'sinin sigara kullandığı, sigara kullananların % 98.1'inin 10 yıldan daha fazla süredir kullandığı, % 46'sının günde 1 paket sigara kullandığı, % 98.6'sının alkol kullanmadığı, %86.5'inin ailesinde meme kanseri bulunmadığı, %7.1'inin annesinde, % 21.4'ünün kız kardeşinde, %39.3'ünün teyzesinde meme kanseri olduğu, %77.2'sinin dzenli egzersiz yapmadığı, % 40.8'inin haftada 3 kez 45 dk-1 saat egzersiz yaptığı belirlendi.

Tablo 3. Hemşirelerin Meme Kanserine İlişkin Bilgi Durumu

Meme Kanserine ilişkin Bilgiler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Meme kanseri, meme dokusunu oluşturan süt üreten lobüller ya da duktus (kanallar) hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşur	165	76.7	13	6.0	37	17.2
Meme kanseri, dünyada kadınlarda ilk sırada görülen kanserdir	170	79.1	21	9.8	24	11.2
Meme kanserinin ilk aşamasında kitle küçüktür ve hiçbir belirti vermez ve bu aşamada kolaylıkla tedavi edilebilir	170	79.1	21	9.8	24	11.2
Meme kanseri, genellikle meme dokusunun östrojene maruz kalmasından kaynaklanır	117	54.4	30	14.0	68	31.6
Meme kanserinin erken teşhisi için tarama önemlidir.	201	93.5	4	1.9	10	4.7
Meme kanseri erkeklerde de görülebilir	174	80.9	17	7.9	24	11.2
Meme kanserinin en sık ve ilk yayıldığı yer koltuk altı lenf düğümleri daha sonra akciğer, beyin ve kemik iliğidir.	185	86.0	7	3.3	23	10.7
Memedeki kanser kitleleri nispeten sert, düzensiz kenarlı, yüzeyi pürüklü olur ve meme dokusu içinde rahatça oynatılması mümkün değildir	154	71.6	21	9.8	40	18.6

Tablo 3’de hemşirelerin meme kanserine ilişkin bilgi durumu verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin “meme kanseri, meme dokusunu oluşturan süt üreten lobüller ya da duktus (kanallar) hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşur” bilgisine %76.7’sinin, “meme kanseri, dünyada kadınlarda ilk sırada görülen kanserdir” bilgisine %79.1’inin “meme kanserinin ilk aşamasında kitle küçüktür ve hiçbir belirti vermez ve bu aşamada kolaylıkla tedavi edilebilir” bilgisine %79.1’inin, “meme kanseri, genellikle meme dokusunun östrojene maruz kalmasından kaynaklanır” bilgisine %54.4’ünün, “meme kanserinin erken teşhisi için tarama önemlidir.” bilgisine % 93.5’inin “meme kanseri erkeklerde de görülebilir” bilgisine %80.9’unun, “meme kanserinin en sık ve ilk yayıldığı yer koltuk altı lenf düğümleri daha sonra akciğer, beyin ve kemik iliğidir.” bilgisine %86’sının, “memedeki kanser kitleleri nispeten sert, düzensiz kenarlı, yüzeyi pürüklü olur ve meme dokusu içinde rahatça oynatılması mümkün değildir” bilgisine %71.6’sının kesinlikle katıldığı belirlendi.

Tablo 4. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Meme Kanseri Risk Faktörleri	Katılıyorum		Katılmıyorum		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Meme kanserinin en önemli risk faktörü kadın olmaktır	163	75.8	26	12.1	26	12.1
Meme kanseri gelişme riski yaş ilerledikçe artar	181	84.2	18	8.4	16	7.4
Meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 30 yaş ve sonrası yapan kadınlarda yüksektir	144	67.0	26	12.1	45	20.9
Meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 40 yaşında yapmış olan kadınlarda çok yüksektir	138	64.2	28	13.0	49	22.8
Meme kanseri gelişme riski geç menapoza (55 yaş ve sonrası) girenlerde yüksektir	113	52.6	49	22.8	53	24.7
Meme kanseri gelişme riski erken menarş (12 yaştan küçük) girenlerde yüksektir	105	49.1	43	20.1	66	30.8
Meme kanseri gelişme riski ailesinde meme kanseri olanlarda daha fazladır	170	79.1	15	7.0	30	14.0
Meme kanseri gelişme riski BKİ 25< olanlarda daha yüksektir	103	47.9	47	21.9	65	30.2
Meme kanseri gelişme riski oral kontraseptif (OKS) kullananlarda daha yüksektir	140	65.1	27	12.6	48	22.3
Meme kanseri gelişme riski emziren kadınlarda daha düşüktür	165	76.7	15	7.0	35	16.3
Meme kanseri gelişme riski her gün düzenli alkol kullanan kadınlarda artar	148	68.8	19	8.8	48	22.3
Meme kanseri gelişme riski sigara kullanan kadınlarda artar	168	78.1	11	5.1	36	16.7

Tablo 4’de hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin “meme kanserinin en önemli risk faktörü kadın olmaktır” bilgisine %75.8’inin, “meme kanseri gelişme riski yaş ilerledikçe artar” bilgisine %84.2’sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 30 yaş ve sonrası yapan kadınlarda yüksektir” bilgisine %67’sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 40 yaşında yapmış olan kadınlarda çok yüksektir” bilgisine % 64.2’sinin, “meme kanseri gelişme riski geç menapoza (55 yaş ve sonrası) girenlerde yüksektir” bilgisine %52.6’sının, “meme kanseri gelişme riski erken menarş (12 yaştan küçük) girenlerde yüksektir” bilgisine %49.1’inin, “meme kanseri gelişme riski ailesinde meme kanseri olanlarda daha fazladır” bilgisine %79.1’inin, “meme kanseri gelişme riski BKİ 25< olanlarda daha yüksektir” bilgisine % 47.9’unun, “meme kanseri gelişme riski oral kontraseptif (OKS) kullananlarda daha yüksektir” bilgisine %65.1’inin, “meme kanseri gelişme riski emziren kadınlarda daha düşüktür” bilgisine %76.7’sinin, “meme kanseri gelişme riski her gün düzenli alkol kullanan kadınlarda artar” bilgisine %68.8’inin, “meme kanseri gelişme riski sigara kullanan kadınlarda artar” bilgisine %78.1’inin, “meme kanseri gelişme riski adölasan dönemde ve göğüs bölgesine tedavi amaçlı radyasyon uygulanan kadınlarda artar” bilgisine %69.8’inin katıldığı belirlendi.

Tablo 5. Hemşirelerin Meme Kanseri Belirtilerine İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Meme Kanseri Belirtileri	Katılıyorum		Katılmıyorum		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Meme ucundan kendiliğinden akıntı gelmesi meme kanseri belirtisidir.	152	70.7	28	13.0	35	16.3
Memelerin simetrisinin bozulması meme kanserinin belirtisidir	181	84.2	19	8.8	15	7.0
Memede ya da memenin bir bölgesinin renginde kızarıklık gibi renk değişikliği meme kanseri belirtisidir	171	79.5	20	9.3	24	11.2
Meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen ağrısız, sert ve düzensiz kitledir	186	86.5	13	6.0	16	7.4
Memede yuvarlak, hareketli kitle meme kanseri belirtisidir	128	59.5	52	24.2	35	16.3
Meme başında çekilme, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon, kabuklanma meme kanseri belirtisidir	178	82.8	7	3.3	30	14.0
Koltuk altı lenf bezinin ele gelmesi meme kanserinin belirtisidir	157	73.0	19	8.8	39	18.1
Meme kanseri herhangi bir semptom gelişmeden önce bir tarama muayenesi sırasında ya da kadının kendisi tarafından yumru fark edildiğinde saptanır	177	82.3	17	7.9	21	9.8

Tablo 4’de hemşirelerin meme kanseri bulgusuna ilişkin bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin “meme ucundan kendiliğinden akıntı gelmesi meme kanseri belirtisidir” bilgisine %70.7’sinin, “memelerin simetrisinin bozulması meme kanserinin belirtisidir” bilgisine %84.2’sinin “memede ya da memenin bir bölgesinin renginde kızarıklık gibi renk değişikliği meme kanseri belirtisidir” bilgisine %79.5’inin, “meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen ağrısız, sert ve düzensiz kitledir” bilgisine %86.5’inin, “memede yuvarlak, hareketli kitle meme kanseri belirtisidir” bilgisine %59.5’inin, “meme başında çekilme, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon, kabuklanma meme kanseri belirtisidir” bilgisine %82.8’inin, “koltuk altı lenf bezinin ele gelmesi meme kanserinin belirtisidir” bilgisine %73’ünün, “meme kanseri herhangi bir semptom gelişmeden önce bir tarama muayenesi sırasında ya da kadının kendisi tarafından yumru fark edildiğinde saptanır” bilgisine %82.3’ünün katıldığı belirlendi.

