

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**MEME KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK EĞİTİM
VERİLEN KADINLARDA KENDİ KENDİNE MEME
MUAYENESİ (KKMM) YAPMA DAVRANIŞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZLEM KERSU

TEZ DANIŞMANI

DOÇ.DR.NEDİME KÖŞGEROĞLU

ESKİŞEHİR-2010

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**MEME KANSERİNİN ERKEN TANISINA YÖNELİK EĞİTİM
VERİLEN KADINLARDA KENDİ KENDİNE MEME
MUAYENESİ (KKMM) YAPMA DAVRANIŞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem KERSU

TEZ DANIŞMANI

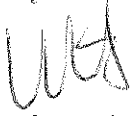
Doç.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU

KABUL VE ONAY SAYFASI

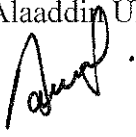
Özlem KERSU Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Eğitim Verilen Kadınlarda KKMM Yapma Davranışının Değerlendirilmesi**” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

07.10.2010

Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
JÜRİ BAŞKANI



Prof.Dr.Alaaddin ÜNSAL
ÜYE



Doç.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU
ÜYE



Doç.Dr.Didem ARSLANTAŞ
ÜYE



Yrd.Doç.Dr. F.Deniz SAYINER
ÜYE



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 19.10.2010..... tarih ve 846/3930..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof.Dr.Ferruh YÜCEL
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

ÖZET

Meme Kanserinin Erken Tanısına (MKET) Yönelik Eğitim Verilen Kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Yapma Davranışının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışma 20 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri erken tanısı (MKET) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamasına yönelik demonstrasyon yöntemiyle verilen eğitimin, kadınlarda MKET'na yönelik KKMM konusundaki bilgi düzeyine ve KKMM uygulama davranışına etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı-müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmamız Eylül 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında Eskişehir 75. Yıl mahallesinde yürütülmüştür. Bu tarihler arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan 1000 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Kadınlar en az 15 en fazla 20 kişilik gruplara ayrılarak MKET ve KKMM uygulamalarını içeren eğitim verilmiştir. Verilerin toplanmasında üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümde sosyodemografik özellikleri ve MK risk faktörlerine sahip olma durumlarını belirleyen sorular, ikinci bölümde KKMM bilgi düzeyini belirleyen sorular, üçüncü bölümde KKMM uygulama durumunu belirleyen sorular yer almıştır. Anket formu hem eğitimden önce hem de eğitimden sonra tüm çalışma grubuna uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programından yararlanılarak t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaşları 20-78 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 42.04 ± 10.84 bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %5.9'unun okur yazar olmadığı, büyük çoğunluğunun (%67.6) ilköğretim mezunu olduğu, %84.1'inin ev hanımı olup herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Kadınların medeni durumlarına bakıldığında ise %90.2'si evli olduğu belirlendi. Kadınların %2.4'ünde daha önce tanı konmuş benign veya malign bir meme hastalığı olduğu ve %2.2'sinin de ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitimden sonra KKMM bilgi puan ortalamaları (BPO) ve uygulama puan ortalamaları (UPO) arasında önemli fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). 50-59 yaş grubunda olan, ilköğretim mezunu olan, ev hanımı olan, evli olan, gelir durumu orta düzeyde olan, sağlık

güvencesi olmayan ve ailesinde meme kanseri olmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Sonuç: MKET'sı ve KKMM'ne yönelik kadınlara sürekli eğitim verilmesi hem MK erken tanılanmasını hem de MK'den ölüm oranlarını azaltmasını sağlayacağından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, KKMM , bilgi, kadın

ABSTRACT

Evaluations of Breast Self-Examination (BSE) Behavior on Women Whom are Informed About Early Diagnosis of Breast Cancer (EDBC)

Objective: This research has been done as a descriptive-intervention study over 19 years old women to determine the effect of information, early diagnosis of breast cancer (EDBC) and breast self-examination (BSE) training given with the demonstration method, over information level on women about BSE due to EDBC and practice behavior of women about BSE.

Materials and Method: The research has been done between September 2008 and June 2009 in Eskişehir 75. Yıl neighborhood. One thousand volunteered women formed the research group during this process. Those women separated into groups of 15 to 20 people and they were informed about both BSE and EDBC headings. Data has been collected by a questionnaire form that consists of three parts. The first part of the questionnaire includes sociodemographic and questions which identify BC risk factors, the second part covers the questions which identify information level about BSE and the third part contains the questions about practice level of BSE. The questionnaire was applied to the whole research groups before and after they got informed. T test was used for evaluation of the data by the help of SPSS program.

Results: The women's ages in research change from 20 to 78 and their average calculated as 42.04 ± 10.84 . According to the survey it is seen that, 5.9 percent of women are illiterate, most of them (67.6 percent) are graduated from primary school and 84.1 percent of women are non-worker, housewife. In addition, 90.2 percent of women are married. Moreover, it is found that 2.4 percent of women had a breast disease that is diagnosed as benign or malign before and 2.2 percent of women had a breast cancer story in her family. Thus, significant differences are determined between BSE information score averages and practice score averages just before or after the enlightenment ($P < 0.001$). Remarkable differences are observed between information score averages and practice score averages just before or after the enlightenment for women who are 50 to 59 years old, graduated from primary school, housewife, married,

middle-income citizen, without health insurance and without any breast cancer in her family ($P < 0.001$).

Conclusion: It is essential to inform women about BSE and early diagnosis of BC to diagnose the BC early and to decrease the death ratios due to BC.

Key Words: Breast cancer, breast self-examination, information, woman

İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay sayfası.....	iv
Özet.....	v
Abstract.....	vii
İçindekiler.....	ix
Çizelge dizini.....	xi
Tablo dizini.....	xii
Sekil dizini.....	xiii
Simge ve kısaltmalar dizini.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Memenin Anatomisi.....	4
2.2. Memenin Fizyolojisi.....	5
2.3. Meme Kanseri (MK) Nedir?	7
2.4. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	7
2.5. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	8
2.6. Meme Kanseri Belirtileri.....	13
2.7. Meme Kanseri Tanı Yöntemleri.....	17
2.7.1. Klinik Meme Muayenesi(KMM).....	18
2.7.2. Mamografi.....	18
2.7.3.Ultrasonografi.....	19
2.7.4. Manyetik Rezonans.....	20
2.7.5. Biyopsi.....	20
2.7.6. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	21
2.7.6.1. KKMM Doğru uygulama Basamakları.....	24
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	
3.1. Arştırmanın Tipi.....	25
3.2. Arştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Arştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	26
3.4. Verilerin Toplanması.....	26

3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	26
3.4.2. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Anket Formlarının Uygulanması.....	27
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
Kaynaklar dizini.....	59
EKLER	
EK-1(Anket Formu)	67
EK-2(Meme Kanseri Tarama Projesi Protokol Yazısı)	70
EK-3(Yazılı Onay Formu).....	72
EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları).....	73
Özgeçmiş.....	83

ÇİZELGE DİZİNİ

Çizelge 1: Sağlık bakanlığı 2005 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda görülen ilk on kanser türü.....8

Çizelge 2. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi.....17

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri.....	30
Tablo 2: Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Yönelik Durumlarının Dağılımı.....	32
Tablo 3: Kadınların Eğitimden Önce ve Eğitimden Sonra Bilgi Puan ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4: Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 5. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Memenin Anatomisi.....	4
Şekil 2: Memenin Gelişimi.....	6
Şekil 3: Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı.....	7
Şekil 4: Meme Kanserinde Oluşan Meme Başı Akıntısı.....	14
Şekil 5: Meme Kanserinde Gözlenen Meme Başı Değişiklikleri.....	14
Şekil 6: Meme Derisinin İçe Doğru Çökmesi	15
Şekil 7: Memede Portakal Kabuğu Görünümü.....	15
Şekil 8: Koltuk Altı Lenf Nodları.....	16
Şekil 9: Klinik Meme Muayenesi.....	18
Şekil 10: Mamografi Çekimi.....	19
Şekil 11: Meme Ultrasonu Çekimi.....	19
Şekil 12: MR Tekniği ile Memenin Görüntülenmesi.....	20
Şekil 13: Meme Dokusundan Biyopsi ile Parça Alınması.....	20
Şekil 14: Ayna Karşısında İki El Yanlara Sarkık Şekilde Memelerin Gözle Değerlendirilmesi.....	22

Şekil 15: Ayna Karşısında Eller Belde; Öne, Arkaya, Sağa ve Sola Eğilerek Memelerin Gözle Değerlendirilmesi.....	22
Şekil 16: Memenin Yatay ve Dikey Hareketlerle Muayenesi.....	22
Şekil 17: Memenin Dairesel Hareketlerle Muayenesi.....	22
Şekil 18: Memelerin Ayakta El İle Muayenesi.....	23
Şekil 19: Memelerin Yatarak El İle Muayenesi.....	23

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACS: American Cancer Society(Amerikan Kanser Birliği)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BPO: Bilgi Puan Ortalaması

BRCA₁: Breast Cancer 1 (Meme Kanseri 1 geni)

BRCA₂: Breast Cancer 2 (Meme Kanseri 2 geni)

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HRT: Hormonal Replacement Therapy (Hormon Replasman Tedavisi)

KETEM:Kanser Erken Teşhis ve Tarama ve Eğitim Merkezlerinde

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

MK: Meme Kanseri

MKET: Meme Kanseri Erken Tanısı

MR: Manyetik Rezonans

NCI:National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)

SSUK:Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

USG: Ultrasonografi

UPO: Uygulama Puan Ortalaması

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri (MK) kadınlar arasında tüm kanser olguları içinde % 27.0'lik oranla en yaygın görülen kanser türüdür ve yine kadınlarda, kanser nedeniyle oluşan ölümlerin % 15.0'inden MK'i sorumludur (8, 54). Ancak bu oranlar, ülkelerin coğrafi konumlarına ve gelişmişlik düzeylerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle MK görülme sıklığı ve mortalite oranları tüm dünya ülkelerinde farklılık göstermektedir. MK, Hawaii, Kaliforniya, Kanada'da yılda yüz binde 80 ila 90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken aynı değer, Japonya'da sadece yüz binde 12 ila 15 arasında değişmektedir (98). Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre MK mortalite oranı ise; gelişmiş ülkelerde %30.0 (190,000 ölüm / 636,000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise %43.0 (221,000 ölüm / 514,000 olgu) olduğunu bildirmektedir (77).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2009 yılında her dört ölümden birinin kanser kaynaklı olduğu, her yıl ortaya çıkan 1,479,350 yeni kanser vakasının ise 192,370'inin MK kaynaklı olduğu belirtilmektedir (54). Ülkemizde kadınlarda MK insidansı 1998 yılında %23.1, 1999 yılında %24.1, 2000 yılında %24.9 olarak bildirilmiş, gelişmiş bir ülke olan ABD'nde MK insidansı ise 2000 yılında yüzbinde 123.6 olarak bildirilmiştir (7, 8, 115).

Dünya'da MK sıklığı 1990 yılından itibaren her yıl %0.5 oranında artış göstermektedir (77). Bu artış özellikle orta ve alt gelir düzeyli ülkelerde %25.0'e kadar çıkabilmekte ve mortalite oranının da arttığı belirtilmektedir. Öte yandan ABD gibi gelişmiş ülkelerde son 25 yıl içinde MK mortalite oranında %50.0 azalma olduğu, bunun nedeninin de MK erken tanılanmasına yönelik tarama programlarının başlatılmasına bağlı olduğu belirtilmektedir (77). Çünkü MK metastaz gelişimine neden olduğundan sistemik bir hastalıktır. Ancak sistemik hastalığın belirgin duruma gelmesi için, tümör çapının bir cm'den büyük olması ve aksiller lenf nodu metastazının olması gerekir. Genel kural olarak, küçük tümörlerin saptanması, metastatik hastalığın görülme sıklığını azaltır. Dolayısıyla hastaliksız sağ kalım ve genel yaşamda kalma süresi uzar. Bu da ancak erken tanıyla mümkündür (13).

MK'li hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83.0 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53.0 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama, erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (113).

MK erken tanısında kullanılan yöntemler ise, her ay düzenli olarak yapılan kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 40 yaş sonrası yılda bir kez yaptırılan klinik meme muayenesi (KMM) ve 40-50 yaş arası en az bir kez kontrol mamografi çektilmesi, 50 yaş ve üzeri yüksek riskli grupta olmayan kadınlarda ise iki yılda bir kontrol mamografi çektilmesini içerir (7, 9, 114).

Greenwald ve ark. (1978) MK'nin %27.0'sinin KKMM ile, %37.7'sinin KMM ile, %53.8'inin ise tesadüfen tanılanabildiği belirtilmektedirler (42). Bazı araştırmalarda KKMM'nin MK erken tanısındaki etkinliği tartışılmaktadır (48, 73, 94). Öte yandan KKMM uygulamaları ve önemine ilişkin çalışmalar 1933 yılında Adair (1), 1952 yılında ise Haagensen (47) tarafından belirtilmiş, ancak 1970 yılına kadar KKMM'inin etkinliğine yönelik çalışmalar yayınlanmamıştır. 1970'li yıllardan günümüze kadar yapılan çalışmalar MK'nin erken tanılanmasında KKMM'inin önemini göstermektedir (38, 48, 51, 64, 95). Harvey ve ark. (1997) KKMM uygulaması ile MK'den ölüm riski sıklığını araştırdıkları çalışmalarında KKMM uygulaması ile MK'den ölüm riskinin azaltılabileceğini belirtmişlerdir (51). Fosters ve Costanza'nın (1984) yeni MK tanısı almış 1004 kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında da KKMM uygulayan kadınların %14'ünün, KKMM uygulamayan kadınların ise %26'sının öldüğünü belirtmişlerdir (38). Bu nedenle kadınlar MK risk faktörleri ve belirtileri, MK'i erken tanı yöntemleri ve KKMM'nin ne zaman, nasıl yapıldığı konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.

Bireylerin sağlıklı yaşamı için yapılacak en önemli girişim olumlu yönde davranış değişikliği oluşturmaktır ve bu davranış değişikliği de bireylere farkındalık oluşturulmasına yönelik eğitimlerin verilmesi, eğitimlerin davranışa dönüşmesi noktasında desteklenmesi ile sağlanabilir. Klinik bakımın yanı sıra araştırmacı, danışman, koruyucu ve eğitici rolleri de olan hemşirelere toplumun eğitilmesi ve farkındalık düzeyinin artırılmasında önemli görevler düşmektedir. Arslan'ın (2007) kadınlara KKMM konusunda verilen eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla yaptığı

çalışmasında hemşirelerin verdiği eğitimin kadınlar tarafından daha çok tercih edildiği ve bunun nedenlerinin ise, kadınların (%52.0) hemcinsleri olarak daha rahat soru sormalarından ve (%64.5) birebir eğitim olanağı sağlamasından kaynaklandığı belirlenmiştir (10). Bu bulgular hemşirenin kadın sağlığının korunması ve sürdürülmesindeki eğitici rolünü göstermesi açısından önemlidir.

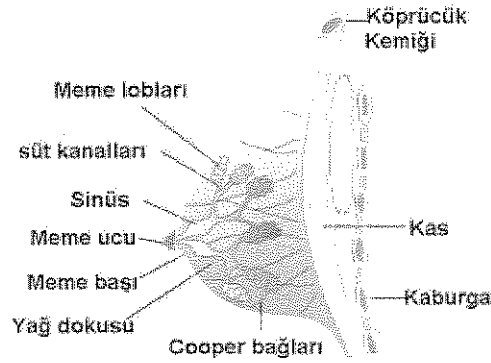
Bu çalışmada amaç ;

- kadınların KKMM konusunda bilgi düzeylerini belirlemek,
- KKMM'nin önemini ve nasıl yapıldığı konusunda kadınları bilgilendirmek,
- kadınlara KKMM'nin düzenli ve sürekli yapılmasının önemini kavratmak,
- kadınların KKMM'ni doğru yapmalarını sağlamak,
- KKMM bilgi ve uygulamasında eğitimin etkinliğini göstermektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Memenin Anatomisi:

Meme göğsün ön duvarında ikinci ve altıncı interkostal aralıklar arasında, kendisini çevreleyen deri ile pektoralis majör kası ve bu kasın fasyası arasında yerleşmiştir. Olgun meme dokusu alveoller, kanallar ile bunların destek dokusundan oluşur. Meme dokusu 15-20 lobülden oluşan loblara ayrılır ve her bir lobda süt kanalları, meme başına doğru süt sinüsleri şeklinde uzanır (85, 90).



Şekil 1. Memenin anatomisi

Meme başı çevresi areola adı verilen yaklaşık beş santimetre çapında genç kızlarda pembemsi gebelikte koyu kahve renkte olan kasılmayı kolaylaştıran bir cilt bölümü ile çevrilidir. Meme başı ve areolada yer alan küçük kabarcık şeklindeki yapılara montgomery tüberkülleri denir. Meme loblarının çevresinde yağ tabakasından yüzeysel fasyaya ve derinin dermal tabakasına uzanan fibröz septumlar mevcuttur. Cooper bağı adı verilen bu asıcı bağlar memenin hareketli olmasını sağlar (Şekil 1) (82).

Memeler nulliparlarda konik biçimde, multiparlarda nisbeten daha sarkıktırlar. Erişkin bir kadında memenin boyutları, dolgunluğu ve nodüleritesi kişinin şişmanlığına bağlı olarak değişir. Memelerde çok miktarda yağ dokusu bulunduğundan, şişmanlarda memeler daha büyük ve dolgundurlar (85).

Meme arteria axillaris, arteria thoracica ve arteria intercostalis'lerin torakal dallarından beslenir. Ayrıca arteria memenin beslenmesi için arteria thoracica lateralis'ten de dallar gelir (4, 46, 85).

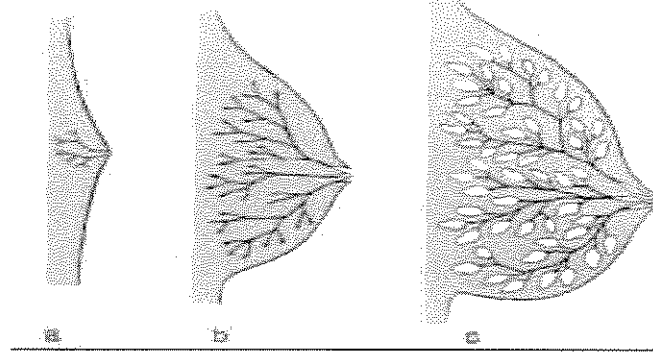
Yüzeyel deri altı venleri ve derin venler memenin ven sistemini oluşturmaktadır. Vena mammaria interna memenin derin venlerinin en büyüğüdür ve akciğerlere olan metastaz yollarından birini oluşturur. Vena aksillaris memenin derin venlerinden birini oluşturur ve akciğerlere olan metastazın ikinci yoludur. Derin venler içinde yer alan interkostal venler de akciğere metastaz yolu oluştururlar (4, 46).

Meme başı ve areolanın dermisinde çok sayıda çok dallı serbest sinir uçları bulunur. Nervus supraclavicularis'ten gelen ön dallar ile memenin üst bölümü innerve olur. Memenin alt bölümünü ise interkostal sinirlerin lateral ve anterior dalları innerve eder (46, 85).

Meme çok sayıda lenfatik damara sahip olup kan damarlarına paralel olarak uzanır ve ilgili lenf nodüllerine ulaşır. Memenin her bölgesinden hem aksillaya hem de internal mammariaya lenf akımı olabilir. Bu lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mammaria lenf nodüllerine olur. Aksillar lenf nodu sistemi çoğu mikroskopik çapta 30 ila 50 adet lenf nodüllerinden oluşmaktadır (85).

2.2.Memenin Fizyolojisi:

Memeler intrauterin hayatın beşinci haftası sonları ile altıncı haftanın başlarında embriyonun ön yüzünde iki çizgi şeklinde ektodermal kalınlaşma şeklinde belirir. Embriyo 9mm olunca belirgin duruma gelen bu kabarıklığa süt çizgisi denir. Bu kabarıklık ve kalınlaşma başta disk şeklinde iken embriyonun gelişimi ile giderek küre biçimini alır ve lobüller oluşmaya başlar. Fetusun gelişiminin 32-40 haftalarında meme dokusunda üç-dört kat artış meydana gelir, lobüller gelişir, areola pigmente olur. İntrauterin hayatta gelişmeye devam eden memeler doğumdan kısa bir süre sonra meme başı ve areola belirginleşmeye başlar (Şekil 2) (29, 86).



Şekil 2. Memenin gelişimi

Kızlarda on ve onbeşinci yaşlar arasında hipotalamus kökenli gonodotropik salgılatıcı hormonların etkisiyle pubertenin başlamasıyla areola koyulaşır ve memeler kabarmaya başlar (85).

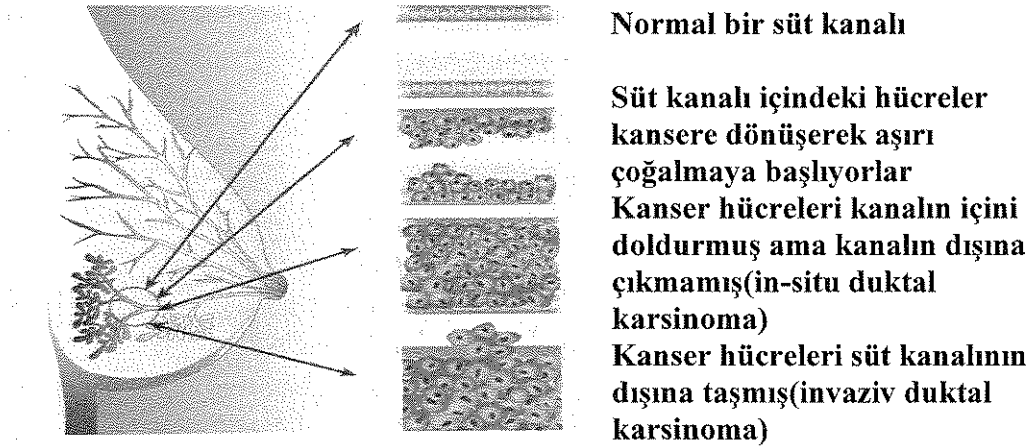
Menstruel siklus süresince seks hormonları düzeyinde olan değişiklikler memenin morfolojisini etkiler. Östrojen salgılanmasındaki artış meme kan akımını ve meme volümünü artırır, interlobüler ödem oluşur (85).