Tablo 6. Hemşirelerin Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgileri

Tarama Yöntemleri	n	%
KKMM meme kanserinin erken tanısında önem düzeyi nedir?	Çok önemli	205 95.3
	Orta düzeyde önemli	9 4.2
	Az önemli	1 0.5
KKMM başlama yaşı kaçtır?	18 yaşında	35 16.3
	20 yaşında	41 19.1
	Menstrasyon olmaya başladığında	111 51.6
KKMM ne zaman yapılmalıdır?	Bilmiyorum	28 13.0
	Aklına geldiğinde	16 7.4
	Menstrasyondan bir hafta önce	14 6.5
	Menstrasyonun 5-7. günlerinde	123 57.2
	Menstrasyon sırasında	5 2.3
KKMM nasıl yapılır?	Her ayın ilk günü	24 11.2
	Bilmiyorum	33 15.3
	Ayna karşısında gözle memede simetri, şişlik, çökme, yara olup olmadığı değerlendirme	204 94.9
	Cevapsız	11 5.1
KKMM ile kadınlar minimum 1 cm. büyüklüğündeki bir kitleyi, belirleyebilir	Hayır	46 21.4
	Evet	169 78.6
Herhangi bir problem yok ise, ilk rutin MMG kaç yaşında çekilmeye başlanabilir?	20 yaşında	13 6.0
	40 yaşında	159 74.0
	50 yaşında	13 6.0
	60 yaşında	1 0.5
	Bilmiyorum	29 13.5
MMG amacı erken teşhistir	Yanlış	30 14.0
	Doğru	185 86.0
MMG ile 0.5 cm büyüklüğündeki bir kitle belirlenebilir	Yanlış	24 11.2
	Doğru	190 88.8
Amerika Kanser Birliğine göre bir kadın KMM yaptırmaya ne zaman başlamalıdır?	20-40 yaş arasında	107 49.8
	40 yaşından sonra yılda bir kez	101 47.0
	Diğer	7 3.3
Diğer	Bilmiyorum	5 83.3
	Menstrasyon ile birlikte	1 16.7
Memedeki kitlenin kanser olup olmadığını kesinleştirmek için mutlaka biyopsi gereklidir.	Yanlış	22 10.3
	Doğru	191 89.7

Tablo 6’de hemşirelerin meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin bilgileri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi “KKMM meme kanserinin erken tanısında ne seviyede önemlidir?” sorusuna hemşirelerin % 95.3’ü “çok önemli”, “KKMM başlama yaşı kaçtır?” sorusuna hemşirelerin, %51.6’sı “menstruasyon olmaya başladığında” seçeneğini, “KKMM ne zaman yapılmalıdır?” sorusuna %57.2’si “menstruasyonun 5-7. günlerinde”, “KKMM nasıl yapılır?” sorusuna hemşirelerin % 94.9’u “ayna karşısında gözle memede simetri, şişlik, çökme, yara olup olmadığı değerlendirme” seçeneğini “KKMM ile kadınlar minimum 1 cm. büyüklüğündeki bir kitleyi, belirleyebilir” sorusuna hemşirelerin % 87.6’sı “evet” seçeneğini, “herhangi bir problem yok ise, ilk, rutin MMG kaç yaşında çekilmeye başlanabilir?” sorusuna hemşirelerin %74’ünün “40 yaşında” seçeneğini, “MMG amacı erken teşhistir” sorusuna %86’sının “doğru” seçeneğini, “MMG ile 0.5cm büyüklüğündeki bir kitle belirlenebilir” sorusuna %88.8’inin “doğru” seçeneğini, “Amerika Kanser Birliğine göre bir kadın KMM yaptırmaya ne zaman başlamalıdır?” sorusuna %49.8’i “20-40 yaş arasında” seçeneğini, “Memedeki kitlenin kanser olup olmadığını kesinleştirmek için mutlaka biyopsi gereklidir.” sorusuna % 89.7’sinin “doğru” seçeneğini işaretledikleri belirlendi.

Tablo 7. Hemşirelerin Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Özellikleri

Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Özellikler		n	%
KKMM ile ilişkili en son eğitim	Almadım	29	13.5
	Lisans eğitimi sırasında	129	60.0
	Hizmet içi eğitim ile	48	22.3
	Kongre	9	4.2
KKMM’i doğru yapma konusunda kendine	Güvenmeyen	96	44.9
	Güvenen	118	55.1
Ne zaman KKMM yapıyorsunuz?	Aklına geldiğinde	106	55.5
	Menstrasyondan 1 hafta önce	6	3.1
	Menstrasyonun 5-7. günlerinde	63	33.0
	Menstrasyon sırasında	4	2.1
KKMM yapma sıklığınız?	Her ayın ilk günü	12	6.3
	Arada sırada	84	43.8
	Nadiren	34	17.7
	Haftada bir	12	6.3
KKMM yapmama nedeniniz?	Ayda bir	62	32.3
	Unutma	134	68.4
	Gerekli görmeme	25	12.8
	KKMM tekniğini bilmeme	11	5.6
	KKMM ile ne hissedeceğini bilmeme	1	.5
	Kötü bir şey çıkmasından korkma	18	9.2
KKMM ile ilişkili hastalara eğitim	Üşenme/zor geldiği için	6	3.1
	Yapıyorum	1	.5
	Vermeyen	183	85.1
	Veren	32	14.9
Mamografi(MMG)	Çektirmeyen	180	84.1
	Çektiren	34	15.9
MMG çektirme nedeni	Varsa bir problem erken tanı amaçlı	14	42.4
	Elime gelen kitle nedeni ile	14	42.4
	Bir tarama programı nedeni ile	5	15.2
MMG kaç yaşında çektirdiniz?	35 yaşında	7	21.2
	40 yaşında	20	60.6
	18-45 yaşında	6	18.2
Çektirilen MMG sonucu	Fibrokistik kitle	16	48.5
	Kitle yok	16	48.5
	Basit kitle	1	3.0

Tablo 7’da hemşirelerin meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin % 60’ının KKMM ile ilişkili bilgiyi lisans eğitimi sırasında aldığı, %44.9’unun KKMM’i doğru yapma konusunda kendisine güvenmediği, %55.5’inin aklına gelince KKMM yaptığı, % 68.4’ünün unuttuğu için KKMM yapmadığı, %85.1’inin hastalara KKMM ile ilişkili eğitim vermediği, % 84.1’ünün MMG çektirmediği % 60.6’nın 40 yaşında MMG çektirdiği, % 48.5’inin MMG sonucu fibrokistik kitle belirlendiği saptandı.