Gebelikte memelerde değişiklikler hemen gözlenir. Prolaktin hormonunun etkisi ile memeler daha dolgun ve sert olur, meme başı irileşir, dikleşir ve memeler gittikçe büyür. Gebelikten sonra memelerin yoğunluğu azalır ve biraz gevşerler. Emzirme döneminin bitmesinden sonra memeler hemen hemen gebelik öncesi büyüklüklerine geri dönerler (85).

Menapozdan sonra da memelerin yoğunluğu, lobüllerin sayısı ve büyüklüğü ile birlikte azalır (4).

2.3.Meme Kanseri (MK) Nedir?

Meme süt bezleri, ve burada üretilen sütü meme başına taşıyan kanallardan oluşur. Bu süt bezleri ve kanalları döşeyen hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine giderek çoğalmaya devam etmelerine MK denir (4).



Şekil 3. Meme kanseri gelişimi ve yayılımı

Meme kanserlerinin %80 kadarı süt kanallarından(duktus) kaynaklanır ve duktal karsinoma (duktal tümör) olarak adlandırılır. İn situ duktal karsinoma henüz başlangıç halinde kanserdir ve MK'nin %10'unu oluşturur. Duktus duvarını delip dışarı çıkan kanser invazive duktal karsinomadır ve MK'nin %80'ini oluşturur. Süt yapan lobüllerde in situ lobüler karsinoma görülür bu tümör kanser değildir. Ancak zamanla %25'i kanserleşebilir (Şekil 3) (4, 17).

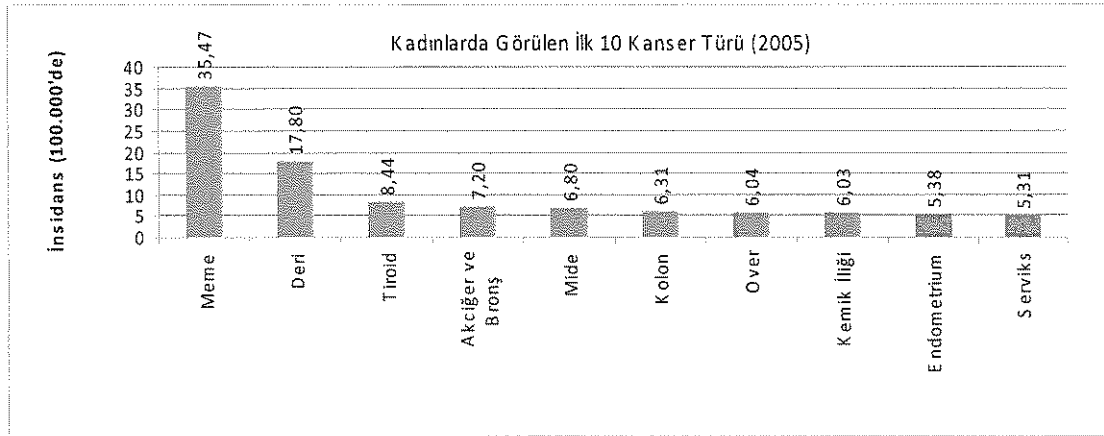
2.4.Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada 2009 yılında 192,370 yeni meme kanseri vakası tespit edilmiş yine 2009 yılında yaklaşık 40,170 kadın MK'den hayatını kaybettiği bildirilmiştir (7).

Sağlık Bakanlığı'nın sekiz ilde nüfus tabanlı kanser kayıt sistemi sonuçlarına göre 2004-2006 yılları arasında toplam 6597 yeni MK kanseri vakası tespit edildiği ve

kanserin yerleşim yerine bakıldığında ise %47.2 oran ile memenin ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (113).

Sağlık Bakanlığı 2005 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda görülen ilk on kanser türüne bakıldığında MK’nin ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir (Çizelge 1) (113).



Çizelge 1. Sağlık bakanlığı 2005 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda görülen ilk on kanser türü (<http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=11>)

2.5.Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

➤ **Cinsiyet:** MK ender olarak erkeklerde de görülür. Klinikte her 100-200 kadın MK’ne karşılık, bir erkek MK ile karşılaşılır (13). ABD’de 2008 yılında 184,450 MK vakasının 1,990 ‘ı erkeklerde saptanmıştır (8). Haydaroğlu ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmalarında MK tanısı alan 3897 olgunun 3831’i (%98.3) kadın ve 66’sı (%1.7) erkektir (52).

➤ **Yaş:** MK insidansı ve ölüm oranları genellikle yaş ile birlikte artar. ABD’de 2000-2004 yılları 40 yaş üstü kadınların %95’inde MK ve %97’inde MK nedenli ölüm olayı saptanmıştır. Yine aynı yıllar arasında ABD’de 20-24 yaş arası kadınlarda MK

insidansı 1.4/100,000 iken 75-79 yaş arası kadınlarda MK insidansı 464.8/100,000 olarak bulunmuştur (7).

➤ **İrk:** MK beyaz ırktaki kadınlarda diğer ırk ve etnik gruptaki kadınlara göre daha çok görülmektedir (40). ABD'de 2001-2005 yılları arasında ırk ve etnik gruplara göre kadınlarda MK insidansı beyaz ırkta 130.6/100,000, Afrika kökenli kadınlarda 117.5/100,000, Hindistan kökenli kadınlarda 75/100,000 olarak saptanmıştır (54).

➤ **Kişisel meme kanseri öyküsü:** Daha önce MK geçiren kadınların diğer memelerinde MK gelişme riski MK geçirmemiş kadınlara oranla 4 kat daha fazladır (98). Ayrıca benign meme hastalıkları MK gelişiminde önemli risk faktörlerindedir. Hartmann ve ark. (2005) 9087 benign meme hastalığı tanısı almış kadında yapmış oldukları bir çalışmalarında kadınların %67'sinde nonproliferative lezyonlar, %30'unda atipik lezyonlar ve %4'ünde atipik hiperplazi saptamışlardır (50). Aslan ve Gürkan'nın (2007) 1085 kadında MK riskini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları ve ortalama risk puanınının 301 ve 400 puan aralığında yüksek riskli kabul edildiği çalışmalarında kişisel MK öyküsü bulunmayan kadınların ortalama risk puanı 153.52 ± 41.52 olarak, kişisel MK öyküsü bulunan kadınların ortalama risk puanı ise 395.00 ± 0.00 olarak belirlenmiştir (11).

➤ **Ailede meme kanseri hikayesi:** Kadının birinci dereceden yakın akrabasında (anne, annecanne, teyze ya da kız kardeş) MK var ise ailesinde MK öyküsü olmayan kadına göre MK riski yaklaşık iki kat artar (7). Sattin ve ark. (1998) 20-54 yaş arası 4735 kadında ailesel MK riski artırıp artırmadığını araştırmak için yaptıkları çalışmalarında ailede MK olmayan ve birinci derece akrabasında MK olan kadınlar karşılaştırıldığında rölatif riski 2.3 (%95 güvenilirlik, limit:1.9-2.7); ailede MK olmayan ikinci derece yakın akrabasında MK olan kadınlar karşılaştırıldığında rölatif riski 1.5 (%95 güvenilirlik, limit:1.4-1.8); birinci derece ve ikinci derece yakın akrabalarında MK olan kadınlar karşılaştırıldığında rölatif riski 2.2 (%95 güvenilirlikle, limit:1.5-3.3) bulunmuştur (84).

➤ **Doğurganlık süresi:** Erken yaşta adet görme ve geç yaşta girilen menopoz MK gelişme riskini arttırmaktadır (58). 16 yaşından iki ya da beş yıl önce adet görenler 16

yaşında adet görenlere göre MK yakalanma riskleri %10 ile %30 oranında artar (101). Aktif adet dönemi 40 yıl veya daha fazla sürenlerin MK'ne yakalanma riski aktif adet dönemi 30 yıl ve daha az olan kadınlara göre iki kat daha fazladır (8, 98).

➤ **Doğurganlık öyküsü:** Genç yaşta özellikle 20 yaşından önce hamile kalmak olası MK riskini azaltmaktadır. İlk gebelik ile vücuttaki prolaktin düzeyi düşük kalmaktadır. Doğum yapmış kadınların doğum yapmamış kadınlara oranla prolaktin düzeylerinin daha düşük olduğu bu düşük prolaktin düzeyinin de MK açısından koruyucu etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (98). Ayrıca Vogel'ın (2002) çalışmasında ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurmamanın ve hiç çocuk doğurmanın MK riskini yaklaşık iki kat artırdığı belirtilmiştir (101).

➤ **Emzirme öyküsü:** Emzirme ve MK arasındaki ilişki netleşmemiştir ancak emzirme ile MK riskinin azaldığına dair bulgular mevcuttur (39, 58, 103). Buna yönelik Zheng ve ark. (2000) emzirme ile MK riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlı Çin'de 404 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında emzirme süresi arttıkça MK riskinin azaldığı saptanmıştır (103). Furberg ve ark.(1999) yapmış oldukları çalışmalarında da emzirme öyküsünün (süresi ya da zamanına bakılmaksızın) MK riskini azalttığı belirlenmiştir (39).

➤ **Şişmanlık:** Östrojen meme dokusundaki neoplastik hücrelerin büyümelerine, bölünmelerine ve çoğalmalarına etki eder. Menopoz sonrası dönemde yağ dokusu fazla olan kadınlarda östrojen bu yağ dokusunda birikmekte, endojen östrojen üretimini artmaktadır. Menopoz sonrası artan yağ dokusu östrojenin ana kaynağı olarak işlev görür ve meme dokusunda yüksek düzeyde östrojen metabolize olur. Artan östrojen düzeyi ile de meme üzerine neoplazm uyarıcı etkisi meydana gelmektedir (98). Tieman'ın (2003) çalışmasında şişmanlığın, özellikle 50 yaş üzerindeki kadınlarda MK yakalanma riskini artırdığı saptanmıştır (95).

MK ile obezite arasındaki bir diğer ilişki de, obez olanlarda tümörün daha geç aşamada fark edilmesidir. Bunda da beden kitle indeksindeki (BKİ) yüksekliğin önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (106). BKİ vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölünerek elde edilir. BKİ 30'un üzerinde olanlar şişman (obez) olarak

tanımlanmaktadır (106). Brandt ve ark. (2000) yapmış oldukları çalışmalarında menopoz sonrası kadınlarda BKİ 20'nin altında olan kadınların meme kanseri rölatif riski 1 iken BKİ 28 ve üzerinde olan kadınların rölatif riski 1.26 olarak bulunmuştur (18). Morimoto ve ark. (2002) çalışmalarında menopoz sonrası BKİ 22'nin altında olanların rölatif riski 1 iken BKİ 31'in üzerinde olan kadınların rölatif riski 2.52 olarak bulunmuştur (70).

➤ **Alkol ve sigara:** Araştırmacılar kadınlardaki MK ve alkol tüketimi arasında zayıf bir ilişki olduğunu açıklamışlardır. Çok fazla alkollü içecek (yaklaşık günde 2 ile 5 bardak) tüketen kadınların MK yakalanma riski hiç alkol tüketmeyen kadınlara oranla %40 daha fazla olduğunu söylemektedirler (108). Warner ve ark. (2001) alkol kullanımı ile invaziv MK riski arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlı yapmış oldukları çalışmalarında sürekli alkol alımının MK riskini artırdığını belirtmektedirler (104).

Sigara kullanımı ile MK arasındaki ilişki yıllardır tartışma konusu olsa da uzun süreli sigara kullanımının ve pasif içiciliğin MK riskini artırabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur (14, 59, 66, 69, 93).

➤ **Genetik:** MK olgularının %5-10'unda otozomal dominant bir kalıtımın olduğu bilinmektedir. Bu kalıtım kansere yatkınlık şeklinde anne ve babadan çocuklara geçmektedir ve geçiş riski %50'dir. Kalıtsal MK'nde otozomal dominant karakterli kalıttan sorumlu olan BRCA₁ ve BRCA₂ gen mutasyonlarıdır (57).

MK'li hasta ve hasta yakınları üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda MK'nin %80-85'inin BRCA₁ gen mutasyonlarından kaynaklandığı gösterilmiştir. BRCA₂ gen mutasyonlarının özellikle erkek MK'nde etkili olduğu bilinmektedir. Gerek BRCA₁ geni gerekse BRCA₂ gen mutasyonu taşıyan kadınlarda yaşam boyu MK gelişme riski %85-90'lara kadar çıkmaktadır (57).

➤ **Oral kontraseptifler:** Gebeliği önlemek amaçlı kullanılan oral kontraseptifler etki mekanizmalarını hipofizer gonadotropin salgılanmasını baskılayıp, ovulasyonu geçici önleyerek gösterirler. Oral kontraseptiflerin içinde değişik oranlarda östrojen ve progesteron mevcuttur. İlk kez 1956 yılında Porto Riko'da denenmiş ve çok etkili olduğu görülerek 1956'dan günümüze yaygın olarak kullanılmaktadır (90). Östrojenin

meme dokusu üzerindeki etkileri nedeniyle değişik oranlarda östrojen içeren bu oral kontraseptiflerin kullanımı ile MK arasındaki ilişki yapılan çalışmalarda tartışma konusu olmaktadır (19, 45, 74, 81, 96, 98) .

1980-1982 yılları arasında CDC (Centers for Disease Control) ve NICHD (National Institute of Child Health and Human Development) tarafından yürütölen CASH (Cancer and Steroid Hormone) çalışması sonucuna göre MK kanseri ile oral kontraseptiflerin kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır (74). Tomasson ve ark. (1996) yaptıkları çalışmalarında da oral kontraseptif kullanımı ve MK arasında bir ilişki saptanmamıştır (96).

Öte yandan literatürde oral kontraseptif kullanan kadınlarda, hiç kullanmayanlara göre oral kontraseptif kullanımının her yılı için meme kanseri riskinin %3.8 arttığı bildirilmektedir (98). Gürbay ve ark. (1997) çalışmalarında üretken çağın (25-39 yaş) ortasında oral kontraseptif kullanılmasının MK riskini artırmadığını, ancak üretken çağın erken ve geç dönemlerinde kullanıldığında MK riskini artırdığı saptanmıştır (45). Ayrıca 25 ülkede yapılan MK ve hormonal kontraseptif arasındaki ilişkinin araştırıldığı 54 farklı çalışmanın tekrar analizinin yapıldığı bir araştırmada kombine oral kontraseptifi halen kullanan ve 10 yıldan beri kullanmakta olan kadınlarda MK riskinde göreceli olarak küçük bir artış görölmüştür (19). Kanada'da 40-69 yaş grubunda olan, 5 yıl ve daha az oral kontraseptif kullanan kadınlarda MK riskinin %50 oranında azaldığı saptanmıştır (81).

Ancak Magnusson ve ark. (1999) yaptıkları çalışmalarında oral kontraseptif kullanım öyküsünün MK riskinde olumlu ya da olumsuz herhangi bir etkisi gösterilmemiştir (65).

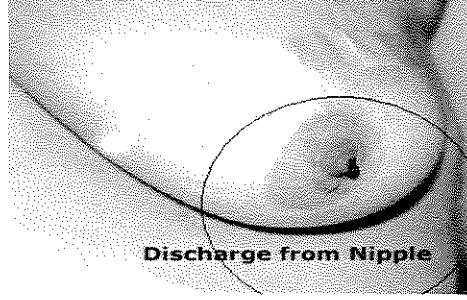
➤ **Hormon replasman tedavisi (HRT):** HRT ile MK arasındaki ilişki yıllardır tartışma konusudur. HRT, 5 yıldan kısa süreli kullanımlarda MK riskini arttırmamaktadır. 10 yıldan fazla kullanımlarda ise % 20-30'luk bir artış vardır (99). Literatürde hormon replasman tedavisi alan kadınların MK yakalanma riskini küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttırdığı belirtilmektedir (28).

Palmer ve ark. (1991) konjuge östrojen ile HRT'de MK riskinin 15 yıllık kullanımdan sonra artmaya başladığını, 5 yıldan az kullanımlarda rölatif riskin 0.7 olduğu ve 14 yıla kadar bu riskin değişmediğini bildirmişlerdir (78). Yang (1992) 5 yıldan az kullananlarda MK için rölatif riskin 0.8 olduğu ve 10 yılda uzun kullanımlarda bu riskin 1.6'ya yükseldiğini saptamışlar ve kısa süreli kullanımlarda HRT 'nin MK riskini artırmadığı sonucuna varmıştır (102). Colditz ve ark. (1995) yaptıkları çalışmalarında hormon tedavisini 5 ile 9 yıl arasında kullananlar için MK için rölatif riskin 1.46 olduğunu saptamışlardır (23).

2.6.Meme Kanseri Belirtileri:

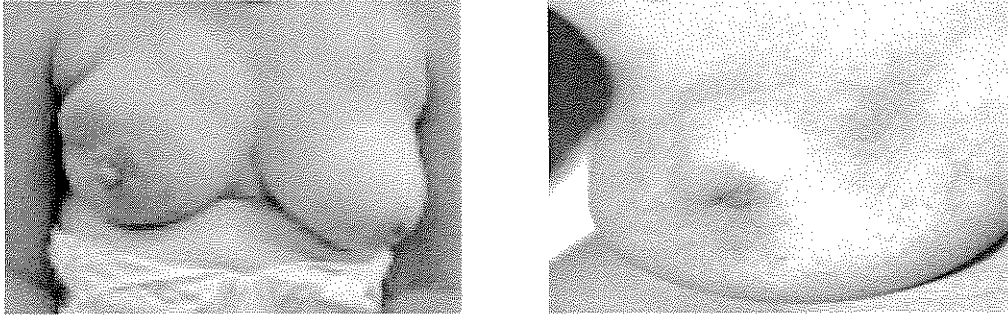
➤ **Kitle:** MK'li hastaların %80.0'i meme de bir kitle hissederek tesadüfen hastalığın farkına varırlar (2). Tümör dokusunun bir kitle olarak ele gelecek halde olması için ortalama 1 cm çapa ulaşması gerekir ve bunun için beş yıl kadar bir zamanın geçmesi gerekmektedir. Ancak hastalar MK'inde 2-3 cm çapa ulaştığı zaman hissedebilirler (4). MK en sık üst-dış kadranda (%39.5) görülür. Bunu sırasıyla santral bölge (%30.0), üst-iç kadran (%15.2), alt-dış kadran (%9.8) ve alt-iç kadran (%5.5) izler. Bu oranlar, değişik kadrandaki meme dokusu miktarı ile de ilişkilidir. Sol memede sağ memeden daha sık görülür. Aynı anda her iki memede birden görülmesi (%1.0-2.0) oldukça nadir ve bilateral MK görülme insidansı ise %7.0-8.0'dir (37).

➤ **Meme başı akıntısı:** MK'ni %10.0 olguda ilk bulgusu meme başı akıntısıdır. Malign meme başı akıntısı genellikle kanlı, kendiliğinden, tek taraflıdır (Şekil 4). Akıntının özelliği seröz, sero-sanginöz ya da kanlı oluşudur. Akıntı ile birlikte kitlenin de var oluşu MK'ni doğrulamaktadır (2, 58).



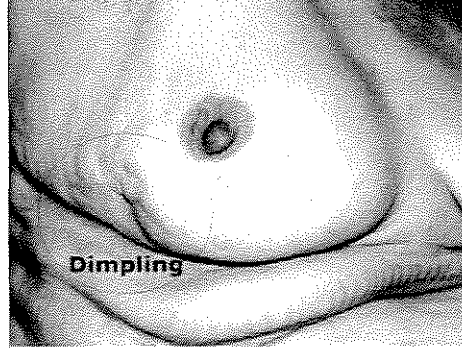
Şekil 4: Meme kanserinde oluşan meme başı akıntısı

➤ **Meme Başı Değişiklikleri:** Santrale yakın kitlenin meme başında içe çekilme yaratması izlenebilir. %2 olguda tek taraflı meme başında ülserasyon, erezyon görünümü ortaya çıkar (Şekil 5) (58).



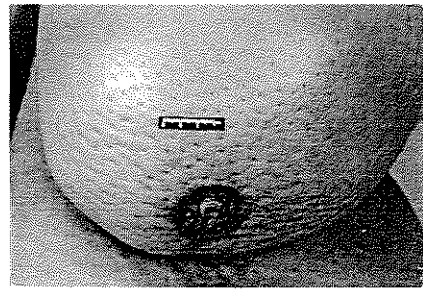
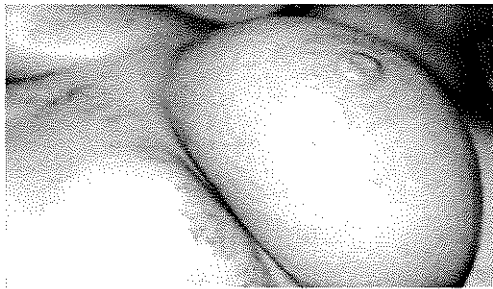
Şekil 5: Meme kanserinde gözlenen meme başı değişiklikleri

➤ **Meme derisinde değişiklikler:** Tümör kitlesinin deriye doğru büyüyerek deriye yapışması ve sonunda açılarak deride ülser oluşturması geçikmiş vakalarda görülür (Şekil 6). Bu ülserler enfeksiyona uğrayarak iltihaplanır. Ayrıca meme derisinde kızarıklık ve ödemde görülür (2).



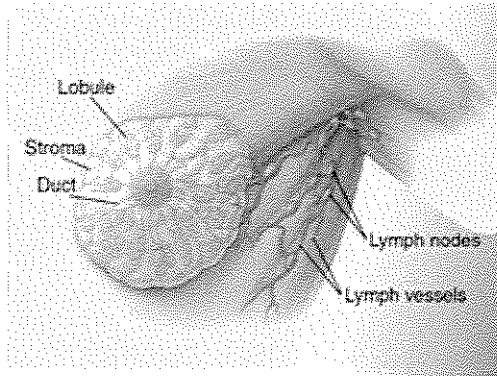
Şekil 6: Meme derisinin içe doğru çökmesi

➤ **Portakal kabuğu görünümü:** Kitlenin büyümesi sırasında cooper bağlarını gererek dermis kısmını içe doğru çeker ve memede portakal kabuğu görünümü ortaya çıkar (Şekil 7) (2).



Şekil 7: Memede portakal kabuğu görünümü

➤ **Komşu lenf nodlarında büyüme:** İleri evrelerde kanserin meme dışında başka organ ve dokulara sıçramasına metastaz yapma denir. Meme kanserinde kanser hücreleri lenfatik damarları işgal ederek lenfatik akımla bölgesel lenf nodlarına (şekil 8) doğru ilerler. Bölgesel lenf nodlarından birincisi ve meme lenfatığının büyük bölümünün döküldüğü koltuk altı (aksilla), ikincisi de mamma interna lenf nodülleridir. Bu lenf nodüllerinde kansere bağlı büyüme meydana gelir (82).



Şekil 8: Koltuk altı lenf nodları

➤ **Ağrı:** Meme kanserinde ağrı sık görülmez (4) ama yine de hastalar sıklıkla hekime meme ağrısı şikayeti ile başvururlar (58).

2.7.Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

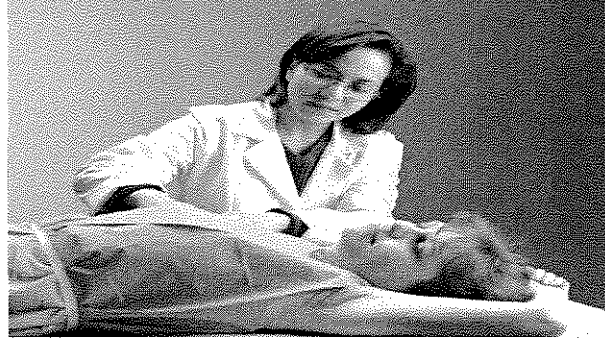
Meme kanserinin erken tanısında (MKET) kullanılan temel tanılama yöntemleri klinik meme muayenesi (KMM), kendi kendine meme muayenesi (KKMM), mamografi ve ultrasonografidir. Bu tanılama yöntemlerinin yanı sıra ileri tetkik için MR tekniği ile memeler görüntülenebilir ya da memelerden çeşitli yöntemlerle biyopsi alınabilir.

MKET için Amerikan Kanser Birliği; 20-39 yaş grubunda olan kadınların her ay KKMM'ni uygulamalarını ve üç yılda bir KMM'ni yaptırmalarını, 40-49 yaş grubunda olan kadınların her ay KKMM'ni uygulamalarını, her yıl KMM'ni yaptırmalarını ve bir kontrol mamografisi çektirmelerini, 50-59 yaş grubunda olan kadınların ise her ay KKMM 'ni uygulamalarını, her yıl KMM'ni yaptırmalarını ve iki yılda bir kontrol mamografisi çektirmelerini önermektedir (çizelge 2) (107).

Çizelge 2. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi (www.cancer.org/ American Cancer Society) (107)

YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1 kontrol mamografisi
50 yaş ve üzeri kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl 2 yılda bir

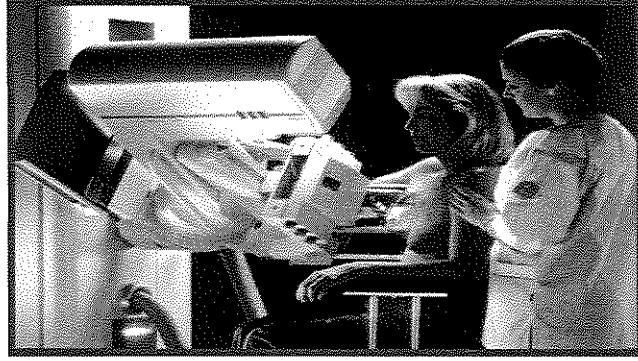
2.7.1.Klinik Meme Muayenesi (KMM): Hekim tarafından memelerin fizik muayenesinin yapılmasıdır (Şekil 9). MK'ni erken dönemde tanınmasının yanısıra diğer meme hastalıklarını tanınmasında da kullanılır (98). Humhery ve ark. (2002) yaptıkları araştırmalarında KMM duyarlılığını %40-%69 arasında saptamışlardır (53).



Şekil 9.Klinik meme muayenesi

Amerikan Kanser Birliği'nin önerdiği kanser tarama rehberi; 20 ve 30 yaş arası kadınların 3 yılda bir, 40 yaş üstü kadınların ise her yıl KMM yaptırmalarını öneriyor (107).

2.7.2. Mamografi: Memenin iki tabaka arasına sıkıştırılarak radyolojik olarak x ışını ile görüntüleme yöntemidir (Şekil 10) (105). Mamografi mikrokalsifikasyonları saptayabilen tek güvenilir yöntem olduğu için řu ana kadar kabul edilen bir tarama yöntemidir (57). 1964 yılında New York'ta randomize çalışma ile yaşları 40-64 yaş arasında değişen 62.000 kadından çalışma grubuna alınanların yarısı yılda bir kez mamografiye davet edilmiş ve 10 yıl sonra kontrol grubu ile karşılaştırıldığında MK'nden ölümlerin %30 oranında azaldığı görölmüştür (88).



Şekil 10.Mamografi çekimi

Amerikan Kanser Birliği 40 yaşından sonra bayanların her sene 50-69 yaş arası ve düşük risk grubundaki (ailesinde MK öyküsü olmayan, kişisel meme kanseri öyküsü olmayan, erken adet görüp geç adetten kesilmeyen vs.) kadınların ise iki senede bir mamografi çekirtmelerini öneriyor (107).

2.7.3.Ultrasonografi (USG): Meme kitleleri tanısında ultrasonografi solid ve kistik kitlelerin ayrımında çok yararlıdır(Şekil 11) (83).



Şekil 11.Meme ultrasonu çekimi

Mikrokalsifikasyonları saptayamaması neden ile erken meme kanseri tanısında yetersizdir. Ayrıca 5mm'den küçük lezyonları tanımlaması güçtür (83).

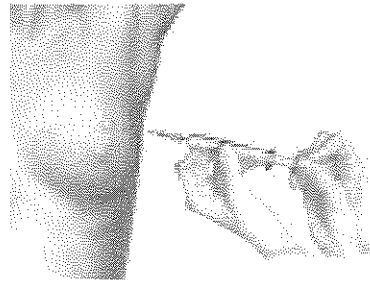
2.7.4.Manyetik Rezonans (MR): MR meme görüntülenmesinde (Şekil 12) son on yıldır giderek artan bir önem kazanmıştır. Tanı konulamayan, mamografi ya da ultrasonla görüntülenemeyen ya da göz ardı edilen kötü huylu meme lezyonlarının görüntülenmesine olanak sağlayabilir ancak özgüllüğü düşüktür (105).



Şekil 12. MR tekniği ile memenin görüntülenmesi

Warner ve ark. (2001) yaptıkları çalışmalarında kalıtsal MK için yüksek riskli kadınlarda MR'ın, ultrason ve mamografiden daha üstün olabileceğini saptamışlardır (104).

2.7.5.Biyopsi: Dokudan parça alınarak incelenmesi yöntemidir (Şekil 13). MK'nin kesin tanısı ancak biyopsi ile konulur (3).



Şekil 13. Meme dokusundan biyopsi ile parça alınması

2.7.6.Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM): Araştırmalarda kadınların KKMM ile memelerindeki değişiklikleri ilk olarak kendilerinin fark ettikleri belirtildiğinden, KKMM'nin MK erken tanısında önemli bir yer tutmaktadır (32, 73, 94).

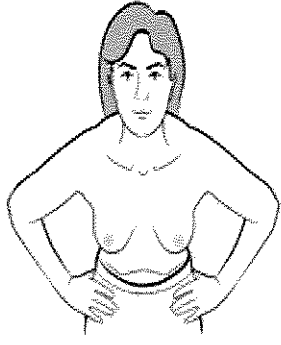
KKMM, maliyetsiz, her zaman uygulanabilen ve kadınların mahremiyetinin korunduğu ve evde tek başına rahatlıkla uygulanabilecek olan bir erken tanı yöntemi olmasına rağmen araştırmalarda KKMM uygulamayan kadınların sayısının daha fazla olduğu belirtilmektedir (6, 62, 79).

Bu nedenlerden dolayı tüm kadınlara 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak KKMM yapmaları önerilmektedir (7, 113).

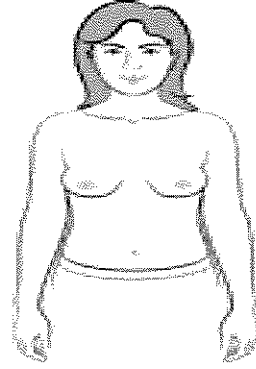
KKMM adet gören kadınlarda; adet döngüsünün beş ve yedinci günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır. Adet döngüsünün beş ve yedinci günleri dışında ve özellikle de adet kanamasına yakın yapılan meme muayenelerinde östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle memeler dolgundur ve bastırmakla memelerde ağrı olur. Bu da kendi kendine muayenenin etkinliğini önemli derecede azaltır. Adet kanamasının başlamasıyla birlikte kanda hormonlarının etkinlikleri nispeten azalır ve meme dokusunu incelemek kolaylaşır. Menopoz döneminde olan ve adet görmeyen kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde bu muayeneyi yapabilirler (57).

KKMM uygulamasının iki aşaması vardır;

➤ **Gözle Değerlendirme:** Belden yukarısı çıplak şekilde ayna karşısına geçilir. Kollar iki yana sarkık, eller belde, kollar başın üzerine doğru kaldırılmış, kollar yanda, gövde öne eğik veya eller belde öne arkaya eğilme şeklinde (şekil 14 ve şekil 15) vücuda pozisyon verilerek her iki meme için gözlem yapılır (114).



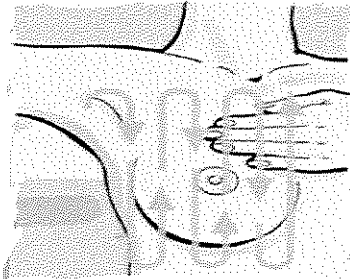
Şekil 14. Ayna karşısında iki el yanlara belde;öne arkaya,sağa ve sola eğilerek değerlendirilmesi



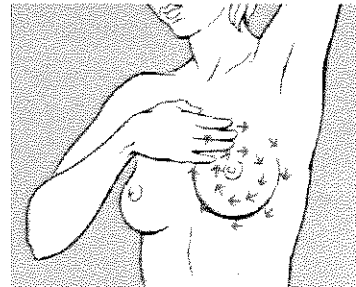
Şekil 15.Ayna karşısında eller sarkık şekilde memelerin değerlendirilmesi

Gözlem sırasında meme yüzeyindeki herhangi bir şişlik, çukurlaşma, kızarma, buruşma, gamzeleşme, portakal kabuğu görünümü, meme uçlarının farklı yöne bakması, meme başının içe çöküklüğü, meme başından kendiliğinden gelen kanlı berrak akıntı, koltuk altında şişlik anormal bir durumdur ve hemen bir hekime başvurulmalıdır (4, 15, 57, 114).

➤ **Elle Muayene:** Memenin koltuk altından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların dikkatlice hissedilerek taranmalıdır. Elin orta üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak meme hem dikey hem de yatay, parmaklar hem kendi etrafında hem de meme etrafında daireler çizerek, meme başından dışarı ve/veya meme başına doğru tüm meme taranır (Şekil 16-17) (3, 83, 114).

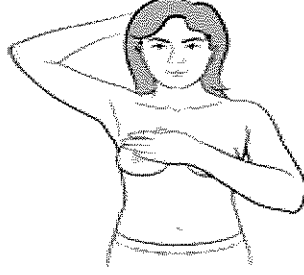


Şekil 16. Memenin yatay ve dikey hareketlerle memenin muayenesi



Şekil 17.Memenin dairesel hareketlerle memenin muayenesi

a) Ayakta Elle Muayene: Ayakta durur pozisyonda sol memede; sol kol baş üzerine kaldırılır. Sağ el orta üç parmağının iç yüzü sol meme muayene edilir (şekil 18). Sağ memede; sağ kol baş üzerine kaldırılarak, sol el orta üç parmağı ile muayene edilir (3, 83, 114).



Şekil 18. Memelerin ayakta el ile muayenesi

b)Yatarak elle muayene: Başın altında yastık bulunacak şekilde düz bir zemin üzerine uzanılıp muayene edilen taraftaki kürek kemiğinin altına rulo yapılmış havlu daha kolay edebilmek için yerleştirilir. Sağ omuzun altına rulo yerleştirdikten sonra sol elin orta üç parmağını memeden hiç ayırmadan tüm meme dokusu koltuk altı dahil olmak üzere muayene edilir (şekil 19). Aynı işlem sol meme için tekrarlanır (4, 57, 114).



Şekil 19. Memelerin yatarak el ile muayenesi

2.7.6.1.KKMM Doğru Uygulama Basamakları (114)

1. Belden yukarısı çıplak kalacak şekilde kıyafetler çıkarılır ve ayakta dik şekilde ayna karşısına geçilir
2. Ayna karşısında vücuda pozisyonlar (eller belde, kollar yukarıda, kollar aşağıya sarkık ,öne-yana-sağa-sola doğru eğilmek, vb.) verilerek her iki meme (boyut, şişlik, çukurlaşma, kızarma, buruşma, gamzeleşme, portakal kabuğu görünümü, meme uçlarının farklı yöne bakması, meme başının içe çöküklüğü, meme başından kendiliğinden, kanlı, berrak akıntı gelmesi vb.) gözlemlenir.
3. Ayakta durur pozisyonda sol kol baş üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzeyi ile dairesel, yatay ve dikey hareketle hem sol memenin hem de koltuk altının muayenesi yapılır.
4. Ayakta durur pozisyonda sağ kol baş üzerine kaldırılır. Sol elin orta üç parmağının iç yüzeyi ile merkezden uca doğru dairesel, yatay ve dikey hareketle hem sağ memenin hem de koltuk altının muayenesi yapılır.
5. Sırt üstü yata pozisyonda sağ kol baş üzerine kaldırılır ve sağ omuz altına ince bir yastık ya da rulo bir havlu yerleştirilir. Sol elin orta üç parmağının iç yüzeyi ile merkezden uca doğru dairesel, yatay ve dikey hareketle hem sağ memenin hem de koltuk altının muayenesi yapılır.
6. Sırt üstü yatar pozisyonda sol kol baş üzerine kaldırılır ve sol omuz altına ince bir yastık ya da rulo bir havlu konulur. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzeyi ile merkezden uca doğru dairesel, yatay ve dikey hareketle hem sol memenin hem de koltuk altının muayenesi yapılır .
7. Ayakta ya da yatar pozisyonda her iki meme başı muayene edilir, meme başı akıntısı (kendiliğinden gelen kanlı akıntı MK'ni düşündürür) değerlendirilir.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma 20 yaş ve üzeri kadınlarda MKET ve KKMM uygulamasına yönelik demonstrasyon yöntemiyle verilen eğitimin, kadınlarda MKET'na yönelik KKMM konusundaki bilgi düzeyine ve KKMM uygulama davranışına etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı-müdahale çalışması olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Eskişehir İç Anadolu bölgesi'nin kuzey batısında, 13.652km² yüzölçümüne sahip bir ildir. Merkezde Odunpazarı ve Tepebaşı olmak üzere iki ilçesi mevcuttur. 2009 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre Eskişehir ili toplam nüfusu 755.427'dir. Bu nüfusun 380.437'sini kadınlar, 374.990'nını erkekler oluşturmaktadır (116). Geçim kaynaklarının başında tarım (%35.3) ilk sırada yer alırken, bunu sanayi (%18.9) ve inşaat sektörü (%4.5) takip etmektedir. Eskişehir %93 oranla okur yazarlığın en yüksek olduğu illerden birisidir. Eskişehir'de kadınların okuma yazma oranı ise %89.0'dur (109).

Eskişehir'de toplam 57 aile sağlığı merkezi bulunmakta ve bu aile sağlığı merkezlerinden bir tanesi il merkezine yaklaşık 15 km uzaklıkta olan Odunpazarı ilçesine bağlı 75. yıl mahallesinde hizmet vermektedir (109, 110). Araştırmamızın yapıldığı 75. yıl mahallesinde bulunan aile sağlığı merkezinde toplam altı sağlık çalışanı hizmet vermektedir (110).

Araştırmamız 75. yıl mahallesi aile sağlığı merkezinde eğitime katılmaya gönüllü olan kadınlarla Eylül 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini 75. yıl mahallesinde yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınların (N=3733) oluşturmuştur. 01.08.2008 - 31.08.2010 tarihleri arasında 75. yıl mahallesinde muhtarlık ve Eskişehir Büyükşehir Belediyesi kanalı ile sürekli yapılan duyurularla MKET ve KKMM uygulamasına yönelik eğitim verileceği ilan edilmiştir. Eylül 2008 ve Mart 2009 tarihleri arasında yapılan duyurular sonrasında eğitime katılmak amacıyla aile sağlığı merkezine gönüllü başvuran 1000 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Verilerin toplanmasında literatür taranarak (4, 7, 8, 28, 29, 57, 82, 83, 85, 86,98, 105, 107, 113, 114) hazırlanan ve üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır (Bkz. EK-1).

Anket formunun ilk bölümü toplam 17 soru içermektedir. İlk 6 soruda kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.), 7 ve 17 arasındaki sorularda ise kadınların MK risk faktörlerine sahip olma durumları (ilk menarş yaşı, menopoz durumu, ailede MK öyküsünün varlığı, kişisel MK öyküsü vb.) sorgulanmıştır.

Anket formunun ikinci bölümü toplam 10 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde, eğitim öncesi ve sonrası kadınların MKET'na yönelik KKMM konusunda bilgi düzeylerininin saptanması amaçlanmıştır.

Anket formunun üçüncü bölümü ise toplam 10 madde içermektedir. Bu bölümde gözlem yöntemiyle kadınların KKMM uygulama basamaklarını doğru ve uygun şekilde yapıp yapmadıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.4.2. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Anket Formlarının Uygulanması

Çalışma Eskişehir valiliği İl Sağlık Müdürlüğü ile gerekli yazışmalar (Bkz. EK-2) yapıldıktan sonra 75.yıl mahallesi aile sağlığı merkezinde sağlık çalışanları ile iş birliği yapılarak, araştırmanın ve eğitimin amacı konusunda bilgi verilmiştir. Duyurulardan sonra çalışmaya ve eğitimlere katılmaya gönüllü olan kadınlarla görüşülmüş, araştırmanın ve eğitimin amacı konusunda bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları (Bkz. EK-3) alındıktan sonra katılımcılar gruplara ayrılmıştır. Belirlenen gruplara Eylül 2008-Mart 2009 tarihleri arasında verilen randevularla haftada iki gün saat 14.00 ile 16.00 arası 75.yıl aile sağlığı merkezinde eğitim verilmiştir.

Her biri en az 15 en fazla 20 kadından oluşan eğitim gruplarına eğitim öncesi üç bölümden oluşan anket formunun (Bkz. EK-1) birinci ve ikinci bölümlerini doldurmaları ardından kadınlardan eğitim öncesi KKMM uygulama durumlarını belirlemek amacıyla tek tek KKMM uygulamaları istenmiştir. Kadınların KKMM uygulama durumu araştırmacı tarafından anket formunun üçüncü bölümüne kayıt edilmiştir.

Daha sonra her bir gruba görsel araçlarla (barkovizyon, meme kanseri hakkında bilgi ve KKMM uygulamasını içeren renkli kartonlar, broşürler) desteklenen 25 dakikalık bir bilgilendirme eğitimi verilmiştir (Bkz. EK-4). Bireysel olarak her bir kadına KKMM uygulamalı olarak araştırmacı tarafından gösterilmiştir. Eğitimin sonunda her bir kadının iletişim bilgileri alınmış ve bu konuyla ilgili yeniden görüşüleceği, bunun içinde kendilerinin telefonla aranacağı söylenmiştir.

Eğitimden üç ay sonra kadınlar telefonla aranarak randevu alınmış ve evlerine gidilerek verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla eğitim öncesi uygulanan anket formunun ikinci bölümünü tekrar doldurmaları istenmiştir. Ayrıca kadınlardan KKMM'ni uygulamaları istenmiş ve uygulamayı doğru yapıp yapmadıkları gözlenerek araştırmacı tarafından anket formunun üçüncü bölümüne kayıt edilmiştir.

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences for Windows Version 16.0) istatistik paket programına kodlanarak bir veri tabanı oluşturuldu.

Verilerin istatistik değerlendirmesinde t testi kullanılmıştır.

3.6.Araştırmanın Etik Yönü

75.yıl mahallesi aile sağlığı merkezi konferans salonunu eğitim alanı olarak kullanabilmek için aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden sözel izin alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınların gönüllü olmaları esas alınmış ve eğitim öncesi araştırmanın amacı ve yararları konusunda sözel olarak bilgi verilerek onamları alınmıştır. Eğitim sırası ve eğitim sonrasında kadınlara anlamadıkları konu ya da konularda soru sormaları için fırsat verilerek tekrar uygun açıklamalar yapılmıştır.