Tablo 8. Hemşirelerin Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Puan Ortalamaları

Bilgi alanları	Soru sayısı	Min-Max	X±Ss	Cronbach- α
		puan		
Meme kanseri bilgisi	8	0-8	6.22±1.86	0.714
Meme kanseri belirtileri bilgisi	8	0-8	6.18±2.04	0.773
Meme kanseri risk faktörleri bilgisi	13	0-13	8.78±3.21	0.800
Meme kanseri tarama yöntemleri bilgisi	11	0-11	7.12±1.62	0.382

Tablo 8’de hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin meme kanseri, belirtileri ve risk faktörleri bilgisi α değerinin 0.7’den büyük olması verilen yanıtların yüksek güvenilirliğini sahip olduğunu gösterdi. Meme kanseri tarama bilgisi alfa değeri oldukça düşük bulundu.

Tablo 9. Hemşirelerin Yaşına Göre Meme Kanseri, Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgi Alanları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

YAŞ	YAŞ			TEST	
	20-29 (n=99)	30-39 (n=69)	40 ve ↑ (n=47)	*KW	**p
	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	6.00±2.00	5.99±1.84	7.02±1.31	11.720	0.003
Belirti bilgisi	5.91±2.31	6.07±1.97	6.91±1.27	5.575	0.062
Risk faktörleri bilgisi	8.82±3.34	7.65±2.95	10.34±2.61	21.530	0.000
Tarama yöntemleri bilgisi	6.87±1.72	7.06±1.43	7.74±1.52	7.608	0.022

*KW=Kruskal Wallis

**p<0.05

Tablo 9’da hemşirelerin yaşına göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgi alanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 20-29 yaşındaki hemşirelerin meme kanseri bilgisi ortalama puanının $X=6.00\pm 2.00$, meme kanserinin belirtilerine ilişkin ortalama puanının $X=5.99\pm 1.84$, risk faktörleri bilgisi ortalama puanının $X=8.82\pm 3.34$ ve tarama yöntemleri ortalama puanının $X=6.87\pm 1.72$ olduğu, risk faktörleri bilgi puan ortalaması dışında yaş arttıkça bilgi ortalama puanının arttığı ve yapılan istatistiksel değerlendirmede belirtiler bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 10. Hemşirelerin Cinsiyetine Göre Meme Kanseri, Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirtileri ve Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	CİNSİYET		TEST	
	Kadın(n=183)	Erkek(n=32)	Z	*p
	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	6.47±1.64	4.78±2.36	-3.898	0.000
Risk faktörleri bilgisi	9.15±3.07	6.66±3.23	-3.932	0.000
Belirti bilgisi	6.46±1.79	4.56±2.61	-4.076	0.000
Tarama yöntemleri bilgisi	7.31±1.56	6.06±1.61	-3.854	0.019

*Z=Mann-Whitney U *p<0.05*

Tablo 10’da hemşirelerin cinsiyetine göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgisi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve tarama yöntemleri bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 11. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	MEDENİ DURUM		TEST	
	Evli (n=119)	Bekar(n=92)	Z	*p
Hastalık bilgisi	6.18±1.76	6.21±2.00	-0.696	0.486
Risk faktörleri bilgisi	8.50±3.02	9.09±3.42	-1.676	0.094
Belirti bilgisi	6.18±1.84	6.11±2.31	-0.538	0.591
Tarama yöntemleri bilgisi	7.18±1.66	7.03±1.59	-0.956	0.339

*Z=Mann-Whitney U *p<0.05*

Tablo 11’de hemşirelerin medeni durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre risk faktörlerine ilişkin bilgi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ancak, istatistiksel değerlendirmede tüm bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 12. Hemşirelerin Meme Dokusunda Kitle Tespit Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	MEMEDE KİTLE TESBİT			
	Edilen (n=22)	Edilmeyen (n=193)	TEST	
	X±Ss	X±Ss	Z	p
Hastalık bilgisi	6.86±1.39	6.15±1.89	-1.635	0.102
Risk faktörleri bilgisi	9.45±2.46	8.70±3.28	-0.848	0.397
Belirti bilgisi	6.68±1.21	6.12±2.11	-0.613	0.540
Tarama yöntemleri bilgisi	7.77±1.72	7.05±1.60	-1.794	0.073

Z=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 12’da hemşirelerin meme dokusunda kitle tespit edilme durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi memesinde kitle tespit edilen hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının memesinde kitle tespit edilmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 13. Hemşirelerin Ailesinde Meme Kanseri Bulunma Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	AİLEDE MEME KANSERİ		TEST	
	Yok (n=186)	Var (n=29)	Z	p
	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	6.20±1.91	6.31±1.49	-0.168	0.866
Risk faktörleri bilgisi	8.68±3.27	9.41±2.73	-1.141	0.254
Belirti bilgisi	6.10±2.14	6.69±1.14	-0.585	0.559
Tarama yöntemleri bilgisi	7.11±1.66	7.17±1.39	-0.041	0.967

Z=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 13’de hemşirelerin ailesinde meme kanseri bulunma durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgisi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi ailede meme kanseri olan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının ailesinde meme kanseri olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu($p>0.05$).

Tablo 14. Hemşirelerin KKMM ile İlişkili Bilgi Alma Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	KKMM İLE İLİŞKİLİ BİLGİ ALMA				TEST	
	Almayan (n=30)	Lisans Eğitimi (n=128)	Hizmet içi eğitim(n=48)	Kongre (n=7)	KW	p
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	5.50±1.96	6.16±1.80	6.85±1.65	6.00±2.89	12.296	0.006
Risk faktörleri bilgisi	6.97±2.31	8.56±3.09	10.27±3.23	10.14±4.56	28.109	0.000
Belirti bilgisi	5.63±1.88	6.07±2.09	6.83±1.81	6.00±2.71	12.017	0.007
Tarama yöntemleri bilgisi	6.07±1.48	7.18±1.55	7.50±1.64	7.86±1.35	17.925	0.000

KKMM =Kendi Kendine Meme Muayenesi KW=Kruskal Wallis p<0.05

Tablo 14’de hemşirelerin KKMM ile ilişkili bilgi alma durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri belirtileri ve tarama yöntemleri bilgisi ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bilgi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşirelerin KKMM ile ilişkili bilgi alan durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulundu ($p<0.05$).

Tablo 15. Hemşirelerin Mamografi Çektirme Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ BİLGİ ALANLARI	MMG		TEST	
	Çektiren (n=33)	Çektirmeyen (n=181)	Z	p
	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	6.91±1.44	6.09±1.91	-2.444	0.015
Risk faktörleri bilgisi	10.03±2.66	8.55±3.26	-2.429	0.015
Belirti bilgisi	6.79±1.36	6.07±2.13	-1.454	0.146
Tarama yöntemleri bilgisi	7.94±1.52	6.99±1.59	-2.926	0.003

MMG= Mammografi $p<0.05$ Z=Mann-Whitney U

Tablo 15’de hemşirelerin mamografi çektirme durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi MMG çektiren hemşirelerin bilgi puan ortalamasının MMG çektirmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede meme kanseri belirti puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 16. Hemşirelerin KKMM Eğitimi Verme Durumuna Göre Meme Kanseri, Risk Faktörleri Belirtileri ve Tarama Yöntemleri Bilgisi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

MEME KANSERİ	KKMM eğitimi		TEST	
	Veren (n=32)	Vermeyen (n=183)	Z	p
	X±Ss	X±Ss		
Hastalık bilgisi	7.03±1.28	6.08±1.91	-2.675	0.007
Risk faktörleri bilgisi	9.66±2.75	8.62±3.27	-1.662	0.096
Belirti bilgisi	6.78±1.43	6.08±2.12	-1.650	0.099
Tarama yöntemleri bilgisi	7.84±1.22	6.99±1.65	-2.683	0.007

Z=Mann-Whitney U p<0.05

Tablo 16’de hemşirelerin KKMM verme durumuna göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtiler ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi KKMM eğitimi veren hemşirelerin bilgi puan ortalamasının KKMM eğitimi vermeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede meme kanseri bilgi puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyinin belirlenmesi amacı ile yapıldı. Çalışmada hemşirelerin yaşının genellikle meme kanseri gelişme yaşından düşük olduğu ve meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin orta düzeyin üzerinde bulunduğu belirlendi.

Bu çalışmada hemşirelerin “meme kanseri, genellikle meme dokusunun östrojene maruz kalmasından kaynaklanır” bilgisini %54.4’ünün, meme kanserine ilişkin diğer bilgilerinin %70’in üzerinde olduğu belirlendi. Çalışmanın bu sonucu, hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili temel bilgilerinin var olduğu ancak, güçlendirilmesi gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, belirti ve tarama yöntemlerini belirlemek üzere Etopya’da yapılan bir çalışmada (Lemlem, Sinishaw, Hailu, Abebe & Aregay, 2013) ve Fas'taki temel sağlık ağlarında çalışan hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemek üzere yapılan bir başka çalışmada da (Diarra et al., 2016) hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (% 87.0) sekiz ve daha fazla meme kanseri risk faktörleri bilgisinin olduğu ve %84’ünün meme kanserinin yaş ile arttığını bildikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin %84.2’sinin yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin arttığını bildikleri belirlendi. Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçlarında hemşirelerin meme kanserine ilişkin bilgileri yeterli görünmekle birlikte eksik olan noktalarının bulunduğu, eksik noktalar ile ilişkili bilgilerinin artırılması ya da yenilenmesi gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun KKMM ve MMG’nin meme kanserinin tanınmasında çok önemli olduğuna katıldıkları, KKMM yapmaya başlama yaşını çok azının doğru bildiği (%19.1), yarıdan fazlasının KKMM’nin mensturasyon başladıktan sonraki 5.-7. günlerde yapılacağını bildikleri görüldü. Bir çalışmada da (Diarra et al., 2016), hemşirelerin % 94.7’sinin KKMM ve MMG’nin meme kanserinin erken teşhisi için önemli olduğuna katıldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin meme kanseri tarama yöntemlerine ilişkin bilgileri yeterli görünmekle birlikte eksik olan noktalarının bulunduğu, yetersiz alanlarına yönelik hizmet içi eğitim programları gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmada, 40 yaş ve üzeri, kadın, evli, meme dokusunda kitle tesbit edilenlerin, ailesinde meme kanseri olanların, KKMM ile ilişkili bilgi alanların, MMG çektirenlerin, KKMM ile ilişkili bilgi veren hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, bulguları ve tarama yöntemleri bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Meme kanseri bilgisi, risk faktörleri ve tarama yöntemlerinin belirlenmesi için 1.315 yetişkin Suudi kadın ile yapılan bir çalışmada (Amin, Al Mulhim, & Al Meqihwi, 2009), kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve tarama ile ilişkili genel bilgi düzeyinin düşük olduğu ve bilginin eğitim, meslek ve ailede meme kanseri bulunma durumuna bağlı olduğu, ailesinde meme kanseri olan kadınların bilgi düzeyinin daha yüksek ve algılanan birçok engelden dolayı erken tarama yöntemlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Amin'in çalışmasının sonucu ailesinde meme kanseri bulunan kadınların ve hemşirelerin hastalığı biliyor olsalar bile farkındalığın artmış olmasından dolayı hastalığı araştırıp daha fazla bilgi öğrenmiş olmasından kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Lemlem, Sinishaw, Hailu, Abebe, & Aregay (2013) tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin %57.8'sinin meme kanseri ve taraması hakkında bilgisinin bulunduğu ve meme kanseri bilgisinin hemşirelikte düzenli kurs, aile öyküsü ve çalıştığı birim arasında ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin meme kanseri bilgisi, tutumu ve uygulaması ile ilişkili yapılan bir başka çalışmada (Andegiorgish, Kidane & Gebrezgi, 2018), hemşirelerin meme kanserinin olası risk faktörleri hakkındaki bilgilerinin düşük, meme kanserinin belirti ve semptomlarını %50 düzeyinde bildikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin meme kanserinin olası risk faktörlerini bilmesinin eğitimlerinden kaynaklandığı söylenebilir. Bir başka çalışmada (Ahmed, Mahmud, Hatcher, & Khan, 2006), bu çalışmanın sonucuna ve diğer çalışmaların sonucuna benzer şekilde hemşirelerin yalnızca üçte birinin risk faktörleri hakkında iyi bilgiye sahip oldukları ve bunun hemşirelik eğitimi ve bireysel meme kanseri öyküsü ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bilindiği üzere sağlık bakım hizmeti sunan, özellikle kadınlar ile düzenli olarak iletişimde bulunanlar, meme kanseri hakkında bilgi sağlamada önemli rol oynayabilir. Önceki çalışmalar ve bu çalışmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin aldıkları eğitimden dolayı meme kanseri ile ilişkili genel bilgisi bulunmaktadır. Ancak ailede bir yakının ya da kendisinin bu hastalığa yakalanmış olması, bir başkasına konu ile ilişkili bilgi vermenin, yaşın ilerlemesi ile daha fazla araştırmasına ve daha fazla bilgi sahibi olmasına neden olduğu şeklinde de yorumlanabilir. Bu ve diğer çalışmalardan

elde edilen verilere göre, hemşirelerin meme kanseri ile ilişkili bilgisinin, yeni bilimsel kanıtlar ışığında hemşirelik eğitim mufredatındaki iğeriğin geliştirilerek ve hizmet ięi eğitim programları dzenlenerek arttırılmasına gereksinim olduğu şeklinde dűřünülebilir.

Sonuç olarak, bu ęalıřmada hemşirelerin bir bolumünün meme kanseri, risk faktörleri, bulguları ve tarama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadığı belirlendi. Bu nedenle hemşirelerin bilgisinin arttırılmasında mufredatta meme kanseri iğeriğinin iyileştirilmesi önerilebilir ancak, gözden geçirilmiş mufredatın uygulanması biraz zaman alabileceğinden, tüm hemşirelerin bilgili hale getirilmesi için ağığı daraltma üzerinde etkili olacak hizmet içi eğitim programları, konu ile ilişkili kongrelere katılma ve bilimsel medya yolu ile ulaşılması sağlanabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1.SONUÇLAR

1. Bu çalışmada hemşirelerin %85.1'inin kadın, %21.9'unun 40 yaş ve üzeri, %55.3'inin evli olduğu belirlendi (**Tablo 1**).
2. Bu çalışmada ilk doğumu 30 yaş sonrası, %62.1'inin iki canlı doğum yaptığı, % 8.6'sının çocuğunu 1 yıldan fazla emzirdiği, %27.0'nın şişman, %82.6'sının menarş yaşının 12 yaş ve altı, %95.7'sinin mensturasyonunun düzenli olduğu, %96.2'sinin menapoza girmediği, %24.7'sinin sigara kullandığı, %46'sının günde 1 paket sigara kullandığı, %98.6'sının alkol kullanmadığı, %86.5'inin ailesinde meme kanseri bulunmadığı, %7.1'inin annesinde, % 21.4'ünün kız kardeşinde, %39.3'ünün teyzesinde meme kanseri olduğu, %77.2'sinin düzenli egzersiz yapmadığı belirlendi (**Tablo 2**).
3. Bu çalışmada, hemşirelerin “meme kanseri, meme dokusunu oluşturan süt üreten lobüller ya da duktus (kanallar) hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşur” bilgisine %76.7'sinin, “meme kanseri, dünyada kadınlarda ilk sırada görülen kanserdir” bilgisine %79.1'inin “meme kanserinin ilk aşamasında kitle küçüktür ve hiçbir belirti vermez ve bu aşamada kolaylıkla tedavi edilebilir” bilgisine %79.1'inin, “meme kanseri, genellikle meme dokusunun östrojene maruz kalmasından kaynaklanır” bilgisine %54.4'ünün, “meme kanserinin erken teşhisi için tarama önemlidir.” bilgisine % 93.5'inin “meme kanseri erkeklerde de görülebilir” bilgisine %80.9'unun, “meme kanserinin en sık ve ilk yayıldığı yer koltuk altı lenf düğümleri daha sonra akciğer, beyin ve kemik iliğidir.” bilgisine %86'sının, “memedeki kanser kitleleri nispeten sert, düzensiz kenarlı, yüzeyi pürüklü olur ve meme dokusu içinde rahatça oynatılması mümkün değildir” bilgisine %71.6'sının kesinlikle katıldığı belirlendi (**Tablo 2**).
4. Çalışmada, hemşirelerin “meme kanserinin en önemli risk faktörü kadın olmaktır” bilgisine %75.8'inin, “meme kanseri gelişme riski yaş ilerledikçe artar” bilgisine %84.2'sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 30 yaş ve sonrası yapan kadınlarda yüksektir” bilgisine %67'sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 40 yaşında yapmış olan kadınlarda çok yüksektir” bilgisine % 64.2'sinin, “meme kanseri gelişme riski geç menopoza (55 yaş ve

sonrası) girenlerde yüksektir” bilgisine %52.6’sının, “meme kanseri gelişme riski erken menarş (12 yaştan küçük) girenlerde yüksektir” bilgisine %49.1’inin, “meme kanseri gelişme riski ailesinde meme kanseri olanlarda daha fazladır” bilgisine %79.1’inin, “meme kanseri gelişme riski BKİ >25olanlarda daha yüksektir” bilgisine % 47.9’unun, “meme kanseri gelişme riski oral kontraseptif (OKS) kullananlarda daha yüksektir” bilgisine %65.1’inin, “meme kanseri gelişme riski emziren kadınlarda daha düşüktür” bilgisine %76.7’sinin, “meme kanseri gelişme riski her gün düzenli alkol kullanan kadınlarda artar” bilgisine %68.8’inin, “meme kanseri gelişme riski sigara kullanan kadınlarda artar” bilgisine %78.1’inin, “meme kanseri gelişme riski adölasan dönemde ve göğüs bölgesine tedavi amaçlı radyasyon uygulanan kadınlarda artar” bilgisine %69.8’inin katıldığı belirlendi (**Tablo 3**).

5. Bu çalışmada, hemşirelerin “meme kanserinin en önemli risk faktörü kadın olmaktır” bilgisine %75.8’inin, “meme kanseri gelişme riski yaş ilerledikçe artar” bilgisine %84.2’sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 30 yaş ve sonrası yapan kadınlarda yüksektir” bilgisine %67’sinin, “meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 40 yaşında yapmış olan kadınlarda çok yüksektir” bilgisine % 64.2’sinin, “meme kanseri gelişme riski geç menopoza (55 yaş ve sonrası) girenlerde yüksektir” bilgisine %52.6’sının, “meme kanseri gelişme riski erken menarş (12 yaştan küçük) girenlerde yüksektir” bilgisine %49.1’inin, “meme kanseri gelişme riski ailesinde meme kanseri olanlarda daha fazladır” bilgisine %79.1’inin, “meme kanseri gelişme riski BKİ 25< olanlarda daha yüksektir” bilgisine % 47.9’unun, “meme kanseri gelişme riski oral kontraseptif (OKS) kullananlarda daha yüksektir” bilgisine %65.1’inin, “meme kanseri gelişme riski emziren kadınlarda daha düşüktür” bilgisine %76.7’sinin, “meme kanseri gelişme riski her gün düzenli alkol kullanan kadınlarda artar” bilgisine %68.8’inin, “meme kanseri gelişme riski sigara kullanan kadınlarda artar” bilgisine %78.1’inin, “meme kanseri gelişme riski adölasan dönemde ve göğüs bölgesine tedavi amaçlı radyasyon uygulanan kadınlarda artar” bilgisine %69.8’inin katıldığı belirlendi (**Tablo 4**).
6. Çalışmada, hemşirelerin “KKMM meme kanserinin erken tanısında ne seviyede önemlidir?” sorusuna hemşirelerin % 95.3’ü “çok önemli”, “KKMM başlama yaşı kaçtır?” sorusuna hemşirelerin, %51.6’sı “menstruasyon olmaya

başladığında” seçeneğini, “KKMM ne zaman yapılmalıdır?” sorusuna %57.2’si “menstrasyonun 5-7. günlerinde”, “KKMM nasıl yapılır?” sorusuna hemşirelerin % 94.9’u “ayna karşısında gözle memede simetri, şişlik, çökme, yara olup olmadığı değerlendirme” seçeneğini “KKMM ile kadınlar minimum 1 cm. büyüklüğündeki bir kitleyi, belirleyebilir” sorusuna hemşirelerin % 87.6’sı “evet” seçeneğini, “herhangi bir problem yok ise, ilk, rutin MMG kaç yaşında çekilmeye başlanabilir?” sorusuna hemşirelerin %74’ünün “40 yaşında” seçeneğini, “MMG amacı erken teşhistir” sorusuna %86’sının “doğru” seçeneğini, “MMG ile 0.5cm büyüklüğündeki bir kitle belirlenebilir” sorusuna %88.8’inin “doğru” seçeneğini, “Amerika Kanser Birliğine göre bir kadın KMM yaptırmaya ne zaman başlamalıdır?” sorusuna %49.8’i “20-40 yaş arasında” seçeneğini, “Memedeki kitlenin kanser olup olmadığını kesinleştirmek için mutlaka biyopsi gereklidir.” sorusuna % 89.7’sinin “doğru” seçeneğini işaretledikleri belirlendi (**Tablo 5**).

7. Bu çalışmada, hemşirelerin %60’ının KKMM ile ilişkili bilgiyi lisans eğitimi sırasında aldığı, %44.9’unun KKMM’i doğru yapma konusunda kendisine güvenmediği, %55.5’inin aklına gelince KKMM yaptığı, % 68.4’ünün unuttuğu için KKMM yapmadığı, %85.1’inin hastalara KKMM ile ilişkili eğitim vermediği, %84.1’ünün MMG çekmediği %60.6’nın 40 yaşında MMG çektiği, %48.5’inin MMG sonucu fibrokistik kitle belirlendiği saptandı (**Tablo 6**).
8. Tablo 7’de hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi puan ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hemşirelerin meme kanseri bilgisi ortalama puanının $X=6.22\pm 1.86$; meme kanseri risk bilgisi puan ortalamasının $X=8.78\pm 3.21$; meme kanseri bulgu bilgisi ortalama puanının $X=6.18\pm 2.04$ ve meme kanseri tarama bilgisi ortalama puanının $X=7.12\pm 1.62$ olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin bilgi puan ortalamaları arasında farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). (**Tablo7**).
9. Tablo 8’de hemşirelerin yaşına göre meme kanseri, risk faktörleri, belirtileri ve meme kanseri tarama yöntemleri bilgisinin karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 20-29 yaşındaki hemşirelerin meme kanseri bilgisi ortalama puanının $X=6.00\pm 2.00$, meme kanserinin belirtilerine ilişkin ortalama puanının

X=5.99±1.84, risk faktörleri bilgisi ortalama puanının X=8.82±3.34 ve tarama yöntemleri ortalama puanının X=6.87±1.72 olduğu, risk faktörleri bilgi puan ortalaması dışında yaş arttıkça bilgi ortalama puanının arttığı ve yapılan istatistiksel değerlendirmede risk bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (p<0.05).

10. Bu çalışmada, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede tarama yöntemleri ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı (p>0.05), meme kanseri, risk faktörleri ve belirtiler bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (p<0.05) (**Tablo 9**).
11. Bu çalışmada evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre meme kanserine ilişkin bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05) (**Tablo 10**).
12. Bu çalışmada, memesinde kitle tespit edilen hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının memesinde kitle tespit edilmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05) (**Tablo 11**).
13. Bu çalışmada, ailede meme kanseri olan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının ailesinde meme kanseri olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05) (**Tablo 12**).
14. Bu çalışmada, hizmet içi eğitim alan hemşirelerin bilgi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel değerlendirmede, KKMM ile ilişkili bilgi alma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulundu (p<0.05) (**Tablo 13**).
15. Çalışmada, MMG çektiren hemşirelerin bilgi puan ortalamasının MMG çektirmeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve bulgu puan ortalaması istatistiksel olarak önemsiz (p>0.05) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (p<0.05) (**Tablo 14**).
16. Bu çalışmada, KKMM eğitimi veren hemşirelerin bilgi puan ortalamasının KKMM eğitimi vermeyen hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve istatistiksel

değerlendirmede meme kanseri bilgi puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) diğer bilgi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (**Tablo15**).

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada hemşirelerin meme kanseri, risk faktörleri, bulguları ve tarama yöntemleri ile ilişkili bilgi puanları orta düzeyin üzerinde bulunmakla birlikte bazı bilgilerinde yetersizlikler olduğu belirlendi. Bu bağlamda aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

Hemşirelerin;

1. Lisans eğitim programında meme kanseri konusunun ülke düzeyinde gözden geçirilerek eksik noktaların belirlenmesi ve programın zenginleştirilmesi,
2. Çalışan hemşire grubuna hemşirelerin de aktif olarak rol alabileceği hizmet içi eğitim programlarının düzenlenerek farkındalıklarının artırılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Abay, M., Tuke, G., Zewdie, E., Abraha, T. H., Grum, T., & Brhane, E. (2018). Breast self-examination practice and associated factors among women aged 20-70 years attending public health institutions of Adwa town, North Ethiopia. *BMC Research Notes*, 11(1): 622.
- Ahmed, F., Mahmud, S., Hatcher, J., & Khan, S.M.(2006). Breast cancer risk factor knowledge among nurses in teaching hospitals of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Nursing*,5,6: 1-7.
- Akpınar, Y.Y., Baykan, Z., Naçar, M., Gün, I., & Çetinkaya, F. (2011). Knowledge and practice of breast cancer screening among female health care professionals in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev*,12:3063–8.
- Amaro, J., Sevaro, M., Vilela, S., Fonseca, S., Fontes, F., & La Vecchia, C. (2013). Patterns of breast cancer mortality trends in Europe. *Breast*,22:244-53.
- American Cancer Society-ACS (2016). Signs and symptoms of breast cancer. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-signs-symptoms> Last Medical Review: 06.07.2019.
- Amin, T.T., Al Mulhim, A.R., & Al Meqihwi, A.(2009). Breast cancer knowledge, risk factors and screening among adult Saudi women in a primary health care setting. *Asian Pac J Cancer Prev*, 10(1):133-8.
- Andegiorgish, A.K., Kidane E.A., & M.T. Gebrezgi (2018). Knowledge, attitude, and practice of breast cancer among nurses in hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing* 17:33.
- Anothaisintawee, T., Wiratkapun, C., Lerdstitthichai, P., Kasamesup, V, Wongwaisayawan, S., Srinakaran, J., Hirunpat, S., Woodtichartpreecha, P., Boonlikit, S., Teerawattananon, Y., & Thakkinstian, A. (2013). Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health*, 25(5):368-87.
- Asiri, H., & Rashad, WA.(2019). Prediction of the awareness and practice of breast self-examination among females using health believe model. A literature review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*,8(1): 66-69.
- Autier, P., & Boniol, M.(2018). Mammography screening: A major issue in medicine. *Eur J Cancer*, 90,34-62.

- Birhane, K., Alemayehu, M., Anawte, B., Gebremariyam, G., Daniel, R., Addis, S., &... Negash, W. (2017). Practices of Breast Self-Examination and Associated Factors among Female Debre Berhan University Students. *International Journal of Breast Cancer*, 2017: 8026297.
- Boyd, N.F., Martin, L.J., Yaffe, M.J., Minkin, S.(2011). Mammographic density and breast cancer risk: current understanding and future prospects *Breast Cancer Res*,13(6):223.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6),394-424.
- Brewer, H.R., Jones, M.E., Schoemaker, M.J., & et al. (2017). Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat*, 165: 193-200.
- Davies, E.L. (2016). Breast cancer. *Medicine*, 44(1): 42-46.
- Demirkiran, N., Akdolun, B., Memiş, S., Türk, G., Özvurmaz, S., & Tunçyürek, P. (2007). Howdo nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health*,7:96–104.
- Diarra AS, Fakir SE, Najdi A, Traoré BM, Tachfouti N, Berraho M, Khazraji YC, Abousselham L, Belakhel L, Bekkali R, Nejjari C. (2016). Knowledge, attitudes and practices of nurses working in basic health care networks in Morocco vis-à-vis breast cancer. www.gjmedph.org 5(3).
- Ewaid, S.H., Shanjar, A.M., & Mahdi R.H. Knowledge and practice of breast self-examination among sample of women in Shatra/Dhi-Qar/Iraq, *Alexandria Journal of Medicine*, 54(4):315-17
- Golubicic, I., Borojevic, N., & Pavlovic, T. (2008). Risk factors for breast cancer: is ionizing radiation among them? *J BUON*, 13(4):487-94.
- Gradishar, W.J., Anderson, B.O., Balassanian, R., Blair, S.L., Burstein, H.J., Cyr, A., Elias, A.D.,...& Shead, D.A. (2018). Breast Cancer, Version 4.2017, Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 16(3):310-20.
- Hansen, J. (2017). Night shift work and risk of breast cancer. *Current Environmental Health Reports*,4(3):325-39.

- Hansen, J., & Stevens, R.G. (2012). Case-control study of shift-work and breast cancer risk in Danish nurses: impact of shift systems. *Eur J Cancer*, 48(11):1722-9.
- Hiatt, R.A., Brody, J.G. (2018). Environmental determinants of breast cancer. *Annu Rev Public Health*, 1;39:113-133.
- Husby, A., Wohlfahrt, J., Øyen, N., & Melbye, M. (2018). Pregnancy duration and breast cancer risk. *Nature Communications*, 9(1): 4255.
- IARC (The International Agency for Research on Cancer) 2018. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>. Erişim tarihi: 01.07.2019.
- Kabel, A.M., & Baali, F.H. (2015). Breast cancer: insights into risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. *Journal of Cancer Research and Treatment*, 3(2), 28-33.
- Kamdar, B.B., Tergas AI, Mateen, F.J., Bhayani, N.H., & Oh, J.(2013). Night-shift work and risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*,138(1):291-301.
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan, K., Miotła, P., & Starosławska, E. (2015). Breast cancer risk factors. *Przegląd menopauzalny = Menopause Review*, 14(3), 196–202.
- Kawai, M., Malone, K.E., Tang, M.T., & Li, C.I.(2014). Active smoking and the risk of estrogen receptor-positive and triple-negative breast cancer among women ages 20 to 44 years. *Cancer*,1;120(7):1026-34.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Dizbay Sak, S., Tükün, A., Yalçın, B.(2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2):47-67.
- Kochan, D.Z., & Kovalchuk, O. (2015). Circadian disruption and breast cancer: an epigenetic link? *Oncotarget*, 10;6(19):16866-82.
- Kumarasamy, H., Veerakumar, A.M., Subhathra, S., Suga, Y., & Murugaraj, R. (2017). Determinants of Awareness and Practice of Breast Self Examination Among Rural Women in Trichy, Tamil Nadu. *J Midlife Health*, 8(2),84-88.
- Kyu, H.H., Bachman, V.F., Alexander, L.T., Mumford, J.E., Afshin, A., Estep, K., Veerman, J.L., Delwiche, K., Iannarone, M.L., Moyer, M.L., Cercy, K., Vos, T., Murray, C.J., & Forouzanfar, M.H. (2016). Physical activity and risk of breast

- cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ*,9;354:i3857.
- Lemlem, S. B., Sinishaw, W., Hailu, M., Abebe, M., & Aregay, A. (2013). Assessment of knowledge of breast cancer and screening methods among nurses in university hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2011. *ISRN Oncology*, 2013, 470981.
- Li, N., Rowley, S. M., Thompson, E. R., McInerney, S., Devereux, L., Amarasinghe, K. C., ... & Campbell, I. G. (2018). Evaluating the breast cancer predisposition role of rare variants in genes associated with low-penetrance breast cancer risk SNPs. *Breast Cancer Research: BCR*, 20(1):1-32.
- Lie, J.A., Andersen, A., & Kjaerheim, K. (2007). Cancer risk among 43000 Norwegian nurses. *Scand J Work Environ Health*, 33: 66-73.
- Liu, Y., Nguyen, N., & Colditz, G. A. (2015). Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Women's Health (London, England)*, 11(1): 65–77.
- Lukong, K.E. (2017). Understanding breast cancer – The long and winding road. *BBA Clinical*,7: 64-77.
- Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., & Gerdtham, U. (2016). Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe-a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(5), 804–813.
- Ly, D., Forman, D., Ferlay, J., Brinton, L. A., & Cook, M. B. (2013). An international comparison of male and female breast cancer incidence rates. *International journal of cancer*, 132(8), 1918–1926.
- Masoudiyekta, L., Rezaei-Bayatiyani, H., Dashtbozorgi, B., Gheibizadeh, M., Malehi, A. S., & Moradi, M. (2018). Effect of Education Based on Health Belief Model on the Behavior of Breast Cancer Screening in Women. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 114–120.
- McKinley, N., McCain, S., & Kirk, S. (2017). Long Term Follow Up of Male Breast Cancer. *The Ulster medical journal*, 86(3), 177–180.
- Milosevic, M., Jankovic, D., Milenkovic, A., & Stojanov, D. (2018). Early diagnosis and detection of breast cancer. *Technol Health Care*, 26(4),729-759.

- Nelson, H. D., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'Meara, E. S., &... Miglioretti, D. L. (2012). Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 156(9), 635–648.
- Oladimeji, K. E., Tsoka-Gwegweni, J. M., Igbodekwe, F. C., Twomey, M., Akolo, C., Balarabe, H. S., ... Oladimeji, O. (2015). Knowledge and Beliefs of Breast Self-Examination and Breast Cancer among Market Women in Ibadan, South West, Nigeria. *PloS one*, 10(11), e0140904.
- O'Sullivan, C.C., Loprinzi, C.L., & Haddad, T.C. (2018). Updates in the evaluation and management of breast cancer. *Mayo Clin Proc*, 93(6):794-807.
- Peters, I. T., van der Steen, M. A., Huisman, B. W., Hilders, C. G., Smit, V. T., Vahrmeijer, A. L., ...& Kuppen, P. J. (2017). Morphological and phenotypical features of ovarian metastases in breast cancer patients. *BMC cancer*, 17(1), 206.
- Prolla, C. M., da Silva, P. S., Netto, C. B., Goldim, J. R., & Ashton-Prolla, P. (2015). Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 90–97.
- Rosenberg, S.M., Ruddy, K.J., Tamimi, R.M., Gelber, S., Schapira, L., Come, S., Borges, V.F., Larsen, B., Garber, J.E., & Partridge, A.H. (2016). BRCA1 and BRCA2 mutation testing in young women with breast cancer. *JAMA Oncol.* 1;2(6):730-6.
- Samuelsson, L.B., Bovbjerg, D.H., Roecklein, K.A., & Hall, M.H. (2018). Sleep and circadian disruption and incident breast cancer risk: An evidence-based and theoretical review. *Neurosci Biobehav Rev*, 84:35-48.
- Samuelsson, L.B., Bovbjerg, D.H., Roecklein, K.A., & Hall, M.H. (2018). Sleep and circadian disruption and incident breast cancer risk: An evidence-based and theoretical review. *Neurosci Biobehav Rev*, 84:35-48.
- Saslow, D., Boetes, C., Burke, W., Harms, S., Leach, M.O., Lehman, C.D., ...& American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. (2007). American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*, 57: 75-89.
- Sibio, A.D., Abriata, G., Buffa, R., Viniegra, M., Forman, D., & Sierra, M.S. (2016). Etiology of breast cancer (C50) in central and south America. *Cancer Epidemiology*, 44(1): S110-S120.

- Smith, R.A., Andrews, K.S., Brooks, D., Fedewa, S.A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Brawley, O.W., & Wender, R.C. (2018). Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening, *CA Cancer J Clin*, 68(4):297-316.
- Smith, R.A., Saslow, D., Sawyer, K.A., Burke, W., Costanza, M.E., Evans, W.P. 3rd, *et al.* (2003). American cancer society guidelines for breast cancer screening: Update. *CA Cancer J Clin*, 53, 141-69.
- Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International journal of biological sciences*, 13(11), 1387–1397.
- Qaseem, A., Lin J.S., Mustafa, R.A., Horwitch, C.A., & Wilt, T.J. (2019). Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening for breast cancer in average-risk women: a guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 170: 547-560.
- Wang L. (2017). Early Diagnosis of Breast Cancer. *Sensors (Basel, Switzerland)*, 17(7), 1572.
- Wang R, Yin Z, Liu L, Gao W, Li W, Shu Y, Xu J. Second Primary Lung Cancer After Breast Cancer: A Population-Based Study of 6,269 Women. *Front Oncol*. 2018 Oct 9;8:427.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Erişim tarihi: 01.07.2019.
- Yalaza, M., İnan, A., & Bozer M. (2016). Male breast cancer. *J Breast Health*, 12: 1-8.
- Zhou, Y., Chen, J., Li, Q., Huang, W., Lan, H., & Jiang, H. (2015). Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeed Med*, 10(3):175-82.

ANKET FORMU

No:

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz: Bekar Evli Boşanmış
3. İlk doğum yaşıınız.....
4. Canlı doğum sayınız.....
5. Toplam emzirme süresiniz? (Çocukların her biri düşünülerek)...
6. Kilo: ... Boy: ... BKİ: (boş bırakınız) ...
7. İlk adet/menstruasyon yaşıınız.....
8. Adet durumunuz? Her ay düzenli Düzensiz
9. Menopoza girdiniz mi? Evet Hayır (Cevabınız evet ise)
10. Menopoza girme yaşıınız.....
11. Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır (Cevabınız evet ise)
12. Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
13. Günde kaç adet kullanıyorsunuz?
14. Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır (Cevabınız evet ise)
15. Ne kadar sıklıkla alıyorsunuz? Her gün bir kadeh Haftada bir kadeh Toplantılarda bir iki kadeh
16. Ailenizde meme kanseri olan var mı? Var Yok
17. Varsa kim? Anne Kız kardeş Teyze Baba Hala Babaanne
18. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? Evet Hayır
19. Düzenli egzersiz süresi : Haftada 3 kez 45 dk-1 saat Haftada iki kez 45dk-1 saat Haftada bir kez 45dk-1 saat Her gün 1 saat Diğer (lütfen yazınız).....
20. Bugüne kadar memenizde bir kitle tespit edildi mi? Evet Hayır
21. Cevabınız evet ise sonuç : Fibroadenom Diğer (lütfen belirtiniz).....

MEME KANSERİ BİLGİ FORMU			
	Kesinlikle katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Bilmiyorum
1. Meme kanseri, meme dokusunu oluşturan süt üreten lobüller ya da duktus (kanallar) hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşur			
2. Meme kanseri, dünyada kadınlarda ilk sırada görülen kanserdir			
3. Meme kanserinin ilk aşamasında kitle küçüktür ve hiçbir belirti vermez ve bu aşamada kolaylıkla tedavi edilebilir			
4. Meme kanseri, genellikle meme dokusunun östrojene maruz kalmasından kaynaklanır			
5. Meme kanserinin erken teşhisi için tarama önemlidir.			
6. Meme kanseri erkeklerde de görülebilir			
7. Meme kanserinin en sık ve ilk yayıldığı yer koltuk altı lenf düğümleri daha sonra akciğer, beyin ve kemik iliğidir.			
8. Memedeki kanser kitleleri nispeten sert, düzensiz kenarlı, yüzeyi pürüklü olur ve meme dokusu içinde rahatça oynatılması mümkün değildir			
Meme kanseri risk faktörleri			
1. Meme kanserinin en önemli risk faktörü kadın olmaktır			
2. Meme kanseri gelişme riski yaş ilerledikçe artar			
3. Meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 30 yaş ve sonrası yapan kadınlarda yüksektir			
4. Meme kanseri gelişme riski ilk doğumunu 40 yaşında yapmış olan kadınlarda çok yüksektir			
5. Meme kanseri gelişme riski geç menapoza (55 yaş ve sonrası) girenlerde yüksektir			
6. Meme kanseri gelişme riski erken menarş (12 yaştan küçük) girenlerde yüksektir			
7. Meme kanseri gelişme riski ailesinde meme kanseri olanlarda daha fazladır			
8. Meme kanseri gelişme riski BKİ 25< olanlarda daha yüksektir			
9. Meme kanseri gelişme riski oral kontraseptif(OKS) kullananlarda daha yüksektir			
10. Meme kanseri gelişme riski emziren kadınlarda daha düşüktür			
11. Meme kanseri gelişme riski her gün düzenlialkol kullanan kadınlarda artar			
12. Meme kanseri gelişme riski sigara kullanan kadınlarda artar			
13. Meme kanseri gelişme riski adölesan dönemde ve göğüs bölgesine tedavi amaçlı radyasyon uygulanan kadınlarda artar			
Meme kanseri bulgusu			
1. Meme ucundan kendiliğinden akıntı gelmesi meme kanseri belirtisidir			
2. Memelerin simetrisinin bozulması meme kanserinin belirtisidir			
3. Memede ya da memenin bir bölgesinin renginde kızarıklık gibi renk değişikliği meme kanseri belirtisidir			
4. Meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen ağrısız, sert ve düzensiz kitledir			
5. Memede yuvarlak, hareketli kitle meme kanseri belirtisidir			
6. Meme başında çekilme, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon, kabuklanma meme kanseri belirtisidir			
7. Koltuk altı lenf bezinin ele gelmesi meme kanserinin belirtisidir			
8. Meme kanseri herhangi bir semptom gelişmeden önce bir tarama muayenesi sırasında ya da kadının kendisi tarafından yumru fark edildiğinde saptanır			

Tarama Yöntemleri Formu

1. KKMM meme kanserinin erken tanısında ne seviyede önemlidir?
 Çok önemli Orta düzeyde önemli Az önemli Hiç önemli değil
2. KKMM başlama yaşı kaçtır?
 18 yaşında 20 yaşında Menstrasyon olmaya başladığında Bilmiyorum
3. KKMM ne zaman yapılmalıdır?
 Akla geldiğinde Menstrasyondan 1 hafta önce Menstrasyonun 5-7. günlerinde
 Menstrasyon sırasında Her ayın ilk günü Bilmiyorum
4. KKMM ile ilişkili en son ne zaman eğitim aldınız? Almadım Lisans eğitimim Hizmet içi eğitim Kongre
Diğer (lütfen yazınız).....
5. KKMM’i doğru yapma konusunda kendinize güvenir misiniz? Evet Hayır
6. Siz kendiniz için ne zaman KKMM yapıyorsunuz?
 Aklıma geldiğinde Menstrasyondan 1 hafta önce Menstrasyonun 5-7. günlerinde
 Menstrasyon sırasında Her ayın ilk günü
7. KKMM yapma sıklığınız? Arada sırada, Nadiren Haftada bir Ayda bir
8. KKMM yapmama nedeniniz? Unutma Gerekli görmeme KKMM tekniğini bilmiyorum
KKMM ile ne hissedeceğimi bilmiyorum Kötü bir şey çıkmasından korkma Üşenme/zor geldiği için
 Diğer (lütfen yazınız).....
9. KKMM nasıl yapılır? Ayna karşısında gözle memede simetri, şişlik, çökme, yara olup olmadığı değerlendirme
 Yatar pozisyonda elle kitle değerlendirme Ayakta elle kitle değerlendirme Yatar pozisyonda elle koltuk
altında kitle değerlendirme Ayakta elle koltuk altında kitle değerlendirme (birden fazla işaretleyebilirsiniz)
10. KKMM ile ilişkili hastalara eğitim veriyor musunuz? Evet Hayır
11. KKMM ile kadınlar minimum 1 cm. büyüklüğündeki bir kitleyi, belirleyebilir Evet Hayır
12. Mamografi(MMG) çektirdiniz mi? Evet Hayır (Cevabınız evet ise)
13. MMG çektirme nedeniniz? Varsa bir problem erken tanı amaçlı Elime gelen kitle nedeni ile Bir tarama
programı nedeni ile Diğer.....
14. MMG kaç yaşında çektirdiniz? 35 yaşında 40 yaşında 50 yaşında diğer.....
15. MMG sonucunuz ?
16. Herhangi bir problem yok ise, ilk, rutin MMG kaç yaşında çekilmeye başlanabilir?
 20 yaşında 40 yaşında 50 yaşında 60 yaşında Bilmiyorum
17. MMG amacı erken teşhistir Doğru Yanlış
18. MMG ile 0.5cm büyüklüğündeki bir kitle belirlenebilir Doğru Yanlış
19. Amerika Kanser Birliğine göre bir kadın KMM yaptırmaya ne zaman başlamalıdır.
 20-40 yas arasında 3 yılda bir 40 yasından sonra yılda bir Diğer (lütfen yazınız).....
20. Memedeki kitlenin kanser olup olmadığını kesinleştirmek için mutlaka biyopsi gereklidir.
 Doğru Yanlış



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Hemşirelerin Meme Kanseri ve Tarama Davranışlarına İlgilin Bilgilerinin Belirlenmesi

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞTIRU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.351018
Konu : Rukiye SOYAK Uygulama İzni

26/12/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/12/2018 tarihli ve 349496 sayılı yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Rukiye SOYAK'ın "*Hemşirelerin Meme Kanseri ve Tarama Davranışlarına İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi*" konulu yüksek lisans tez çalışmasının anketlerinin 10.01.2019-30.06.2019 tarihleri arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma ve Uygulama Hastanemiz hemşirelerine yapılması isteğiniz değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ
Başhekim

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon : 0 346 2381326 Belgegeçer : 0 346 238 0024
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ : www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Elif KILIÇ
Uzman : Şirah İLÇİ

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Rukiye SOYAK

Doğum Yeri:Elazığ

Doğum Tarihi: 27.12.1990

Medeni Hali:Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Atatürk Kız Anadolu Lisesi/2005-2009

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi /Hemşirelik /2010-2014

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi /Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği /2015-2019

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi /Koroner Yoğun Bakım /2014

Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi/Dahiliye Yoğun Bakım /2014-2015

Kahramanmaraş Afşin Devlet Hastanesi / Acil Servis/2015-2019

Malatya Doğanşehir Esra Köse Başaran /Acil Servis/2019-.....

E-posta: rukiyesoyak571@gmail.com