4.BULGULAR

Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler tablo 1'de gösterilmiştir.

Kadınların yaş ortalamaları 42.04 ± 10.84 bulunmuştur. Kadınların %9.1'i 20-29 yaş aralığında, % 35.5'i 30-39 yaş aralığında, %34.3'ü 40-49 yaş aralığında, %16.0'sı 50-59 yaş aralığında, %5.1'i ise 60 yaş ve üzeri yaş aralığındadır.

Kadınların öğrenim düzeylerine bakıldığında %5.9'unun okuma yazma bilmediği, %2.1'inin okur yazar olduğu, %67.6'sının ilköğretim mezunu, %16.8'inin lise mezunu, %7.6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Kadınların mesleki durumlarına bakıldığında %84.1'i ev hanımı olduğu, %8.7'si işçi olduğu, %4.7'si memur olduğu, %1.2'si özel sektörde çalıştığı, %1.3'ünün ise emekli olduğu saptanmıştır.

Kadınların medeni durumlarına bakıldığında %9.8'inin bekar, %90.2'sinin ise evli olduğu saptanmıştır.

Kadınların gelir durumlarına bakıldığında; %9.2'sinin gelir durumunun kötü düzeyde, %80.6'sının gelir durumunun orta düzeyde ve %10.2'sinin gelir durumunun ise iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

Kadınların %27.1'i menapoza girdiklerini ifade ederken, %72.9'u ise menapoza girmediklerini ifade etmişlerdir.

Kadınların %91.8'i herhangi bir sağlık güvencesine sahip iken %8.2'sinin ise hiçbir sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır.

Tablo1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellik	Sayı(n)	%
Yaş Ortalaması	42.04±10.84	
Yaş Grupları		
20-29	91	9.1
30-39	355	35.5
40-49	343	34.3
50-59	160	16.0
60 ve üstü	51	5.1
Öğrenim Düzeyi		
Okur yazar değil	59	5.9
Okur yazar	21	2.1
İlköğretim	676	67.6
Lise	168	16.8
Üniversite	76	7.6
Mesleki Durum		
Ev hanımı	841	84.1
İşçi	87	8.7
Memur	47	4.7
Özel Sektör	12	1.2
Emekli	13	1.3
Medeni Durum		
Evli	902	90.2
Bekar	98	9.8
Gelir Düzeyi		
Kötü	92	9.2
Orta	806	80.6
İyi	102	10.2
Menopoz		
Girdim	271	27.1
Girmedim	729	72.9
Sağlık Güvencesi		
Var	918	91.8
Yok	82	8.2
Toplam	1000	100.0

Kadınların MK risk faktörlerine yönelik durumlarının dağılımına tablo 2’de yer verilmiştir.

Kadınların %5.6’sının 12 yaş altında, %52.0’sinin 12-13 yaşlar arasında, %42.4’ünün ise 14 yaş ve üzerinde ilk adetini gördüğü saptanmıştır.

Kadınların ilk doğum yaşlarına bakıldığında; %35.7’sinin 20 yaş altında, %42.7’sinin 20-24 yaş aralığında, %15.6’sının 25-29 yaş aralığında ve %4.1’inin ise 30 yaş ve üzerinde ilk doğumlarını yaptıkları saptanmıştır. Kadınların %1.9’unun ise hiç doğum yapmadıkları saptanmıştır.

Kadınların %3.9’unun bebeklerini hiç emzirmedeği, %24.2’sinin bebeklerini 0-5 ay arası, %16.8’inin bebeklerini 6-10 ay arası, %55.1’inin bebeklerini 11 ay ve üzerinde emzirdikleri saptanmıştır.

Kadınların %27.1’inin menopoza girdiği ve menopoza giren kadınların %5.3’ünün 35-39 yaş aralığında, %7.3’ünün 40-44 yaş aralığında, %9.3’ünün 45-49 yaş aralığında, %5.2’sinin 50-54 yaş aralığında menopoza girdikleri saptanmıştır. Menopoza giren kadınların %13.7’sinin HRT aldıkları, %86.3’ünün ise HRT almadıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan menopoza girmeyen ve evli olan 631 kadının %11.8’inin aile planlaması yöntemi olarak hormonlu bir yöntem kullandığı %88.2’sinin ise hormonlu aile planlaması yöntemi kullanmadığı saptanmıştır.

Kadınların kişisel MK öykülerine bakıldığında; %97.6’sının MK öyküsü olmadığı, %2.4’ünün ise bening meme hastalığı öyküsü olduğu saptanmıştır. Kadınların % 95.9’una biyopsi yapılmadığı, %3.3’üne tanı amaçlı biyopsi, %0.8’ine ise iki ya da fazla negatif sonuçlu biyopsi yapıldığı saptanmıştır.

Kadınların ailesindeki MK öyküsü olup olmadığına bakıldığında; %97.8’inin ailesinde MK öyküsü olmadığı, %2.2’sinin ise ailesinde MK öyküsü olduğu saptanmıştır. Kadınların %26.7’sinin sigara kullandığı, %73.3’ünün ise sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 2. Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Yönelik Durumlarının Dağılımı

Meme Kanseri Risk Faktörleri	Sayı(n)	%
İlk Adet Yaşı		
14 ve üstü	424	42.4
12-13 arası	520	52.0
12 yaş altı	56	5.6
Toplam	1000	100.0
Birinci Canlı Doğumda Yaş		
Hiç doğum yapmayan	19	1.9
20 yaş altı	357	35.7
20-24 yaş	427	42.7
25-29 yaş	156	15.6
30 yaş ve üstü	41	4.1
Toplam	1000	100.0
Emzirme Süresi		
Hiç emzirmeyen	39	3.9
0-5 ay emziren	242	24.2
6-10 ay emziren	168	16.8
11 ay ve üzerinde emziren	551	55.1
Toplam	1000	100.0
Menapoz Yaşı*		
35-39 yaş	53	5.3
40-44 yaş	73	7.3
45-49 yaş	93	9.3
50-54 yaş	52	5.2
Toplam	271	27.1
Menapozda HRT Kullanımı**		
Kullanıyor	37	13.7
Kullanmıyor	234	86.3
Toplam	271	27.1
Hormonlu Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı***		
Kullanıyor	75	11.8
Kullanmıyor	556	88.2
Toplam	631	63.1
Kişisel Meme Kanseri Öyküsü		
Bening meme hastalığı	24	2.4
Yok	976	97.6
Toplam	1000	100.0
Ailede Meme Kanseri Öyküsü		
Var	22	2.2
Yok	978	9.8
Toplam	1000	100.0
Biyopsi Sayısı		
Daha önce biyopsi alınmamış	959	95.9
1 biyopsi	33	3.3
2 veya fazla negatif biyopsi	8	0.8
Toplam	1000	100.0
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	267	26.7
Kullanmıyor	733	73.3
Toplam	1000	100.0

(*n=Menopoza giren kadınların menopoz yaşı)

(**n=Menapoza giren kadınlarda HRT kullanımı)

(***n=Menopoza giren ve bekar olan kadınların dışında hormonlu aile planlaması kullanımı)

Tablo 3'te kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra BPO ve UPO karşılaştırılmasına yer verilmiştir. .

MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi kadınların bilgi puan ortalamaları (BPO) 4.64 ± 1.60 iken eğitimden sonra 4.69 ± 1.63 olarak bulunmuştur. MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi kadınların uygulama puan ortalamaları (UPO) 7.70 ± 1.35 iken eğitimden sonra 8.05 ± 1.35 olarak bulunmuştur.

Eğitimden önce ve eğitimden sonra kadınların hem BPO hem de UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 3. Kadınların Eğitimden Önce ve Eğitimden Sonra Bilgi Puanı ve Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KKMM ile ilgili BPO ve UPO	Eğitim Öncesi	Eğitimden sonra	t	p
	X±SD	X±SD		
BPO	4.64 ± 1.60	4.69 ± 1.63	4.15	0.00
UPO	7.70 ± 1.35	8.05 ± 1.35	9.03	0.00

Tablo 4'te kadınların sosyodemografik özellikleri ile MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra BPO karşılaştırılması verilmiştir.

20-29, 30-39 yaş aralığı ile 60 yaş ve üstü yaş grubunda olan kadınların MKET ve KKMM konusundaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında istatistiksel olarak fark saptanmazken ($p > 0.05$), 40-49 yaş aralığındaki kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında fark saptanmıştır ($p < 0.05$). 50-59 yaş aralığındaki kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında ise istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p < 0.001$).

İlköğretim mezunu olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Okur yazar olmayan, okur yazar olan, lise mezunu ve üniversite mezunu kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ev hanımı olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). İşçi, memur, emekli olan kadınlar ve özel sektörde çalışan kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evli olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanırken ($p<0.001$) bekar olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında ise istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gelir düzeyi orta olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Gelir düzeyi kötü ve iyi olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık güvencesi olmayan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu görülürken ($p<0.001$) sağlık güvencesi olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Ailesinde MK öyküsü olmayan kadınların MKET ve KKMM konusundaki eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanırken ($p<0.001$) ailesinde MK öyküsü olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Menopoza giren kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Menopoza girmeyen kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında da istatistiksel olarak fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler			Eğitim Öncesi BPO	Eğitim Sonrası BPO	t	p
	n	%	X±SD	X±SD		
Yaş Grupları						
20-29	91	9.1	4.53±1.64	4.57±1.69	1.00	0.32
30-39	355	35.5	4.48±1.62	4.51±1.66	1.69	0.09
40-49	343	34.3	4.71±1.54	4.76±1.56	2.26	0.02
50-59	160	16.0	4.85±1.59	4.96±1.60	3.68	0.00
60 ve üstü	51	5.1	4.92±1.69	4.94±1.71	0.44	0.65
Toplam	1000	100.0	4.69±1.61	4.74±1.64		
Eğitim Durumu						
Okur yazar değil	59	5.9	4.96±1.59	4.98±1.64	0.33	0.74
Okur yazar	21	2.1	4.47±1.83	4.61±1.90	1.82	0.08
İlköğretim	676	67.6	4.65±1.56	4.71±1.60	3.62	0.00
Lise	168	16.8	4.48±1.67	4.51±1.68	0.85	0.39
Üniversite	76	7.6	4.73±1.67	4.80±1.71	1.92	0.05
Toplam	1000	100.0	4.65±1.66	4.72±1.70		
Meslek						
Ev hanımı	841	84.1	4.68±1.59	4.74±1.62	4.29	0.00
İşçi	87	8.7	4.18±1.69	4.28±1.71	1.69	0.09
Memur	47	4.7	4.02±1.51	4.08±1.54	1.35	0.18
Özel sektör	12	1.2	5.00±1.70	5.16±1.79	1.00	0.33
Emekli	13	1.3	4.75±1.57	5.23±1.73	1.43	0.16
Toplam	1000	100.0	4.52±1.61	4.69±1.67		
Medeni Durum						
Evli	902	90.2	4.64±1.60	4.69±1.64	3.79	0.00
Bekar	98	9.8	4.71±1.57	4.77±1.59	1.92	0.05
Toplam	1000	100.0	4.67±1.58	4.73±1.61		
Gelir Düzeyi						
Kötü	92	9.2	4.27±1.72	4.29±1.76	0.57	0.56
Orta	806	80.6	4.70±1.57	4.76±1.60	3.95	0.00
İyi	102	10.2	4.50±1.66	4.55±1.67	1.29	1.19
Toplam	1000	100.0	4.49±1.65	4.53±1.67		
Sağlık Güvencesi						
Var	918	91.8	4.63±1.61	4.69±1.64	0.21	0.82
Yok	82	8.2	4.76±1.50	4.75±1.56	4.57	0.00
Toplam	1000	100.0	4.69±1.55	4.72±1.60		
Ailede Meme Kanseri						
Var	83	8.3	4.48±1.55	4.51±1.92	1.00	0.32
Yok	917	91.7	4.65±1.57	4.70±1.60	4.03	0.00
Toplam	1000	100.0	4.56±1.56	4.60±1.76		
Menopoz Durumu						
Girdim	271	27.1	4.85±1.59	4.94±1.61	4.12	0.00
Girmedim	729	72.9	4.56±1.59	4.60±1.63	2.56	0.01
Toplam	1000	100.0	4.70±1.59	4.77±1.62		

Tablo 5'te kadınların sosyodemografik özellikleri ile MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra UPO karşılaştırılması verilmiştir.

30-39, 40-49 ve 50- 59 yaş aralığında olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). 20-29 yaş aralığında olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). 60 yaş ve üstü kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında ise fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlköğretim, lise ve üniversite mezunu olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.001$). Okur yazar olmayan kadınlarla okur yazar olan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası UPO arasında ise farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ev hanımı ve işçi olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Memur ve emekli olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). Özel sektörde çalışan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası UPO arasında fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Evli olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu görülmüş ($p<0.001$) bekar olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında ise fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Gelir düzeyi orta olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Gelir düzeyi iyi olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak fark saptanırken ($p<0.05$) gelir düzeyi kötü olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık güvencesi olan ve olmayan, ailesinde MK yks olan ve olmayan, menopoza giren ve girmeyen kadımların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 5. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Uygulama Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	n	%	Eğitim Öncesi UPO	Eğitim Sonrası UPO	t	p
			X±SD	X±SD		
Yaş Grupları						
20-29	91	9.1	7.76±1.37	8.07±1.37	2.50	0.01
30-39	355	35.5	7.60±1.36	8.06±1.41	6.78	0.00
40-49	343	34.3	7.86±1.37	8.08±1.32	3.59	0.00
50-59	160	16.0	7.54±1.26	8.00±1.26	4.78	0.00
60 ve üstü	51	5.1	7.68±1.33	7.80±1.31	0.71	0.41
Toplam	1000	100.0	7.68±1.33	8.00±1.32		
Eğitim Durumu						
Okur yazar değil	59	5.9	7.67±1.30	7.76±1.10	0.55	0.57
Okur yazar	21	2.1	7.61±1.28	8.04±1.46	1.48	0.15
İlköğretim	676	67.6	7.72±1.33	8.06±1.36	7.24	0.00
Lise	168	16.8	7.56±1.39	7.99±1.99	4.82	0.00
Üniversite	76	7.6	7.88±1.47	8.27±1.25	2.74	0.00
Toplam	1000	100.0	7.68±1.35	8.02±1.43		
Meslek						
Ev hanımı	841	84.1	7.69±1.35	8.01±1.36	7.66	0.00
İşçi	87	8.7	7.66±1.50	8.28±1.32	3.01	0.00
Memur	47	4.7	7.78±1.21	8.17±1.34	2.11	0.04
Özel sektör	12	1.2	7.91±1.31	8.25±1.21	1.30	0.22
Emekli	13	1.3	7.89±1.24	8.35±1.27	2.49	0.01
Toplam	1000	100.0	7.78±1.32	8.21±1.30		
Medeni Durum						
Evli	902	90.2	7.70±1.35	8.04±1.34	8.72	0.00
Bekar	98	9.8	7.71±1.33	8.05±1.40	2.44	0.01
Toplam	1000	100.0	7.70±1.34	8.04±1.37		
Gelir Düzeyi						
Kötü	92	9.2	7.83±1.44	8.04±1.45	1.76	0.08
Orta	806	80.6	7.68±1.33	8.05±1.34	8.53	0.00
İyi	102	10.2	7.73±1.45	8.04±1.30	2.55	0.01
Toplam	1000	100.0	7.74±1.40	8.04±1.36		
Sağlık Güvencesi						
Var	918	91.8	7.65±1.27	8.01±1.32	2.90	0.00
Yok	82	8.2	7.70±1.36	8.05±1.35	8.57	0.00
Toplam	1000	100.0	7.67±1.31	8.03±1.33		
Ailede Meme Kanseri						
Var	83	8.3	7.75±1.23	8.39±1.36	4.37	0.00
Yok	917	91.7	7.69±1.36	8.02±1.35	8.14	0.00
Toplam	1000	100.0	7.72±1.29	8.20±1.35		
Menopoz Durumu						
Girdim	271	27.1	7.66±1.30	7.97±1.26	4.13	0.00
Girmedim	729	72.9	7.71±1.37	8.07±1.38	8.06	0.00
Toplam	1000	100.0	7.68±1.33	8.02±1.32		

5.TARTIŞMA

MKET ve KKMM uygulamasına yönelik demostrasyon şeklinde verilen eğitimin, kadınlarda MKET ve KKMM 'nin önemine ilişkin bilinç oluşturma ve davranış geliştirmek amacıyla yapılan çalışmamızda kadınların yaşları 20-78 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 42.04 ± 10.84 bulunmuştur. Ülkemizde erken yaşta evlilik nedeniyle kadınlar 40'lı yaşlarda genellikle doğurganlık dönemlerinin sonuna yaklaşmakta ve çocuklarını büyüten kadınların kendi sağlıklarına gerekli önemi göstermeye başladıkları dönem de genellikle 40 yaş ve üzerinde olmaktadır. Konuya yönelik Taşçı'nın kadınların ve hemşirelerin KKMM bilgi ve uygulamalarını karşılaştırmak amaçlı yapmış olduğu çalışmada araştırma grubunun yaş ortalamaları 54.7 ± 11.2 yıl olarak hesaplanmış ve kadınların çoğunluğunun (%39.6) 40-49 yaş arasında olduğunu saptamıştır (89). Arslan (2007) çalışmasında kadınların yaş ortalamasını 39.9 ± 10.4 olarak bulmuştur (10). Dolgun ve ark.(2009) ise 20 yaş ve üzeri kadınlara KKMM hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesine yönelik yapmış oldukları çalışmalarında kadınların yaş ortalamalarını 37.9 ± 10.5 bulmuşlardır (31). Parlar ve ark (2004) çalışmalarında kadınların yaş ortalamasını 29.0 ± 6.6 olarak bulmuşlardır (79). Bizim çalışma sonuçlarımız ile Taşçı'nın sonuçları benzerlik gösterirken, Arslan, Dolgun ve Parlar'ın çalışmalarında kadınların yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma grubuna alınan örneklem sayısı ve çalışmanın belirli bir yaş grubuna yönelik yapılmasından kaynaklanabilir. Bizim çalışma grubumuz daha geniş bir alanda gerçekleşmiştir.

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine tablo 1'de yer verilmiştir. Kadınların öğrenim düzeylerine bakıldığında %5.9'unun okuma yazma bilmediği, %2.1'inin okur yazar olduğu, %67.6'sının ilköğretim mezunu, %16.8'inin lise mezunu, %7.6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Parlar ve ark.'ının (2004) Gaziantep il merkezinde bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara KKMM yönelik eğitim etkinliğini inceledikleri çalışmalarında kadınların %22.6'sının okur yazar olmadığını, % 45.3'ünün ilkokul mezunu olduğunu, %18.9'unun lise ve üzerinde bir okuldan mezun olduğunu belirtmişlerdir (79). Avcı ve ark.'nın video ile verilen eğitimin kadınların KKMM'ne yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisini

değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında ise kadınların % 43.8'inin ilkokul, %34.4'ü ortaokul, % 15.6'sının lise, % 6.3'ünün üniversite mezunu olduğu görülmüştür (12). Güner ve ark.'nın (2007) KKMM ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmalarında, kadınların % 24.3'ünün okur yazar olmadığı, %52.0'inin ilk okul mezunu olduğu, %16.5'inin lise, % 6.9'unun ise üniversite mezun olduğu belirtilmiştir (44). Konuya yönelik çalışmalarda kadınların genellikle okuma yazma bilmeme oranlarının yüksek olduğu ya da çoğunun ilkokul mezunu olduğunu gösterilmektedir. Okuma yazma bilmeyen kadınların oranları da ülkenin doğu bölgesinde, batıya oranla daha yüksektir. Bizim çalışmamızda okuma yazma bilmeyenlerin oranı, Parlar ve ark.'nın Gaziantep ilinde yaptıkları çalışma sonuçlarından düşüktür. Bu sonuçlar kadınların okuma yazma bilmeme oranlarının bölgesel farklılık gösterdiğini doğrulamaktadır. Eskişehir ili Türkiye'nin batısına yakın iç Anadolu bölgesinde yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2008 verilerine göre Eskişehir'de toplam okur yazar olmayan kişi sayısı 23.763'tür bunların 18.470'ini kadınlar, 4.293'ünü erkekler oluşturmaktadır (116). Görüldüğü gibi kadınların eğitim olanaklarından yararlanma durumu erkeklere oranla 2-3 kat daha düşüktür. Ülkemizde 2000 yılına kadar kadın okumaz yazmazlığının kaldırılması amacıyla, Milli Eğitim Bakanlığı'nın öncülüğünde yürütülen ve gönüllü kuruluşların da desteklediği okuma yazma kurslarında 300.000 dolayında kadın okur-yazar haline getirilmiş olmasına karşın, bu oranlar gelişmiş ülkelerde ve hatta gelişmekte olan ülkelerin bazılarında bile düşüktür. 1990'lı yılların başında ülkemizde her yüz kadından 28'i eğitim olanaklarından yararlanamazken, 2000'li yıllarda bu oran yüz kadından 12'lere düşmüştür (22). Öte yandan Türkiye'de kadın nüfusunun yaklaşık yarısı ilkokul mezundur. Ortaokul, lise ve yüksek öğrenim düzeyinde erkeklerin bu okullardan mezun olma durumu ise, kadınlara oranla yaklaşık iki kat daha fazladır. Herhangi bir okulu bitirmeyenler grubunda erkeklerin oranı %12.0'de kalırken kadınlarda bu oran %35.0'tir. Bu rakam kadınların büyük bir oranının hiç okula gitmediğini veya bir okula başlayıp mezun olamadığını göstermektedir (91). Türkiye geneline yönelik sonuçlar ve konuya ilişkin çalışma sonuçlarıyla bizim kadınların eğitim durumlarına yönelik sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların %84.1'inin ev hanımı, %8.7'inin işçi, %4.7'sinin memur, %1.2'sinin özel sektörde çalıştığı, %1.3'ünün emekli olduğu saptanmıştır. Aslan ve ark. (2007) kadınların MK risk düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında kadınların %49.1'inin ev hanımı, %18.1'inin serbest meslekte çalıştığı ve %17.5'inin memur olduğunu saptamışlardır (11). Şen'in (2002) kadınların KKMM'ne yönelik bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında ise; kadınların %80.5'i ev hanımı, %2.9'u işçi, %12.9'u memur, %3.8'inin emekli olduğu saptanmıştır (87). Türkiye'de konuya yönelik yapılan çalışmalarda, çalışan kadın oranının her geçen yıl düştüğü, 15-64 yaşları arasındaki kadınların, kadın istihdamındaki payının 1991'de %33.7 iken 2004'te 24.3'e gerilediği, 2005 yılında bu oranın %23.7'ye, 2006 yılında ise %22.3'e düştüğü görülmektedir (116). Bizim çalışmamızda ve konuya yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre kadınlarının genellikle ev hanımı grubunda olması ülkede kadın istihdamına yönelik sorunlarla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların medeni durumlarına bakıldığında %90.2'sinin evli, %9.8'inin ise bekar olduğu saptanmıştır. Meryem'in (2002) kadınların MK tarama davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında kadınların %84.0'ünün evli, %10.8'inin bekar olduğu saptanmıştır (67). Güner ve ark (2007) çalışmasında evli kadınların oranı %94.5'tir (44). Dündar ve ark (2006) çalışmalarında evli kadınların oranı %67.6 olarak bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyi arttıkça evlilik yaşının da artacağı bilinmektedir (34). Ancak ülkemizde 1993 yılı araştırmasına göre kadınların % 75.7'sinin ilk evlenme yaşının 18 yaş altında olduğu, Başbakanlık ile TÜİK (2006)'in yaptığı çalışmalarda ise hala üç kadından birinin 18 yaşından küçük evlendiği belirtilmektedir. 18 yaş altında evlenme oranı kadınlarda % 31.7 iken erkeklerde %6.9'dur (116). Bizim çalışmamız ve bu konuda ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kadın sorunları ve erken evlilik ile ilgili gerçekleri göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların gelir durumlarına bakıldığında; %9.2'sinin gelir durumunun kötü düzeyde, %80.6'sının gelir durumunun orta düzeyde ve %10.2'sinin gelir durumunun ise iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Koçyiğit'in (2007) kadınların MK, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla

yapmış olduğu çalışmasında; kadınların %56.7'sinin gelir düzeylerinin yeterli, %43.2'sinin ise gelir düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (61). Ürkmez'in (2009) kadınlarda gail modeli ile MK riskinin belirlenmesine yönelik yapmış olduğu çalışmasında kadınların %8.4'ünün gelir düzeyinin kötü, %83.1'inin gelir düzeyinin orta, %8.4'ünün gelir düzeyinin iyi olduğu saptanmıştır (100). Canbulat'ın (2007) kadına özgü kanserden korunma ve erken tanıda hemşirenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında kadınların %52.0'sinin gelir durumun düşük %27.2'sinin gelir durumunun orta %19.4'ünün gelir durumunun iyi olduğu saptanmıştır (21). TÜİK 2008 verilerine göre Türkiye'deki yoksulluk oranı %30.9 ve Orta Anadolu'daki yoksulluk oranı ise %17.6 olarak belirtilmiştir (116). Yoksulluk tüm insanlık için temel bir sorun olmakla birlikte, ağırlıklı olarak kadınlar tarafından yaşanan bir olgudur. İlk kez 1995'te 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı'nda "Yoksulluğun Kadınlığı" ifadesi yer almıştır. Yoksulluk içinde yaşayan kadınların sayısı son yıllarda, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, erkeklerin sayısı ile karşılaştırıldığında önemli oranda artmıştır. Yoksulluğun azaltılması 1990 yılından bu yana Birleşmiş Milletler (BM) Kalkınma Programı'nın Türkiye gündeminin en önemli maddelerinden birisidir. Türkiye'de "yeni yoksulluğun" yani uzun süre devam eden, akraba ve arkadaşların desteğiyle iyileştirilmesi güç olan yoksulluğun artmakta olduğunu göstermektedir (92). Öte yandan kadın işçilere ödenen ücret aynı işi yapan erkeklerden yaklaşık %30-40 daha düşük olup, Türkiye de cinsiyete dayalı kadın erkek arasında ücret farkının ise %25 olduğu belirtilmektedir (92). Bizim çalışmamız ile yapılan diğer çalışmalarda kadının gelir durumunun orta düzeylerde ya da yetersiz olduğu görülmektedir. Bu da kadınların isdihtam oranlarının düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların %91.8'i sağlık güvencesine sahip iken %8.2'sinin ise hiçbir sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Şen'in (2002) kadınların KKMM'ne yönelik bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında; kadınların %11.5'inin sağlık güvencesi olmadığı, %78.5'inin sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır (87). Merey'in (2002) kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında kadınların %41.1'inin sağlık güvencesi olmadığı, %59.5'inin sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır (67). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetin toplum sağlığı üzerine

ciddi etkileri mevcut. Türkiye'deki sağlık durumu, Dünya Sağlık rgt (DSÖ) (2004) tarafından da gelirin eşit olmayan biçimde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlik nedeniyle kötü olarak tanımlanmaktadır. Türkiye sağlık bakımı açısından orta gelirli ülkelerin çoğunun gerisindedir (91). Türkiye'de sağlık hizmetleri cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devlet tarafından karşılanması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. 1982 anayasası ile başlayan sağlık sisteminde reform yaklaşımı, 2002 yılı sonrasında zelleştirme girişimleriyle daha da gcl bir yaklaşım haline gelmiştir (112). Bu durum 2002 yılından günümüze sağlık hizmetini maddi durum ile ilişkilendirmiştir. Kadınların yoksulluk oranının erkeklere göre yüksek olduğu göz önüne aldığımızda bu durum kadınların sağlık hizmeti alabilmesi açısından önemlilik arz eder.

Araştırmamızda kadınların %27.1'inin menopoza girdiği, %72.9'unun ise menopoza girmediği saptanmıştır. Gülten'in (2008) kadınların MK ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında kadınların %63.8'inin menopoza girmediği, %36.2'sinin menopoza girdiği saptanmıştır (43). Ürkmez'in (2009) kadınlarda gail modeli ile MK riskini belirlemek amaçlı yapmış olduğu çalışmasında kadınların %35.8'inin menopoza girmedikleri, %64.2'sinin menopoza girdikleri saptanmıştır (100). Yaşamın bir dönemi olan menopoz; yaşlanma sırasında, overlerde folliküler aktivitenin kaybına bağlı menstruasyonun sonlanmasıdır. Bir kadın kesintisiz olarak 12 ay adet görmemesi durumunda menopoza girmiş sayılmakta ve postmenapozal dönem başlamaktadır (90, 97). Kadınlarda menopoz yaşının geçikmesi MK açısından önemli bir risk faktörü olması nedeniyle bizim çalışma sonucumuz ile Gülten ve rkmez'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermesi açısından kadınların menopoz yaşı önemlidir.

Tablo 2'de kadınların MK riskini arttıran faktörlere ilişkin durumlarının dağılımı verilmiştir.

Kadınların %5.6'sının 12 yaş altında, %52.0'sinin 12-13 yaşlar arasında, %42.4'ünün ise 14 yaş ve üzerinde ilk adetini grdği saptanmıştır. Altuncan ve ark. (2008) 20-60 yaş arası kadınların KKMM ve farkındalık düzeylerini belirlemek amaçıyla yapmış oldukları çalışmalarının sonuçlarına göre; kadınların %52.6'sının ilk

adet yaşının 13 yaş altında olduğu saptanmış (6). Ozan'ın (2007) çalışmasında katılımcıların ilk adet yaşına bakıldığında % 20.5'inin 12 yaş altında, %58.0'inin 13-14 yaş aralığında, %21.5'inin 15 yaş üstünde adet gördüğü saptanmıştır (75). Elik'in (2006) çalışmasında da kadınların %33.0'ünün ilk adet yaşı 12 yaş altı, %66.7'sinin ise 13 yaş üstü olduğu saptanmış (36). Vogel'in (2000) çalışmasında 16 yaşından 2 ya da 5 yıl önce adet görenlerin 16 yaşında adet görenlere göre MK'ne yakalanma risklerinin %10 ile %30 oranında artabileceğini belirtmiştir (101). İlk adet yaşının 12 yaşın altında olması MK riskini artırmakta (8) ve menarşın her bir yıl gecikmesi de MK riskini %20 oranında azaltmaktadır (98). Bizim çalışmamızda ilk adet yaşının 12 yaş ve altında olan kadınların oranının %5.6 olması MK riski açısından sevidiricidir.

Çalışmamızda kadınların ilk doğum yaşlarına bakıldığında; %4.1'inin 30 yaş ve üzerinde ilk doğumlarını yaptıkları, %1.9'unun ise hiç doğum yapmadığı saptanmıştır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurmanın ve hiç çocuk doğurmamanın MK riskini yaklaşık iki kat arttırdığı belirtilmektedir (101). Bunun nedeninin ise doğum yapmış kadınların doğum yapmamış kadınlara oranla prolaktin düzeylerinin daha düşük olduğu bu düşük prolaktin düzeyinin de MK açısından koruyucu etkiye sahip olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (98). Bizim çalışmamıza benzerlik gösteren Çay'ın (1999) çalışmasında kadınların %4.4'ünün ilk doğumunu 30 yaşından sonra yaptığı, %2.5'inin ise hiç doğum yapmadığı saptanmıştır (25). Canbulat'ın (2007) sağlık çalışanlarının MK, KKMM ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarını incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında sağlık çalışanlarının %3.6'sının 30 yaş üstünde ilk doğumunu yaptığı ve %15.8'inin ise hiç doğum yapmadığı saptanmış (21). Ozan'ın (2007) farklı meslek gruplarında yapmış olduğu çalışmasında çalışma grubunun %48.1'inin hiç doğum yapmadığı saptanmıştır (75). Bizim çalışma sonucumuz ile Çay'ın çalışma sonucu benzerlik gösterirken Canbulat ve Ozan'ın çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin; bizim çalışmamız ve Çay'ın çalışmasında araştırma grubunun büyük çoğunluğunu ev hanımlarının, Canbulat ve Ozan'ın çalışmasında araştırma grubunu ise çalışan kadınların oluşturmasından kaynaklandığını düşündürür. Araştırmamızda kadınların %1.9'unun hiç doğum yapmamış olması MK riskinin düşük olmasını göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda kadınların %3.9'unun bebeklerini hiç emzirmedeği, %24.2'sinin bebeklerini 0-5 ay arası, %68.1'inin bebeklerini 6-10 ay arası, %55.1'inin bebeklerini 11 ay ve üzerinde emzirdikleri saptanmıştır. Çay'ın (1999) çalışmasında kadınların %92.5'inin bebeklerini emzirdiği ve bebeklerini emziren kadınların %57.7'sinin 12 ay ve üzeri emzirdiği saptanmıştır (25). Aslan ve Gürkan'ın (2007) kadınların MK risk düzeyini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında kadınların %95.1'inin bebeklerini en az 12 ay emzirdiği saptanmıştır (11). Lee ve ark. (2003) Kore'de 20 yaş ve üzeri 110.604 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında kadınların %51.9'unun bebeklerini emzirdiği, bebeklerini emziren kadınların %79.0'unun 1 ve 12 aylar arasında bebeklerini emzirdiği saptanmıştır (63). Bebeklerin emzirilmesi çocukların sağlıklı büyümesine katkıda bulunan en önemli unsurlardan biridir. Emzirme çocuk sağlığının yanı sıra MK riski açısından da önem taşımaktadır. Emziren kadınlarda, genel olarak MK sıklığının %20-35 oranlarında azaldığı, bu etkinin özellikle menapoz öncesi gelişen MK'nde daha belirgin olduğu belirtilmektedir (98). Emzirmenin MK'ne yönelik koruyucu etkisi artmış prolaktin ve azalmış östrojen düzeyi ile ilgilidir. Ayrıca uzun süreli laktasyon ile ovulatar dönem sayısını azalmakta, bu yüzden MK açısından koruyucu bir etki göstermektedir (4, 85). Buna yönelik Merey'in (2002) yapmış olduğu çalışmada 4-12 ay arası emziren kadınların MK riskinin %11, 2 yıl ve daha fazla emziren kadınların MK riskinin ise %25 azaldığını saptanmıştır (67). Michels ve ark. (1996) yapmış oldukları çalışmalarında 3 ay ve daha fazla emziren kadınların rölatif riski 0.86 iken 24 ay ve üzerinde emziren kadınların rölatif riski 1.11 olarak bulunmuştur (68). Zheng ve ark. (2000) emzirme ile MK riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amaçlı Çin'de 404 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında emzirme süresi arttıkça meme kanseri riskinin azaldığı saptanmıştır (103). Bizim çalışma sonucumuz ve bizim çalışma sonucumuza paralellik gösteren diğer çalışmaların sonuçlarında emzirme süresi 12 ay ve üzerinde olan kadın oranının daha fazla olması MK riskini azaltması açısından sevindiricidir.

Çalışmamızda kadınların %27.1'inin menopoza girdiği ve menopoza giren kadınların %5.3'ünün 35-39 yaş aralığında, %7.3'ünün 40-44 yaş aralığında, %9.3'ünün 45-49 yaş aralığında, %5.2'sinin 50-54 yaş aralığında menopoza girdikleri saptanmıştır. Menopoza giren kadınların %13.7'sinin HRT aldığı, %86.3'ünün ise HRT almadığı saptanmıştır. Bizim çalışma sonucumuza paralellik gösteren Özdemir'in (2007) çalışmasında kadınların %27.0'sinin menopoza girdiği, menopoza giren kadınların %45.5'inin 33-45 yaş aralığında, %25.0'inin 51-55 yaş aralığında menopoza girdikleri belirlenmiş ve menopoza giren kadınların %22.7'sinin HRT aldıkları saptanmıştır (76). Bizim çalışmamız ve Özdemir'in çalışmasında menopoza giren kadın oranının düşük olmasının nedeninin çalışma gruplarında kadınların büyük çoğunluğunun 40-49 yaş arası kadınlardan oluşmasından kaynaklandığını düşündürür. Geç girilen menopoz ile (50 yaş üstü) kadınların ovulatar dönem sayısı artmakta ve bu kadınların meme dokuları östrojene daha fazla maruz kalmakta ve östrojenin meme dokusu üzerindeki etkileri nedeniyle MK riskleri de dolayısıyla artmaktadır. Aktif adet dönemi 40 yıl veya daha fazla süren kadınların MK'ne yakalanma riski aktif adet dönemi 30 yıl ve daha az olan kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu literatürde belirtilmiştir (98, 107). Kadınlarda menopoz nedeniyle gelişen semptomları (sıcak basması, sinirlilik, yorgunluk hali, vb.) en aza indirmek amacıyla HRT kullanılmaktadır. HRT ile MK arasındaki ilişki yıllardır tartışma konusudur. HRT'nin 10 yıldan fazla kullanımında MK riskini % 20 ila %30 oranında artırdığı belirtilmiştir (99). Konuya yönelik Yang'ın (1992) yapmış olduğu çalışmada HRT'ni 5 yıldan az kullananlarda MK için rölatif riskin 0.8 olduğu ve 10 yıldan uzun HRT kullanımlarında ise bu riskin 1.6'ya yükseldiği saptanmış ve kısa süreli HRT kullanımının da MK riskini artırmadığı saptanmıştır (102). Bizim çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğunun (%86.3) HRT kullanmaması MK riski açısından önemlidir.

Araştırmaya katılan menopoza girmeyen ve evli olan 631 kadının %11.8'inin aile planlaması yöntemi olarak hormonlu bir yöntem kullandığı %88.2'sinin ise hormonlu aile planlaması yöntemi kullanmadığı saptanmıştır. Ürkmez'in (2009) 40-69 yaş arası kadınlarda gail modeli ile MK riskini araştırdığı çalışmasında kadınların %13.3'ünün hormonlu bir aile planlama yöntemi kullandığı saptanmıştır (100). Özdemir'in (2007) polikliniğe başvuran hastaların MK risk faktörlerini araştırdığı

çalışmasında kadınların %22.7'sinin hormonlu aile planlaması yöntemi kullandığı saptanmıştır (76). Piccinino ve ark. (1998) çalışmalarında ABD'de 1985 ile 1995 yılları arasında hormonlu aile planlaması yöntemi kullanımı %30.7'den %26.9'a gerilediği saptanmıştır (80). Gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemlerden herhangi birinin kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%40.0), 30-34 yaş grubunda %84.0'e kadar yükselmekte ve 45-49 yaş grubunda %59.0'a düşmektedir. (111) Türkiye'de 2008 yılında 15-49 yaş arasındaki kadınların %34.4'ü'nün hormonlu aile planlaması yöntemi kullandığı saptanmıştır (111). Üretken çağı (25-39 yaş) ortasında oral kontraseptif kullanılmalarının MK riskini önemli ölçüde artırmadığını, ancak üretken çağı erken ve geç dönemlerinde risk artışı yapabildikleri saptanmıştır (45). Bizim çalışma sonuçlarımız ve bizim çalışma sonuçlarımıza paralel Ürkmez, Özdemir ve Piccinino ve ark. yapmış oldukları çalışmalarında hormonal kontraseptif kullanımının az olması MK riskini azaltması açısından önem taşır.

Çalışmamızda kadınların kişisel MK öykülerine bakıldığında; %97.6'sının MK öyküsü olmadığı, %2.4'ünün ise benign meme hastalığı öyküsü olduğu saptanmıştır. Gülten'in (2008) kadınların MK'ne ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamalarını incelediği çalışmasında kadınların %2.9'unun geçirilmiş bir meme hastalığı öyküsü olduğu belirlenmiştir (43). Karayurt ve ark. (2008) hemşirelerin MK ve KKMM'ne ilişkin inanaçları ve uygulama durumlarını inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin %99.0'unda MK öyküsü bulunmadığı ancak %11.0'inde meme ile ilgili hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır (56). Literatürde MK geçiren kadınların diğer memelerinde MK gelişme riski MK geçirmemiş kadınlara oranla 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (98). Dolayısıyla benign meme hastalıkları da MK gelişiminde önemli risk faktörlerindedir. Aslan ve Gürkan'nın (2007) 1085 kadında MK riskini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları ve ortalama risk puanının 301 ve 400 puan aralığında yüksek riskli kabul edildiği çalışmalarında kişisel MK öyküsü bulunmayan kadınların ortalama risk puanı $153,52 \pm 41,52$ olarak belirlenmiş kişisel MK öyküsü bulunan kadınların ortalama risk puanı $395,00 \pm 0,00$ olarak belirlenmiştir (11). Bizim çalışmamızda ve bizim çalışmamızı destekleyen çalışmalarda kadınların kişisel MK ve

geçirilmiş meme hastalığı oranı düşük olması MK riskini azaltması açısından önem taşır.

Çalışmamızda kadınların % 95.9'una biyopsi yapılmadığı, %3.3'üne tanı amaçlı bir biyopsi, %0.8'ine ise 2 ya da fazla negatif sonuçlu biyopsi yapıldığı saptanmıştır. Ultrason ya da mamografi sonuçlarında kitle varlığı söz konusu ise ancak biyopsi ile kesin tanı konabilir. Böylece hangi evrede olursa olsum MK teşhis edilir (13). Ürkmez'in (2009) çalışmasında %3.9'unun tanı amaçlı bir biyopsi, %1.0'ine 2 ya da daha fazla negatif sonuçlu biyopsi yapıldığı saptanmıştır (100). Canbulat'ın (2006) çalışmasında kadınların %7.1'ine tanı amaçlı biyopsi yapıldığı saptanmıştır (21). Bizim çalışma sonucumuz ile Ürkmez'in çalışma sonucu benzerlik gösterirken Canbulat'ın çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Bu durum Canbulat'ın çalışma grubununun (n=268) bizim çalışma grubumuzdan (n=1000) ve Ürkmez'in çalışma grubundan (n=1779) daha az olmasından kaynaklandığını düşündürür.

Araştırmaya katılan kadınların ailesindeki MK öyküsüne bakıldığında; %97.8'inin ailesinde MK öyküsü olmadığı, %2.2'sinin ise ailesinde MK öyküsü olduğu saptanmıştır. Elik'in (2006) çalışmasında kadınların %11.9'unun ailesinde MK öyküsü olduğu saptanmıştır (36). Ekici ve Utkualp'in (2007) kadın öğretim elemanlarının MK'ne yönelik davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında öğretim elemanlarının %10.4'ünün ailesinde MK öyküsü olduğu saptanmıştır (35). Bu farkın bizim çalışma örneğimizizin Elik ve Ekici'nin çalışma örneğine göre daha büyük olmasından kaynaklanabileceğini düşündürür. MK olgularının %5-10'unda otozomal dominant bir kalıtımın olduğu ve bu kalıtımın BRCA₁ ve BRCA₂ gen mutasyonlarından kaynaklandığı bilinmektedir. Bu kalıtım kansere yatkınlık şeklinde anne ve babadan çocuklara geçiş riski %50'dir. Gerek BRCA₁ geni gerekse BRCA₂ gen mutasyonu taşıyan kadınlarda yaşam boyu MK gelişme riski %85-90'lara kadar çıkmaktadır (57). Ailede MK öyküsünün varlığı kişisel MK riskini artırması nedeniyle ailesinde MK öyküsü olan kadınların MK konusunda bilgilendirilmesi ve tarama yöntemleri ile değerlendirilmesi açısından bizim çalışma sonucumuz ve bizim çalışma sonucumuza paralel olan diğer çalışma sonuçları önem taşır.

Çalışmamızda kadınların %26.7'sinin sigara kullandığı, %73.3'ünün ise sigara kullanmadığı saptandı. Çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunun sigara kullanmıyor olmasında kadınların daha geleneksel yaşam tarzı ve sosyo-ekonomik koşulların etkili olduğunu düşündürebilir. Sigarada bulunan karsinogen maddeler, sigaranın içilmesiyle birlikte alveolar membrana oradan da kan dolaşımına geçmektedir. Bu sayede karsinogen etkisini diğer organlarda olduğu gibi memelerde de gösterebilmektedir (93). Alpteker ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarında kadınların %92.7'sinin sigara kullanmadığı saptanmıştır (5). Duran'ın (2008) çalışmasında %22.2'sinin sigara kullandığı saptanmıştır (33). Terry ve Rohan'ın (2003) çalışmalarında sigara kullanımı ile MK riski arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır (93). Nagata ve ark. (2006) Japonya'da yapmış oldukları çalışmalarında sigara kullanımı ile MK riskini artırdığı saptanmıştır (71). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de 15-49 yaş arası kadınların %22.4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (111). Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) tarafından Türkiye'de 2005 yılından itibaren en düşük sigara tüketiminin gerçekleştiği ve bu sayının 2005 yılına göre %20.0 oranında azaldığı belirtilmektedir (117). Bu durum MK riskini azaltması açısından oldukça sevindiricidir.

Kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra BPO ve UPO karşılaştırılmasına tablo 3'te yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra kadınların hem BPO hem de UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Arslan'ın (2007) kadınlarda MK ve KKMM bilgi düzeyini artırmada hemşirenin etkinliğini inceledikleri çalışmasında MK ve KKMM eğitimi sonrasında BPO'nun eğitim öncesine göre arttığı belirlenmiş, eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.001$) (10). Baydağ ve Karaoğlan'ın 200 üniversite öğrencisi üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (16). Dolgun ve ark. (2009) kadınlara KKMM'ne yönelik verdikleri planlı eğitimin etkinliğini incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında kadınların eğitim sonrası BPO'nun eğitim öncesi BPO'na göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (31). Gölbaşı ve ark. (2007) MK ve KKMM

uygulanmasına yönelik verilen eğitim sonrası kadınların MK/KKMM'ne yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında eğitimden sonrası BPO'nun eğitim öncesi BPO'na göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (41). Çiçeklioğlu ve ark. (2005) hemşire ve ebelerle yapmış oldukları çalışmalarında hemşire ve ebelerin eğitim sonrası BPO eğitim öncesine göre arttığı saptanmıştır (27). Budakoğlu ve Maral'ın (2005) 40 yaş üzeri kadınlarda MK taramasına yönelik yapmış oldukları çalışmalarında KKMM'ye yönelik verilen eğitimden sonra BPO yükseldiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır (20). Bizim çalışmamız ve bizim çalışma sonuçlarımızla paralellik gösteren diğer çalışma sonuçlarında MK ve KKMM konusunda verilen eğitim ile eğitim sonrası katılımcıların bilgi durumlarının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bu durum eğitimin etkin olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO ve UPO karşılaştırılması tablo 4-5'te verilmiştir.

Çalışmamızda 40-49 yaş aralığındaki ($p<0.05$) ve 50-59 yaş aralığındaki ($p<0.001$) kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında fark bulunmuştur. Karakuş'un (2008) ebe ve hemşirelerin MKET uygulamaları konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında yaş gruplarına göre KKMM bilme durumu arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır (55). Dolgun ve ark. (2009) 20 yaş ve üzeri kadınlara KKMM hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında yaş gruplarına göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında istatistiksel olarak fark saptanmış ve bu farkın 20-29, 30-39, 40-49 yaş gruplarında olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (31). Bu durum yaşın artmasıyla birlikte kadınların kendi sağlıklarına verdikleri önemin de artmasından kaynaklandığını düşündürür.

Araştırmamızda 20-29 yaş aralığında olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında fark bulunmuştur ($p<0.05$).

30-39, 40-49 ve 50-59 yaş aralığında olan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.001$). Nahcivan ve Seçginli'nin (2007) KKMM'ne yönelik sağlık inançlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında kadınların yaşları ile KKMM uygulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p<0.001$) (72). Kılıç ve ark. (2006) hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastaların KKMM bilgi ve uygulamalarını belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmalarında 30 yaş ve altı grupta hiç KKMM uygulamayanların oranlarının 30 yaş üstü gruba göre yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (60). Bizim çalışma sonucumuz ile Nahcivan ve Seçginli'nin çalışma sonucu benzerlik gösterirken Kılıç ve ark. çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Bu durum Kılıç ve ark. çalışma grubunun yaş ortalamalarının daha düşük olmasından ve sosyo-kültürel/sosyo-ekonomik farklılıktan kaynaklanabilir.

Araştırmamızda ilköğretim mezunu olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası BPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). İlköğretim, lise ve üniversite mezunu olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.001$). Dolgun ve ark. (2009) 20 yaş ve üzeri kadınlara KKMM hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında eğitim öncesi en yüksek puanı lise ve üzeri mezunlar en düşük puanı ise ilköğretim mezunlarının aldığı saptanmıştır (31). Çadır ve ark. (2004) kadınların MK ve KKMM konusundaki bilgi ve uygulama durumlarını belirlemek amaçlı yapmış oldukları çalışmalarında katılımcıların eğitim durumları ile bilgi puanlarının dağılımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık ($p<0.05$) saptanmış ve katılımcıların eğitim durumları arttıkça BPO yükseldiği görülmüştür (24). Harputlu'nun (2005) kadın mahkumların benlik saygısı ve KKMM uygulama durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında kadınların eğitim durumu ile BPO arasında istatistiksel olarak fark saptanmış ($p<0.05$) ve bu farkın yüksek okul mezunu ile okur yazar olmayan gruptan kaynaklandığı görülmüştür (49). Bizim çalışma sonucumuz ile diğer çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bunun nedenini, bizim çalışmamızda uygulama sırasında herbir kadına teke tek KKMM

basamaklarının uygulanması, kadınların doğru KKMM yapana kadar denetlenmeleri oluşturmuş olabilir.

Çalışmamızda ev hanımı olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve eğitim sonrası BPO arasında fark saptanmıştır ($p<0.001$). Meslek grupları ile eğitim öncesi ve sonrası UPO karşılaştırıldığında sadece özel sektörde olan kadınlarda fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ozan'ın (2007) farklı meslek gruplarına mensup 15-65 yaş arası kadınların meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptığı tez çalışmasında da farklı meslek gruplarındaki kadınlarda KKMM uygulama durumu bakımından fark saptanmıştır ($p<0.05$) (75). Dişçigil ve ark. (2007) çalışmalarında bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak çalışan kadınların ev hanımlarına göre KKMM uygulamasını daha çok bildiği saptanmıştır (30). Çalışmamızda ev hanımlarının eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasındaki farkın nedeni; çalışma kapsamına alınan kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı (%84.1) olması yanında böyle bir eğitimin onlara sosyal yaşama katması ile öğrenmeye daha açık ve çalışan kadına göre daha fazla zaman ayırabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Evli olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında saptanmıştır ($p<0.001$) bekar olan kadınların eğitim öncesi ve sonrası sadece UPO arasında da fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gülten'in (2008) kadınların MK risk faktörlerini, bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında kadınların medeni durumu ile KKMM uygulama durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (43). Harputlu'nun (2005) kadın mahkumların benlik saygısı ve KKMM uygulama durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında da kadınların medeni durumu ile KKMM BPO ve UPO ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (49). Kum ve ark. (2004) Orta Karadeniz bölgesinde yaşayan kadınların KKMM uygulama sıklığını ve KKMM uygulamasına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında ise dulların, evli ve bekarlara göre meme muayenesini daha az yaptığı sonucu ortaya çıkmıştır (62). Bizim çalışma sonucumuz ile konuya yönelik yapılan diğer çalışma

sonuçları farklılık göstermektedir. Bu durum çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunun (%90.2) evli olan kadınlardan oluşmasının yanı sıra araştırma bölgemizin göç alan bir yerleşim bölgesi olması ve geleneksel olarak kadınların evlenme yaşının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gelir durumu orta düzeyde olan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında ileri düzeyde önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Gelir durumu iyi olan kadınların ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası sadece UPO arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$). Kum ve ark.(2004) Orta Karadeniz bölgesinde yaşayan kadınların KKMM uygulama sıklığını ve KKMM uygulamasına etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında da orta ve yüksek gelir düzeyine sahip olanlar düşük gelir düzeyi olanlara göre daha fazla meme muayenesi yaptıkları saptanmıştır ($p<0.01$) (62). Çadır ve ark. (2004) kadınların meme kanseri ve KKMM konusundaki bilgi ve uygulama durumlarını belirlemek amaçlı yapmış oldukları araştırmalarında gelir düzeyi ile bilgi puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0.05$) (24). Harputlu'nun (2005) kadın mahkumların benlik saygısı ve KKMM uygulama durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında ise gelir durumu ile KKMM bilgi düzeyi ve uygulama durumu arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (49). Bizim çalışma sonucumuz Çadır'ın çalışma sonucu ile benzerlik göstermekte fakat Harputlu'nun çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu durum sosyoekonomik faktörlerin sağlığa ulaşmada belirleyici olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca gelir düzeyinin düşük olması durumunda önceliğin temel ihtiyaçlara verilmesi ve sadece hastalık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurulması sonuç olarakta koruyucu sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmama durumu gerçekleşebilmektedir.

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan kadınların MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlık güvencesi olan kadınların ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası sadece UPO arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bizim çalışmamızda bu farklılığın nedeni çalışma grubumuzun büyük

çoğunluğunu (%84.1) ev hanımı olan çalışmayan kadınların oluşturmasından kaynaklanabilir. Gülten'in (2008) kadınların MK risk faktörlerini, bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında sağlık güvencesi varlığına göre KKMM uygulama durumu arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (43). Bunun farklılığın nedeninin sağlık güvencesi olmayan kadınların sağlık kuruluşlarından yararlanabilme ve bilgi alabilme olanaklarının daha zor olmasından kaynaklandığını düşündürür.

Çalışmamızda ailesinde MK olmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında ileri düzeyde önemli fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ailesinde MK olan kadınların ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası sadece UPO arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$). Altuncan ve ark. (2008) 20-60 yaş arası kadınların KKMM uygulama davranışları ve farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmalarında ailesinde MK öyküsü olanların %35.7'si KKMM'ni arada bir uyguladığı saptanmış ve istatistiksel karşılaştırımda anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$) (6). Bu sonuçlar KKMM uygulama davranışında ailede MK öyküsü olmasının belirleyici bir faktör olduğunu göstermesi açısından oldukça önemlidir. Birinci dereceden yakın akrabasında (anne, annecanne, teyze ya da kız kardeş) MK öyküsü olan kadınların MK'ne yakalanma riski ailesinde MK öyküsü olmayan kadınlara göre yaklaşık iki kat daha fazladır (7). Sattin ve ark.(1998) çalışmasında ailesinde MK öyküsü olmayan kadınlar ile birinci ve ikinci derece yakın akrabalarında MK olan kadınlar karşılaştırıldığında rölatif risk 2,2 (%95 güvenirlilikle, limit:1,5-3,3) olarak saptanmıştır (84). Bizim çalışmamızda MK öyküsü olmayan kadınların eğitim öncesi ve sonrası hem BPO hem de UPO arasında fark saptanmasının nedeni son yıllarda ülkemizde bakanlığın hem Kanser Erken Teşhis ve Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) hem de görsel ve yazılı basında MKET'nin önemini vurgulamasından kaynaklanmış olabilir.

Menopoza giren ve girmeyen kadınların hem BPO hem de UPO arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.001$). Çelik ve ark. (2009) menopoza giren kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında kadınların %51.1'inin KKMM'ni bildiği ancak %20.0'sinin KKMM'ni uyguladığı saptanmıştır (26). Çelik'in çalışma

sonucu bizim çalışma sonucumuzu desteklemekte ancak bilginin her zaman uygulamaya dönüşmediğini göstermektedir. Altuncan ve ark. (2008) menopoza girmeyen kadınların %17.7'sinin KKMM uyguladığı saptanmış ve KKMM uygulama durumunun menopoza girme ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (6). Bizim çalışma sonucumu ile Altuncan'ın çalışma sonucu farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda kadınların eğitim öncesi ve sonrası hem bilgi hem de uygulama durumları arasında farklılık saptanması eğitimin etkinliğini göstermesi açısından önem taşır.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Eskişehir 75. yıl mahallesinde yaşayan meme kanserinin erken tanısına yönelik eğitim verilen bin kadının KKMM yapma davranışının değerlendirilmesi amaçlı yapılan araştırmanın sonuçlarına bakılırsa;

Çalışmaya katılan 1000 kadından %35.5'i 30-39 yaş aralığında, %84.'i ev hanımı, %90.2'si evlidir. Kadınların %5.9'unun okuma yazma bilmediği, %80.6'sının gelir durumunun orta düzeyde olduğu ve %91.8'inin sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır.

MKET ve KKMM konusunda verilen eğitim öncesi kadınların BPO 4.64 ± 1.60 iken eğitimden sonra 4.69 ± 1.63 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi kadınların UPO 7.70 ± 1.35 iken eğitimden sonra 8.05 ± 1.35 olarak bulunmuştur.

MKET ve KKMM konusunda verilen eğitimden önce ve eğitimden sonra kadınların hem BPO hem de UPO arasında ileri düzeyde önemli fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Araştırmamız sonucunda saptanan bu sonuçlar ışığında;

- 20 yaşını geçmiş her kadına düzenli aralıklarla meme kanseri ve KKMM konularını içeren eğitim programları düzenlenmelidir.
- Uygulanan eğitim programlarına bilginin davranışa dönüşmesi için kadınların mümkün olduğunca katılımları sağlanmalıdır.
- KKMM uygulama basamaklarını şekillerle gösteren broşürler hazırlanmalı ve eğitim sonrasında eğitimin pekiştirilmesi ve unutulmaması amaçlı kadınlara dağıtılması,
- Meme kanseri erken tanısına yönelik uygulamaları içeren bilgilendirme programlarına yazılı ve görsel basında sık aralıklarla yer verilmesi,

- 40 yaşına gelmiş bir kadına KKMM yanında yılda bir kez hekim muayenesi ve bir kontrol mamografi çekilmesi önerilmektedir. Bunun uygulanmasına yönelik eğitim programları yanında toplu tarama programları da düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Adair, F., E., 1933, Clinical manifestations of early cancer of the breast: with a discussion on the subject of biopsy. N. Engl. J. Med., 208, 5-1250p.
2. Akata, O., 1981, Cerrahi ders kitabı, Yargıçoğlu Matbaası, Ankara, 1152s
3. Akdemir, N. ve Birol, L., 2003, İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın, İstanbul, 797 s.
4. Alican F., 1981, Meme kanseri, İstanbul, 260 s.
5. Alpteker, H. ve Avcı, A., 2010, Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi, meme sağlığı dergisi, 6,2,74-79 s.
6. Altunkan, H., Akın, B., Ege, E., 2008, 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri, Meme Sağlığı Dergisi, 4, 2, 84-91 s.
7. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/bcff-final.pdf>, (2009-02-16)
8. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures, http://www.cancer.org/downloads/STT/2009CAFF_finalsecured.pdf, (2009-02-16)
9. American Cancer Society. Can breast cancer be found early, <http://www.cancer.org/docroot/CRI/content> (2009-03-8)
10. Arslan, M., 2007, Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyini arttırmada hemşirenin eğitici rolünün etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 57 s.
11. Aslan, F.T. ve Gürkan, A., 2007, Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi, Meme Sağlığı Dergisi, 3, 2, 63-68s.
12. Avcı, A., İ., Atasoy, A., Sabah, E., 2007, Video ile Eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi, İstanbul Üniversitesi Florace Nightgale Hemşirelik Dergisi, 15,60,119-128 s.
13. Aydınтуğ S., 2004, Meme kanserinde erken tanı, Sted Dergisi, 13, 6, 226-228 s
14. Baron J. A., Newcomb P. A., Longnecker M. P., Mittendorf R., Storer B. E., Clapp R. W., Bogdan G., Yuen J. Cigarette smoking and breast cancer. Cancer Epidemiol. Biomark. Prev., 5: 399-403, 1996.
15. Başaklar, C., 1998, Kanser: temel bilgiler korunma tanı tedavi, Ersa Matbaacılık Limited Şirketi, Ankara, 254 s.
16. Baydağ KD ve Karaoğlan H. (2007) Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi Ve Tutumlarına Etkisi. TSK Korumucu Hekimlik Bülteni, 6, 2, 106-111 s.
17. Berkarda, B., 2000, Meme kanseri, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 87 s.
18. Brandt, P., A., Spiegelman, D., Yaun, S., 2000, Pooled analysis of prospective cohort studies on heighth, weight and breast cancer risk, Am J. Epidemiol, 152, 6, 27-514p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

19. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 1996, *Lancet*, 347, 1713-27 p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8656904>
20. Budakoğlu, İ. ve Maral, I., 2005, 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgileri, davranışları ve bu konudaki bilgi ve becerileri, 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, 309 s.
21. Canbulat, N., 2007, Sağlık çalışanlarının meme kanseri kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 83s.
22. Cinsel Eşitlikte Sınıfta Kaldık!, 2009, *Kriter Güncel Haber Yorum Dergisi*, 42, 28
23. Colditz, G. A., Hankinson, S. E., Hunter, D. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Hennekens, C., Rosner, B., Speizer, F. E., 1995, The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women, 332, 24, 93-1589 p.
24. Çadır, G., Eksen, M., Bütüner, E., Tüzen, H., Cetim, H., Othan, K., Arslan, K., 2004, Muğla merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISN: 1303-5134, <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/download/124/123>, (02.05.09)
25. Çay, G., 1999, Kadına özgü kanserlerden korunma ve erken tanıda hemşirenin etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 103s.
26. Çelik, G., Malak, A., Öztürk, Z., Yılmaz, D., 2009, Menopoz sonrası dönemdeki kadınların, KKMM uygulama, mamografi çekirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi, *Anatol. J. Clin. Investig*, 3, 3, 159-163 p.
27. Çiçeklioğlu, M., Ege, E., Soyer, M., Çımat, S., 2005, Birinci basamaktaki hemşire/ebelerin eğitiminde akran eğitimcilerin kullanılması; meme kanseri erken tanı programını geliştirme deneyimi, *Sted Dergisi*, 14, 11, 249-255s.
28. De Vita, V. T., Hellman, S., Rosenberg, S. A., 1997, *Cancer: principles & practice of oncology*, Lippincott- Raven, Philadelphia, 3125s.
29. Değerli, Ü., 1986, Genel cerrahi, Bayda Yayıncılık, 656 s
30. Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A., 2007, Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları, *Marmara Medikal Journal*, 20, 1, 29-36s.
31. Dolgun, E., Kabataş, S. M., Ertem, G., 2009, 20 yaş ve üzeri kadınlarda kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 5, 3, 141-147s.
32. Dozier, K., Mahon, S., 2002, *Cancer Prevention, detection and control: a nursing perspective*, oncology nursing society, Pitspurg PA, 389-443 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 33.Duran, Ö., 2008, Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançları ve algılanan sağlık durumlarına etkisi,Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,159 s.
- 34.Dündar, P. E., Özmen, D., Öztürk, B., Haspolat, G., Akyıldız, F., Çoban, S., Çakıroğlu, G., 2006, The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer, 6, 43, 1-9 p.
- 35.Ekici, E. ve Utqualp, N., 2007, Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları, meme sağlığı dergisi,3,3, 136-139s.
- 36.Elik, Z., 2006, Sağlık inaç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 125s.
- 37.Fisher ,B., 1994, Malignancies of the breast, Practical Oncology, Appleton& Lange, Connecticut 417-434p.
- 38.Foster, R., S., Costanza, M., C., 1984, Breast self examination practices and breast cancer survival, Cancer, 15, 53, 999-1005 p.
- 39.Furberg, H., Newman, B., Moorman,P., Milikan, R., 1999, Lactation and breast cancer risk, Int J Epidemiol, 28, 3, 396-402 p.
- 40.Ghafoor, A., Jemal, A., Ward, E., Cokkinides, V., Smith, R., Thun, M., 2003, Trends in breast cancer by race and ethnicity, CA Cancer Journal of Clinicians,53, 6, 342-355 p.
- 41.Gölbaşı, Z., Kutlar, Z., Akdeniz, H., 2007, Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. Meme Sağlığı Dergisi, 3, 53-57 s.
- 42.Greenwald, P., Nasca, P. C., Lawrence, C. E., Horton, J., McGarrah, R. P., Gabriele, T., Carlton, K., 1978, Estimated effect of breast self-examination and routine physician examinations on breast-cancer mortality, The New England Journal of Medicine 6, 299: 271-273 p.
- 43.Gülten ,N., 2008, İzmir Balçova bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 59 s
- 44.Güner, İ. C., Tetik, A., Gönener, D., 2007, KKMM ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi, Gaziantep Tıp Dergisi, 55-60 s.
- 45.Gürbay, A., Giray, B., Hıncal, F., 1997, Kombine oral kontraseptifler: riskleri ve yararları, Journal of Medical Science, 17, 1-14 s.
- 46.Güven, G. ve Özden, H., 2008, Meme lenfatiklerinin anatomik yapısı ve klinik önemi, Dirim Tıp Dergisi, 82, 7-12 s.
- 47.Haagensen, C.,D., 1952 Self examination of the breasts. J Am Med Assoc, 149, 60-356p.
- 48.Hackshaw, A. K. and Paul, E. A., 2003, Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis, British Journal of Cancer, 88, 1047-1053 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 49.Harputlu, D., 2005, Kadın mahkumlarda benlik saygısı ve kendi kendine meme muayenesi ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,163s.
- 50.Hartmann, L. C., Sellers, T. A., Frost, M. H., Lingle, W. L., Degnim, A. C., Ghosh, K., Vierkant, R. A., Maloney, S. D., Hillman, D. W., Suman, V. J., Johnson, J., Blake, C., Tlsty, T., Vachon, C. M., Melton, L. J., at Visscher, D. W., 2005, Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer, The New England Journal of Medicine, 353, 3, 229-237 p.
- 51.Harvey, B. J., Miller, A. B., Baines, B. J., Corey, P., N., 1997, Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer, Canadian Medical Association Journal, 157, 9, 1205-1212 p.
- 52.Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M., Özdedeli, 2005, E., Ege üniversitesinde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi, Meme Sağlığı Dergisi, 1, 1, 6-11 s
53. Humphrey, L.,L., Helfand, M., Chan, B., Woolf, S., H., 2002, Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S., Preventive Services Task Force, 137, 5, 347-360 p.
- 54.Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Thun, M., J., 2009, Cancer Statistics, 2009, CA Cancer Journal of Clinicians, 59, 225-249 p.
- 55.Karakuş ,F., 2008, Malatya il merkezinde bulunun birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi tutum ve davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,109 s.
- 56.Karayurt, Ö., Çoşkun, A.,Cerit, K., 2008, Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları, Meme Sağlığı Dergisi, 4,1,15-20 s.
- 57.Kayıhan Engin (editör), 2005, Meme kanserleri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 652 s.
- 58.Kelsey, J. L., Gammon, M., D., John, E. M., 1993, Reproductive factors of breast cancer, Epidemiologic Review Journal, 15, 1, 36-41 p.
- 59.Khuder S. A., Simon V. J., 2000. Is there an association between passive smoking and breast cancer?. Eur. J. Epidemiol., 16, 1117-1121 p.
- 60.Kılıç, S., Uçar, M., Seymen, E., İnce, S., Ergüvenli, Ö., Yıldırım, A., Portakal, N., Kuru, N., 2006, KKMM Bilgi Ve Uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde Görevli Hemşire, Hemşirelik Öğrencileri Ve Hastaneye Müracat Eden Kadın Hastalarda Araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 48, 200-204 s.
- 61.Koçyiğit, O., 2007, Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri meme muayenesi ve mamografi hakkında bili düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü,81 s.
62. Kum, S., Göksu, A. U., Kelkitli, E.,Yücel, İ., 2004, Orta karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler, Türk Onkoloji Dergisi, 19, 1, 24-27 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 63.Lee, S.Y., Kim, M.T., Kim, S.W., Song, M.S., Yoon, S.J., 2003, Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study, *Int J Cancer*, 105, 3, 390- 393p.
- 64.Lerner, B. H., 2002, When statistics provide unsatisfying answers: revisiting the breast self-examination controversy, *Canadian Medical Association Journal*, 166, 199–201p.
65. Magnusson, C.M., Persson, I.R., Baron, J.A., Ekbom, A., Bergstrom, R., Adami, H.O., 1999, The role of reproductive factors and use of oral contraceptives in the etiology of breast cancer in women aged 50 to 74 years, *Int J Cancer*, 80, 231-6 p.
- 66.Manjer, J., Berglund, G., Bondesson , L., Garne, J., P., Janzon, L., Malina, J., 2000, Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res. Treat.*, 61, 121-129 p.
- 67.Merey, S., 2002, Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,103s.
- 68.Michels, K.,B., Willet,W.,C., Rosner, B.,A., Manson,J.,E., Hunter, D.,J., Colditz, G.,A.,1996, Prospective assesment of breast-feeding and breast cancer incidence among 89,887 women, *Lancet*, 347, 6-431p.
- 69.Morabia, A., 2002, Smoking (active and passive) and breast cancer: epidemiologic evidence up to June 2001. *Environ. Mol. Mutagen.*, 39,89-95p.
70. Morimoto, L., M., Whie, E., Chen, Z., 2002, Obesity, body size and risk of postmenopausal breast cancer: the women's health initiative (United States), *Cancer Causes Control*, 13, 51-741 p.
- 71.Nagata, C., Mizoue, T., Tanaka, K., Tsuji, I., Wakai, K., Inoue, M., Tsugane, S., 2006,Tobacco smoking and breast cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiological evidence among the Japanese population, *Jpn J Clin Oncol*, 36,6, 94-387p.
- 72.Nahcivan, N., Seçginli, S., 2007, Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women, *Oncology Nursing Forum*, 34, 2, 425-432 s.
- 73.Nekhlyudov, L. at Fletcher, S. W., 2001, Is it time to stop teaching breast self-examination?, *CMAJ*, 164, 13p.
- 74.Oral-contraceptive use and the risk of breast cancer.the Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development,1986, *N. England J. Med.*, 315,11-405p.
- 75.Ozan, Y. D., 2007, Farklı meslek gruplarına mensup 15-65 yaş arası kadınların meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 78 s.
- 76.Özdemir, L., Tekbaş, Ö.,F.,Erdal,M.,Balkan, M.,Göçgeldi,E.,Sağlam, K., 2007, GATA Meme hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda meme kanseri risk faktörlerinin araştırılması, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 11,4, 163-167 s.
- 77.Özmen, V., 2008, Breast cancer in the World and Turkey, *Journal of Breast Health*, 4,2,7-8s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

78. Palmer, J. R., Rosenberg, L., Clarke, E. A., Miller, D. R., Shapiro, S., 1991, Breast Cancer Risk after Estrogen Replacement Therapy: Results from the Toronto Breast Cancer Study, *Am J Epidemiol*, 134, 1386-95 p.
79. Parlar, S., Bozkurt, A., İ., Ovayolu, N., 2004, Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yükseokulu Dergisi*, 8, 2, 9-15 s.
80. Piccinino, L., J. and Mosher, W.D., 1998, Trends in Contraceptive Use In the United States: 1982-1995 Family Planning Perspectives, 30, 1, 4-46p.
81. Rosenberg, L., Palmer, J., R., Clarke, E., A., Shapiro, S., 1992, A case-control study of the risk of breast cancer in relation to oral contraceptive use, *Am. J. Epidemiol*, 136, 44-1437p.
82. Sabiston, D. C., 1977, Temel cerrahi, Güven Kitabevi, Ankara, 1257 s
83. Saraçoğlu, Ö. F., 1996, Temel ve klinik bilimler, Güneş Kitabevi, Ankara, cilt2, 673 s..
84. Sattin, R. W., Rubin, G. L., Webster, L. A., Huetzo, C. M., Wingo, P. A., Ory, H. W., Layde, P. M., 1985, Family history and the risk of breast cancer, *JAMA*, 253, 13, 1908-1913 p.
85. Sayek, İ., 2004, Temel cerrahi 1, Güneş Kitabevi, Ankara, 1200 s.
86. Schwartz, S. I., 2000, Principles of surgery, McGraw-Hill Company, 2150s.
87. Şen, S., 2002, Isparta'daki sağlık ocaklarında görev yapan ebelerin ve bölgelerindeki kadınların kendi kendine meme muayenesine ilişkin bilgi tutum ve davranışlarına farklı eğitim yöntemlerinin etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 89 s.
88. Shapiro, S., 1977, Evidence on screening breast cancer from a randomized trial, *Cancer*, 39, 2772-2782 p.
89. Taşçı, A., 2008, Bolu il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 40 yaş üstü kadınlarda ve bu merkezlerde çalışan hemşirelerde kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 134 s.
90. Taşkın, L., 2003, Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 637 s.
91. T.C Başbakanlık, 2003, Kadın ve Çocuk Hakları Açısından Yeni Türk Medeni Kanunu, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) Yayınları, Ankara. <http://www.ksgm.gov.tr> (2010-08-10)
92. T.C. Başbakanlık, 2008, Kadın ve Yoksulluk, Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 20s. <http://www.ksgm.gov.tr> (2010-08-10)
93. Terry, P.D. and Rohan, T., E., 2002, Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literatur., *Cancer Epidemiol, Biomarkers Prev*, 11, 953-971 p.
94. Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., Porter, P., Hu, Y. W., Zhao, L. G., Pan, L. D., Li, W., Wu, C., Coriaty, Z., Evans, I., Lin, M. G., Stalsberg, H., Self, S. G., 2002, Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results, *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 19, 1445-1457 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 95.Tieman, A. M., 2003, Behavioral risk factors in breast cancer: can risk be modified?, *The Oncologist*, 8, 4, 326-334 p.
- 96.Tomasson, H., Tomasson, K., 1996, Oral contraceptives and risk of breast cancer: A historical prospective casecontrol study, *Acta Obstet. Gynecol Scand*,75, 61-157p.
- 97.Tokuç, B., Kaplan, P. B., Balık G. Ö. ve Gül H., 2006, Trakya üniveritesi hastanesi menopoz poliklinigine basvuran kadınlarda yasam kalitesi, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi*, 3,4, 281-287 s.
- 98.Topuz, E., Aydnır, A., Dinçer, M., 2003, Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 224-225 s.
- 99.Turfanda, A., Büyükören, A., Akhan, S. E., 1997, Hormon replasman tedavisi ve meme kanseri, *Türkiye klinikleri*, 7, 191-196 s.
- 100.Ürkmmez, E., 2009, Eskişehir’de 40-69 yaş arası kadınlarda gail modeli ile risk taraması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 103 s.
- 101.Vogel, V., 2000, Breast cancer prevention: A review of current evidence, *CA-A Cancer Journal For Clinicians*, 50, 3, 156-170 p.
- 102.Yang ,C. P., Daling, J. R., Band P. R., Gallagher, R. P., White, E., Weiss, N. S.,1992, Noncontraceptive hormone use and risk of breast cancer, *Cancer Causes and Control*, 3, 5, 9-475 p.
- 103.Zheng, T., Dual, L., Liu, Y., Zhang, B., Wang, Y., Chen, Y., Zhang, Y., 2000, Lactation reduces breast cancer risk in Shandong province Chine, *American Journal of Epidemiology*, 152,12,1129-1135 p.
- 104.Warner , E., Plewes, D. E., Shumak, R. S., Catzavelos, G. C., Di Prospero, L. S., Yaffe, M. J., Goel, V., Ramsay, E., Chart, P. L., Cole, D. E. C., Taylor, G. A.,Cutrara, M., Samuels, T. H., Murphy, J. P., Narod, S. A., 2001, Comparison of breast magnetic resonance imaging, mammography, and ultrasound for surveillance of women at high risk for hereditary breast cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 19, 15, 3524-3531 p.
- 105.Winchester, D. J. ,2000, Breast cancer atlas of clinical oncology, B. C. Decker Inc, 285 p.
- 106..http://www.beslenme.saglik.gov.tr/docs/a5d_serisi/D10.pdf (2009-08-29)
107. <http://www.cancer.org> (2009-03-08)
108. <http://envirocancer.cornell.edu/FactSheet/Diet/fs13.alcohol> and the Risk of Breast Cancer, (2009-10-18)
- 109..<http://www.eskisehir.gov.tr>(2010-07-08)
- 110 . <http://www.eskisehirsaglik.gov.tr> (2010-07-08)
- 111 .www.hips.hacettepe.edu.tr/tsna2008/.../TNSA_2008_Sonuclar(2010-07-22)
- 112 . <http://www.istabip.org.tr/media/upload/ailehekimligi/tinr.pdf>, (2010-07-18)

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

- 113 . <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/erken.pdf>(2009-06-19)
- 114 .[http:// www.ketem.org /hangi_ tarama](http://www.ketem.org/hangi_tarama) (2010-08-10)
- 115 .<http://www.memekanseri.org/docs/11MKN.htm>,(2009-11-14)
- 116 .<http://www.tuikapp.tuik.gov.tr>,(2010-08-15)
- 117 .<http://www.ssuk.org.tr>,(2010-08-02)

EK-1 (Anket formu)

A-BİRİNCİ BÖLÜM

1-Yaşınız:...

2-Öğrenim düzeyiniz:

Okuma yazması yok () Okur yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ()

3- Mesleğiniz:

Ev hanımı () İşçi () Memur () Özel sektör () Emekli ()

4- Medeni durumunuz:

Evli () Bekar ()

5- Gelir düzeyiniz:

Kötü () Orta () İyi ()

6-Sağlık güvenceniz var mı?

Hayır () Evet ()

7- İlk adet yaşınız:

14 ve üstü () 12-13 yas arası () 12 yas ve altı ()

8-Birinci canlı doğumda yas

Hiç doğum yapmadım () < 20 () 20 – 24 () 25 - 29 () >= 30()

9-Emzirme süresi:

Hiç emzirmediğim () 0-5 ay() 6-10 ay () 11 ay ve üstü ()

10- Menapoza girdiniz mi? Hayır () Evet ()

11-Menapoz yaşı:

35-39 yaş () 40-44 yaş () 45-49 yaş () 50-54 yaş ()

12- Aile planlaması yöntemi olarak hormonlu bir yöntem kullandınız mı ?

Evet() Hayır()

13-Menapozla ilişkili hormon tedavisi (HRT) alıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

14- Kişisel meme kanseri öykünüz var mı?

Hayır () Bening meme hastalığı ()

15- Ailenizde meme kanseri tanısı alan akrabanız var mı?

Var() Yok ()

16- Biyopsi sayısı

() Daha önce biyopsi alınmamış

() 1 biyopsi

() 2 veya fazla negatif biyopsi

17- Sigara kullanma durumunuz

() Kullanmıyorum

() Kullanıyorum

B- İKİNCİ BÖLÜM

1.KKMM'ne başlamadan önce vücut pozisyonu nasıl olmalıdır?

- a)Belden yukarısı çıplak, eller iki yana sarkık ayakta düz pozisyon
- b) Kıyafetleri çıkarmadan ayakta düz pozisyon
- c)Sadece iki göğsü açıkta bırakarak oturur pozisyon

2.KKMM'de memeda neler gözlenmelidir?

- a) Buruşukluk ve içe çöküklük
- b)Memede kılınma
- c) Memede sarkma

3. Bir bayan adet görüyorsa kendi kendine meme muayenesini ne zaman uygulamalıdır?

- a)Herhangi bir gün
- b)Adetin bitiminden 5-7 gün sonra
- c)Adetin başlamasından 5-7 gün sonra

4.Bir bayan adet görmüyorsa kendi kendine meme muayenesini ne zaman yapılmalıdır?

- a)İki ayda bir
- b)Ayda bir kez rasgele
- c)Her ayın belli bir gününde

5.Kendi kendine meme muayenesi uygularken en uygun el tekniği nedir?

- a)Elin ayası ile dairesel bir hareket
- b)Elin orta üç parmağı ile dairesel, yatay ve ışınsal hareket
- c-)ki parmak ile yatay hareket

6.Kendi kendine meme muayenesi ne kadar sıklıkla yapılmalıdır?

- a)Her hafta
- b)İki haftada bir
- c)Her ay

7. Meme kanserinin bulgularından biri memede kitlenin varlığıdır. Bu kitle memenin en çok hangi bölgesine yerleşir?

- a)Memenin üst dış bölgesi
- b)Memenin iç orta bölgesi
- c)Meme başı

8.KKMM'de ele gelen kitle meme kanserini düşündürmesi için ağırlı mı olmalı?

- a)Evet ağırlı olmalı
- b)Hayır ağırsız olmalı

9. KKMM'de ele gelen kitle meme kanserini düşündürmesi için hareketli mi olmalı?

- a)Evet hareketli olmalı
- b)Hayır hareketsiz olmalı

10.Hangi tip meme başı akıntısı meme kanserini düşündürmelidir?

- a)Sarı meme başı akıntısı
- b)Renksiz ve kokusuz meme akıntısı
- c)Sürekli, tek taraflı kanlı meme başı akıntısı

C- ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Gözlenen Davranışlar	Uygulama Durumu	
	evet	hayır
1.Elini beline koyup ayna karşısında memenin gözlemi		
2.El belde öne arkaya sağa sola eğilip memenin gözlemi		
3.Sağ el yukarıda başın arkasında sol el ile sağ memenin muayenesi		
4.Sol el yukarına başın arkasında sağ el ile sol memenin muayenesi		
5.Muayene sırasında orta üç parmağın kullanımı		
6.Muayenenin üç parmak ile dairesel olarak yapılması		
7.Muayenenin üç parmak ile yatay ve dikey olarak yapılması		
8.Muayenenin üç parmak ile merkezde uca doğru yapılması		
9.Meme başının muayene edilmesi		
10.Tüm meme dokusu ile birlikte koltuk altınında muayene edilmesi		

EK-2 (Meme Kanser Tarama Projesi Protokol Yazısı)

PROTOKOL

TARAFLAR:

- 2.Eskişehir Büyükşehir Belediye Başkanlığı
- 3.Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü

KONUSU:

Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından " Meme Kanseri Yönelik Kadınlarda sağlık bilincinin geliştirilmesi, sağlık eğitimi verilmesi ve Eskişehir ilindeki 40-69 yaş grubundaki kadınlarda; meme kanseri ve risk düzeyinin taranması, Kendi Kendine Meme Muayenesinin(KKMM) yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesi"ne ilişkin bir Proje Planlanmaktadır.

Eskişehir İl Büyükşehir mücavir alanı içerisindeki 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanserine ilişkin sağlık eğitimi verilmesi, meme kanseri risk gruplarının "Gail modeli" belirlenmesi, Riskli grupların klinik muayene ve mamografileri çektiltirilmesini, Kadınlara Kendi Kendine Meme Muayenesinin(KKMM) öğretilmesi ve kadınların KKMM'ne yönelik bilgi ve tutumların saptanması amacıyla yapılacak çalışmada tarafların çalışma usul ve esaslarını belirlemekten ibarettir.

GENEL HÜKÜMLER:

Eskişehir ilindeki 40-69 yaş grubundaki kadınlarda; meme kanserine ilişkin sağlık eğitimi verilmesi, meme kanseri risk gruplarının "Gail modeli" belirlenmesi, Riskli grupların Aile Hekimleri tarafından klinik muayenelerinin yapılması ve Aile Hekimleri tarafından mamografilerin çektiltirilmesi için yönlendirilmesi, Kadınlara Kendi Kendine Meme Muayenesinin(KKMM) öğretilmesi ve kadınların KKMM'ne yönelik bilgi ve tutumların saptanması amacıyla yapılacak projede taraflara düşen sorumluluklar;

ESKİŞEHİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ:

- 1.Projenin tasarlanması ve yazılmasından,
- 2.Proje kapsamındaki kadınların mamografi randevularının ayarlanması ve kendilerine bildirilmesinden,
- 3.Randevu tarihinde bayanların araçla evlerinden alınarak mamografi çekilecek kurumlara ulaşmalarının sağlanmasının koordinasyonundan,
- 4.Mamografi değerlendirme sonuçlarının toplanmasından,
- 5.Projede elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinin yapılarak projenin sonuç raporunun yazılması ve elde edilen sonuçların yayınlanmasından sorumludur.
- 6.Çalışma sırasında, meme kanserinden korunma ve Kendi Kendine Meme Muayenesi(KKMM)'ne ilişkin kadınlara verilmek üzere eğitici bir kitapçığın hazırlanmasından sorumludur
- 7.Eskişehir genelini temsil edecek şekilde proje kapsamına girecek 40-69 yaş grubu bayanların sayısının (5000 kadına ulaşılması hedeflenmektedir) ve yerlerinin belirlenmesinden,
- 8.Mamografi taraması yapılacak olan 5000 kadının evlerinden alınarak mamografi çekilecek birimlere ulaşmalarını sağlayacak araç temininden,
9. Klinik muayene sonucu Mamografi çekilmesi gerekli olan ancak, hiçbir sağlık güvencesi olmayan kadınların Mamografi ücretinin ödenmesinden,
- 10.Bu projenin medya kanalıyla ve görsel materyallerle halka duyurulmasından sorumludur.

EK-2 (Meme Kanser Tarama Projesi Protokol Yazısı)

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ:

- 1.Mamografi çekilecek il sağlık kurumlarının belirlenmesi ve bu kurumlardaki ilgili birimlerle gerekli yazışmaların yapılmasından,
- 2.Kurumlarda rutin mamografi çekimi zamanları dışında proje vakalarının mamografi çekimi ve sonuçlarının değerlendirilmesi ile ilgili birimlerin, teknik eleman ve ekipmanın sağlanmasından ve organize edilmesinden
- 3.Proje kapsamında kullanılacak olan yazılı materyalin basımından,
- 4.Bu proje ile ilgili İl Toplum Sağlığı Merkezlerinin bilgilendirilmesinden,
- 5.Tarama çabasının İl Toplum Sağlığı Merkezlerince sorumlu oldukları bölge halkına duyurulmasından,
- 6.Bu projenin medya kanalıyla ve görsel materyallerle halka duyurulmasından sorumludur.
7. Çalışma sırasında meme kanserinden korunma ve Kendi Kendine Meme Muayenesi(KKMM)'ne ilişkin kadınlara verilmek üzere hazırlanan kitapçığın basılmasından sorumludur.

DİĞER HÜKÜMLER:

- Protokolün ihtiyaca göre değiştirilmesi ve geliştirilmesi tarafların teklifi ve onayı ile olur.
- Protokolün süresi bir yıldır. Ancak proje tamamlanıncaya kadar süresi uzatılabilir.
- Protokol tarafların imzalaması ile yürürlüğe girer.

ONAY

TARİH:

Eskişehir Büyükşehir Belediye Başkanı

İmza

Eskişehir İl Sağlık Müdürü

İmza

EK-3 (Yazılı Onay Formu)

Oturmakta olduğum 75. yıl mahallesinde,aile sağlığı merkezinde 20 yaş üzeri kadınlarda Meme Kanseri erken tanısı ve meme kanserinden erken tanısına yönelik Kendi Kendine Meme Muayenesi hakkında verilen eğitimlerin benim sağlığımı korumam ve bu konuda bilgi sahibi olmamı sağlayacağından bu çalışmayı katılmayı kabul ediyorum

ADI SOYADI

TARİH

İMZA

EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

Memenin Fizyolojisi

• Gebelikte, hormonların uyarımı ile memedeki hücrelerde büyüme ve çoğalma meydana gelir ve meme daha da büyür.(2)

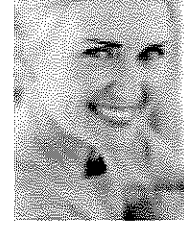


• Doğumu takiben, hormonların seviyelerini ani düşüşüne bağlı olarak beyinden süt hormonu(prolaktin) salgınını uyarımı ile süt salgınını sağlar(2)



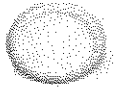
Memenin Fizyolojisi

Menapoz ve sonrasında;
• Meme dokusu yağ dokusuna dönüşür
• Memenin şekli değişir
• Yürek meme tabanına ve laktiferinin başlıca dönemi(2)



Kanser Nedir?

Vücudun bir organ veya dokusunda beliren bazı anormal hücrelerin kontrolsüz ve dengesiz bir şekilde çoğalması sonucu ortaya çıkan kötü tabiatlı bir hastalıktır.(3)



Normal Hücreler



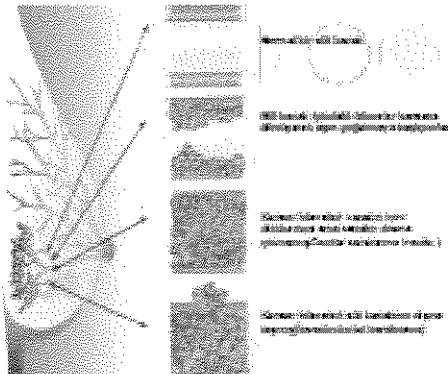
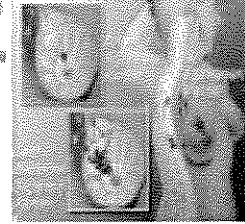
Prostatin Hücreler



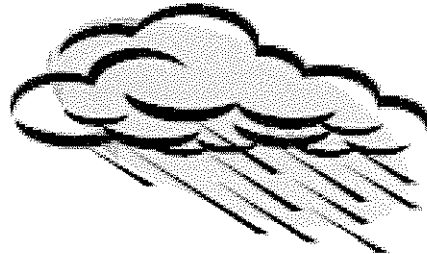
Enfeksiyonlar

Meme Kanseri Nedir?

• Memedeki süt bezleri ve kanalları oluşturan hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine giderek çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir.(4)



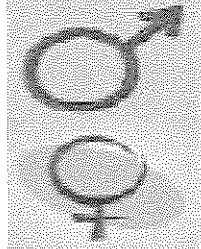
MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ



EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)


Cinsiyet

- ♀ Kadın olmak meme kanseri için büyük bir etmendir.
- ♂ Tüm meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür.



KİŞİSEL MEME KANSERİ ÖYKESİ

Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memesinde kanser riski 3-4 kat artıyor.



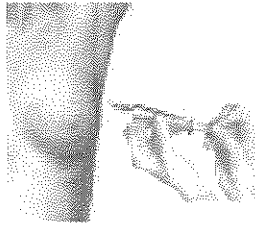
Ailede meme kanseri hikayesi

- ♀ Öz kardeşi veya annesi meme kanserine yakalanan bir kadının, meme kanserine yakalanma riski, diğer kadınlardan 2-5 kat daha fazladır.



Daha önce meme biopsisi yapılmış olması

- ♀ Memede bir kitle nedeni ile biopsi yapılmış ne iyi sonuç bir kitledir hastanın olduğu.
- ♀ Daha önce kanser olmayan iyi huylu tümörlerin bulunması, hastanın gelişme riskine büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır.
- ♀ Örneğin atipik hiperplazi durumunda risk 5 kat artıyor.

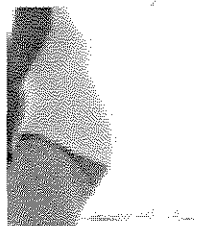


DOĞURGANLIK SÜRESİ

Erken adet görmesi (12 yaş altı), geç adetler kesilmesi (55 yaş üstü) riski 1.7-3.4 kat artırıyor.

Doğurganlık hikayesi

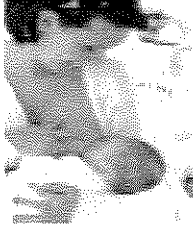
- ♀ İlk çocuğu doğurma yaşı önemlidir.
- ♀ İlk çocuğuna 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri gelişme riski 30 yaşından önce doğurana göre 2 kat fazladır.
- ♀ İlk çocuğu doğurmayan kadınlarda risk %100 yüksektir.



EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

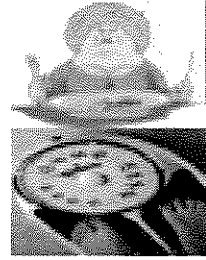
Emzirme Öyküsü:

- Emzirmenin meme kanseri üzerindeki etkisi henüz tam olarak anlaşılmamıştır.
- Ancak emzirme ile yumurtlama döneminin başlamasının meme kanseri riskinin azalmasında rol oynar.



ŞİŞMANLIK

- Bazı çalışmalarda gösterilmiştir, özellikle 50 yaş üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini artırdığı gözlemlenmiştir.



Alkol kullanılması

- Fazla alkol alınması riski nispeten artırmaktadır.
- Günde 3 bardak yüksek dereceli alkol (çen bir kadının meme kanserine yakalanma riski, hiç içmeyen kadına göre 2 kat daha fazladır).



Genetik

Meme kanserinin sadece 5-10 kadından 1-2'sinde genetik kökenli olan,

- BRCA-1 geninden fazlası (650-850 BRCA-1) genindeki bir mutasyondan kaynaklanmaktadır.
- BRCA-2 geninden 20-30'da ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır.
- Meme kanseri olan bir kişiye atvünde hastalığı bir kişiye aktarma riski 5-8 kat, bu oran bir kadınsa 2,3, kadınsa ise 4,5'tir.
- 100 meme kanserinin sadece 5-10 kadından 1-2'sinde genetik kökenli kaynaklıdır.



Radyasyona Maruz Kalma

Özellikle 50 yaşın altında ve ergenlikten önce radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır.

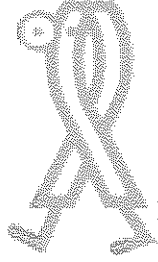


MEME KANSERİ RİSKİNİ AZALTILAN İŞLER

- Beslenme
 - Şişmanlığın azaltılması
 - Egzersiz
 - Birgün-alkol almayı bırakılması
 - KKMM her ayda bir defa yapılması
 - Yılda bir kez hekim muayenesi
 - Mamografi
- Günlükte bilinen en iyi erken teşhis ve risk azaltma yöntemidir.

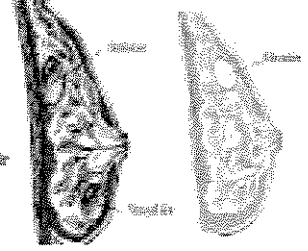
EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

MEME KANSERİ BELİRTİLERİ



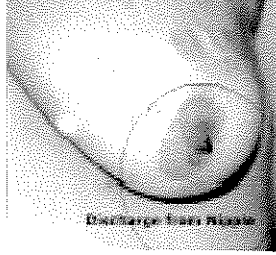
KÖTLE

- Hareketlidir
- Ağrısızdır
- 1-2 cm büyüklüğündedir
- Tek taraflı ve sızdırlıdır
- Sınırları keskinen belirlenmelidir
- Şekilsiz ve zor palpe edilir



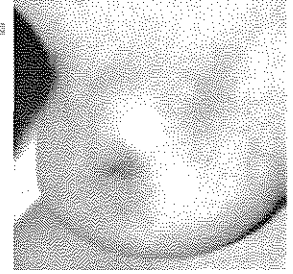
Meme başında ortaya çıkan akıntı

- Fek sak rastlanmaz.
- Tek taraflı
- Genellikle kanlıdır

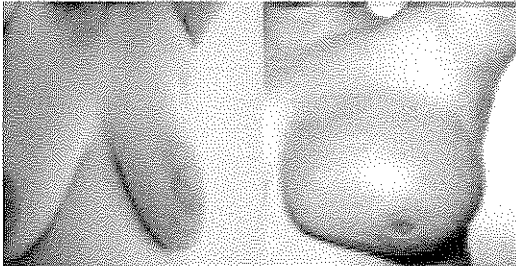


Meme başında içe çekilme veya çökme

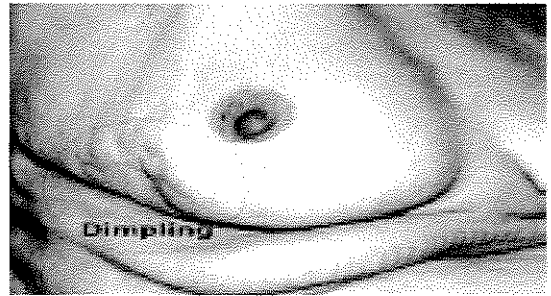
- Tümörün büyüdüğü meme başını tutması sonucunda olur



Meme göğsündeki değişiklikler (büyüme, küçülme, büzülme)

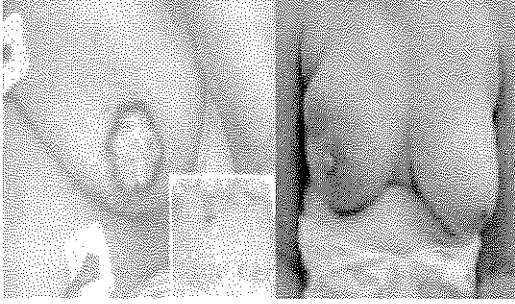


Meme derisinde içiye doğru çökme

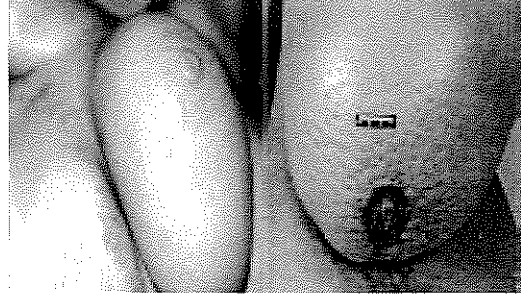


EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

Meme başında göbüt değişikliği, kalınlaşma, kızamık ve yara olması



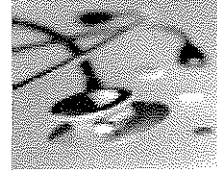
Portakal kabuğu görünümü



AĞRI

- Başlangıçta %50 oranında ağrı vardır.
- Ağrı geç döneminde oluşur
- Çoğu ile her aynı yerde değişmeden devam eden ağrılardır

MEME KANSERİNDE
TEŞHİS YÖNTEMLERİ



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

20 yaş üzerindeki tüm kadınların ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yapması gerekmektedir.



KLINİK MUAYENE:

20 yaşları üzerindeki tüm kadınlar, 40 yaşları üzerindeki kadınlar için her yıl bir kez klinik muayene yapılmalıdır.



EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

MAMOGRAFI

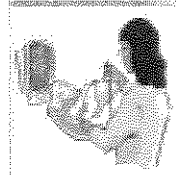
- 50-59 Yaşlar arasında 1 kez,
- 60-69 Yaşlar arasında iki kez, düşük risk gruplarında 3 yılda bir,
- Yüksek risk gruplarında ve 60 yaş üstelerinde her beş yılda bir kez mamografi yapılmalıdır.



YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
50-59 yaş kadınlara	KKMM Küçük meme parçası Mamografi	Her yıl 3 yılda bir
60-69 yaş kadınlara	KKMM Küçük meme parçası Mamografi	Her yıl Her yıl 3 kez bir mamografideki
60 yaş ve üzeri kadınlara	KKMM Küçük meme parçası Mamografi	Her yıl Her yıl 3 yılda bir

ULTRASONOGRAFI

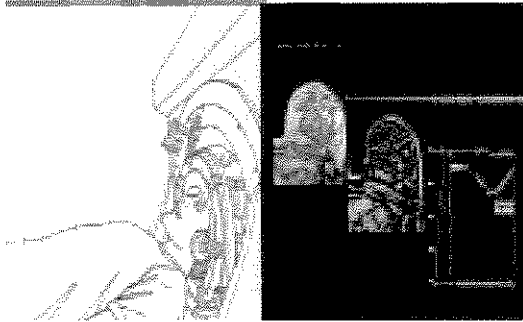
- Özellikle genç bayanların meme dokusunun incelenmesinde,
- ayrıca klibenli yapısını (kistik, solit) anlamak için kullanılır.



BIYOPSİ



MANYETİK REZONANS



DiĞER TEŞHİS YÖNTEMLERİ

- dijital mamografi
- pozitifon emisyon tomografi (PET)

EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ NEDEN ÖNEMLİDİR?

- Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir (10 kadından birinde)
- Meme kanserinden ölüm, akciğer kanserinden ölümden sonra ikinci sıradadır
- KKMM periyodik olarak yapılırsa erken tanı hayat kurtarır
- KKMM öğretilmesi kolay, zararsız ve ucuz bir yöntemdir(8)

Kendi Kendine Meme Muayenesinde Amaç:

- Kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır ve değişiklikleri fark etmesidir.
- Çünkü;
- KKMM ile ortaya çıkan kitlelerin %50'sinde kitle 2 cm den daha büyüktür.
- Öğretilmesi kolay, zararsız ve ücretsizdir.

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ NE ZAMAN YAPILMALI???



- 10 yaşından itibaren her kadını her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesini yapmalıdır.
- Adet gören 20 yaş üzeri kadınlarda - ayık olarak memelerin yumuşak hissedildiği adet öncesi dönemden sonraki 5-7 GÜNDE.
- Adet olmayan kadınlarda (gebelik, emzirme dönemi, menopoz) her ayın belirli bir günü (her ayın ilk günü) yapılması önerilir. (8,10)

KKMM'nin iki aşaması vardır:

1.GÖZLE DEĞERLENDİRME

2.ELLE MUAYENE

A-AYAKTA

B-YATANAK



GÖZLE DEĞERLENDİRME

Belden yukarıya gövde - göğüs aynı karışına çekilir.

- eller ili yana sarık,
- eller belde,
- kollar boyun üzerine doğru kaldırılır,
- kollar yanda, gövde öne eğik veya eller belde öne arkaya eğilme - göğüsde pozisyon verilerek her iki meme için gözlem yapılır.



Gözlem sırasında:

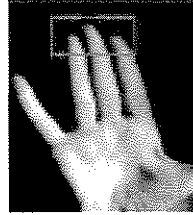
- Memeleri inceleyin: Belli bir bölgedeki şişlik veya bir memedeki her denecekte şişlik anormal durumdur.
- Meme derisini gözlemleyin. Meme derisinde görülen kızamık, buruşma, portakal kabuğu görünüşü, gümüşleme anomali işaretidir.
- Memelerinizin şekli ve boyutunu gözlemleyin. İki meme arasında küçük farklılık normaldir. Ancak memelerin birinde görülen büyüme, memelerin birinin diğerinden sarkık olması anormaldir.

EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

Gözlem sırasında;

- Meme uçlarının yönünü ve meme başı çıkıntısını kontrol edin. Sıkınca gelen açık sarı renkte veya süt kıvamında akıntı normal iken, tek memeden ve kardeşinden gelen kanlı, berrak veya cerrahi akıntı olması, meme uçlarının farklı yöne bakması veya meme başında çöküklük, çukurlaşma ve renginde değişiklik olması anormal durumdur.
- Aynısa kolun altına da bakın. Kolun altında bezelye büyüklüğünde anormal şişlik gözlemlenir.

2- MEMENİN ELLE MUAYENESİ



Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır.

ELLE MUAYENE ŞEKİLLERİ

• **Paralel Muayene Şekli:** Memeyi her iki elinizle tutarak her iki parmağın iç yüzeyiyle yapılır.

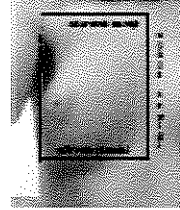
• **Dikey Muayene Şekli:** Memeyi her iki elinizle tutarak her iki parmağın iç yüzeyiyle yapılır. Bu şekilde tüm memeyi kontrol edilir.

• **Yarıçaplı Muayene Şekli:** Meme dokusunu her iki elinizle tutarak her iki parmağın iç yüzeyiyle yapılır.

• **Dikey muayene şekillerinden herhangi birini geliştiren her türlü şekil (10)**

PARALEL **DIKEYSEL** **YARIMDAİRESEL**

Meme dokusunun tamamıyla taranması



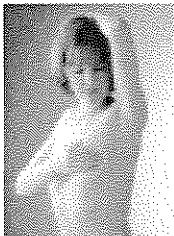
Memeyi kolunuzla tutarak göğüs kaslarına karşı göğüs dokusunu her iki parmağın iç yüzeyiyle taranmalıdır.

Meme dokusunun tüm kısımlarını kontrol etmek ve diğer dokularla karşı karşıya gelmek için memeyi kasıtlı ve sistematik olarak her iki parmağın iç yüzeyiyle muayene edilmelidir.

Mengeneyle diğer dokular veya kolları kontrol etmek daha rahat bir muayene haline gelir.

A- AYAKTA, ELLE MUAYENESİ

Muayenenin ayakta olan bölümüdür. banyo sırasında sabunlu eller yapılmaz önerilir.

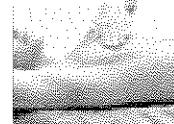


• **Elle meme muayenesi ayakta durur pozisyonunda sol memeden sol kol bag üzerine kaldırılır.**
 Sağ el orta üç parmağın iç yüzü sol memeye muayene edilir.
 • **Elle meme muayenesi ayakta durur pozisyonunda sağ kol bag üzerine kaldırılarak, sol el ile muayene yapılır.**

B- YATARAK ELLE MUAYENE

• **Yatarak yapılır.**

• **Sol memeyi muayene ederken:** Sol kolun altına bir yastık veya kolların bir tarafı yastıklanır. Sol el bagın altına konur. Sağ el parmak üç yüzeyleri ile memeyi muayene ederiz.



• **Sağ memeyi muayene ederken:** Sağ kolun altına bir yastık veya kolların bir tarafı yastıklanır. Sağ el bagın altına konur. Sol el parmak üç yüzeyleri ile memeyi muayene ederiz.

EK-4 (Meme Kanseri Erken Tanısı ve KKMM Uygulaması Eğitim Slaytları)

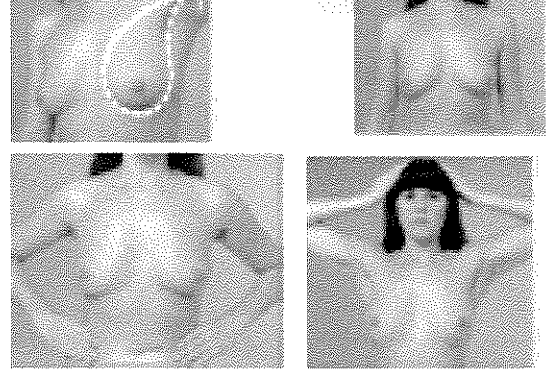
- Meme muayenesinin en son basamağı koltuk altı (erf) bezlerinin kontrolüdür.
- Yatar veya oturur pozisyonda dikkatli bir şekilde ve dairesel olarak koltuk altını muayene edin. Ele gelen beze var mı kontrol edin.

HER AY DÜZENLİ OLARAK

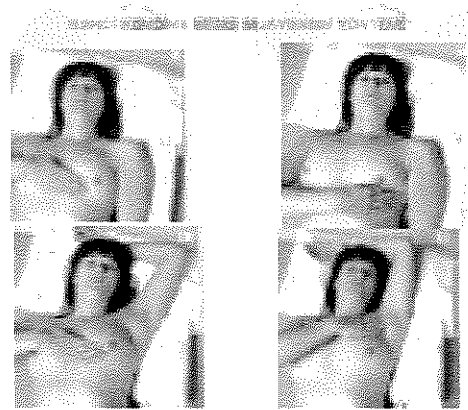
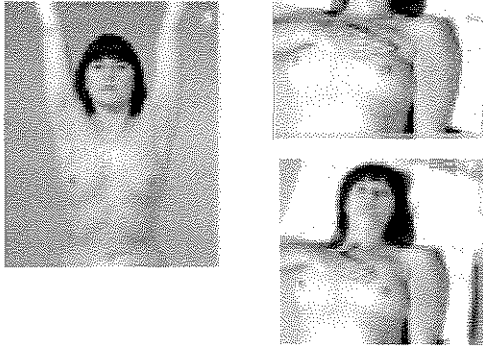
Her bir meme
en az 5 dakika muayene
edilmelidir.



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (YÖNTEMİ)



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (YÖNTEMİ)



ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Denizli’de doğan Özlem Kersu, 1991-1996 yılları arasında ilkokul öğrenimini, 1996-2002 yılları arasında Buldan Anadolu Lisesi’nde orta ve lise öğrenimini tamamlamıştır. 2002-2006 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde lisans öğrenimini tamamlamıştır.

Ağustos 2007 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım ünitesinde çalışmaya başlamış ve halen bu görevini sürdürmektedir.

2007 yılı güz döneminde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır.