

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÇALIŞAN KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA
DAVRANIŞLARI VE SAĞLIK İNANÇLARI**

Dr.Emine ARSLAN KAPICIBAŞI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç.Dr.T.Müge ALVUR**

**Anabilim Dalı Başkanı
Doç.Dr.T.Müge ALVUR**

2016

**Etik Kurul Uygunluk Onayı
Tarih:24.3.2015 Sayı:KAEK-20/4
ProjeNo:KOU KAEK 2015/94**

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Memenin Anatomisi.....	4
2.2. Memenin Fizyolojisi ve Gelişimi.....	7
2.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	8
2.4. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri.....	11
2.5. Meme Kanseri Sınıflaması	17
2.6. Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı	17
2.7. Meme Kanserinde Klinik Bulgular	18
2.8. Meme Kanserlerinde Tanı Yöntemleri.....	20
2.9. Meme Kanserinde Korunma	24
2.10. Meme Kanserlerinde Evreleme	33
2.11. Meme Kanseri Tedavisi	35
2.12. Sağlık İnanç Modeli	38
3. MATERYAL-METOD	44
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	44
3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	44
3.3. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	46
4. BULGULAR	48
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler Ve Risk Faktörleri.....	48
4.2. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Davranışların Değerlendirilmesi.....	53
4.3. Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçek Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	59
5. TARTIŞMA	67
5.1. Demografik Özellikler Ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi	67

5.2. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Davranışların Değerlendirilmesi.....	71
5.3. Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçek Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
7. ÖZET.....	85
8. ABSTRACT.....	86
9. EKLER.....	87
10. KAYNAKLAR	94



TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren desteğini hep yanımda hissettiğim, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaştıran, tez çalışmam boyunca gerekli tüm yardım ve tavsiyeleri yapan, sabrını, ilgi ve anlayışını hiç esirgemeyen, asistanı olmaktan onur ve mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam Doç.Dr.Tuncay Müge ALVUR'a,

Kliniklerinde rotasyon yaparak çalışma şansı yakaladığım, eğitimime katkısı olan tüm hocalarıma,

Dostluğunu ve desteğini her zaman hissettiğim Aile Hekimliği Asistanı arkadaşlarıma, Çalışmamı gerçekleştirmem için olanak sağlayan Sakarya Büyükşehir Belediye Başkanlığı'na ve çalışmaya katılmayı kabul ederek bu araştırmanın gerçekleşmesine imkân veren tüm kadınlara,

Eğitim hayatım boyunca daima bana güvenen, yüreklendiren sevgili anne ve babama, Asistanlık dönemim boyunca, hep yanımda olan, bana inanan ve güç veren eşime, her türlü durum ve şartta bana katlanan canım kızlarım Ayşe Naz, Defne ve Melis'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Emine ARSLAN KAPICIBAŞI

KISALTMALAR

ADH	Atipik duktal hiperplazi
ALH	Atipik lobüler hiperplazi
AJCC	American Joint Commitee on Cancer
BCDDP	Breast Cancer Detection Demonstration Projects Study
BIRADS	Breast Imaging Reporting and Data System
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CNBSS	Canadian Natioanal Breast Screening Study
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DCIS	Duktal Karsinoma İn situ
EPIC	European Propective Investigation into Cancer and Nurition
ER	Östrojen reseptörü
HER-2/neu (c-erbB-2)	Human Epidermal Growth Factor Receptör 2
HIP	The Health Insurance Plan
IARC	International Agency onCancer for Research
İİAB	İnce iğne aspirasyon biyopsisi
KETEM	Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
LKI	Lobüler Karsinoma İn situ
MG	Mamografi
MRG	Manyetik Rözonans Görüntüleme
NCI	National Cancer Institute
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
PR	Progesteron reseptörü
ROLL	Radionuclide Guided Occult Lesion Localization
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SİMÖ	Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
USG	Ultrasonografi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada Ülkelere Göre Kanser İnsidansı (1/1000).....	8
Tablo 2. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık İlk Beş Kanser.....	10
Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	16
Tablo 4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	19
Tablo 5. Meme kanserinde TNM Evrelemesi	35
Tablo 6. Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi Formu	47
Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	49
Tablo 8. Katılımcıların Risk Faktörleri Dağılımı	50
Tablo 9. Katılımcıların Risk Faktörleri Dağılımı	51
Tablo 10. Katılımcıların Meme Kanseri Risk Düzeyi.....	52
Tablo 11. Katılımcıların Geçirilmiş Meme Hastalığı Dağılımı.....	52
Tablo 12. Katılımcıların Meme ile İlgili Yapılan Tetkiklerinin Dağılımı.....	52
Tablo 13. Kadınların Tarama Davranışları.....	53
Tablo 15. 40 Yaş ve Üzeri KKMM Yapan Kadınların Diğer Tarama Davranışları ve Uygulama Durumu	54
Tablo 16. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Tarama Davranışları.....	55
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kadınların KKMM Hakkında Bilgi Kaynakları.....	56
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kadınların KKMM Yapmama Nedenlerinin Dağılımı	57
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kadınların MG Çektirme Nedenlerinin Dağılımı.....	57
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kadınların KMM Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı	58
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Kadınların KMM Yaptırmama Nedenlerinin Dağılımı	58
Tablo 22. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları.....	59
Tablo 23. Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	59
Tablo 24. Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 25. Risk Duruma Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	60
Tablo 26. Medeni Duruma Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 27. Meme Hastalığı Öyküsüne Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	62

Tablo 28. Ailede Meme Kanseri Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları.....	62
Tablo 29. KKMM Bilme Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	63
Tablo 30. KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	63
Tablo 31. KKMM'yi Düzenli Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .	64
Tablo 32. MG Çektirme Durumlarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	64
Tablo 33. KMM Yaptırma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları.....	65
Tablo 34. Meme Kanseri Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları	65
Tablo 35. Meme Kanseri İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları.....	66



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Memenin anatomisi.....	4
Şekil 2. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013)	11
Şekil 3. KKMM’de memelerin eller kalçadayken gözlemlenmesi	29
Şekil 4. KKMM’ de memelerin eller havadayken gözlemlenmesi	30
Şekil 5. Yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya, dairesel veya ışınsal olarak yapılacak muayene.....	30
Şekil 7. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi	31
Şekil 8. Sağlık İnanç Modeli (Rohleder 2012).....	40
Şekil 9. Sağlık İnanç Modeline göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar	41

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Yaşamı tehdit eden yanı sıra, bireyleri ve aileleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek algılanan yaşam kalitesini de etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verilerine göre, her yıl on milyon kişinin kansere yakalandığını, altı milyon kişinin ise kanserden öldüğünü bildirmektedir¹. Kanser halk sağlığı yönünden önemi, görülme sıklığının yanı sıra sakatlık ve ölüme yol açmasıdır. Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tanı konulup tedavi edilebilir olması meme kanserinin önemini attırmaktadır^{2,3}.

Meme kanserinin dünyada ortalama insidansı yüzbinde 38-40 iken Avrupa'da bu oran yüz binde 66-67, ülkemizde ise ortalama yüzbinde 40 civarındadır. Kadınlarda en sık görülen ilk on kanserin yaşa göre standardize edilmiş hızlarının dağılımları incelendiğinde meme kanseri yüzbinde 40,6 ile ilk sırada gelmektedir⁴. Uluslararası Kanser Ajansı özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmektedir. Kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir. Meme kanseri kadın kanserleri içinde en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser olarak belirlenmiştir. Güncel GLOBOCAN (Dünya Kanser Bilgi Sistemi) verilerine göre dünyada kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir⁵.

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemekle beraber genetik, çevresel, hormonal ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmektedir. Meme kanserinin etiolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, daha önce meme kanseri geçirmiş olmak, benign meme hastalıkları öyküsünün olması, aile öyküsü, ırk, menstrual öykü (erken menarş ve geç menopoz), ilk gebelik yaşı, hiç emzirmeme, alkol tüketimi, yağdan zengin diyet ile beslenme, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi, iyonizan radyasyon etkisi yer almaktadır⁶. Meme kanseri riski, over sikluslarının toplam sayısı ile birlikte artmaktadır. Menarş yaşındaki gecikmenin her bir yılı için risk yaklaşık %15 düzeyinde azalmakta ve menopoz yaşındaki gecikmenin her bir yılı için %3 artmaktadır. Yapay menopoz, doğal menopoza benzer ya da biraz güçlü bir koruyucu etki sağlamaktadır⁷.

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; ailenin en az iki çocuk sahibi olması, emzirmenin annenin önemli rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar

arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir ^{6 8}.

Meme kanserinde en yaygın görülen semptom ele gelen kitledir. Kitlenin ağrısız, sert ve düzensiz kenarlarının olması kanser lehine yorumlanabilirken meme kanserinde hassas, yumuşak ve yuvarlak kitle de görülebilmektedir. Kitle dışında; meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon gibi semptomlar da görülebilir ^{6,9}.

Meme kanseri gibi pek çok kanser türünde erken tanı, hastalığın etkin tedavisinde ve insan ömrünün uzatılmasında önemlidir. Klinik meme muayenesi (KMM), kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi (MG) gibi erken tanıyı kolaylaştıran meme kanseri taramaları sağlığı geliştirme aktiviteleri olarak tanımlanmakta ve bu uygulamalar meme kanserinin erken tanısında oldukça önemli rol oynamaktadır ¹⁰. KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında etkisi olmadığı sonucuna varılan çalışmalar olmasına rağmen, KKMM yapan kadınların meme Ca'yı % 95, erken evre meme Ca'yı ise % 65 oranında kendilerinin tespit ettiklerini ve bu sayede mortalitede %18 oranında azalma sağladıklarına yönelik çalışmalar mevcuttur ^{3,11,12}.

Erken tanıya yönelmede çeşitli psikolojik, eğitimsel, sosyal ve kültürel etkiler vardır. Hastalık belirtilerinin fark edilmesi ile meme kanseri riskinin olabileceği düşüncesi bu sayılan faktörlerin ışığında şekillenir. Risk faktörlerinin bilinmesi, riskin nasıl algılandığı, koruyucu sağlık davranışlarına yönelmede etkili olmaktadır ¹³.

Meme kanserinin erken tanılanmasında kullanılan yöntemlerin etkinliğini belirlemede çeşitli modeller kullanılmakla birlikte, inançlar sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu için, KKMM ve diğer meme kanseri taramaları çalışmalarının kuramsal çatısını oluşturmada Sağlık İnanç Modeli sıklıkla kullanılmaktadır ¹⁴. Sağlık İnanç Modeli kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini araştıran bir modeldir. Yani bir motivasyon teorisidir ¹². Sağlık İnanç Modeline göre, meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayan kadınlar erken tanı yöntemlerini daha fazla uygulayacaklardır. Yapılan araştırmalar, kadınların KKMM ve diğer meme kanseri taramalarına yönelik inançlarının bilinmesinin bu yöndeki uygulamaların öğretilmesi ve benimsetilmesinde etkili olacağını göstermiştir ¹⁴.

Ülkemizde meme kanserinin erken tanısında tarama davranışlarına yönelik inançları ve bunları etkileyen faktörleri belirleyen, meme kanseri risklerini tespit eden çalışmaların

sınırlı olması, bu konuda yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı ise; kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanserinin erken teşhisine ve erken dönemde tedavisinin olumlu sonuçlarına kadınların ne kadar inandığını ve bu konuda önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi çekirme konusundaki uygulamalarını değerlendirmek, meme kanseri riskini belirlemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

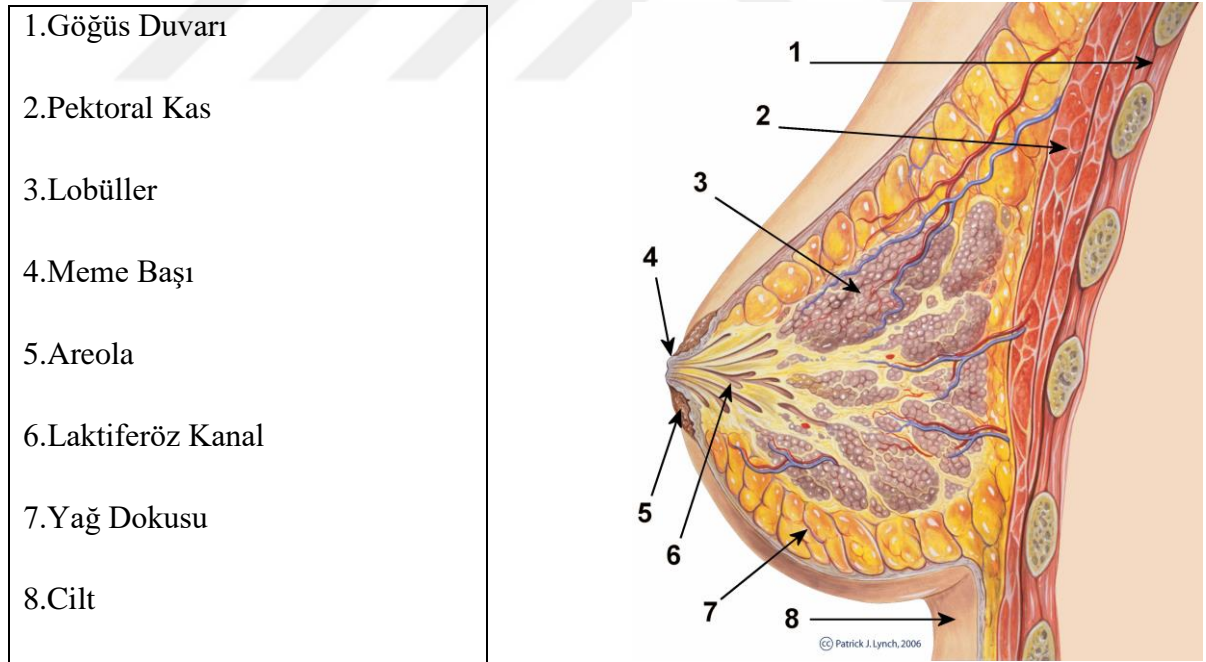
Bu araştırmadan elde edilecek sonuçlar ileride meme kanseri farkındalığını artırma amaçlı yapılacak eğitim ve müdahale programları için de zemin oluşturacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomisi

Meme, göğüs ön duvarında ikinci ve altıncı interkostal aralıklar arasında, medialde sternum lateral kenarıyla, lateralde ön aksiller çizgi arasında, aksillaya doğru uzantısı olan, kendisini çevreleyen deri ile pektoralis major kası ve bu kasın fasyası arasında yerleşmiş modifiye bir apokrin ter bezidir. Meme üzerindeki derisi, üzerinde bulunduğu pektoralis major kası ve kasın fasyası ile birlikte anatomik bir bütündür. Gelişmiş meme; asinüsler, duktuslar ve stroma elemanlarından oluşur. Asinüsler, memenin salgı yapan birimidir. Asinüsler biraraya gelerek lobülleri, lobüller de lobları oluşturur. Her meme 15-20 lobdan meydana gelir. Her asinüsün bir kanalı vardır. Bunlar birleşerek lobüllerin kanallarını, lobüllerin kanalları da lobların kanallarını meydana getirir. Her lob meme başına ayrı ayrı açılır ve açılmadan önce areola altında laktifer sinüsler denilen genişlemeleri yapar^{15,16}.



Şekil 1. Memenin anatomisi¹⁷

Meme dokusu; cilt, cilt altı yağ dokusu, meme parankimi ve onu destekleyen stromal dokudan oluşmakta olup, meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış

kadranda yerleşmiştir. Memenin üst-dış kadranı diğer kadranlara göre daha fazla glandüler elaman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür. Meme dokusunun koltuk altına doğru bir uzantısı vardır. Buna “Spence’in aksiller kuyruğu” adı verilir. Memede oluşan tüm fizyolojik olaylar koltuk altı kuyruğunda da kendini gösterir. Memenin hemen hemen orta bölümüne rastlayan kısmında meme başı ve areola bulunur. Meme başı genellikle 4. kosta hizasında bulunur. Sinir uçlarından çok zengindir, yağ ve ter bezleri bulunurken, kıl folikülü bulunmaz. Areola 15-60 mm çapında olup meme derisinden daha fazla pigment içerdiğinden rengi koyudur. Rengin koyuluğu östrojen seviyesinin yükselmesi ile artar. Areolanın periferine yakın kısmında, Montgomery bezlerinin açıldığı Morgagni tüberküleri bulunur. Montgomery bezleri süt de salgılayabilen sebaceöz bezlerdir. Meme bezinin önünde ve arkasında birer fasya vardır. Öndeki yüzeysel fasya memeyi bütünü ile tam bir kapsül gibi örtmez. Yüzeysel fasyadan derin fasyaya giden uzantılar lobları birbirinden tam ayıramayan fibröz bölmeler yaparak bezin stromasına karışır. İçinde lenf damarlarının bulunduğu bu fibröz doku kuşaklarına Cooper bağları denir. Meme kanserinde hastalık ilerledikçe bu fibröz ligamanlarda kısalma ve anormal bir çekilme ortaya çıkar. Bu durum özellikle meme kanserinin önemli bulgularından biridir ve “meme cildi retraksiyonu” olarak isimlendirilir^{15,16}.

Memenin arteriyal beslenmesi

Memenin arteriyal beslenmesi; lateralde arteria axillaris ile dalları olan torakoakromial, lateral torasik ve dorsal torasik arterler tarafından, medialde arteria mammaria interna ve perforan dallarından ve posterior interkostal arterlerin (torasik aortanın dalları) lateral dallarından sağlanır. İnternal mammarian arter subklavian arterin birinci kısmından orijinlenerek, birinci kostonun arkasından toraksa girer. Altıncı ve 7. kostonun kartilajları düzeyinden aşağıya doğru uzanır ve lateral perforan dalları ile memeyi besler¹⁷.

Memenin venöz dolaşımı

Memenin venöz drenajında varyasyon siktir. Yüzeysel ve derin venler olarak memenin venleri iki grupta değerlendirilebilir. Derin venler de; memenin en büyük venleri olan ve internal mammarian vene dökülenler, boyut ve dağılımları daha farklı olan ve aksiller vene dökülenler ve interkostal venlere dökülenler olmak üzere üç ana gruba ayrılır. Yüzeysel fasyanın altına yüzeysel venler birbirleri ile anastomozlar yaparlar. Hızlı büyüyen tümörlerde hipervaskülarizasyona bağlı olarak genişleyebilirler. Sternum kenarı önünde birbirlerine yaklaşan yüzeysel venler perforan venlere, onlar da vena mammaria internaya açılırlar. Derin venler genellikle arterlere paralel olarak seyrederek. Meme parankimi

içerisinde derin ve yüzeysel venler anastomoz yaparlar. Venöz drenajının bir bölümü posterior interkostal venler aracılığıyla azigos venine olduğundan meme kanseri doğrudan akciğere metastaz yapabilir ¹⁸.

Memenin lenf sistemi

Meme kanserinde metastazlar genellikle lenfatik yolla olmaktadır. Bu nedenle memenin lenfatik sisteminin ayrıntılı bilinmesi önemlidir. Lenf damarları, her memede iki büyük pleksus yapar. Bunlar, areola altındaki subareolar pleksus ile meme bezinin arkasında ve M. Pectoralis major'ün önünde yer alan memenin derin pleksusudur. Asinuslar, stromadaki kılcak lenf damarlarının meydana getirdiği küçük pleksuslar ile sarılıdır. Bu pleksuslardan çıkan lenf damarlarının bir bölümü birbirleriyle birleşerek daha büyük damarlar halinde meme kanallarını izler ve subareolar lenf pleksusuna açılır. Lenf damarlarının diğer bir bölümü memenin arka yüzünde bulunan derin pleksusa gider. Asinusların çevresindeki pleksustan çıkan bir kısım lenf damarları da Cooper ligamanlarında seyrederek doğrudan deri lenfatiklerine karışır. Meme derisini drene eden deri lenfatikleri ise subareolar pleksustaki lenf damarları ile geniş anastomozlar yaparlar. Gerek derin, gerekse yüzeysel pleksustan çıkan ana lenf damarları başlıca üç yolla memenin bölgesel lenf bezlerine ulaşırlar.

Bunlar;

- 1) Aksiller yol: Subareolar pleksusdan çıkan lenf damarları M. Pectoralis major'ün dış kenarı boyunca ilerleyerek koltuk altı lenf bezlerinin çeşitli seviyelerinde yer alan subpektoral, apikal, santral, lateral ve subskapuler gruplarına dökülürler.
- 2) Transpektoral yol: Memenin derin pleksusundan çıkan lenf damarları M. Pectoralis major'ü delip geçtikten sonra iki pektoral kas arasında yer alan interpektoral gangliyonla döküldüğü gibi yukarıya doğru ilerleyerek infraklaviküler bezlere de ulaşır. Bu yol gerek infraklaviküler gerekse doğrudan supraklaviküler bezler üzerinden gangliyonlara gider.
- 3) Mammaria interna yolu: Subareolar pleksusun santral ve medial bölgelerinden çıkan bir kısım lenf damarları ile derin pleksustan çıkan lenf damarlarının çoğu m. pektoralis majör, minör ve interkostal kasları delip geçtikten sonra mammaria interna lenf bezi grubuna varırlar. Mammaria interna lenf bezi grubu göğüs duvarının arka yüzünde plevranın önünde aynı adı taşıyan arterin yanında birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü interkostal aralığın sternuma yakın kısmında yer alır. Lenf akımının çoğu bu bölgesel lenf bezlerine yukarıda açıklandığı şekilde taşınmakla birlikte ikincil lenf yolları da bulunmaktadır ¹⁵.

Memenin Sinirleri

Memenin duyuşsal innervasyonu başlıca 2., 3., 4., 5., ve 6. interkostal sinirler ile sağlanmaktadır ¹⁵.

2.2. Memenin Fizyolojisi ve Gelişimi

İntrauterin hayatta gelişmeye başlayan meme dokusunda, fetal yaşamda, çocuklukta, puberte ve adölesan dönemde, gebelikte, lohusalıkta, menepozda ve her ay adet dönemi boyunca değişiklikler görölr. Menarşın başlamasıyla birlikte östrojen ve progesteronun da etkisiyle memeler gelişimini devam ettirir ve 12-18 ay sonra memenin karakteristik lobular ve kanal sistemi gelişimi tamamlanır. Menstrual siklus boyunca bu iki hormonun düzeyinde olan değişiklikler memenin üzerinde değişikliklere yol açar. Menstruasyon dönemi boyunca memede gerginlik ve büyüme hissedilir, aynı zamanda hassasiyet de artabilir. Östrojen salgılanmasındaki artış meme kan akımını ve meme hacmini artırır ¹⁹.

Menstruasyonla birlikte cinsiyet hormonlarının seviyesi hızla düşer, epitelin sekretuar aktivitesi ve doku ödemi geriler. Meme menstrual siklusun 5-7 günleri arasında en küçük boyuttadır. Bu nedenle bu günler meme muayenesinin yapılabileceği en ideal dönem olarak kabul edilmektedir. Menstrual siklus sırasındaki değişiklikler doğurmamış ve emzirmemiş kadınlarda daha belirgindir. Menarşla başlayan bu değişiklikler aynı biçimde artarak ya da azalarak menapoza kadar devam eder ^{15,16}.

Gebelik sırasında östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle memeler şekil ve görünüm olarak değişirler. Östrojen meme kanal dokusunun büyümesini uyarırken, progesteron lob, lobul ve alveollerin gelişimini uyarır. Bu hormonların yanı sıra kanda prolaktin ve plasental laktojenin artmasıyla meme büyümesi hızlanır. Doğumdan sonra memelerde süt yapımı ve salgılanması başlar. Emzirme döneminin bitmesinden sonra ise meme dokusu gebelik öncesi durumuna geri döner ¹⁶.

Menapoz ve sonrası dönemde memelerin yoğunluğu, lobüllerin sayısı ve büyüklüğu ile birlikte azalır. Bu dönemde memeler asimetric ve palpasyonda düzensiz yapıda olabilirler. Yaşlanma ile birlikte yağ ve dokusu ve destek dokusu azalır, memeler küçölür ve şeklini kaybederek sarkar ²⁰.

2.3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Ajansının 2012 yılı için yayınladığı yeni tahminlere göre dünyada yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanserden kaynaklanan ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. GLOBOCAN 2012 verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünyada en çok görülen kanserler akciğer (% 13,0), meme (% 11,9) ve kolon (% 9,7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (yüzde 19,4), karaciğer (% 9,1) ve mide kanserinden (% 8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir ⁵.

Tablo 1. Dünyada Ükelere Göre Kanser İnsidansı (1/1000)

Kanser Türleri	Dünya	Afrika	Amerika	Doğu Akdeniz	Avrupa	Asya	Batı Pasifik
Akciğer	1448	27	264	34	401	164	558
Mide	933	38	89	25	182	78	521
Kolon ve rektum	1080	32	217	23	409	106	293
Karaciğer	632	65	38	13	67	64	386
Serviks	489	95	95	15	81	180	73
Meme	1100	72	310	54	326	154	184
Prostat	605	77	236	13	180	45	54
Lenfoma ve multipl myeloma	479	56	102	39	113	91	79
Lösemi	375	20	68	28	86	72	101
Diğer	5187	234	874	226	1214	773	919

Globocan 2012⁵

Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %25'ini oluştururken; tüm toplumlarda sıklığı giderek artan bir kanser türüdür. Kadın ve erkek birlikte değerlendirildiğinde akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir ²¹. Tüm kadın kanseri ölümlerinin %13,7'sinden meme kanseri sorumludur. İkinci sırayı ise, %12,8 ile akciğer kanseri almaktadır ²².

DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında %25'lik artış görülmektedir. Meme kanseri 2008 yılında 1.380.000 yeni vaka ile kadınlarda dünya çapında en sık görülen kanser türüdür. Verilere göre 2010 yılında yaklaşık 1,5 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmuştur²³. 2012 yılında ise 1,7 milyon yeni vaka görülmüştür. Bu oran tüm yeni kanser vakalarının yaklaşık %12'sini, kadınlarda ise %25'ini temsil etmektedir²⁴.

Meme kanserinin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme kanseri tanısı olan kadın bulunmaktadır⁶. İnsidans, Avrupa ve Amerika'da daha yüksek, Afrika ve Doğu Akdeniz ülkelerinde daha düşüktür. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda 80-90/100.000 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, Japonya'da sadece 12-15/100.000 arasındadır. 1970'ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki Batı tarzı gelişim ve doğurganlığın Batı'ya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır²⁵.

Türkiye'de ise meme kanseri kadınlarda görülen ilk 10 kanser türünde birinci sırada (37.60/100.000) yer almaktadır. Türkiye'de ülke genelinde yapılan çalışmalar olmamakla birlikte kanser insidanslarına ait sınırlı bilgiler vardır. Mevcut verilere göre Türkiye'nin batısında insidans 50/100.000 doğusunda ise 20/100.000 oranındadır. Bu oranın Batılılaşan yaşam, erken menarş, geç menopoz, ilk doğumun 30 yaş üstünde olması, daha az emzirme ve diğer risk faktörleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sıklık farkı, Türkiye'nin batısındaki yaşamın Avrupa'dakine benzerliğinden kaynaklanmaktadır. Türkiye'de 2000'li yıllarda yaşanan coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdeki değişimlerin meme kanseri insidansının artışına katkısı olduğu görülmüştür²⁶.

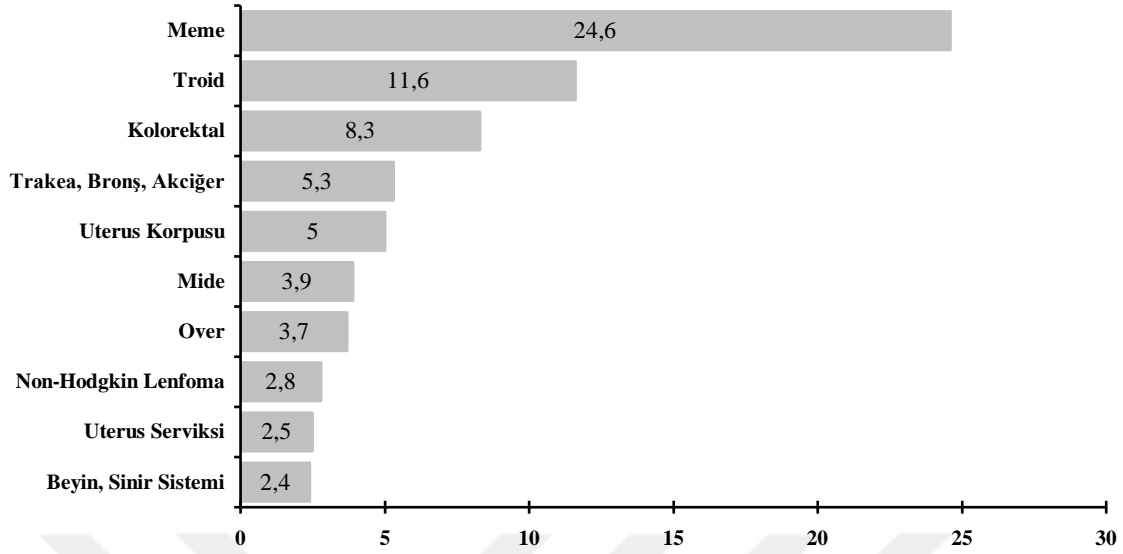
Tablo 2. Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık İlk Beş Kanser

	Türkiye*	Dünya	AB (28 ülke)	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Troid	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Kolorektal
4	Akciğer	Akciğer	Uterus korpusu	Troid
5	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

*Türkiye Birleşik Veri Tabanı,2013 ²⁷

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83 iken gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Dünyada her üç dakikada bir kadına yeni meme kanseri tanısı konulmakta ve her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeni ile ölmektedir ⁶.

Tarama programlarının yaygın olarak uygulanması, eğitim, artmış farkındalık ile palpe edilemeyen meme kanseri oranı % 75'e ulaşmakta, aksilla tutulum oranı da azalmaktadır. Bu ülkelerde erken tanı ve etkin tedavi ile mortalite oranındaki azalma devam etmektedir. IARC'in 2008 yılında yaptığı bir değerlendirmeye göre, meme kanseri tüm kanserler içerisinde kanserden ölüm nedeni olarak beşinci sırada, kadınlarda ise ilk sırada bulunmaktadır. Yine aynı yıl içerisinde dünyada meme kanserinden ölen kadın sayısı 458.000 olup, bu ölümlerin %58,7'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (mortalite/sıklık oranı 0,43). Gelişmekte olan ve gelişmiş bazı ülkelerde meme kanseri görülme sıklığı artarken, mortalite oranının da yüksek olması bu ülkelerde organize toplum tabanlı tarama yöntemlerinin olmaması, kanserin öncelikli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmemesi, meme kanseri farkındalığının oluşmaması, eğitimsizlik, tanı ve tedavi olanaklarının yetersizliği, ileri evrede tanı, yetersiz ve etkisiz tedaviler ile açıklanabilir ⁶.



Şekil 2. Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2013) ²⁷

Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, Ulusal Meme Kanser Kayıt Programı ile 11.000’den daha fazla meme kanseri hastasını kayıt altına almıştır. Bu hastalar Şubat 2008’de değerlendirilmiş ve istatistik sonuçlara göre kayıt programındaki 11.208 meme kanserinin çoğunluğunun (% 52,8) ikinci evrede olduğu belirlenmiştir. Hastaların sadece % 4,28’i şans eseri taramalarda palpe edilemeyen meme kanserine sahiptir. Ülkemizde meme kanserinin ortalama yaşının 51,5 olduğu, hastaların %20,2’sinin 40 yaş ve altında olduğu saptanmıştır ²⁸.

2.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir ^{29,30}. Bu özelliklere de kısaca “risk faktörü” adı verilmektedir ^{9,31}. Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir ³².

Cinsiyet: Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sık görülmektedir.

Amerika’da yılda 200.000’ inin üzerinde kadına invaziv meme kanseri tanısı koyulmakta olup erkeklerle bu oran yıllık 2000 vaka kadardır ³³.

Yaş: Meme kanseri insidansı ve ölüm oranları genellikle yaşla birlikte artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı alan kadınların %79'u ve meme kanseri nedeniyle ölenlerin %88'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlardır ⁶. Amerika'da yaşayan bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri tanısı alma riski %12,3'tür. 2006-2008 yılları arasında kadınların yaşlarına göre meme kanseri tanısı alma riskleri şöyledir; 39 yaşa kadar risk %0,49, 40-59 yaşları arasında %3,76, 60-69 yaşları arasında %3,53, 70 yaş ve üzerinde ise %6,58'dir ^{6,34}.

İrk: Meme kanseri çoğu yaş grubunda, beyaz ırktaki kadınlarda siyah ırktaki kadınlara göre daha sık görülmektedir. Ancak Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda 40 yaş öncesinde meme kanseri insidansı daha yüksektir. Ayrıca siyah ırktaki kadınların her yaşta meme kanserinden ölme oranları da beyaz ırktaki kadınlara göre yüksektir ⁶.

Aile öyküsü: Ailede özellikle birinci derece akrabasında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir. Birden fazla birinci derece akrabasında meme kanseri olanlarda bu risk daha da fazladır. Ailesinde meme kanseri olan ve olmayan kadınlar karşılaştırıldığında; birinci derece akrabasında sadece bir kişide tanı koyulmuş meme kanseri varsa risk 1,8 kat, iki akrabasında varsa 3 kat, 3 ya da daha fazla akrabasında varsa 4 kat artmıştır. Meme kanseri tanısı, etkilenen akrabada erken yaşta koyulduysa risk artar ⁶. Meme kanseri olan kadınların sadece %15'inde aile öyküsü mevcut iken çoğunluğu oluşturan %85'in ailesinde meme kanseri öyküsü yoktur ⁹.

Reproduktif dönem: Uzun süre östrojen hormonuna maruz kalmak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Erken adet gören ve geç menapoza giren kadınlarda meme kanseri gelişme riski bu nedenle artmaktadır. Artan siklus sayısı, proliferen duktal dokuda artmış DNA hasarına neden olmakta, bu da meme kanserine yol açabilecek mutasyon riskini arttırmaktadır. 55 yaşından sonra menapoza giren kadınlarda, 45 yaşından önce menapoza giren kadınlara göre meme kanseri gelişme riski 2 kat artmaktadır ³⁵.

Doğurganlık öyküsü: Hiç çocuk doğurmayan ve ilk çocuğunu doğurma yaşı geç olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat daha fazladır. İkinci çocuğu da erken yaşta doğurmak meme kanseri riskini azaltır. Term gebelikten sonra geçici olarak meme kanseri riski artmaktadır, indüklenmiş abortus ve spontan abortus artmış riskle ilişkili değildir ³⁶.

Emzirme: Hamilelikle birlikte meme döngüsel bir dönüşüme uğrar. Nonfonksiyonel gland, süt üreten bir organa dönüşür. Gebelik – emzirme döngüsü memede kalıcı moleküler histolojik değişikliğe neden olur ve meme kanseri riskini etkiler. Çoğu çalışma bir yıl ya da daha fazla emzirmenin kadınlarda meme kanseri riskini hafif azalttığını

göstermektedir³⁷. Emzirmenin meme kanseri üzerine koruyucu etkisinin diğer bir olası nedeni de menstruasyonu engellemesi olarak düşünülmektedir. Yaşam boyu görülecek siklus sayısını azaltır⁶.

Yoğun meme dokusu: Meme dokusu; yağ dokusu, fibröz doku ve glanduler yapılardan oluşmaktadır. Yoğun meme dokusu ise daha fazla glanduler ve fibröz doku içerirken yağ dokusunu az miktarda içermektedir. Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınların, meme kanseri riski normal meme dokusuna sahip olanlara göre 1,2-2 kat artmıştır. Meme dokusunun yoğunluğunu etkileyen faktörler; yaş, menapozal durum, kullanılan belli ilaçlar (hormon replasman tedavisi), gebelik ve genetikdir⁹.

Benign meme hastalıkları: Benign meme hastalıklarının bazı tipleri meme kanseri riski ile ilişkilidir. Bu hastalıklar risk derecelerine göre; nonproliferatif lezyonlar, atipisiz proliferatif lezyonlar ve atipili proliferatif lezyonlar olmak üzere üç genel gruba ayrılırlar. Nonproliferatif lezyonların meme kanseri riski üzerine etkileri minimaldir. Basit kist, hafif hiperplazi bu lezyonlara örnektir. Atipisiz proliferatif lezyonlar ise (atipisiz duktal hiperplazi, fibroadenom) meme kanseri riskinde 1,5-2 kat artışa neden olurlar. Atipili proliferatif lezyonlar da (atipik duktal hiperplazi, atipik lobular hiperplazi) ortalama riske göre 4-5 kat artışa neden olurlar .

Daha önce meme kanseri geçirmiş olmak: Daha önce meme kanseri geçiren kadınlarda ikinci kez meme kanseri gelişme riski yüksektir. Eğer genç yaşta tanı alınmışsa bu risk daha da fazladır. Erken başlangıçlı meme kanseri tanısı alan kadınlarda (<40 yaş) yeni meme kanseri gelişimi için yaklaşık 4,5 kat artmış risk vardır⁶.

Sigara: Meme kanseri riski ile sigara içimi arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Riskin arttığını gösteren çalışmalar ise bunu sigara dumanındaki çeşitli karsinojenlerle ilişkili bulmuşlardır^{32,41}.

Alkol: Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda alkol alımının kadınlarda meme kanseri gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir. Bu risk artışı içilen alkollü içeceklerin türüne bağlı olmayıp, içilen miktara bağlıdır. Günlük 2-5 bardak alkol tüketen kadınlarda hiç tüketmeyenlere göre 1,5 kat artmış meme kanseri riski vardır⁴². Erken yaşta alkole başlamak önemli bir risk faktörü olabilir. Premenopozal kadınlarda alkol alımı total östrojen düzeylerinin ve östrojen biyoyararlanımının artışına yol açar. Alkol kullanımı; östrojen reseptörü pozitif olan meme kanserlerinde, östrojen reseptörü negatif olanlara göre daha fazla artmış riskle ilişkilidir. Son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, alkol alımına bağlı meme kanseri gelişme riski artışının folat alımı ile azaltılabileceğini göstermiştir⁴³.

Obezite: Vücut ağırlığı ile meme kanseri arasındaki ilişki karmaşıktır. Örneğin çocukluk çağından itibaren kilolu olanlar da meme kanseri riski artmaz iken yetişkinlikten itibaren fazla kilolu olanlarda riskin arttığı saptanmıştır. Ayrıca bel bölgesinde yağlanma, aynı oranda kalça ve uyluk kısmında yağlanmaya göre meme kanseri açısından daha fazla risk teşkil eder. Fazla kilolu kişilerde kan insülin seviyesi yüksek olup bu da meme kanseri dahil birçok kanserle ilişkilidir ⁴². Vücut ağırlığı ile meme kanseri ilişkisi menapoz durumuna göre de değişmektedir. Premenapozal kadınlarda, vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki vardır. Obezite, anovuluar menstrual sikluslarla ilişkili olarak meme kanseri riskini azaltabilir. Postmenapozal kadınlarda ise vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu pozitif ilişkinin en olası açıklaması da hormon düzeyleridir. Menapozla birlikte kadınlarda overlerden salınan östrojen düzeyi düşer. Adrenal bezlerden salınan androjenler yağ dokusunda östrojene dönüşür ^{44,45}. Menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu östrojenin ana kaynağı olarak işlev görmektedir. Obezite, östrojeni ve dolayısıyla östrojenin neoplazmı uyarıcı etkisini arttırmaktadır. Ayrıca yağ dokusu, bazı toksinleri, ilaçları vitaminleri depolayarak bazı kanserojenlere de sürekli kaynak oluşturmaktadır ⁴⁶.

Fiziksel aktivite: Egzersiz şeklinde fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığına dair kanıtlar artmaktadır. Yapılan bir çalışmada haftada en az bir saat 15 dakika ile iki buçuk saat arasında tempolu yürüyüşün %18 oranında meme kanserinden kadınları koruduğu saptanmıştır. Amerikan Kanser Derneği meme kanseri riskini azaltmak için yetişkinlerin orta şiddette en az 150 dakika ya da şiddetli 75 dakika haftalık egzersiz yapmasını, özellikle de tüm haftaya yayacak şekilde yapmalarını önermektedir ⁴².

Genetik: Tüm meme kanserlerinin %5-10 kadarını herediter meme kanserleri oluşturmaktadır ⁴⁷. Herediter meme kanserlerinin en yaygın sebebi BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki kalıtsal mutasyondur ⁴². BRCA2 mutasyonları, özellikle erkeklerde meme kanseri riski ile ilişkilidir ⁴⁸. 35 yaş öncesinde meme kanseri tanısı alan hastalarda %6,2 oranında BRCA1 mutasyonu saptanmıştır ⁴⁹. BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olan kişilerde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %40-80 arasında değişmektedir. BRCA1 mutasyonuna sahip kadınlarda gelişen meme kanserleri karakteristik olarak erken yaşta görülme özelliğinde olup kötü diferansiye histopatolojik özellik gösterirler. Prognozları da kötüdür. Ayrıca meme kanseri Li-Fraumeni ve Cowden sendromlarının bir parçası olarak da gelişebilmektedir ⁵⁰.

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1,24 kat) artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır. Yirmi yaşından önce ve ilk gebelikten önce oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk biraz daha fazladır. Oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olarak kanser tanısı alan kadınlarda, klinik daha az ilerleme eğiliminde olup tedavi şansı daha fazladır. Oral kontraseptiflerin içeriği yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir. Yapılan çalışmaların çoğu, yüksek doz östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif formları ile ilişkilidir. Daha düşük doz içeren yeni formlar ile meme kanseri arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir ^{51,52}.

Hormon replasman tedavisi (HRT): HRT perimenopozal ve postmenopozal dönemde klimakterik semptomların kontrolü için verilmektedir. Sadece östrojen içeren veya östrojenle kombine progesteron içeren formülasyonlar kullanılabilir. Tek başına östrojen replasman tedavisinin meme kanseri gelişimi üzerine etkisine bakıldığında uzun dönemli kullanımda (10 yıldan daha uzun süre) meme kanseri gelişme riskinin çok yüksek olmamakla beraber bir miktar arttığı saptanmıştır. HRT kullanımı kesildikten 5 yıl sonra ise risk ortadan kalkmaktadır. Kombine östrojen ve progesteron replasman tedavisinde ise meme kanseri riskinde artış saptanmış ve tek başına östrojen kullanımından 2-4 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca HRT altında meme kanseri gelişen hastalarda metastatik yayılım daha az, iyi prognostik bir belirteç olan östrojen reseptör pozitifliği ise daha fazla olarak saptanmıştır ⁵³⁻⁵⁵.

İyonize radyasyon: Radyasyonun meme kanseri riskine olan etkisi maruz kalınan yaşa göre değişmektedir. 40 yaşından sonra maruz kalanlarda meme kanseri riski düşük iken, yaş düştükçe risk artmaktadır. 20 yaşından önce maruz kalanlarda ise risk en fazladır. Kadınlarda mamografi çekimi esnasında maruz kalınan radyasyon ile meme kanseri riski arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir. Mamografi çoğunlukla kadınlarda 40 yaşından sonra çekilmekte olup bu dönem radyasyona bağlı meme kanseri gelişme riskinin düşük olduğu bir dönemdir. 50 yaşın üzerindeki kadınlarda çok düşük dozda radyasyona maruz kalmanın olası risklerine karşın mamografinin yararlarının ağır bastığına inanılmaktadır ⁵⁶⁻⁵⁸.

Gece çalışma: Çeşitli çalışmalar gece çalışan kadınlarda örneğin gece vardiyasında çalışan hemşireler gibi meme kanserine yakalanma riskinin arttığını ileri sürmüşlerdir. Bu oldukça yeni bir bulgu olup birçok araştırma bu konuyu incelemektedir. Bazı araştırmacılar ise vücudun ışığa maruz kalmasına bağlı olarak üretimi değişen melatonin hormonunun

düzeyindeki değişikliklerin bu duruma neden olabileceğini düşünmektedirler ancak diğer hormonlar üzerinde de çalışmalar devam etmektedir ⁴².

Meme implantları: Çeşitli çalışmalar meme implantlarının meme kanseri riskini arttırmadığını bulmuştur. Silikon meme implantları, memede skar dokusu oluşumuna neden olabilmektedir. İmplantlar standart mamografide meme dokusunun görünmesini zorlaştırırlar. Meme implantlarının, nadir görülen lenfoma türü anaplastik büyük hücreli lenfoma ile bağlantısı olabileceği düşünülmektedir. Bu lenfoma nadiren implant etrafındaki meme dokusunda tespit edilmiştir. Meme implantı olan kadınlarda bu lenfoma riskinin yüksek olup olmadığını bilmek için çok az vaka vardır ⁴².

Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Çok Yüksek Risk	Yüksek/Artmış Risk	Ortalama/Düşük Risk	Risk Yok	Belirsiz
BRCA1/2 mutasyonu	İleri yaş	Erken menarş	Kürtaj	Oral kontraseptif
LKIS*	Diğer memede meme kanseri	Geç menapoz	Düşük yapma	Diyet
Multifokal ADH/ALH**	Yakın akrabada meme kanseri	HRT***	Sigara	
İyonize Radyasyon	Yoğun meme dokusu	Geç doğum yapma	Elektromanyetik alan	
	Tek odakta ADH/ALH	Nulliparite	Kimyasal madde	
		Emzirmeme		
		Alkol		
		Sedanter yaşam		
		Şiddetli epitelyal hiperplazi		
		Papillom		

*Lobuler karsinoma in situ

**Atipik duktal hiperplazi /Atipik lobüler hiperplazi

***Hormon replasman tedavisi ⁵⁹

2.5. Meme Kanseri Sınıflaması

Hemen hemen tüm meme kanserleri adenokarsinomdur. Adenokarsinom dışı diğer tüm tipler meme kanserlerinin %5'ten azını oluşturur.

Kanserler “in situ” ve “invaziv” karsinomlar olarak ayrılır. Karsinoma in situ duktus ve lobüllerde bazal membrana sınırlı hücrelerin neoplastik popülasyonunu gösterir. Invaziv karsinomlar ise bazal membrane ötesindeki stromayı invaze ederler, burada hücreler küçük damarları da invaze edebilirler, böylece bölgesel lenf nodüllerine ve uzak bölgelere ulaşabilirler⁶⁰.

1. İn-situ karsinom;

Kanser hücrelerinin çevre dokulara invazyon yapmaması ve kendi doğal duktusunda veya alveolünde sınırlı kalmasıdır. İn situ karsinom, duktal veya lobüler orijinli olabilir. Multisentrik, multifokal, veya bilateral meme dokusunda görülebilir⁶⁰.

2. İnvaziv karsinom;

Tümör hücrelerinin bazal membranı aşarak çevre dokulara yayılmasıdır. Duktal veya lobüler orijinli olabilir. İnvaziv duktal karsinom, en sık görülen ve en kötü prognoza sahip olan histopatolojik tiptir. Fibröz üretimi nedeniyle katı yapıdadır. Genellikle 50-60 yaş arasında, perimenopozal dönemde, sınırları net olarak ayırt edilemeyen soliter bir kitle olarak izlenir. Meme kanserlerinde klasik olarak kitle sert, zor hareket ettirilebilen, elastik olmayan kolayca kesilebilen bir yapıdadır. Kitleye iştirak eden epitelyal ve konnektif doku miktarına göre tümörün kıvamı değişir. Tümör bağ dokudan zenginse “skirö” karsinomdan söz edilir. Diğer makroskopik görünüşler arasında “kolloid, medüller” tümörler vardır. Histolojik karakterlerine göre “adenokarsinom, papiller, sarkom”, histogenezine göre “duktal, lobüler, asiner” olarak ayrılır⁶⁰.

2.6. Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş farklılaşmış tubulo-alveolar bir bezdir. Meme kanseri en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. %40-50 oranında üst dış kadrandan başlamakta, yavaş büyümekte ve hastanın %70'inde 2-9 ayda hacmini ikiye katlamaktadır. Meme kanseri gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma in situ gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm süreci yıllarca sürer. Başlarda duktus içinde sınırlı olan kanser hücreleri ki; buna duktal karsinoma in situ (DCIS) denir, sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar. Eğer kanser süt bezlerinden kaynaklanıyorsa lobüler karsinoma in situ (LCIS) adını

alır. Ancak günümüzde lobüler karsinoma in situ kanser olarak kabul edilmemektedir. Çünkü ileri safhalarda süt bezi dışına çıkarak invaziv lobüler karsinomaya dönüşmemektedir ⁶¹.

En hızlı büyüyen tümörün dahi klinik olarak palpe edilebilir hale gelebilmesi için 5-8 yıl geçmesi gerekmektedir. Ancak bazı tümörler daha çok küçükken metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3-4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Ölümün büyük çoğunluğu organ metastazlarından olmaktadır. En sık metastaz yaptığı organlar; kemik (%71), akciğer (%69), karaciğer (%65), plevra (%51), adrenal bezler (%49), deri (%30), beyin (%20) dir ⁶². Perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon, lenfödem, spinal kord basısı ve hiperkalsemi meme kanserinin başlıca komplikasyonlarıdır ⁶³.

2.7. Meme Kanserinde Klinik Bulgular

Mamografinin kullanımının yaygınlaşması nedeniyle belli bir semptom oluşturmadan saptanan meme kanseri sayısı artsa da, görüntüleme yöntemi ile saptanmamış kanser ilerledikçe belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Literatürde meme kanserinin belirtileri ile ilgili bilgiler incelendiğinde, memede bir kitlenin varlığının, memenin portakal kabuğu şeklinde bir görüntü almasının, meme derisinde ülser, kızarıklık ve ödem meydana gelmesinin, doğumsal nedenlere bağlı olmaksızın meme başının içe çekilmesinin, meme başından kanlı ya da kansız akıntı gelmesinin, memede ağrı olmasının, lenf bezlerinde şişlik olmasının ve kolda şişlik ve ödem oluşmasının önemli olduğu görülmektedir ⁶².

Tablo 4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Belirti ve bulgular	Yorum
Kitle	Hareketsiz Ağrısız 1-2 cm büyüklüğünde Tek taraflı ve sürekli Sınırları kısmen belirlenebilen Şekilsiz ve zor palpe edilen
Ağrı	Başlangıçta %90 oranında ağrısız Ağrı geç dönemde oluşur
Meme başı akıntısı	Pek sık rastlanmaz Tek taraflı Genellikle kanlı
Forge belirtisi	Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olması. Memenin üst kadrantlardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur.
Meme üzerindeki deride ödem	Tümör hücreleri, Cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.
Meme başında retraksiyon veya çökme	Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
Deride ülserasyon ve eritem	Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonra da M. Pektoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.
Lenf nodüllerinde büyüme	Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda oluşur.
Üst kolda anormal şişlik	Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenfödem oluşur.

2.8. Meme Kanserlerinde Tanı Yöntemleri

Meme kanserinin tanısında klinik, radyolojik ve patolojik tanı basamakları esastır.

2.8.1. Anamnez ve Fizik Muayene

2.8.1.1. Anamnez

Anamnezde, hastanın yakınması detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır. Hastanın meme kanseri açısından riskli grupta yer alıp almadığı değerlendirilmelidir. Hastanın yaşı, menstruasyon durumu, menapozdaki değişiklikler, gebelikleri ve doğumları ile hormon tedavisi alıp almadığı dikkatle araştırılmalıdır. Hastada geçirilmiş meme kanseri veya diğer organ kanseri öyküsü de öğrenilmelidir. Yakın akrabalarında meme kanseri olup olmadığı da büyük önem taşımaktadır ²³.

2.8.1.2. Fizik Muayene

Premenopozal kadında fizik muayene için en uygun zaman menstrüasyonu takip eden haftadır. Bu dönemde meme en az gergin düzeydedir. Fizik muayenede palpasyonla kitle benign, malign ya da kuşkulu olarak tanımlanabilir. Benign kitleler genellikle iyi sınırlı, hareketli, sert ya da yumuşak olup, üzerindeki deride değişikliğe yol açmazlar. Fibrokistik değişiklikler sıklıkla yaygın simetrik kalınlaşma tarzında bulgu verir. Malign kitleler ise sert, immobil, çevre yumuşak doku ve deriye fikse olup sınırları düzensizdir ⁶⁴. Kitle üzerindeki deride çöküntü, meme başında çekilme ve kanlı akıntı maligniteyi düşündürülen bulgulardır. Eritemli, gergin ve dokunmakla ağrılı lezyonlar mastit gibi enfeksiyöz etyolojiyi düşündürür. Apse formu oluşmuş ise daha iyi sınırlandırılabilen kitle bulgusu alınır. Ancak benzer semptomların inflamatuvar meme karsinomlarında da olabileceği akılda tutulmalıdır. Değişik serilere göre tek başına meme muayenesi ile doğru tanı konma oranı %44-85 arasında değişmektedir ⁶⁵.

2.8.2. Görüntüleme Yöntemleri

2.8.2.1. Mamografi (MG)

Mamografi memenin temel görüntüleme yöntemidir. Etkin bir tarama aracı olması yanında tanısız amaçla da yaygın olarak kullanılır. Tanısız mamografi, ele gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde anormallik gibi klinik durumlarda endikedir. 30 yaşın üstünde ele gelen kitle nedeniyle biyopsi yapılacak bir kadına tanısız mamografi yapılmalıdır. Biyopsiden önce mamografinin amacı klinik anomaliyi daha iyi ortaya koymak ve multifokal karsinom ya da invazif karsinomun intraduktal komponenti gibi lezyonları tespit etmektir ⁶⁶. Mamografinin tanı değeri memenin yapısına göre değişir. Yağlı bir memede mamografinin duyarlılığı %100'e

yaklaşır, parankim ve stromadan zengin dens bir memede ise tanı değeri düşer. Genellikle bilateral meme parankiminin dağılımı simetriktir. Bu nedenle asimetrik dokunun değerlendirilebilmesi için hastanın şikâyeti tek taraflı olsa bile bilateral mamografi çekilmelidir²³. Kalsifikasyonlar, mamografilerde seçilebilen en küçük yapılardır. Meme kanserinde genellikle çok küçük oldukları için (150-200 mm) mikrokalsifikasyon olarak tanımlanırlar. Mikrokalsifikasyonlar erken meme kanserinin en duyarlı mamografik bulgusudur. Palpe edilemeyen meme kanserlerinin %40-50'sinin sadece mikrokalsifikasyon ile tespit edildiği bilinmektedir²³. Mikrokalsifikasyonların pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetrik özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi kuvvetli malignite bulgularıdır⁶⁷. Mamografide saptanan kenarları spiküle, belirsiz, çevre doku tarafından gizlenmiş veya mikrolobüle olan düzensiz lezyonlar malign patoloji olasılığının yüksek olduğu lezyonlardır²³. Mamografi raporlarındaki terminolojinin standardizasyonu, lezyonların standart kriterlere göre kategorizasyonu ve tarama mamografilerinde saptanan nonpalpabl lezyonların izlem protokollerinin belirlenmesi amacıyla 1993 yılında Amerikan Radyoloji Derneği tarafından "Breast Imaging Reporting and Data System" (BIRADS) geliştirilmiştir⁶⁸.

BIRADS Sınıflaması

Kategori 0: İlave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var

Kategori 1: Normal mamogram (Memeler simetrik olup, kitle, yapısal distorsiyon, şüpheli mikrokalsifikasyon içermezler).

Kategori 2: Benign bulgular (Bu da, negatif bir mamogramdır. Kalsifiye fibroadenomlar, yağ kisti, lipom, galaktosel, hamartom gibi lezyonlar görülebilir).

Kategori 3: Muhtemelen benign bulgular (Büyük olasılıkla benign özelliklere sahip, ancak çok düşük olasılıkla malign olma ihtimali olduğu için stabil olduğunu göstermek için izlem gerektiği düşünülen bulgulardır).

Kategori 4: Şüpheli bulgular (Meme kanseri açısından karakteristik görünüme sahip değildir ancak malign olmaları kuvvetle olası lezyonlardır).

4A: hafif derecede şüpheli

4B: orta derecede şüpheli

4C: ileri derecede şüpheli

Kategori 5: Yüksek olasılık ile malignite düşündürülen bulgular (Mamografi histolojik tanı vermese de morfolojisi tipik olup malign olma olasılığının çok yüksek olduğu bulgulardır, doku tanısı elde edilmelidir).

Kategori 6: Malign olduğu bilinen (biyopsi ile verifiye) ancak henüz kesin tedavi uygulanmamış olgular ⁶⁸.

2.8.2.2. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi esas olarak mamografiye yardımcı yöntemdir. Laktasyon, gebelik ve 30 yaş altı kadınlarda temel görüntüleme yöntemidir. İncelemeyi yapan kişiye bağımlı bir yöntem olması ve mikrokalsifikasyonları güvenilir bir şekilde göstermemesi meme kanseri görüntülemesi için yalnız kullanılamamasına neden olur. Ultrasonun en önemli yararlarından biri de kitlenin kistik- solid ayrımını yapmasıdır. Non-palpabl kitleleri lokalize etmek için ve palpabl ve non palpabl kitlelere iğne biyopsisi yaparken kullanılır. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre; dens memelerde ultrason ve mamografi kombine edildiğinde yakalanan kanser sayısı önemli miktarda artmıştır. Ultrasonda mamografiye üstün olarak dokular süperpoze olmamakta, böylece iç yapılar ve kitlelerin sınırları daha iyi değerlendirilmektedir ²³.

2.8.2.3. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Meme MRG'si, seçilmiş hastalarda meme kanserinin tanı ve yönetiminde ayrılmaz bir parça haline gelmiştir. Meme MRG, MG ve US'den farklı olarak meme lezyonlarının şekil, kontur, boyut gibi morfolojik özelliklerine ilave olarak, meme parankimi ve bu zemindeki kitle lezyonların doku perfüzyon karakteristiklerini de fonksiyonel olarak gösterebilmektedir ^{23,65}.

MRG Endikasyonları;

1. Primeri bilinmeyen metastatik lezyonların değerlendirilmesi

Bazı olgularda beyin, karaciğer, akciğer, kemik ile supraklavikular ve aksiller lenf nodlarında metastatik lezyonlar izlenmektedir. Bu hastalarda primer odak aranırken meme değerlendirmesi için yapılan MG'de primer odak özellikle dens memelerde %50 oranında atlanabilmektedir. Literatürde metastatik aksiller lenf nodu varlığında meme MRG'nin %75-85 olguda primer meme tümörünü saptadığı bildirilmektedir ⁶⁴.

2. Mamografi ve ultrasonografi ile kesin tanı konulamayan olgularda

Meme MRG tüm görüntüleme modaliteleri içerisinde meme kanser saptamada en duyarlı yöntemdir ⁶⁵. Özellikle MG ve US'de malign/benign ayrımı her zaman kolayca yapılamamaktadır. Bu olgularda meme MRG problem çözücü modalite olarak devreye

girebilmektedir. US ve MG sonucu BIRADS kategori 3 ve 4 gibi malignite şüphesi taşıyan olgular meme MRG ile değerlendirilerek yüksek duyarlılık ile tanı konulabilmektedir. Fakat özellikle MRG’de gösterilemeyen şüpheli mikrokalsifikasyonların değerlendirilmesinde direkt olarak biyopsi önerilmektedir ⁶⁶.

3.Preoperatif Evreleme

MG ve US, özellikle 2cm’den büyük lezyonlarda tümör boyutunu olduğundan daha küçük ölçmektedir. Memenin invaziv tümörlerinde patolojik boyut ile en uyumlu boyutu MRG vermektedir. Preoperatif evrelemede, meme MRG özellikle premenapozal dens memelerde aynı meme ve karşı memedeki kanser odağının değerlendirilmesinde önerilmektedir ⁶⁹.

4.Meme koruyucu cerrahi sonrası rekürrens ve postoperatif cerrahi sınır değerlendirilmesi

5.Meme kanserinde neoadjuvan kemoterapiye cevabın değerlendirilmesinde

6.Meme implantlarının değerlendirilmesi ²³.

2.8.3.Biyopsi

Meme kanserinin kesin tanısı ancak biyopsi ile konulur.

Memede kitleye yaklaşıma bakıldığında;

a. Ele gelen kitlelere yaklaşım

- İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)
- Kor biyopsi (Tru-cut)
- Cerrahi biyopsi (insizyonel, eksizyonel biopsi)

b. Ele gelmeyen (nonpalpabl) kitlelere yaklaşım

- Ameliyat öncesi tel yerleştirme
- ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization)

İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)

Bu yöntemde hücre örnekleme yapılır ve sitolojik tanı elde edilir. Yöntemin avantajları ucuz, pratik, hızlı olması, hasta tarafından iyi tolere edilmesi ve çabuk sonuç elde edilebilmesidir. Dezavantajları ise; çok az histolojik bilgi verir veya hiç vermez, hücresel materyal azdır, östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR)ve c-erb 2 saptaması çok zordur. İn situ-invaziv kanser ayırımı yapması çok zor, yanlış pozitiflik ve yanlış negatiflik oranı yüksektir ⁶⁷.

Kor biyopsi (Tru-cut)

Bu yöntemde doku örnekleme yapılır ve histolojik tanı elde edilir. Avantajlarına bakıldığında; daha fazla materyal alınabilmektedir, kesin histolojik tiplendirme, in

situ/invaziv kanser ayrımı, tümörün grade tayini, hormon reseptörlerinin analizi, ve onkoprotein ekspresyonunun (HER2/neu) belirlenebilmesidir. İİAB ile karşılaştırıldığında duyarlılık, özgüllük ve doğru tanı oranları yüksek, yetersiz tanı oranları düşüktür ⁶⁷.

Cerrahi biyopsi (insizyonel, eksizyonel biopsi)

Memedeki kitlenin bir kısmı veya tümünün cerrahi eksizyonla çıkarılmasıdır. Tanı amaçlı bir bölümünün çıkarılmasına insizyonel biyopsi, kitlenin tümünün çevre sağlam doku ile çıkarılmasına eksizyonel biyopsi denir ⁶⁸.

Tel ile İşaretleme

MG ve US ile saptanabilen ele gelmeyen lezyonlar tel ile işaretleme tekniği ile çıkarılırlar. İşaretlemede amaç, minimal doku hacmini çıkartarak lezyonun tam eksizyonunu sağlamak ve/veya kozmetik sonuç elde etmektir. Şüpheli bir mikrokalsifikasyon odağının veya palpe edilemeyen bir lezyonun tanısının ortaya konması tel işaretleme biyopsisinin en sık endikasyonunu oluşturur ⁶⁸.

ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization)

Palpe edilemeyen lezyonlarda tel ile işaretleme alternatif olarak en çok kullanılan tekniktir. Tekniğin temel prensibi lezyon içine çevre dokulara dağılmayan teknesyum 99 ile işaretlenmiş makroagregat albuminin ultrason veya mamografi altında lezyon içine verilmesi ve gama prob yardımı ile lezyonun çıkarılmasıdır ⁶⁸.

2.9. Meme Kanserinde Korunma

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11-12,57 oranında olduğu dikkate alındığında, meme kanserinden korunabilmek önem kazanmaktadır ⁷⁰.

Epidemiyolojik veriler incelendiğinde meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğu açıkça görülmektedir. Bu nedenle riski azaltacak ya da en aza indirgeyecek tutum ve davranışlar yoluyla kanser gelişiminin önlenmeye çalışılması, hastalığın geliştiği durumda ise erken tanı-etkili tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin artırılmasını destekleyici girişimde bulunulması gerekmektedir. Bu durum birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir ⁷⁰.

2.9.1. Birincil (Primer) Korunma

- Sağlıklı beslenme
- Erken yaşta doğum
- Emzirme
- Fiziksel aktivite

- Hormon kullanımı
- Cerrahi erken menapoz
- Komoprevensiyon
- Profilaktik mastektomi
- Alkol ve sigara kullanımının engellenmesi
- İyonize radyasyona maruz kalmama

Birincil korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir ⁷¹.

2.9.1.1. Cerrahi Erken Menopoz

Ooferektomi ve histerektominin meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunmamaktadır. Bu koruyucu etkinin, bilateral ooferektomide sadece histerektomiye göre daha fazla olduğu, menopoz öncesi ooferektomi yaşı küçüldükçe riskin de azaltıldığı belirtilmektedir ⁷⁰.

2.9.1.2. Kemoprevensiyon

Yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan kadınlarda, kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon kullanılmaktadır. Kemoprevensiyon malignite oluşmadan, kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır ⁷⁰.

Ulusal Kanser Enstitüsü [National Cancer Institute (NCI)], kanserden korunma amacıyla diyet ve beslenme, sigaranın bırakılması, kemoprevensiyon, erken tanı ve tarama gibi konulara öncelik vermektedir. Birincil korunma basamakları;

1. Kansere neden olduğu bilinen ajanların kullanımından sakınılması,
2. Konakçı savunma mekanizmalarının artırılması,
3. Yaşam stili modifikasyonu,
4. Kemoprevensiyon olarak sınıflandırılabilir ⁷¹.

Kemoprevensiyonda en önemli hedef nokta, meme kanserinin görülme sıklığını ve ölüm oranını azaltmaktır. Günümüzde, meme kanserinin kemoprevensiyonunda kullanılan ve üzerinde araştırma yapılan Fenretinid, Tamoksifen, ve Raloksifen olmak üzere 3 ajan bulunmaktadır ⁷⁰.

Hormona duyarlı meme kanserinin tedavisinde kullanılan tamoksifen kanser tekrarlanmasını önlediği gibi karşı memede kanser oluşumunda engellediği çalışmalarda gösterilmiştir. Tamoksifenin ayrıca kemik yoğunluğunu koruyucu ve koroner kalp hastalığını önleyici etkileri de mevcuttur. Tamoksifen endometrium kanserini, trombotik vasküler olayları, pulmoner emboliyi, inmeyi ve derin ven trombozunu arttırma gibi yan etkileri de mevcuttur. Bu nedenle meme kanseri için risk taşıyan hastalarda meme kanseri oluşmasını azalttığı gösterilmiş olsa da yarar ve zararları gözönüne alınarak korunma açısından değerlendirilmelidir ⁷².

Raloksifen; meme ve endometrium üzerinde östrojene karşı, kemik, yağ metabolizması ve pıhtılaşma üzerine ise östrojene benzer etki gösteren bir ajandır. Menopoz sonrası osteoporozu olan kadınlarda kullanılmaktadır bu etkiyi araştıran çalışma sırasında meme kanseri gelişimini de azalttığı gösterilmiştir (74).

2.9.1.3. Profilaktik Mastektomi

Profilaktik bilateral mastektomi, meme kanseri açısından çok yüksek riskli kadınlarda meme kanseri olasılığını azaltmak için düşünülebilir. Profilaktik mastektomi endikasyonunun konulabilmesi için risk belirlemede Gail ve Claus modelinin kullanılması uygun görülmeyle birlikte bireyin genetik, histolojik, psikolojik durumunun ve sosyo-ekonomik faktörlerin bu işlem uygulanmadan önce özenle değerlendirilmesi, mastektominin %100 koruyucu olmadığı unutulmaması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır. Profilaktik mastektomi için, duktal ve lobüler karsinoma in situ, atipik duktal hiperplazi, aile anemnezi ve genetik mutasyonların saptanmış olması önemli kriterleri oluşturmaktadır. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları saptanması, profilaktik mastektomi için güçlü endikasyon nedeni olmaktadır ⁷².

2.9.2. İkincil Korunma

Tarama programları, birey ve topluma sağlık eğitiminin verildiği, yüksek risk gruplarının belirlendiği ve olumlu davranış değişikliği önerilerinin entegre edildiği programlardır. Meme kanserini erken evrede belirlemek için risk faktörlerinin tanımlanmasının yanı sıra Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), hekim muayenesi ve mammografiyi kapsayan tarama programları oluşturulmalıdır.

İkincil korunmada; meme kanserinin erken tanı yöntemleriyle klinik belirti bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlıdır ⁷⁰.

2.9.2.1. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Araçları

Bireysel meme kanseri riskinin hesaplanmak istenmesinin nedenlerinin başında toplumda meme kanserine bağlı mortaliteyi düşürmek yer almaktadır. Bugün için riski “artmış/yüksek” ya da “çok yüksek” kişilere tavsiye edilen üç ana klinik yaklaşımın ikisi (önleyici cerrahi ve kemoprevensiyon) meme kanserinin ortaya çıkmasını önlemek amacıyla uygulanmaktadır. Üçüncüsü (yakın takip/tarama) ise erken tanı ile hastalığa bağlı mortaliteyi azaltmayı hedeflemektedir^{59,73}.

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; ailenin en az iki çocuk sahibi olması, emzirmenin annenin önemli rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersizlerin sınırlı yapılması ve sağlık olanaklarından yararlanmanın iyi olmaması nedeniyle meme kanseri tarama programı doğrultusunda tıbbi yardım alma olanaklarının az olması meme kanserinin önlenmesi, erken tanı ve tedavide başarı oranını düşürebilmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde risk belirleme çalışmaları yapılmasına karşın, Türk kadınının yukarıda sözü edilen farklılıklarından dolayı meme kanseri yönünden ne kadar risk altında olduğu bilinmemektedir⁸.

Meme kanseri gelişme riskinin belirlenmesindeki gereklilik birçok alanda karşımıza çıkmaktadır. Postmenapozal dönemdeki hormon replasman tedavisinin uygulanabilirliği, mamografiye başlama yaşı ve kanser önleme yöntemlerinin gerekliliği gibi sorular riskin belirlenmesini gerekli kılmaktadır⁷⁴.

Bireysel riski değerlendirmeye yarayan bazı modeller mevcuttur. Ancak değişik modeller arasında farklı hesaplamalar bildirilmektedir. Bu modellerin hiçbiri ideal değildir⁷⁵.

Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu nedenle her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması gerekmektedir⁷⁶.

Meme kanseri riskini arttıran faktörlere göre de birçok meme kanseri gelişme riskini hesaplayan modeller geliştirilmiştir. Bu modeller danışmanlık amacıyla klinisyene kılavuzluk için geliştirilmiş göstergelerdir. Bunların bazıları ek risk faktörleri içermesine rağmen çoğu meme kanseri aile öyküsünü dikkate almaktadır. En sık kullanılan Gail ve Clause modelleridir. Gail modelinin kullanımı NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Onkoloji Klinik Uygulama Kılavuzu'nda da önerilmektedir. Gail modelinde;

kişisel meme kanseri öyküsü ve genetik geçiş değerlendirmeye katılmadığı için aile öyküsünde meme kanseri olan olgularda uygun olmayıp risk düşük hesaplanabilir. Ayrıca Gail modelinde atipik hiperplazi olmayan biyopsilerin değerlendirmeye katılması nedeniyle risk tahmini artabilmektedir. Claus modelinin sınırlılığı ise aile öyküsü dışındaki diğer risk faktörleri değerlendirmeye katılmamasıdır. Diğer kullanılan Jonker, Antoniou, Tyrer-Cuzick ve Van Asperen modellerinin hepsinde meme veya over kanseri genetik geçişini gösteren en sık BRCA1 ve 2 gen mutasyonu saptanarak risk düzeyi belirlenmektedir. Tyrer-Cuzick modeli, meme kanseri riskini en kapsamlı olarak bütün risk faktörlerini değerlendirerek hesaplayan modeldir. Jacobi ve ark.'ları tarafında yapılan risk modellerinin karşılaştırıldığı çalışmada, meme kanseri riskini değerlendirme için yakın zamanda geliştirilen Tyrer-Cuzick ve Antoniou modelleri en iyi seçim olarak önerilmektedir⁷⁷. Gail modeline benzeyen ancak kısıtlayıcı özelliklerini içermeyen (kişisel meme kanseri öyküsünü dikkate alan, önceki meme biyopsileri katılmaksızın) Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği "Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi Formu" da meme kanseri riskini değerlendirme araçlarından biridir.

Kişilerin meme kanseri risk analizi için tüm olası faktörlerin değerlendirilmesi ve buna göre bir analiz yönteminin kullanılması gereklidir. Meme kanseri riski (kümülatif meme kanseri riski ya da genetik mutasyon taşıma riski) konusunda bilgilendirilmek üzere başvuran kişilerin bu konuda deneyimli klinisyenlere ve gerek görülen testlerin yapılabileceği altyapıya sahip kurumlara yönlendirilmeleri iki açıdan çok önemlidir. Bunlardan birincisi bugüne kadar geliştirilen ve klinik olarak kullanılan modellerin hiçbirisinin ideal olmamasıdır. Kime hangi testin uygulanabileceği ve her bir testin sonucunun nasıl yorumlanabileceği konusunda kişilere rasyonel şekilde bilgi verebilmek önemlidir. Bu da ancak bünyesinde tecrübeli personeli ile risk analizi ve genetik danışmanlık hizmeti veren kurumlarca sağlanacak bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım onkolojik prensiplerin ötesinde genetik, psikolojik ve etik deneyim gerektiren bir uygulamadır. İkincisi ise riskli kişilere uygulanacak protokollerin (telkin, yakın takip, kemoprevansiyon ve profilaktik ameliyatlara; bilateral ooferektomi ve/veya mastektomi) çok disiplinli olarak ele alınmasının gerekliliğidir. Danışmanlık yapan ekip, hangi risk düzeyine nasıl bir yaklaşımda bulunacağı konusunda bilgi verebilecek ve gerektiğinde bu yöntemleri uygulayabilecek deneyime sahip olmalıdır⁵⁹.

2.9.2.2. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Meme kanserinde Amerikan Kanser Birliği ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun erken tanı için önerdiği tarama yöntemleri, kendi kendine meme muayenesi

(KKMM), klinik meme muayenesi ve mammografidir. Meme kanserinin erken tanısında bütün tarama yöntemleri birbirini tamamlamakta ve birbirinden ayırt edilemeyecek düzeyde çok önemli olup hepsinin bir arada düzenli aralıklarla uygulanması gerekmektedir^{6,78}.

2.9.2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Her ay düzenli olarak KKMM yapılması meme kanseri için etkili bir tarama yöntemidir. KKMM basit, pahalı olmayan, invaziv girişim gerektirmeyen, tehlikesi olmayan ve herhangi bir alet gerektirmeyen bir uygulamadır. KKMM'nin kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması bu yönetime üstünlük kazandıran özelliklerdir⁷⁹.

KKMM, 20 yaşında başlayarak premenopozal dönemde her ay menstrasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günlerinde, postmenopozal dönemde ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. KKMM emzirme döneminde emzirme sonralarında uygulanmalıdır⁸⁰.

KKMM, gözle ve elle olmak üzere iki basamakta gerçekleştirilir. Memelerin gözle değerlendirilmesi; iyi aydınlatılmış bir odada 5 ayrı pozisyonda yapılmalıdır. Ayna karşısına geçilip, eller kalçadayken (Şekil 3), kollar yanlarda sallanır durumdayken, eller havadayken (Şekil 4), avuçlar önde sıkılırken ve vücut öne doğru serbestçe eğilmiş durumdayken memelerde belirgin şişlik, ciltte portakal kabuğu görünümü, meme ucunun içe çekilmesi, kızarıklık, bir memede anormal sarkıklık gibi bulgular aranmalıdır. En son olarak meme ucu hafifçe sıkılarak akıntı gelip gelmediği kontrol edilmelidir^{81,82}.

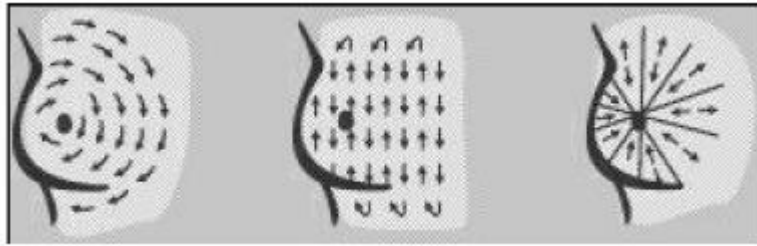


Şekil 3. KKMM’de memelerin eller kalçadayken gözlemlenmesi



Şekil 4. KKMM' de memelerin eller havadayken gözlemlenmesi

Memelerin elle değerlendirmesinde; öncelikle muayene edilecek bölgenin doğru şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Muayene edilecek bölgenin yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltına kadar, dikey olarak ise köprücük kemiği ile memenin birkaç cm altının arasında kalan bölge olduğu belirtilmektedir. Elle muayenede elin orta üç parmağının iç kısımları kullanılmalı, dairesel, dikey ya da merkezden dışa tarayarak yapılmalıdır (Şekil 5). Her memede tarama toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak tekrarlanmalıdır ^{81,82}.



Şekil 5. Yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya, dairesel veya ışınsal olarak yapılacak muayene

Elle muayene, hem yatar pozisyonda hem de ayakta iken yapılmalıdır. Yatar pozisyonda sağ meme incelenecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilerek sağ kol başın altına konulmalıdır (Şekil 6). Daha sonra sol el parmaklarıyla yukarıda anlatıldığı gibi sağ meme muayene edilir ve sol memeye geçilerek aynı işlemler sol memede de tekrarlanmalıdır. Ayakta muayenede ise sağ meme muayene edilecekse sağ el

enseye yerleştirilerek yatar pozisyonda elle yapılan işlemler uygulanır (Şekil 7). Sol meme için ise sol kol enseye yerleştirilip aynı işlemler tekrarlanır. Ayakta muayene sırasında kayganlık sağlanıp daha iyi hissedilmesi için ideal olan duşta eller sabunluymen yapılmasıdır^{81,82}.



Şekil 6. Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi



Şekil 7. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi

Meme kitlelerinin %85–90'ı kadınlar tarafından yapılan muayene ile fazla büyümeden erken dönemde saptanabildiği belirtilmektedir. Meme kanserinin erken evrede tanılanmasına ve daha erken tedavi olanağı sağlamasına rağmen dünyada ve ülkemizde KKMM yapılma oranı çok düşüktür⁸².

2.9.2.2.2. Klinik Meme Muayenesi

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

Klinik muayene sırasında kadının memesi ayakta, otururken ve yatar pozisyonda ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Klinik muayene için en uygun zaman menstruasyondan sonraki hafta olan 7–10 günler arasındadır^{6,78}.

2.9.2.2.3. Mammografi

Mammografi, erken evrede meme kanserini saptayan ve asemptomatik kadınlarda taramada kullanılan memedeki kitleleri radyolojik olarak görüntüleyen en önemli tanı yöntemidir. Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu mammografiyi 40 yaşından sonra yılda 1 kez önermektedir ⁶. Mammografi, memedeki kitlelerin elle hissedilebilecek boyuta gelmeden 2 yıl önce belirlenebildiği bir yöntemdir. Kitlelerin elle hissedilemediği bu dönemde kanserin erken evrede olduğu ve henüz lenf tutulumunun olmadığı belirtilmektedir ⁸². Mammografinin yalancı negatiflik oranı %10–15 olmasına rağmen duyarlılığı %85–90 olup oldukça yüksektir. İlk mammografi uygulamalarında 1–4 rad radyasyon dozu kullanılırken bugünkü teknik ilerlemeler ile mamografi uygulamalarında 0,04–0,08 rad radyasyon dozu kullanılmakta ve bu da radyasyona bağlı kanser riskini en aza indirmektedir. 0,1 rad'lık dozun 35 yaş üstü kadınlarda milyonda dört oranında kanser oluşturma riski yarattığı belirtilmektedir. Dolayısıyla güvenli bir yöntem olan mammografinin kullanımı tercih edilmektedir ⁸².

Meme kanseri, geçmişte olduğu gibi, günümüzde de kadınlar arasında mortalite ve morbiditeyi artıran en büyük sorunlardan biri olmaya devam etmektedir. Bu sorunun çözümünde ise meme kanserine yönelik erken tanı amaçlı toplum taramaları olduğu belirtilmiş ve bunun için birçok tarama çalışması yapılmıştır ⁸².

1964 yılında New York'ta HIP (The Health Insurance Plan) randomize çalışması ile yaşları 40-64 arasında değişen 62.000 kadının çalışma grubuna alınanların yarısı yılda bir kez fizik muayene ve mamografiye davet edilmiştir. 10 yıl sonra kanserden ölümlerde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında %30 oranında azalma görülmüştür. Ancak bu çalışmada mamografi teknolojisinin eski olması nedeniyle radyasyon dozu yüksektir ⁸⁰.

İsveç'te 1977-1985 yılları arasında randomize, kontrollü iki grup arasında yapılan çalışmada meme kanserinden ölümlerin 45-49 yaş grubunda %36, 39-49 yaş grubunda %45 oranında ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür. 40-74 yaş grubunda toplam %30 oranında ölümlerin azaldığı görülmüştür ⁸⁰.

Diğer prospektif kohort tipte bir çalışma olan "Canadian National Breast Screening Study (CNBSS)" nin amacı, 40–49 yaş grubundaki kadınlarda mammografi ve klinik muayene ile meme kanseri mortalitesini, 50–59 yaş grubundaki kadınlarda ise mammografi ve klinik muayenenin ayrı ayrı taramadaki yerini, taramada mammografinin etkinliğini belirlemek olarak belirtilmiştir. Çalışma değerlendirildiğinde mammografinin

özellikle metastaz yapmayan ve lenf nodu tutulumu olmayan kanserlerin sayısını artırdığı ancak meme kanseri sağkalım ve mortalitesine önemli bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir 83,84

Amerikan Kanser Birliği ve Ulusal Kanser Enstitüsü desteğiyle ABD’de 35-74 yaş grubu arasında 280.000 kadın üzerinde yapılan ve 5 yıl süren kohort tipte “Breast Cancer Detection Demonstration Projects Study (BCDDP)” çalışması da önemli tarama çalışması olarak belirtilmiştir. Bu çalışma süresince kadınların klinik meme muayenesi ve mammografi ile takip edildiği ve sonunda mammografi ile kanserlerin %42’sinin saptanabildiği, mammografi ve klinik meme muayenesinin birlikte kullanımı ile kanserlerin %92’sinin saptanabildiği belirtilmiştir 80.

2.9.3. Üçüncül Korunma

- Meme rekonstrüksiyonu
- Ameliyat sonrası kol egzersizleri
- Lenf ödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon 70,85

2.10. Meme Kanselerinde Evreleme

Tümör evreleme sistemleri, kanserin yayılımı ve ciddiyeti hakkında belli standartlara göre bilgi edinilmesini sağlar. Günümüzde hemen her yerde American Joint Committee on Cancer (AJCC)’in biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır. TNM Evreleme Sistemi’nde tümörleri sınıflamak için kullanılan kriterler; tümör boyutu (T), aksiller lenf nodlarına yayılım (N) ve uzak bölgelere yayılımdır (M). Daha önceden tanımlanmış kriterlere göre bu üç özellik belirlenip kombine edilerek, tümör için son TNM Evresi hesaplanır.

Son yıllarda tarama amaçlı mamografik tetkiklerin yaygın uygulanması, sentinel lenf nodu diseksiyon tekniklerinin gelişmesi sonucunda invaziv meme kanserleri daha erken evrede yakalanmaktadır. Meme kanserinin doğal seyirindeki bu değişiklikler sonucunda evreleme sisteminde bazı değişiklikler olmuş ve AJCC’de oluşturulan klinik konsensus sonucunda yeni evreleme sistemi oluşturulmuştur 86.

Primer Tümör: T

Tx: Değerlendirilemeyen primer tümör

T0: Primer tümöre ait bulgu yok

Tis: İn situ karsinom

Tis(DCIS): Duktal karsinoma in situ

Tis(LCIS): Lobüler karsinoma in situ

TİS(Paget): Meme başında Paget hastalığı (primer başka tümör yok)

T1: En büyük çapı ≤ 2 cm tümör

T1mic: En büyük çapı $\leq 0,1$ cm (mikroinvaziv tümör)

T1a: Tümör çapı $> 0,1$ cm ancak $\leq 0,5$ cm

T1b: Tümör çapı $> 0,5$ cm ancak ≤ 1 cm

T1c: Tümör çapı > 1 cm ancak ≤ 2 cm

T2: Tümör çapı > 2 cm ancak ≤ 5 cm

T3: Tümör çapı > 5 cm

T4: Boyutu ne olursa olsun, göğüs duvarı veya cilde direkt yayılan tümör

T4a: Pektoralis major kası dışında göğüs duvarına yayılım

T4b: Ödem, cilt ülserasyonu, aynı memede satellit cilt nodülleri, portakal kabuğu görünümü

T4c: T4a + T4b

T4d: Enflamatuvar karsinom

Bölgesel lenf nodları: N

Nx: Değerlendirilemeyen nodal tutulum

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Hareketli ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

N2: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N2a: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

N2b: Aksiller metastaz olmaksızın klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial nodal metastaz

N3: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı veya klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı veya supraklaviküler lenf nodu metastazı

N3a: İpsilateral infraklaviküler lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı

N3b: Klinik + radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu metastazı + aksiller lenf nodu metastazı

N3c: Supraklaviküler lenf nodu metastaz

Uzak metastaz: M

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Tablo 5. Meme kanserinde TNM Evrelemesi

Evre	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	Tmic	N0	M0
	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	T1-4	N3	M0
VI	T1-4	N0-3	M1

2.11. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanseri olan kadınlar için kanserin evrelerine yönelik cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve hormonal tedavi gibi birçok tedavi olanakları vardır. Meme kanseri tedavisi başlıca lokal tedavi ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır .

2.11.1. Lokal Tedavi

Memedeki tümörün ortadan kaldırılması ya da yok edilmesi, meme kanserinin vücudun diğer bölgelerine yayılması durumunda o bölgelerde hastalığın kontrol altına alınmasının hedeflendiği, cerrahi tedavi ve radyoterapi yöntemlerini içeren tedavi türüdür⁸⁷.

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

Meme Koruyucu Ameliyatlar; memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyatlardır. Meme koruyucu ameliyatlar lumpektomi ve parsiyel mastektomi olmak üzere 2 ayrı yöntemle uygulanmaktadır. Lumpektomi; normal meme dokusu ile çevrili 3–4 cm'i geçmeyen kanserli dokuların çıkarılması, parsiyel mastektomi ise memenin dörtte birinin ya da daha fazlasının kanserli doku ile birlikte çıkarılması işlemidir. Her iki yöntem sonunda da memede kalmış olabilecek kanserli hücreleri yok edebilmek için radyoterapi uygulanması gerekmektedir⁸⁷.

Mastektomi; basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olmak üzere 3 yöntemle gerçekleştirilir. Basit Mastektomi; yalnızca meme dokusunun tümünün çıkarıldığı, altındaki kas tabakası ile koltuk altı lenf bezlerinin korunduğu yöntemdir. Modifiye Radikal Mastektomi; günümüzde yaygın olarak yapılan, meme dokusunun tümü ile meme derisinin, koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı bir yöntemdir. Radikal Mastektomi; yaklaşık 25 yıl öncesine kadar sık uygulanan memenin tümünün, pektoralis minör ve majör kasları ile koltuk altı lenf bezlerinin tümünün çıkarılması işlemidir⁸⁷.

I. evre ve II. evrede hastalık henüz metastaz yapmadığından ve iyileşme şansı yüksek olduğundan basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük ameliyatlar uygulanacağı gibi lumpektomi ve parsiyel mastektomi de uygulanmaktadır. III. evrede daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi, IV. evrede ise metastazlar olduğu için kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedavi uygulanmaktadır.

Radyoterapi: Ameliyattan önce tümörün boyutunu küçültmek, ameliyattan sonra memede, göğüs duvarında ya da koltuk altında kalmış olabilecek ya da yeniden üreyebilecek kanser hücrelerini yok etmek için uygulanan tedavi yöntemidir⁶.

2.11.2. Sistemik Tedavi

Vücudun diğer bölümlerine yayılan tümörleri yok etmek amacıyla kemoterapi, hormonal tedavi ve immünoterapi yöntemlerini içeren tedavi şeklidir⁶.

Kemoterapi: Vücuda yayılmış olması muhtemel kanser hücrelerinin ortadan kaldırılarak hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması amacıyla meme kanserinin ilaçla

tedavisidir. Bu ilaçlar damar içine ya da oral yolla uygulanabilmektedir. Kemoterapi protokollerinin uygulanması ile meme kanseri nüks ve mortalite riskinde %15- 30 azalma sağlandığı bildirilmektedir ^{6,87}.

Hormonal Tedavi: Hormon preparatları ile yapılan meme kanseri tedavisidir. Günümüzde hormonal tedavi alanında geçerliliği kanıtlanmış olan ve en yaygın kullanılan antiöstrojen ilaç “Tamoksifen” dir. Östrojen reseptör blokleri olan bu ilaç hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte hemde sitostatik özellik taşımaktadır. Tamoksifen meme kanserinin yıllık yenileme riskini %26, yıllık ölüm riskini %14 oranında azalttığı ileri sürülmektedir. Ayrıca östrojen üretimini önemli ölçüde azaltan over fonksiyonlarının ooforektomi ya da ilaçlar ile durdurulması hormonal tedavi başlığı altında incelenebilmektedir ^{6,87}.

İmmünoterapi: Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. İmmünoterapi çalışmaları özellikle Human Epidermal Growth Factor Reseptör Tip 2 onkojenine karşı antikor oluşturma eğilimine yoğunlaşmıştır ^{6,87}.

2.12. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Davranışı Kazandırma

Bireylerin sağlığı için yapılabilecek en önemli girişimin olumlu yönde davranış değişikliği sağlamak olduğunu söylenebilir. Davranış değişikliği sağlamanın yolu ise bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının en önemli görevlerinden birinin sağlıklı ve hasta bireylere yönelik sağlık eğitimi olduğu anlaşılmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücünü oluşturmaya devam etmektedir. Alma Ata Bildirgesinde; Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ve 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin büyük bir kısmında; bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitilmeleri gereği vurgulanmıştır. Bu hedefler arasında yer alan 11. hedefte; 2015 yılına kadar, toplumdaki insanların sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemeleri ve özellikle; beslenme, fiziksel aktivite ve cinsellikle ilgili konularda sağlıklı davranışlarının artırılması belirtilmiştir. Sağlık bakımının artan maliyeti ve sağlık problemlerinin yaşam biçimi ile bağlantısı nedeniyle “sağlığın geliştirilmesi” ve buna yönelik olarak da “sağlık eğitimi”, üzerinde önemle durulan bir konu olmuş. Sağlık eğitimi önceleri korunma olarak ele alınırken, daha sonra beceri geliştirmede güçlendirici bir araç olarak ele alınmıştır. Sağlık eğitimi ile kişi, kendi potansiyelini fark etmekte, gereksinimlerini belirlemekte, sağlıkla ilgili konularda sesini duyurmakta, sağlıklı çevreler

yaratmak için birlikte çalışmakta ve sağlık politikaları oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır⁸⁸.

Sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesine temellenmeyip, bireyin iyilik halinin korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve bireylerin kendi sağlığı ile ilgili kararların sorumluluğunu almasını içermektedir. Kendi sağlık sorumluluğunu alan bireyler ise sağlıklı toplumlar oluşturacaktır. Sağlıklı bir toplum oluşmasında sağlık çalışanları hem rol model olmaları hem de diğer bireyleri etkileme güçleri nedeni ile önemli bir gruba oluşturmaktadır⁸⁹.

2.12. Sağlık İnanç Modeli

Bireyler, hasta olduklarında doğal olarak sağlık arayışı içine girerler, ancak çağdaş halk sağlığı felsefesine göre asıl önemli olan bireyin hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir. Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Bireylerin tutum ve davranışlarının nedenini açıklayan Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir rehberdir⁹⁰.

SİM, son 50 yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. 1950'li yıllarda Amerika'da halk sağlığı araştırmacıları, sağlık eğitiminin etkinliğini arttırıcı psikososyal bir model oluşturmayı planlamışlardır. Araştırmacılar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi demografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışlarına etkili olduğunu; fakat sağlık hizmetlerinin sunumu ücretsiz yapılırsa bile düşük sosyoekonomik statülü bireylerin hizmeti daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu dönemde önemli bir halk sağlığı sorunu, bireylerin tüberküloz taramalarından servikal kanser erken tanısı için pap smear testine, bağışıklama programlarından ücretsiz veya çok düşük ücretle sağlanan diğer erken tanı yöntemlerini kullanmamalarıydı. Bu bulgu, koruyucu sağlık davranışı göstermenin başka faktörlerin etkisi altında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu durumu açıklamak için Rosenstock, 1966'da Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir⁹⁰⁻⁹².

Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu ileri sürülen dört kavram; algılanan duyarlılık, önemseme-ciddiyet, yarar ve engel algılarıdır. Becker ve Rosenstock, 1988 yılında modele sağlık motivasyonu ve güven kavramını eklemişlerdir. Sağlık İnanç Modelinde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan bu altı kavram:

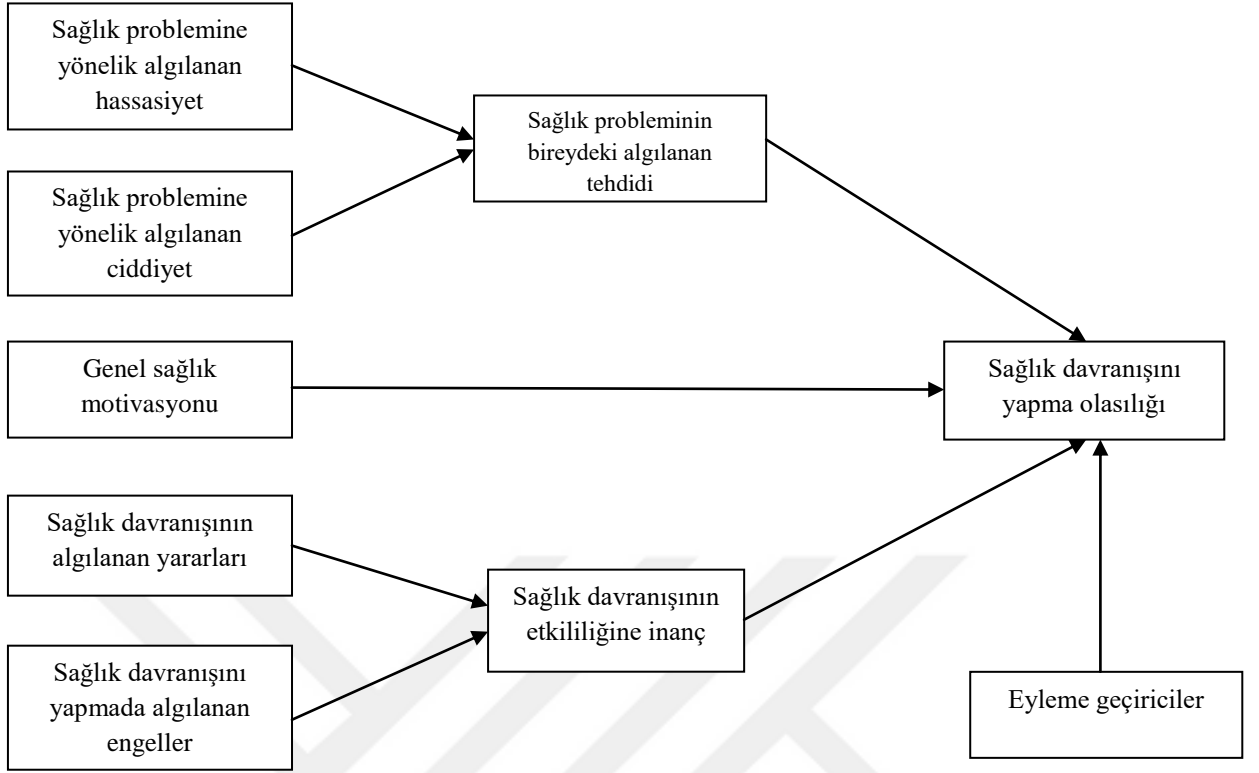
- **Duyarlılık algısı;** sağlık durumunda var olacak tehlikeyi kişinin algılamasını
- **Ciddiyet/önemseme algısı;** tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını
- **Yarar algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri
- **Engel algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri
- **Sağlık motivasyonu;** sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşturulması için genel niyet ve istek durumunu
- **Güven (öz-yeterlilik);** bir sağlık davranışında bireysel yeterliliği ifade eder ⁹³.

Modern sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır ⁹¹. Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp hasta davranışı, hasta rolü davranışına ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir değer-beklenti modeli olup bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı da beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır ⁹⁴. Sağlık İnanç Modeline göre bir kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçmesi olasılığı kişinin;

- Kendisinin de hastalığa yakalanabileceği (algılanan duyarlılık)
- Hastalığın sonuçlarının ciddi olabileceğini (algılanan ciddiyet)
- Tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğini (algılanan yarar)
- Tehlikeleri/riskleri azaltmanın faydasının, eyleme geçmenin zararlarından çok daha fazla olduğunu idrak etmesine (algılanan engel) bağlıdır.

Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir ⁹⁵.

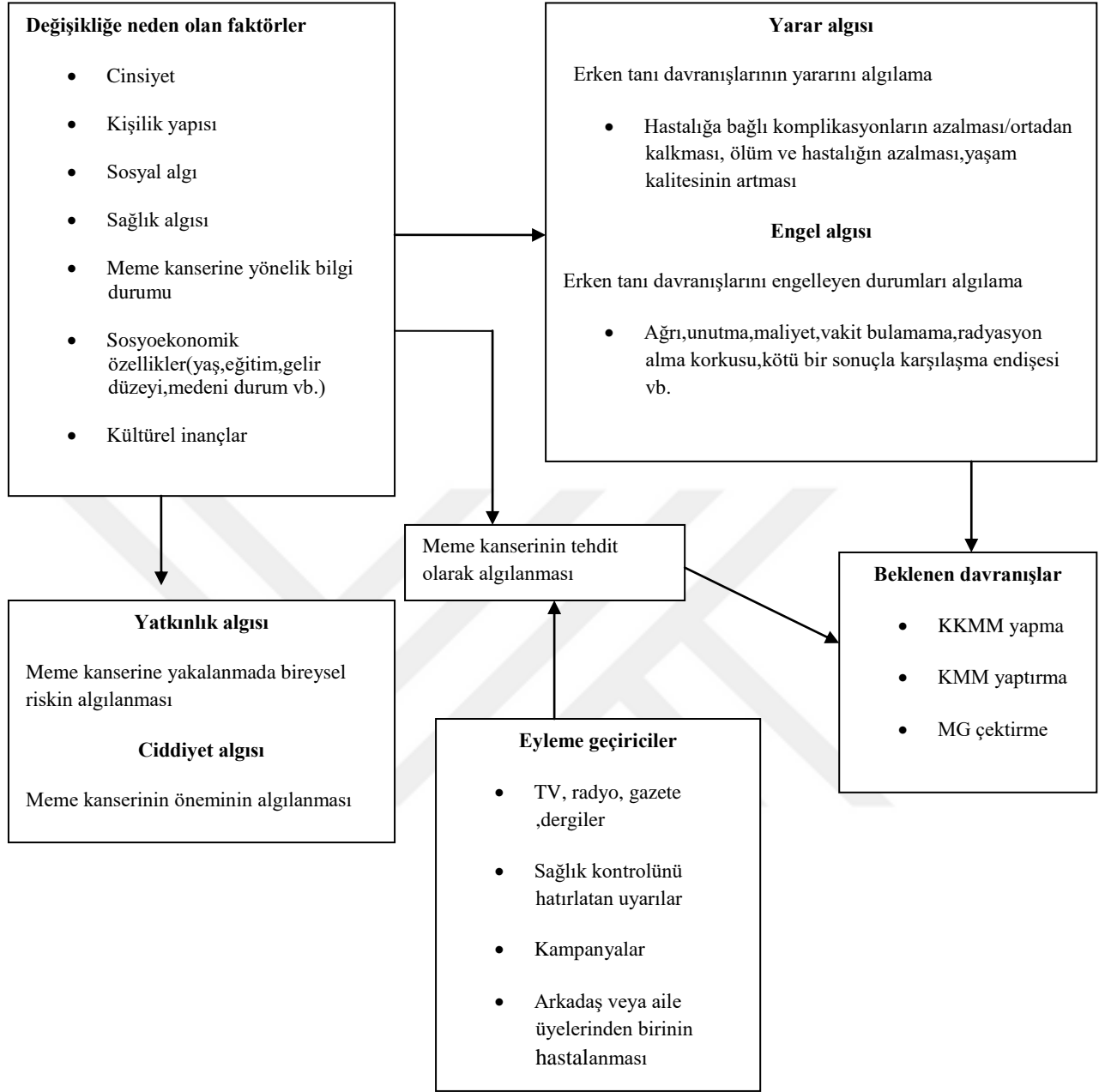
Son yıllarda yazılmış olan güncel kaynakta SİM için 8 bileşen bildirilmiştir ⁹⁶. Bunlar; algılanan hassasiyet, duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği, eyleme geçme olasılığıdır (Şekil 8).



Şekil 8. Sağlık İnanç Modeli (Rohleder 2012)

Hemşirelik alanında, Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiştir. 1993, 1997, 1999 yılında revize etmiştir. Kadınların meme kanseri, KKMM ve mamografiye ilişkin inançlarını SİM çerçevesinde değerlendiren bu ölçek, çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır⁹³. Sağlık inanç modelinde, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi) varsa, ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir⁹¹.

Modelin meme kanserine uyarlanmış kuramsal çerçevesi Şekil 9’da gösterilmiştir. Buna göre model, “bireysel algılama, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara” etkili olan değişkenleri içerir⁹⁷.



Şekil 9. Sağlık İnanç Modeline göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar⁹⁷

Sağlık İnanç Modeli'ni Oluşturan Kavramlar

1-Algılanan Ciddiyet; sağlık problemini algılama konusundaki ciddiyettir. Bazı organların hassasiyeti kişi için çok belirgin olabilir. Bu ya kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır, ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Bazen de kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olmaktadır. Çünkü bunların yaşamsal riski konusunda bilinçlenmişlerdir. Algılanan ciddiyetin fazla olması halinde koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı artmaktadır.

2-Algılanan Hassasiyet; bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlıkla ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancıdır. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Algılanan hassasiyet ne derece yüksek ise koruyucu eyleme geçme olasılığı o derece yüksek olmaktadır. Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için varolabileceğine inandırmak gerekmektedir. Bu amaçla eğitimsel girişim uygulanarak hassasiyet algısının artırıldığı çalışmalar yapılmıştır^{98,99}.

3-Algılanan Tehdit; algılanan hassasiyet ve algılanan ciddiyet birleşerek bireyde tehdit algısını oluşturmaktadır.

4-Değişikliğe Neden Olan Faktörler; demografik değişkenler, sosyopsikolojik değişkenler ve yapısal değişkenler bireyin hastalığı bir tehdit olarak algılanmasını ve istenen davranışı gerçekleştirme olasılığını etkileyen önemli faktörlerdir.

Demografik Değişkenler; cinsiyet, yaş, gelir, etnik köken ve eğitim demografik değişkenlerden bazılarıdır. Cinsiyet koruyucu davranışlarda en fazla kullanılan değişkendir.

Sosyo-Psikolojik Değişkenler; sosyal sınıf, sosyal baskı ve kişilik yapısı bu değişkenlerden bazılarıdır. Bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışsal niyet düşük düzeyde ise sosyal baskı ya da sosyal etki, uygun sağlık davranışının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Destek gruplarının baskısı bireyin sağlık davranışlarıyla ilgili tutum ve inançlarının değişmesinde ya da grup davranışları normlarına uymasına etki etmektedir. Örneğin; arkadaş ya da aileden bir bireyin desteğiyle kişinin KKMM yapmaya teşvik edilmesi gibi. Lierman ve arkadaşlarının (1994), yaşlı kadınlarda eğitim ve akran desteğinin KKMM sıklık ve yeterliliğine etkisini inceledikleri çalışmada, eğitim yapılan grupta anlamlı bir fark tespit etmişlerdir¹⁰⁰.

Yapısal Değişkenler; bireyin hastalıkla ilgili bilgisi ve önceki deneyimleri koruyucu davranışlara etki eden iki önemli değişkendir.

5-Eyleme Geçiriciler; eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki eden belli başlı durumlardır. Eyleme geçiriciler internal ya da eksternal olabilir. İnternal eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. Eksternal harekete geçiriciler ise medya kitlesi, öğütler, posterler, billboardlar, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan hatırlatıcılardır. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok uyarı ya da tavsiye alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır.

6-Algılanan Yarar; bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Böylece kişilerde sağlıkla ilgili davranış ve tutumlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olur. KKMM konusundaki yarar algısı arttıkça KKMM uygulamaları o derece artmaktadır.

7-Algılanan Engeller; önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır. Maliyet, rahatsızlık, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri koruyucu davranışlar için engel teşkil edebilmektedir. Algılanan fayda algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır. KKMM konusunda sıklıkla tanımlanan engeller; bilgisizlik, kanser korkusu, unutkanlık, boş zaman bulunmaması, kendi memesine dokunmaktan korkma olarak sıralanmaktadır. KKMM eğitimi ile bu engeller azaltılabilmektedir.

8-Sağlık Motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu ifade etmektedir. Bu kavram modele 1988 yılında Becker tarafından eklenmiştir. Buna göre; KKMM yapmaya yönelik motivasyonun yüksek olması, KKMM uygulama olasılığını arttırmaktadır.

9-Öz-Etkilik Algısı; bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir. Öz-etkililik artırılarak KKMM uygulamaları geliştirilebilmektedir ^{93,97,101-106}.

3. MATERYAL-METOD

Çalışan kadınların meme kanserinin erken tanı ve tedavisinin faydaları ve bu konuda önerilen tarama yöntemleri olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inanç ve tutumlarını değerlendirmek, risk faktörlerini belirlemek, kişileri bu konuda bilgilendirmek amacıyla yapılan kesitsel nitelikte bir çalışma olup Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 24.03.2015 tarih ve 2015/94 sayı ile onaylanmıştır.

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Nisan-Haziran 2015 tarihleri arasında Sakarya ili Büyükşehir Belediyesinde çalışan 344 kadın oluşturmaktadır. Çalışmaya başlamadan önce kurumdan yazılı izin alınmıştır. Örneklem seçilmemiş olup, belirlenen tarihler arasında anket görüşmesini kabul eden tüm kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyen ve ilgili tarihlerde izinli olan 25 kişi dışında 319 kadın ile çalışma yürütülmüştür.

3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede literatüre uygun olarak hazırlanan tanımlayıcı anket formu ve Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Anket formu; sosyodemografik özellikleri, meme kanseri risk faktörleri, erken tanı yöntemleri uygulama durumunu belirlemeye yönelik 43 sorudan oluşmaktadır. İlk 10 soru sosyodemografik özellikleri; 11.-22.,30.-32. sorular kişisel risk faktörleri varlığını;23.-29.,33.-43.sorular meme kanseri tarama davranışlarını (KKMM yapma durumu,yapma sıklığı,bilgi durumu,mamografi çekirme durumu,meme muayenesi için düzenli hekime gitme durumu) belirlemeye yöneliktir. Bununla birlikte katılımcılara (n=319) meme kanseri riskini belirlemek amacıyla soru formundaki 1.-3., 11., 15., 27., 30., sorularda yaş, boy, kilo, menstrual sikluslarının başladığı yaş, ilk doğum yaşı, akrabada meme kanseri varlığı, kişisel meme kanseri öyküsü sorulmuştur ve bu soruların değerlendirilmesinde Amerikan Kanser Birliği tarafından geliştirilen, Gail modeline benzeyen ancak kısıtlayıcı özelliklerini içermeyen (kişisel aile öyküsünü dikkate alan önceki meme biyopsilerini katılmaksızın) Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği "Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi Formu" (Tablo 6) uygulandı. Meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan bu formda kadınlar yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrual öykü ve

beden yapısı dikkate alınarak risk düzeyine göre “düşük”, “orta”, “yüksek” ve “en yüksek” olarak sınıflandırılmaktadır. 200 puan altı “düşük risk”, 201-300 puan “orta risk”, 301- 400 puan “yüksek risk”, 400 ve üstü “en yüksek risk” olarak değerlendirilmektedir ¹⁰⁷. Beden Kitle İndeksi (BKİ); total vücut yağı ile korelasyon gösteren, boy uzunluğu ve vücut ağırlığına bağlı bir indekstir. Beden kitle indeksi aşağıda verilen denklemle hesaplanmaktadır ¹⁰⁸. Yetişkinlerde BKİ’ne göre ağırlığın değerlendirilmesi:

$$BKİ = \text{kilo}/(\text{boy})^2 = \text{kg}/\text{m}^2$$

18.5 kg/m² ↓ ise zayıf

18.5-24.9 kg/m² ise normal kilolu

25-29.9 kg/m² ise hafif şişman

30kg/m² ↑ ise şişman

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), meme kanseri erken tanı inançlarına ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş olup 1993 yılında tüm boyutları yeniden gözden geçirilmiştir. Ölçeğin KKMM boyutu 1997’de , mamografi ve duyarlılık boyutu 1999’da tekrar gözden geçirilmiştir ^{109,110} SİMÖ ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach’s Alpha değerlendirmelerinde; Seçginli ve Nahcıvan’ın çalışmasında ¹⁴ alfa değerleri, 0,74 ile 0,85, Karayurt ’un çalışmasında ¹¹¹ 0,58 ile 0,89, Gözüm ve Aydın’ın çalışmasında ¹¹² ise 0,69 ile 0,83 arasında bulunmuştur. Bu çalışmanın Cronbach’s Alpha değerleri ise 0,80 ile 0,95 arasında bulunmuştur.

Bu çalışmada ölçeğin 2004 yılında Gözüm ve Aydın ¹¹² tarafından Türkçe’ye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık (3 madde)”, “ciddiyet (6 madde)” ve “sağlık motivasyonu (5 madde)”, KKMM ile ilgili “engelleri (8 madde)”, “yararları (4madde)”, “öz etkililiği (10 madde)”, mamografi ile ilgili “yararları (5 madde)” ve “engelleri (11 madde)” olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 52 maddesi vardır ve genellikle KKMM boyutları ile mamografi boyutları bir bütün olarak düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda farklı olarak ciddiyet algısı ile ilgili 5 madde kullanılmıştır. Ölçek 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir ^{109,112}. Ölçeğin tüm boyutlarının en düşük puanı alt grubun en az puanlarının toplamı, en yüksek puanları ise alt grubun en fazla puanlarının toplamıdır. Duyarlılık için en az=3, en yüksek =15; önemseme için en

az=5, en yüksek =25; sağlık motivasyonu için en az=5, en yüksek = 25; KKMM yararları için en az=4, en yüksek =20; KKMM engelleri için en az=8, en yüksek =40; KKMM z-etkililiği için en az=10, en yüksek =30; mamografinin yararları için en az=5, en yüksek =25 ve mamografinin engelleri için en az=11, en yüksek =55 puan alınabilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir ¹¹².

3.3. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. zmlerede frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde; bağımsız örneklem t-testi ve ki-kare testi (χ^2 testi) kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında $p<0.05$ (%5) anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6. Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi Formu

Risk Faktörü	Kategori	Puan
Yaş	30 yaş altı	10
	30-40	30
	41-50	75
	51-60	100
	60 yaş ve üstü	125
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	0
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	50
	Anne ya da kız kardeş	100
	Anne ve kız kardeş	150
	Anne ve iki kız kardeş	200
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	0
	Meme kanseri var	300
Çocuk doğurma yaşı	30 yaş öncesi ilk doğum	0
	30 yaş sonrası ilk doğum	25
	Çocuk yok	50
Menstrual öykü	Menstruasyon başlama yaşı 15 ve üstü	15
	Menstruasyon başlama yaşı 12-14	25
	Menstruasyon başlama yaşı 11 ve altı	50
Beden yapısı	Zayıf	15
	Orta	25
	Şişman	50
Puan	Kategori	
200 puan altı	Düşük risk	
201-300 puan	Orta risk	
301-400 puan	Yüksek risk	
400 ve üstü	En yüksek risk	

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yer almaktadır. Elde edilen bulgular:

1. Sosyo-Demografik Özellikler
2. Meme Kanseri Risk Faktörleri İle İlişkili Özellikler
3. Meme Kanseri Erken Tanısına Yönelik Sağlık Davranışları İle İlişkili Özellikler
4. Sağlık İnançlarının Bazı Değişkenlerle Karşılaştırılması, şeklinde incelenmiş ve bu doğrultuda verilerin açıklaması yapılmıştır.

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler Ve Risk Faktörleri

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 7' de sunulmuştur. Kadınların yaş ortalaması $36,68 \pm 8,41$ yıl (20-62 yaş aralığı) idi. Araştırma grubunun %62,4'ü evli (n=199), %66,1'i üniversite mezunu (n=211) , %64,9'u (n=207) çocuk sahibi olduğu belirlendi. Düzenli sağlık kontrolü yaptıranlar %31,5 (n=98), sigara kullananlar %26,6 (n=85) , alkol kullananlar ise %1,9 (n=6) idi.

Katılımcıların ortalama menarş yaş 13,28 \pm 1,31 (10-18 yaş aralığı), menapoz yaş 46,28 \pm 3,74 (39-56 yaş aralığı) idi. Çocuk sayısına bakıldığında, %46,1'si (n=95) 1 çocuk, %46,1'si (n=95) 2 çocuk sahibi olup, ortalama emzirme süresi 21,57 \pm 14,4 ay (1-84 ay aralığı) olarak bulunmuştur. 12 ay ve daha uzun süreli emziren annelerin sayısı 143 (%71,1) olarak hesaplandı (Tablo 8).

Katılımcıların, KOK kullanma süresi ortalama 22,37 \pm 26,04 ay (1 -120 ay aralığı), HRT ise 7,60 \pm 7,09 ay (2-18 ay aralığı) olarak bulundu. KOK kullananların % 95'i (n=76), HRT kullananları ise % 80'i (n=4) düşük risk grubunda bulunmuştur.

Haftalık spor saati ortalaması 3,31 \pm 2,43 saat (1-12 saat aralığı) idi. Sebze- meyve ağırlıklı beslenenler %36,99, yağ-karbonhidrat ağırlıklı beslenenler %12,23, kırmızı et ağırlıklı beslenenlerin oranı ise %9,09 olarak tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	SAYI(n)	%
Yaş		
20-31	105	32,9
32-41	107	33,5
42-62	107	33,5
Medeni Durum		
Evli	199	62,4
Bekar	91	28,5
Dul-Boşanmış	29	9,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	11	3,5
Ortaokul	3	0,9
Lise	90	28,4
Üniversite	211	66,4
Doktora-Uzmanlık	3	0,9
Aylık Gelir (TL)		
2000 ve altı	42	13,3
2000-4000	171	54,1
4000 ve üzeri	103	32,6
Çocuk Durumu		
Var	206	64,60
Yok	112	35,40

Tablo 8. Katılımcıların Risk Faktörleri Dağılımı

RİSK FAKTÖRLERİ	SAYI(n)	%
BKİ (Beden Kitle İndeksi)		
<18.5	16	5,05
18.5-24.9	180	56,78
25≥	121	38,17
İlk Adet Yaşı		
11 yaş ve altı	24	7,52
12 yaş ve üstü	295	92,48
Emzirme Durumu		
Evet	202	98,05
Hayır	4	1,95
İlk Doğum Yaşı		
29 ve altı	169	82,03
30 ve üzeri	37	17,97
Menstrual Siklus		
Devam ediyor	293	91,85
Menapoz	26	8,15
Menapoz Yaşı		
<55	24	96
≥55	1	4
Kişisel Meme Kanseri		
Var	1	0,31
Yok	318	99,69
Aile öyküsü		
Meme kanseri var	57	17,87
Meme kanseri yok	262	82,13

Tablo 9. Katılımcıların Risk Faktörleri Dağılımı

RİSK FAKTÖRLERİ	SAYI(n)	%
KOK kullanım durumu		
Evet	80	25,08
Hayır	239	74,92
HRT kullanım durumu		
Evet	5	19,23
Hayır	21	80,77
Spor yapma durumu		
Evet	91	28,52
Hayır	228	71,48
Radyoterapi alma durumu		
Evet	2	0,63
Hayır	317	99,37
Meme hastalığı öyküsü		
Evet	66	20,69
Hayır	253	79,31
Meme ile ilgili tetkik		
Yapıldı	106	33,23
Yapılmadı	213	66,77
Biyopsi durumu		
Yapıldı	18	94,36
Yapılmadı	301	5,64
Atipik hiperplazi		
Evet	2	11,11
Hayır	14	77,78
Hatırlamıyorum	2	11,11

Araştırma kapsamına alınan kadınların meme kanseri risk düzeyi dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 10’ da verilmiştir. Kadınların çoğunluğunun meme kanseri risk düzeyinin düşük (%93,1) olduğu bulunmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların Meme Kanseri Risk Düzeyi

Risk Düzeyi	Sayı (n)	%
Düşük risk	297	93,10
Orta risk	20	6,27
Yüksek risk	0	0
En yüksek risk	2	0,63

Araştırmamızdaki kadınların geçirilmiş meme hastalıkları ve yapılan tetkikleri Tablo 11 ve Tablo 12’de belirtilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların Geçirilmiş Meme Hastalığı Dağılımı

	Apse	İltihap	Şüpheli kitle	Meme kanseri	Kist	Fibroadenom	Diğer
Sayı(n)	7	10	17	2	29	4	4
%*	9,59	13,70	23,29	2,74	39,73	5,48	5,48

*Bu sorunun cevabında birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Meme ile İlgili Yapılan Tetkiklerinin Dağılımı

	Genetik test	Mamografi	Meme USG	Meme MR
Sayı (n)	5	57	79	13
%*	4,72	53,77	74,53	12,26

*Bu sorunun cevabında birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %53,7’si (n=167) herhangi bir meme hastalığı olması durumunda, ilk tercihlerinin Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi olacağını belirtmişlerdir.

Katılımcılara meme kanseri bilgisinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda %67,9'u (n=214) hayır yanıtı vermiştir. Bilgi kaynağı olarak; internet ve tv-radyo, %24,12 (n=184) ve %23,33 (n=178) oranlarıyla ilk sıralarda yer almaktadır.

“Meme kanseri ile ilgili eğitim aldınız mı?” sorusuna %77,12'sinin (n=246) hayır yanıtı verdiği ve hayır diyenlerin %84,15'inin (n=207) eğitim almak istediği belirlendi.

4.2. Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Davranışların Değerlendirilmesi

Katılımcıların meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin uygulamaları Tablo 13'te sunulmuştur. Buna göre KKMM yapanların oranı %62,38 (n=199) dir. Katılımcıların büyük bir kısmı, %79,87'si (n=254) hiç mamografi yaptırmemiş ve %64,89'u (n=207) meme muayenesi için hekime gitmemiştir.

Tablo 13. Kadınların Tarama Davranışları

Meme Kanseri Tarama Davranışları	KKMM Bilme		KKMM Yapma		MG Çektirme		KMM Yaptırma	
	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%
Evet	218	68,34	199	62,38	64	20,13	112	35,11
Hayır	101	31,66	120	37,62	254	79,87	207	64,89

KKMM yapan kadınların diğer tarama davranışlarını uygulama durumu Tablo 14 ve Tablo 15'te verilmiştir. KKMM yapan grupta MG çektirme ve KMM yaptırma oranı daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 14. KKMM Yapan Kadınların Diğer Tarama Davranışlarını Uygulama Durumu

		MG					KMM				
		Evet		Hayır		P	Evet		Hayır		P
		n	%	n	%	=0,05	n	%	n	%	=0,00
KKMM	Evet	46	23,2	152	76,8		84	42,2	115	57,8	
	Hayır	18	15	102	85		28	23,3	92	76,7	

Tablo 15. 40 Yaş ve Üzeri KKMM Yapan Kadınların Diğer Tarama Davranışları ve Uygulama Durumu

		MG					KMM				
		Evet		Hayır		P	Evet		Hayır		P
		n	%	n	%	=0,006	n	%	n	%	=0,028
KKMM	Evet	42	54,5	35	45,5		42	53,8	36	46,2	
	Hayır	14	29,2	34	70,8		16	33,3	32	66,7	

Tablo 16. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Tarama Davranışları

	KKMM Yapma			KMM Yaptırma			MG Çektirme		
	Evet	Hayır	p değeri	Evet	Hayır	p değeri	Evet	Hayır	p değeri
Yaş									
<40 (%)	121 (38,1)	72 (22,6)	=0,468	54 (17)	139 (43,7)	=0,001	8 (2,5)	185 (58,4)	<0,001
≥40 (%)	77 (24,2)	48 (15,1)		57 (17,9)	68 (21,4)		55 (17,4)	69 (21,8)	
Medeni Durum									
Bekar/Dul (%)	66 (20,8)	53 (16,7)	=0,035	38 (11,9)	81 (25,5)	=0,231	22 (6,9)	97 (30,6)	=0,372
Evli (%)	132 (41,5)	67 (21,1)		73 (23)	126 (39,6)		41 (12,9)	157 (49,5)	
Eğitim									
İlk/Orta/Lise (%)	63 (19,9)	40 (12,6)	=0,417	40 (12,6)	63 (19,9)	=0,194	33 (10,4)	70 (22,2)	<0,001
Üniversite (%)	135 (42,6)	79 (24,9)		71 (22,4)	143 (45,1)		30 (9,5)	183 (57,9)	
Aylık Gelir									
<4000 TL (%)	128 (40,6)	84 (26,7)	=0,199	78 (24,8)	134 (42,5)	=0,191	45 (14,3)	166 (52,9)	=0,197
≥4000 TL (%)	68 (21,6)	35 (11,1)		32 (10,2)	71 (22,5)		17 (5,4)	86 (27,4)	

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre tarama davranışları Tablo 16' da verilmiştir. 40 yaş ve üzeri grupta MG çektirme ve KMM yaptırma, evli olanlarda KKMM yapma anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Üniversite eğitimi olanlarda MG çektirme oranı diğer gruba göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Aylık gelire göre tarama davranışlarını uygulamada anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Meme kanseri ile ilgili eğitim alanlarda KKMM yapma, KMM yaptırma, MG çektirme oranları sırasıyla %76,7 (n=56), %56,2 (n=41) ve %34,8 (n=28) dir. Eğitim almayanlarda ise bu oran sırasıyla %58 (n=142), %28,6 (n=70) ve %14,3 (n=35) tür. Aradaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilen kadınların çoğunluğu (%22,64) televizyon ve radyodan öğrendiğini, ikinci sıklıkla ise (%20,03) internetten, öğrendiklerini belirttiler. Katılımcıların KKMM'yi öğrendikleri bilgi kaynakları Tablo 17' de gösterilmiştir.

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kadınların KKMM Hakkında Bilgi Kaynakları

KKMM bilgi kaynağı	Sayı*(n=614)	Yüzde (%)
Tv-Radyo	139	22,64
KETEM	36	5,86
Aile Hekimi	21	3,42
İnternet	123	20,03
Aile, akraba	51	8,31
Arkadaş	62	10,10
Gazete, dergi, broşür	63	10,26
Doktor	81	13,19
Ebe	31	5,05
Diğer	7	1,14

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Katılımcılara KKMM yapmama nedenleri sorulduğunda en fazla verilen cevap, ihmal (%39,53) ve nasıl yapıldığını bilmeme (%26,88) olmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kadınların KKMM Yapmama Nedenleri

KKMM yapmama nedenleri	Sayı*(n=253)	Yüzde(%)
Nasıl yapıldığını bilmiyorum	68	26,88
Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum	36	14,23
Ailemde meme kanseri olmadığı için korkmuyorum	13	5,14
Aklıma gelmiyor/İhmal ediyorum	100	39,53
KKMM yaparak korunacağıma inanmıyorum	7	2,77
Kitle bulmaktan korkuyorum	22	8,70
Bende meme kanseri olacağına inanmıyorum	2	0,79
Diğer	7	2,77

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Katılımcılara MG çektirme nedenleri sorulduğunda en fazla verilen cevap, şikayet sebebiyle (%31,17) ve erken tanıdaki önemini bilme (%29,87) olmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kadınların MG Çektirme Nedenleri

Mamografi çektirme nedenleri	Sayı*(n=77)	Yüzde(%)
Arkadaş, akraba önerisi ile	1	1,30
Ailemde meme kanseri olduğu için	4	5,19
Doktor önerisi ile	19	24,68
Erken tanıdaki önemini bildiğim için	23	29,87
Ücretsiz tarama programı sebebiyle	2	2,60
Şikayetim olduğu için	24	31,17
Diğer	4	5,19

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Çalışmamızdaki kadınlar, KMM yaptırma ve yaptırmama nedeni olarak en fazla şikâyeti olması (%51,82) ve şikâyeti olmamasını (%46,2) göstermişlerdir (Tablo 20 ve Tablo 21).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kadınların KMM Yaptırma Nedenleri

KMM yaptırma nedenleri	Sayı*(n=137)	Yüzde(%)
Arkadaş, akraba önerisi ile	6	4,38
Ailemde meme kanseri olduğu için	6	4,38
Doktor önerisi ile	19	13,87
Erken tanıdaki önemini bildiğim için	29	21,17
Şikâyetim olduğu için	71	51,82
Diğer	6	4,38

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Kadınların KMM Yaptırmama Nedenleri

KMM yaptırmama nedenleri	Sayı (n=329)	Yüzde(%)
Ailemde meme kanseri olmadığı için	26	7,90
Zaman bulamıyorum	15	4,56
Şikayetim olmadığı için	152	46,20
Bilgi eksikliğim var	21	6,38
Kötü sonuçla karşılaşmaktan endişe ediyorum	18	5,47
Randevu alma güçlüğü yaşıyorum	10	3,04
İhmal ediyorum	82	24,92
Diğer	5	1,52

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek belirtilmiştir.

4.3. Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçek Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışan kadınların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 22’ de gösterilmiştir.

Tablo 22. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	X±SS	Puan Aralığı	Madde Sayısı
Duyarlılık	7,70±2,10	3-15	3
Önemseme/Ciddiyet	19,70±5,0	5-25	5
Sağlık Motivasyonu	19,92±3,92	5-25	5
KKMM Yararları	15,74±2,91	4-20	4
KKMM Engelleri	17,65±5,10	8-38	8
KKMM Öz-Yeterliliği	32,50±7,0	10-50	10
Mamografi Yararları	17,50±3,13	7-25	5
Mamografi Engelleri	27,0±6,42	11-47	11

Çalışan kadınların yaş gruplarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 23’te gösterilmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 23. Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	20-31 yaş n=105	32-41 yaş n=107	42-62 yaş n=107	p
	X±SS	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,64±1,98	7,70±2,17	7,74±2,13	0,940
Önemseme/Ciddiyet	19,37±4,51	19,56±5,46	20,13±4,87	0,510
Sağlık Motivasyonu	20,14±3,72	19,94±3,97	19,66±4,09	0,672
KKMM Yararları	15,50±2,96	15,93±3,07	15,79±2,67	0,549
KKMM Engelleri	17,41±4,94	17,35±5,08	18,20±5,26	0,399
KKMM Öz-Yeterliliği	31,37±6,91	33,31±6,76	32,81±7,20	0,112
Mamografi Yararları	17,33±3,01	17,06±3,58	18,04±2,68	0,061
Mamografi Engelleri	27,92±5,94	26,30 ±6,84	26,75±6,39	0,164

Katılımcıların eğitim durumlarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 24’de gösterilmiştir. Buna göre; üniversite ve üstü eğitimi olanlarda KKMM engel algıları diğer gruba göre daha düşük algılanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 24. Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	Üniversite Eğitimi Olmayan n=104	Üniversite Eğitimi Olan n=214	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,59±2,35	7,76±1,95	0,523
Önemseme/Ciddiyet	19,73±5,13	19,65±4,89	0,890
Sağlık Motivasyonu	19,40±4,28	20,16±3,73	0,106
KKMM Yararları	15,37±2,89	15,92±2,91	0,111
KKMM Engelleri	18,67±5,23	17,14±4,98	0,012
KKMM Öz-Yeterliliği	32,47±7,51	32,58±6,70	0,897
Mamografi Yararları	17,73±3,16	17,36±3,12	0,329
Mamografi Engelleri	26,53±6,18	27,18±6,54	0,396

Çalışan kadınların risk duruma göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 25 ‘te gösterilmiştir. Düşük risk grubunda duyarlılık algısı düşük ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 25. Risk Duruma Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	Düşük Risk n=297	Orta/Çok Yüksek Risk n=22	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,61±2,09	8,82±1,82	0,009
Önemseme/Ciddiyet	19,68±5,00	19,75±4,61	0,956
Sağlık Motivasyonu	19,99±3,86	18,86±4,69	0,193
KKMM Yararları	15,71±2,92	16,14±2,80	0,504
KKMM Engelleri	17,73±5,17	16,64±4,01	0,334
KKMM Öz-Yeterliliği	32,49±7,07	32,64±5,95	0,927
Mamografi Yararları	17,51±3,11	17,09±3,93	0,550
Mamografi Engelleri	27,07±6,44	25,86±6,14	0,397

Çalışan kadınların medeni durumlarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 26’da gösterilmiştir. Buna göre; evli olanların öz-yeterlilik algıları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 26. Medeni Duruma Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	Bekar/Dul/Boşanmış n=120	Evli n=199	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,69±2,18	7,69±2,04	0,994
Önemseme/Ciddiyet	19,10±5,37	20,04±4,68	0,100
Sağlık Motivasyonu	19,95±3,85	19,89±3,98	0,903
KKMM Yararları	15,63±2,94	15,80±2,89	0,595
KKMM Engelleri	18,07±5,39	17,40±4,91	0,260
KKMM Öz-Yeterliliği	31,33±7,49	33,22±6,59	0,019
Mamografi Yararları	17,13±3,08	17,69±32,15	0,120
Mamografi Engelleri	27,23±6,54	26,84±6,35	0,604

Meme hastalığı öyküsü olma durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 27’ de gösterilmiştir. Buna göre; meme hastalığı öyküsü olan grubun öz-yeterlilik algısı daha yüksek ve arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 27. Meme Hastalığı Öyküsüne Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

	Meme Hastalığı Öyküsü Yok n=253	Meme Hastalığı Öyküsü Var n=66	p
Ölçek alt Boyutları	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,64±2,11	7,91±2,03	0,346
Önemseme/Ciddiyet	19,49±4,79	20,45±5,56	0,160
Sağlık Motivasyonu	19,86±3,95	20,12±3,87	0,633
KKMM Yararları	15,68±2,88	15,94±3,01	0,525
KKMM Engelleri	17,68±5,08	17,53±5,21	0,828
KKMM Öz-Yeterliliği	32,02±6,76	34,35±7,60	0,016
Mamografi Yararları	17,32±3,13	18,06±3,08	0,089
Mamografi Engelleri	27,19±6,45	26,20±6,27	0,264

Ailede meme hastalığı öyküsü olma durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 28’de gösterilmiştir. Buna göre; ailede meme hastalığı öyküsü olan grubun duyarlılık algısı daha yüksek ve arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 28. Ailede Meme Kanseri Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

	Aile Öyküsü Yok n=262	Aile Öyküsü Var n=57	p
Ölçek alt Boyutları	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,53±2,09	8,44±1,92	0,003
Önemseme/Ciddiyet	19,75±5,14	19,41±4,10	0,641
Sağlık Motivasyonu	19,91±3,97	19,93±3,75	0,976
KKMM Yararları	15,71±2,95	15,86±2,72	0,725
KKMM Engelleri	17,72±4,99	17,33±5,61	0,603
KKMM Öz-Yeterliliği	32,22±7,07	33,82±6,49	0,116
Mamografi Yararları	17,48±3,03	17,47±3,60	0,994
Mamografi Engelleri	27,15±6,26	26,21±7,10	0,316

Katılımcıların KKMM yapmayı bilme durumuna göre SİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 29’ da gösterilmiştir. KKMM bilenlerin öz-yeterlilik algısı yüksek, KKMM engel algısı düşük ve gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 29. KKMM Bilme Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	KKMM Yapmayı Bilmeyen n=101	KKMM Yapmayı Bilen n=217	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,82±2,11	7,64±2,09	0,473
Önemseme/Ciddiyet	19,51±4,96	19,76±4,98	0,671
Sağlık Motivasyonu	19,34±3,70	20,20±4,00	0,067
KKMM Yararları	15,46±2,56	15,88±3,05	0,220
KKMM Engelleri	19,42±4,85	16,82±5,02	0,000
KKMM Öz-Yeterliliği	27,70±6,39	34,76±6,09	0,000
Mamografi Yararları	17,54±3,05	17,43±3,17	0,768
Mamografi Engelleri	27,95±5,67	26,53±6,72	0,067

KKMM yapan grupta, öz-yeterlilik ve sağlık motivasyonu algısı yüksek, KKMM ve MG engelleri düşük (Tablo30) bulunurken KKMM’yi her ay düzenli yapanların sağlık motivasyonu düzensiz uygulayanlara oranla daha yüksek, KKMM engel algısı daha düşük (Tablo 31) bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 30. KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	KKMM Yapmayan n=119	KKMM Yapan n=199	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,67±2,05	7,69±2,10	0,875
Önemseme/Ciddiyet	19,71±4,65	19,69±5,16	0,964
Sağlık Motivasyonu	18,87±4,16	20,54±3,66	0,000
KKMM Yararları	15,42±2,68	15,92±3,03	0,135
KKMM Engelleri	19,53±4,86	16,53±4,92	0,000
KKMM Öz-Yeterliliği	28,47±6,38	32,92±6,21	0,000
Mamografi Yararları	17,52±3,15	17,45±3,14	0,850
Mamografi Engelleri	28,22±5,10	26,22±7,00	0,004

Tablo 31. KKMM'yi Düzenli Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	KKMM'yi Düzenli Yapmayan n=82	KKMM'yi Düzenli Yapan n=117	P
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,74±2,14	7,66±2,09	0,778
Önemseme/Ciddiyet	19,95±5,2	19,51±5,13	0,556
Sağlık Motivasyonu	19,76±4,08	21,09±3,24	0,011
KKMM Yararları	15,62±2,93	16,14±3,09	0,239
KKMM Engelleri	17,80±4,99	15,63±4,69	0,002
KKMM Öz-Yeterliliği	34,01±5,74	35,56±6,46	0,082
Mamografi Yararları	17,67±2,97	17,30±3,25	0,412
Mamografi Engelleri	27,04±7,02	25,64±6,95	0,167

Katılımcıların MG çektirme durumuna ve meme muayenesi için hekime gitme durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği puanları karşılaştırıldığında; MG çektirenlerin mamografi engel algılarının daha düşük, meme muayenesi için hekime giden grubun KKMM öz-yeterlilik algılarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (Tablo32-33).

Tablo 32. MG Çektirme Durumlarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	MG Çektirmeyen n=69	MG Çektiren n=56	P
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,67±2,17	8,00±2,30	0,407
Önemseme/Ciddiyet	20,23±4,40	19,95±5,65	0,759
Sağlık Motivasyonu	19,27±4,03	20,50±3,85	0,088
KKMM Yararları	15,77±2,38	15,95±3,05	0,721
KKMM Engelleri	18,84±5,03	17,10±5,30	0,064
KKMM Öz-Yeterliliği	31,75±7,29	33,61±7,26	0,159
Mamografi Yararları	17,99±2,90	17,77±2,59	0,659
Mamografi Engelleri	28,67±5,23	24,25±7,17	0,000

Tablo 33. KMM Yaptırma Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	KMM Yaptırmayan n=207	KMM Yaptıran n=112	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,64±2,01	7,79±2,23	0,560
Önemseme/Ciddiyet	19,40±4,79	20,22±5,25	0,162
Sağlık Motivasyonu	19,62±4,13	20,46±3,47	0,071
KKMM Yararları	15,55±2,92	16,09±2,86	0,111
KKMM Engelleri	18,02±4,95	16,97±5,31	0,080
KKMM Öz-Yeterliliği	31,45±6,85	34,46±6,86	0,000
Mamografi Yararları	17,34±3,28	17,73±2,83	0,284
Mamografi Engelleri	27,46±6,21	26,10±6,72	0,070

Çalışan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi durumlarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 34’te gösterilmiştir. Buna göre; bilgisinin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların KKMM ve MG engel algıları düşük, öz yeterlilik algısı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 34. Meme Kanseri Bilgi Durumuna Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	Meme Kanseri Bilgisi Yetersiz n=214	Meme Kanseri Bilgisi Yeterli n=101	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,79±2,09	7,50±2,06	0,242
Önemseme/Ciddiyet	19,77±5,10	19,49±4,76	0,641
Sağlık Motivasyonu	19,75±3,66	20,18±4,49	0,371
KKMM Yararları	15,51±2,77	16,20±3,18	0,052
KKMM Engelleri	18,15±4,89	16,61±5,49	0,013
KKMM Öz-Yeterliliği	30,50±6,47	36,61±6,31	0,000
Mamografi Yararları	17,34±3,25	17,74±2,91	0,291
Mamografi Engelleri	27,55±6,09	25,93±6,95	0,036

Çalışan kadınların meme kanseri ile ilgili eğitim alma durumlarına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 35’ te gösterilmiştir. Eğitim alan katılımcıların KKMM öz yeterlilik algısı diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 35. Meme Kanseri İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek alt Boyutları	Eğitim Almadı n=245	Eğitim Aldı n=73	p
	X±SS	X±SS	
Duyarlılık	7,67±2,12	7,79±2,02	0,654
Önemseme/Ciddiyet	19,68±4,94	19,66±5,07	0,982
Sağlık Motivasyonu	19,80±3,82	20,26±4,27	0,385
KKMM Yararları	15,62±2,87	16,11±3,02	0,212
KKMM Engelleri	17,71±5,03	17,48±5,39	0,735
KKMM Öz-Yeterliliği	31,64±6,96	35,41±6,36	0,000
Mamografi Yararları	17,44±3,20	17,55±2,92	0,806
Mamografi Engelleri	26,98±6,46	27,07±6,33	0,918

5. TARTIŞMA

Sağlık inançlarının açıklanmasında kullanılan davranış modellerinden biri olan SİM, sağlığı geliştirici davranışların çözümlenmesinde açıklayıcı olabilmektedir. Bu model yardımıyla davranışsal değişimler açıklanabilmekte ve bireylerin SİM yardımıyla sağlıklı karar almaları için mesajlar verilmesi sağlanabilmektedir ¹¹³.

Bu çalışmada, çalışan kadınların meme kanseri, KKMM ve mamografiye ilişkin sağlık inançları incelenmiş, aynı zamanda meme kanseri tarama davranışları ve riskleri değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

5.1. Demografik Özellikler Ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Risk faktörlerinin çeşitli derecelerde etkin olduğu bu hastalık için yaş en önemli risk faktörüdür. Meme kanserinin insidansı yaşla birlikte artmaktadır. İnsidans eğrisi menopoza kadar her 10 yılda iki kat artarak dik bir şekilde yükselmektedir. Hastalık 50 yaşında plato yapar ve daha sonra tekrar dik bir şekilde yükselir. Bu eğri önemli ölçüde over aktivitesinden etkilenmektedir. Meme kanserine postmenopozal dönemde daha sık rastlanır . Meme kanserli hastaların % 80'inden fazlası 40 yaş üzerindedir. Meme kanseri görülme sıklığı premenopozal dönemde azalmaktadır ¹¹⁴.

SEER(Surveillance, Epidemiology, and End Results) programı verilerine göre meme kanseri için ortalama yaş 2003-2007 yılları arası için 61 olarak bildirilmiştir. Tüm yaş gruplarına göre dağılım ise şu şekilde bildirilmiştir: 20 yaş altı %0; 20-34 yaş arasında %1,9; 35-44 yaş arasında %10,5; 45-54 yaş arasında %22,6; 55-64 yaş arasında %24,1; 65-74 yaş arasında %19; 75-84 yaş arasında %15,8; 85 yaş ve üzerinde ise %5,6 olarak bulunmuştur ¹¹⁵.

Özmen(2007)'in çalışmasında, 1992-2007 arasında meme kanseri tanısıyla ameliyat edilmiş 13.240 olgunun tanı sırasındaki yaş grupları dağılımlarına bakıldığında; 45-49 yaş grubu % 16,7'lik bir değerle en yüksek bulunmuş, 65-69 yaş grubunda bu oran %7,6'ya düşmüş ve daha sonra ise tekrar yükseldiği saptanmıştır ¹¹⁶.

Çalışmamızdaki 319 kadının % 60,5'inin (n=193) 40 yaşının altında olması, yaş olarak riskini düşürmektedir.

Meme kanseri risk faktörleri ile ilişkili özellikler incelendiğinde; olguların erken menarş veya geç menopoz durumları, östrojenin meme dokusunu uzun süre etkilemesine yol açarak meme kanseri riskini artırdığı literatür bilgileri ile desteklenmektedir ¹¹⁷.

Kadınların üreme yaşamları ile ilgili gebelik ve emzirmenin meme kanserini azaltmadaki rolü, meme hücrelerinin farklılaşmasını/olgunlaşmasını sağlaması ve ovuluar döngü sayısını azaltmasıdır¹¹⁴. Bu konuda yapılan çalışmalarda^{118,119} ilk doğum yaşı ve meme kanseri arasında pozitif bir ilişki olduğu, bir başka çalışmada¹²⁰ ise hiç doğum yapmanın riskli olmadığı, ancak 20 yaşından önce veya 30 yaşından sonra doğum yapmanın riski arttırdığı belirlenmiştir. Emzirmenin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda¹²¹ 1,5-2 yıl emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı gösterilmiştir. Lancet dergisinde yayınlanan 30 ülkeden 47 epidemiyolojik çalışmanın değerlendirildiği bir analizde 12 ay emzirmenin meme kanseri riskini %4,3 azalttığı gösterilmiştir¹²².

Çalışmamızdaki kadınların %92,48'inin ilk adet yaşının 12 yaş ve üzerinde olduğu, %96 sının 55 yaş altında menapoza girdiği, %64,6 sının doğum yaptığı ve %82,03'ünün ilk doğumunu 30 yaş altında yaptığını ifade etmiştir. %98,05' inin çocuklarını emzirdiği, emzirenlerin ise %71,1'inin 12 ay ve üzerinde emzirdiği belirlenmiştir.

Bu değerler incelendiğinde; katılımcıların menarj yaşı, ilk canlı doğum yaşı, emzirme gibi literatürde yer alan meme kanseri risk faktörleri açısından riskinin düşük olduğu söylenebilir.

Aslan'ın (2007) 20 yaş üzeri 1085 kadın üzerinde meme kanseri risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmasında kadınların ortalama menarş yaşı 13,29 bulunmuş, ilk çocuğunu 30 yaş öncesi doğuran kadınların oranı %60,9, olguların %95,1'nin çocuğunu en az 12 ay emzirdiği belirtilmiştir. Veriler çalışmamızla uyumlu bulunmuştur⁸.

Dünya üzerinde meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göç eden insanlarda meme kanseri sıklığının göç ettikleri ülkedeki meme kanseri sıklığına erişmesi nedeniyle dikkatler genetik faktörlerden çok çevresel etkenler ve beslenme üzerine toplanmıştır. Son yıllarda beslenme ve meme kanseri arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yağdan zengin beslenmenin ve kırmızı et tüketiminin fazla olmasının meme kanserini artırdığı, meyve sebzedden zengin ve yağdan fakir diyetle beslenmenin bu riski azalttığı bildirilmektedir. Konu ile ilgili yapılan bir meta-analiz sonucuna göre araştırmacılar 19 makalenin altısında beslenme alışkanlıkları ile meme kanseri riski arasında ilişki bulamamışlardır⁸. Diğer çalışmalarda ise genel olarak yağdan zengin ve şeker oranı fazla gıdalar ile meme kanseri riskinin arttığı¹²³, sebze, meyve ve balıktan zengin diyetin ise meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiştir¹²⁴.

Alpteker'in yaptığı çalışmada kadınların yarıya yakınının (%46,1) beyaz et, sebze ve meyve ağırlıklı beslendikleri, %3' ünün ağırlıklı olarak kırmızı et tükettiği, yalnızca %1,2'sinin yağlı yiyecekleri ağırlıklı olarak tükettikleri saptanmıştır¹²⁵. Bizim

çalışmamızda kadınlara beslenme şekli sorulduğunda, sebze- meyve ağırlıklı beslenenler %36,99, yağ-karbonhidrat ağırlıklı beslenenler %12,23, kırmızı et ağırlıklı beslenenlerin oranı ise %9.09 olarak tespit edilmiştir.

Avrupa Beslenme ve Kanser Çalışma Grubu (European Propective Investigation into Cancer and Nutrition-EPIC)'nin (Riboli 2002) raporuna göre zayıf kadınlara göre şişman kadınların %31 oranında daha fazla meme kanser riski taşıdığı bildirilmiştir ¹²⁶. Kiloyu önlemenin bir yolu yağ ve karbonhidrattan fakir beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz yapmadır.

Obezite premenopozal dönemde meme kanseri gelişmesi üzerine olumsuz etki göstermezken, postmenopozal dönemde oluşan obezitenin (VKİ ≥ 30) meme kanseri gelişme riskinde artışa neden olduğu ileri sürülmektedir ¹²⁷.

Obezite ile meme kanseri insidansı arasındaki ilişkiyi saptamak üzere Brandt ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada 337.819 kadın takip edilmiş, 4.385 vakada meme kanseri ortaya çıkmıştır. Postmenopozal 80 kg üzerinde vücut ağırlığına sahip kadınlarla 60 kg altındaki kadınlar karşılaştırıldığında meme kanseri ortaya çıkmasının relatif riski 1,25, premenopozal kadınlarda ise 0,58 olarak saptanmış ve kilo arttıkça riskin arttığı belirlenmiştir ¹²⁸. Beji (2007), BKİ değerleri > 30 'un üzerinde olan kadınların meme kanseri açısından risk faktörü taşıdığını bildirmiştir ¹²⁹. Kadınların çoğunluğunun, geleneksel olarak spor yapma alışkanlığının olmaması yanı sıra beslenmenin karbonhidrat ağırlıklı olmasının menopoz sonrası kilo almaya katkı sağlayarak meme kanseri açısından riski arttıracakı düşünülmektedir ¹³⁰. Adderley-Kelly ve ark. (2003), şişmanlığın meme kanseri riskini arttırdığını belirlemişlerdir ¹³¹.

Yapılan birçok çalışmada düzenli fiziksel egzersiz yapan kadınların meme kanseri gelişme riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir ¹³²⁻¹³⁴. Meme kanserini azaltmada fiziksel aktivitenin yoğunluğu, süresi, sıklığı ve zamanının (premenapozal ya da postmenapozal dönem) önemli olduğu, her hafta 3-4 saat orta düzeyde etkin şekilde egzersiz yapan kadınlarda riskin %30-40, ileri düzeyde aktif kadınlarda %10-70 oranında azalma gösterdiği belirlenmiştir ⁹⁸.

Türkiye'de kadınların düzenli egzersiz yapabilecekleri alanların/olanakların yetersiz olması ve kültürel olarak kadınlara spor yapma alışkanlığının kazandırılmamış olması spora yaşamlarında yer vermemelerine neden olup, bu durum çalışmamızın bulgularına da yansımıştır. Çalışmamızda kadınların %38,17'sinin BKİ ≥ 25 olup, kadınların %71,48'nin egzersiz yapmadığı, yapanların ise haftalık spor saati ortalaması $3,31 \pm 2,43$ (1-12 saat aralığı) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların, %20,69' unda geçirilmiş meme hastalığı, %17,87'sinde ise ailede meme kanseri öyküsü saptanmıştır. Sadece birinci derece akrabasında (annesi, kız kardeşi veya kızı) meme kanseri olanların oranı ise %3,76' dır.

Samsun'da yapılan bir çalışmada, kadınların %9,4'unun geçmişinde memede kitle saptanması öyküsü bulunmakta olup bu kitlelerin %85,1'i iyi huylu meme değişikliklerinden oluşmaktadır. Bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınların %3,1'inin birinci derece akrabasında (annesi, kız kardeşi veya kızı) meme kanseri öyküsü bulunmaktadır¹³⁵. Aslan'ın (2007) kadınların meme kanseri risk düzeyinin araştırıldığı çalışmasında olguların %5,4'ünde ailede meme kanseri öyküsü vardır⁸. Canbulat'ın (2006) sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelendiği 268 kadın üzerinde yaptığı çalışmada %19,5'inin ailesinde meme kanseri öyküsünün bulunduğunu belirtmiştir¹³. Duman ve ark.'nın (2015) çalışmasında da ailesinde meme kanseri olanların ortalaması bizim çalışmamızla benzer şekilde %18,3 bulunmuştur⁹⁸.

Menopoz sonrası hormon ilaçları, menopoza bağlı yakınmaların giderilmesi ve osteoporozla karşı koruma amacıyla yıllardır kullanılmaktadır. Uzun süreli kombine hormon ilacı kullanılmasının daha geç evrede tanı konulmasına ve prognozun kötü olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kadın Sağlığı Girişim Çalışması'nın (Women Health Initiative Trial) yalnızca östrojen verilerek gerçekleştirilen kolu güvenlik nedeniyle kesilmiştir. Yalnız östrojen kullanımının meme kanseri riskini artırmadığı, buna karşılık, endometriyum kanseri riskini artırdığı görülmüştür^{136,137}. 21 ülkeden 51 epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarını değerlendiren meta-analizde HRT'nin meme kanseri riskini 1,14 kat artırdığı ve uzun kullanım süresinde riskin daha fazla arttığı belirtilmiştir¹²².

Uzun süreli, özellikle hem östrojen, hem de progesteron içeren kombine ilaçlar meme kanseri riskinde artışa neden olur. Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, sürekli oral kontraseptif kullananların oral kontraseptif kullanmayanlara göre meme kanseri riski %25 oranında arttığını göstermektedir. Oral kontraseptif kullanımının kesilmesiyle bu risk giderek azalmakta, on yıl sonra kullanmayan kadınlarla aynı düzeye gelmektedir^{136,137}.

Bizim çalışmamızda, katılımcıların, KOK kullanma süresi ortalama 22,37 ay olup, bunların %95'i (n=76), HRT kullanma süresi ise ortalama 7,6 ay olup %80'i (n=4) düşük risk grubundaydı.

Araştırmamızda, Amerikan Kanser Derneği tarafından geliştirilen ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği "Meme Kanseri Riskinin Değerlendirilmesi Formu"ndaki sorular katılımcılara uygulanmış olup,

%93,1'inin meme kanseri açısından düşük riske sahip iken %6,27'sinin orta dereceli riske sahip olduğu bulunmuştur. Yüksek riske sahip katılımcı ise tespit edilmemiştir. Çok yüksek riske sahip katılımcı sayısı 2 kişi (%0,63) olarak tespit edilmiştir. 2010 yılında yayınlanan Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan Kanseri Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'ne meme kanseri taraması için başvuran kadınlara Eroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların %94,4'ünün düşük riske, %4,9'unun ise orta dereceli riske, %0,4'ünün yüksek, %0,3'ünün ise çok yüksek riske sahip olduğu saptanmıştır¹⁰⁷. Aslan ve Gürkan tarafından 2002 yılında İstanbul'da yapılan çalışmada araştırmaya katılanların %98,5'inin meme kanseri yönünden düşük, %0,7'sinin orta, %0,8'inin yüksek riske sahip olduğu⁸, Tümer ve Baybek tarafından Muğla Üniversitesi'nde çalışan kadınlara yapılan çalışmada ise kadınların %96,3'ünün düşük, %3,1'inin orta, %0,3'ünün yüksek, %0,3'ünün ise çok yüksek derecede riske sahip olduğu saptanmıştır⁷⁶. Yapılan risk değerlendirme çalışmalarının sonuçları ile bizim sonuçlarımız uyumludur. Çalışmamızda meme kanseri açısından yüksek riske sahip katılımcı tespit edilmemiştir. Çok yüksek riske sahip iki katılımcımızın geçirilmiş meme kanseri öyküsünden dolayı düzenli takipleri yapılmaktadır. Meme kanseri risk değerlendirmesi, risk düzeyi hakkında fikir vermekle beraber meme kanseri olma olasılığı için kesin bilgi vermemektedir. Dolayısıyla risk düzeyi ne olursa olsun bütün kadınların yaşına uygun tarama yöntemlerini bilmesi ve uygulaması gereklidir.

5.2. Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Davranışların Değerlendirilmesi

Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Fakat düzenli yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir⁴². Önerilen tarama yöntemlerinden birisi KKMM'dir. Uzun yıllardır meme kanserinin erken tanısı için önerilen bu yöntem, günümüzde batılı ülkelerde meme kanseri tarama önerileri arasında yer almamaktadır. Yakın dönemde yapılan bazı çalışma sonuçlarının, bu önerilerde etkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmadığı raporlandırılmıştır. Bununla birlikte, KKMM gereksiz anksiyete ve biyopsiye de neden olması nedeniyle de çeşitli kurumların meme kanseri tarama önerileri arasından çıkarılmıştır¹³⁸. Şangay'da 266,064 kadın üzerinde yapılan çalışmada KKMM'nin mortaliteyi azaltmadığı saptanmış¹³⁹ olmasına karşın erken tanı yöntemlerinin kullanılması hala desteklenen bir görüştür.

Amerikan Kanseri Birliği, semptomsuz kadınlara yönelik olarak 20 yaşından itibaren her kadına KKMM'nin yararlarının ve sınırlılıklarının anlatılmasını; normal olmayan bir

değişim gözlemlendiğinde sağlık personeline başvurulmasını önermektedir. KKMM yapmanın meme kanseri farkındalığını artırması nedeniyle, sağlık profesyonellerinin KKMM yapmayı isteyen kadınların muayene tekniklerini gözden geçirmesi ve doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmesi önerilmektedir. Ülkemizde de kadınlara KKMM'nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının artırılmasında önemini koruyan bir uygulama olup, 20 yaşından itibaren her ay kadınların düzenli olarak KKMM yapması önerilmektedir.

Dünyada çeşitli çalışmalarda KKMM'yi bilenlerin ve uygulayanların sıklıklarının önemli derecede farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda KKMM'yi bilme oranı %68,3 iken Çevik¹⁴⁰ ve ark.'nın çalışmasında kadınların %46,8'sinin KKMM'yi yapmasını bildiği, Parlar¹⁴¹ ve arkadaşlarının çalışmasında %25,7'sinin KKMM'yi bildiği, Güner¹⁴² ve arkadaşlarının çalışmasında %49,8'sinin, Şirin¹⁴³ ve ark.'nın İzmir'de gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların %53,9'unun KKMM'yi bildiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızdaki oranın yüksek çıkması katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda KKMM yapma oranı %62,4, düzenli yapanların oranı %36,7 iken, Dişçigil ve ark.'nın (2007) Ege bölgesinde 363 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; KKMM oranları %61,7, fakat KKMM'yi her ay düzenli yapanların oranı %17,9 dur¹⁴⁴. Çevik'in yaptığı çalışmada örnekleme oluşturan kadınların %27,4'ünün düzenli her ay KKMM yaptığı görülmüştür¹⁴⁰.

Koç ve Sağlam'ın (2009), kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliğinin incelendiği çalışmasında, her ay düzenli KKMM yapanlar %22,9, bulunmuştur. Bu veriler bizim çalışmamıza göre daha düşüktür¹⁴⁵. Sadler ve arkadaşlarının ABD'de yaşayan Asyalı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada araştırma grubunun aylık KKMM yapma oranının %40,7 olduğu belirtilmektedir¹⁴⁶. Roupá ve ark.'nın Yunanlı kadınlar üzerinde yaptığı vaka-kontrol çalışmasında KKMM uygulama oranlarının hem vaka hem de kontrol grubunda düşük olduğu ve meme kanserli hastaların oluşturduğu vaka grubunun %34,6'sının, kontrol grubunun ise %30'unun düzenli olarak KKMM'ni uyguladığı belirtilmiştir¹⁴⁷. Wardle ve ark.'nın 20 Avrupa ülkesindeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %54'ünün hiç KKMM uygulamadığı, %8'inin ise düzenli aralıklarla aylık olarak uyguladığı, %36'sının ise gerektiğinde uyguladığı tespit edilmiştir¹⁴⁸.

Araştırmamızdaki kadınların KKMM yapmama nedenleri ; %39,53 ihmal, %26,88 nasıl yapıldığını bilmeme, %14,23 şikayeti olmadığı için gereksiz bulma, %8,7 kitle bulmaktan korkma şeklindeydi. Özen ve ark.¹⁴⁹ çalışmasında; katılımcıların %53,5'inin muayenenin nasıl yapılacağını tam olarak bilmedikleri için, %51,7'sinin gereksinim duymadığı ve şikâyeti olmadığı için, Koç ve ark.'nın¹⁵⁰ hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %87,2' sinin ihmal ve tembellik, %81,8'inin kitle bulma olasılığı ile ilgili anksiyete yaşama, %61,8' inin unutma, %52,7'sinin zaman bulamama ve %43,6'sının meme ile ilgili problem ve şikâyetinin olmaması nedeniyle KKMM yapmadıkları belirlenmiştir. Hajian ve ark.'nın¹⁵¹ çalışmasında kadınların %47'si, Yoo ve ark.'nın¹⁵² çalışmasında ise %31,7'si bilmediği için düzenli KKMM yapmamaktadır. Duman ve ark.'nın yaptığı çalışmada KKMM yapmama nedenleri ise sırasıyla kadınların kitle bulmaktan korkma (%52,8), bilgisizlik (%21,3), gereksiz bulma (%14,8), üşengeçlik-ihmal (%11,2) olduğu belirlenmiştir⁹⁸.

Çalışmamızda katılımcıların,“KKMM hakkındaki bilgiyi nereden aldınız?” sorusuna verdikleri yanıtlarda, (%22,64) televizyon ve radyo, ikinci sıklıkla (%20,03) internet, üçüncü sırada ise (%13,19) doktor, bilgi kaynağı olarak gösterilmiştir

Çevik ve arkadaşlarının kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise %37,1'inin TV radyo, %8,1'inin sağlık personeli, %3,2'sinin kitap dergi ya da broşür yanıtlarını verdikleri saptanmıştır¹⁴⁰. Karayurt' un (2003), çalışmasında KKMM eğitimi alanların %37,2'sinin sağlık personelinden, %35' inin televizyon ve radyodan aldığı tespit edilmiştir¹¹¹. Asyalı kadınlarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %66'sının televizyondan, %50'sinin afişlerden, %34' ünün akrabalarından, %14'ünün aile hekiminden meme kanseri hakkında bilgi edindiği bildirilmiştir¹⁵³. Klug ve ark.¹⁵⁴ Almanya'da yaptıkları çalışmada; kadınların %82,4'ünün jinekologlardan, %9,4'ünün aile hekimlerinden, %39,1'inin gazete/dergi/broşür, %24,1'inin televizyon/radyodan meme kanserinde erken tanı hakkında bilgi edindikleri saptanmıştır.

Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda KKMM bilgi alma kaynağı olarak kitle iletişim araçları ve sağlık personellerinin önemli bir oranı kapsamakta olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar kitle iletişim araçlarının kısa sürede birçok insana hitap edebilmesi ve inandırıcılığının yüksek olmasından, kadınların sağlık sorunlarını primer olarak paylaştığı kişilerin sağlık personelleri olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bir diğer tarama yöntemi de klinik meme muayenesi (KMM) dir. Amerikan Kanser Birliği, tüm asemptomatik kadınların 20–39 yaşları arasında her 3 yılda bir KMM'nden geçmesini, 40 yaş ve üstünde ise yıllık KMM yaptırmalarını önermektedir⁴². Ancak

KMM'nin de meme kanseri mortalitesini azalttığına dair, tek başına bağımsız katkısını gösteren randomize klinik araştırma sonucu henüz yoktur. Kırk yaşından genç, mamografi taraması başlatılmayan kadınlarda meme kanserinin erken tanısına katkıda bulunabilir⁶⁸. Ayrıca Oestreicher ve ark.¹⁵⁵ invaziv meme kanseri tanısında KMM ile sensitivitesi %78, KMM ve mamografinin birlikte uygulandığında %82 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak KMM invaziv meme kanseri tanısında %4'lük bir artış sağlamıştır. Bir başka çalışmada da mamografide malignite düşünülmeyen kadınlarda KMM ile %5,1'inde malignite saptanmıştır⁹⁹. Bu nedenle bazı araştırmacılar tarafından KMM mamografiye ek olarak tamamlayıcı tarama yöntemi olarak kabul edilmektedir¹⁵⁶.

Bizim çalışmamızda kadınların %64,9'unun daha önce sağlık personeline meme muayenesi yaptırdığı saptanmıştır. Klug ve ark.'nın¹⁵⁴ 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında Alman kadınların tamamına yakınının (%97,2) KMM yaptırmış olduğu saptanmıştır.

Ekici ve ark.'nın (2007) 67 kadın öğretim elemanının meme kanserine yönelik davranışları çalışmasında KMM yaptırma oranı %20,9 bulunmuştur ve veriler bizim çalışmamıza göre daha düşüktür. Özellikle Ekici ve ark.'nın yaptığı çalışmada eğitimli kadın grubu olması fakat meme kanseri ve risk faktörleri ve belirtilerini saptamak açısından yeterli erken tanı davranışı göstermemeleri, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların da farkındalıklarını arttırmak adına eğitime daha çok önem verilmesi gerekliliğini düşündürmektedir¹⁵⁷.

Çalışmamızda KKMM yapan kadınların yapmayan kadınlara göre KMM yaptırma ve mamografi çekirme oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı karşılaştırmayı 40 yaş üzeri katılımcılarda yaptığımızda bu oran daha da yüksek bulunmuştur. Aksoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde düzenli KKMM yapan kadınların KMM yaptırdığı sonucu bulunmuştur¹⁵⁸. Özmen ve arkadaşlarının toplum tabanlı yaptıkları bir çalışmada düzenli KKMM yapanların daha çok son iki yılda mamografi çektiği raporlanmıştır¹⁵⁹. Yine yurt dışında yapılmış bir çalışmada KKMM yapma ve KMM yaptırma arasında anlamlı ilişki görülmüştür¹⁶⁰.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre tarama davranışları değerlendirildiğinde; evli olanların KKMM yapma oranları diğer gruba göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumu ile KKMM yapma arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Avcı ve ark.'nın çalışması da bizim bulgularımızı desteklemektedir¹⁶¹. Duman ve ark.'nın 40 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada da evli olanların KKMM yapma oranları bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur⁹⁸.

KKM yaptırma durumu karşılaştırıldığında; 40 yaşın üstünde olanlar arasında KMM yaptıranlar 40 yaşın altında olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu, ancak eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir durumuna göre KMM yaptırma açısından anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur. Açıkgöz ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma da bizim bulgularımızı destekler niteliktedir ¹⁶².

Çalışmamızda, 40 yaş üzeri ve 40 yaş altı grubun mamografi çekirme oranları karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastanede çalışan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre mamografi ya da meme USG yaptırma durumunun karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; 40 yaşın üstünde olanların mamografi ya da meme USG yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) ¹⁶². Aker ve ark.'nın çalışmasında da bizim çalışmamızdaki bulgularla benzer şekilde 40 yaş üzeri grubun MG çekirme oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ¹³⁵.

Medeni durum ve gelir düzeyi ile mamografi çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,372$). Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada da medeni durum ve mamografi çekirme arasında anlamlı ilişki görülmemiştir ¹⁶³. Tu ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada medeni durum ve eğitim düzeyiyle mamografi çekirme arasında bir fark olmadığını belirtmiştir ¹⁶⁴. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olanların mamografi çekirme oranı diğer gruba göre düşük, aradaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Bunun nedeni eğitim düzeyi yüksek grupta yaş ortalamasının düşük olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0,05$).

Dişçigil ve ark.'nın çalışmasında araştırmaya katılanların %42,7'sinin hayatında en az bir defa klinik meme muayenesi yaptırdığı, en fazla KMM yaptıranların da 40-59 yaş grubunda ve 12 yıl ve üstünde eğitimi olduğu belirtilmiştir ¹⁴⁴.

Çalışmamızda meme kanseri ile ilgili eğitim alanlarda tarama davranışlarını uygulama oranları daha yüksek bulunmuştur. KKMM yapma, KMM yaptırma, MG çekirme oranlarındaki fark anlamlıdır. Başka bir çalışmada meme sağlığı konusunda eğitim alan kadınlarda erken tanı yöntemlerini uygulama oranı daha fazla bulunmuştur ¹³⁵. Yapılan birçok çalışmada meme kanseri ile ilgili eğitim alan kadınların farkındalığının arttığı ve bu durumun erken tanı yöntemlerinin daha fazla uygulanmasını sağladığını ifade etmektedir

¹⁶⁵⁻¹⁶⁸.

Araştırmamıza katılan kadınlara, KMM yaptırmama nedenleri sorulduğunda verilen cevaplar; %46,2 “herhangi bir şikâyetim olmadığı için”, %24,92 “ihmal ediyorum”, %7,9 “ailemde olmadığı için”, %6,38 “bilgi eksikliğim var”, %5,47 “kötü sonuçla karşılaşmaktan endişe ediyorum”, şeklindeydi. Elshamy ve Shoma'nın Mısırlı

hemşirelerle yaptıkları çalışmada ise; katılımcıların %61,1'inin herhangi bir şikâyeti olmadığı için, %58,9'unun meme kanseri hakkında konuşurken veya düşünürken kendini iyi hissetmediği için, %55,6'sının ise yabancı birine meme muayenesi yaptırmak istemediği için KMM yaptırmadıkları belirlenmiştir¹⁶⁹. Güçük ve ark.'nın¹⁷⁰ yaptığı çalışmada; KMM yaptırmayan kadınların %48,1'inin ihtiyaç duymadığı için, %27,9'unun ihmal nedeniyle, %20,2'sinin doktor önermediği için, %2,7'sinin kötü sonuç alma korkusu nedeniyle, %1,1'i utandıdığı için KMM yaptırmadıkları bildirilmiştir. Koç ve ark.'nın¹⁵⁰ 2014 yılında yayınlanan hemşirelerle yaptıkları çalışmada; katılımcıların KMM için doktora gitmeme nedenlerini %90,2'sinin KMM'sini gerekli görmeme, %76,6'sının meme ile ilgili problem ve şikâyeti olmama ve %54,8'inin ihmal olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarla bizim araştırmamızın sonuçları benzerlik göstermekte olup kadınlar tarafından KMM'nin amacının yeterince anlaşılmadığı hekimlerin de bu konuda kadınları bilgilendirme açısından yetersiz kaldıklarını düşünmekteyiz.

Düzenli mamografi taramalarının batı ülkelerinde meme kanseri mortalite oranlarında düşme yönündeki katkısı gösterilmiş olup, taramanın yıllık yapılmasının daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Ulusal meme kanseri 2010 konsensus toplantısında 40 yaşından sonra her yıl düzenli aralıklarla en az 70 yaşına kadar tarama mamografisi yapılması kararı verilmiştir. Bu nedenle 40 yaşından itibaren her yıl düzenli mamografi kontrolü ülkemiz kadınları için önem taşımaktadır. Mamografi taramasını durdurma zamanı hastanın yaş ve diğer eşlik eden hastalıklarının durumuna bakarak beklenen yaşam süresi 5 yıl altında ise bırakılmalıdır. Genelde bu yaş 70-74 yaş olarak belirlenmektedir⁶⁸.

Pan-Kanada Çalışmasına (Pan-Canadian Study of Mammography Screening and Mortality from Breast Cancer) davet edilen 12 programdan yedisi kabul etmiştir. Bu yedi program, tarama yaşındaki Kanada nüfusunun %85'ini teşkil etmektedir. Veriler 1990-2009 yılları arasında tarama programına katılan, meme kanseri tanısı konulan ve kaybedilen hastalardan elde edilmiştir. Tarama programına katılan kadın sayısı 2.796.472 olup, mamografik taramaya katılan kadınlarda ortalama meme kanseri mortalitesi katılmayanlara göre %40 (%95 güven aralığı [GA]=%33-%48) daha düşük bulunmuştur. Programlar arasında taramaya katılanlar ile katılmayanlar arasındaki mortalitedeki azalma oranları %27 ile %59 arasında değişmiştir¹⁷¹.

Chen ve Wang 2013 yılında yayınlanan New York'da yaşayan Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların %60'ının mamografiyi daha önce duyduklarını, 40 yaş üzerindeki kadınların %23'ünün sadece bazal mamografisinin olduğunu bildirmişlerdir¹⁷². Altınay ve ark.'nın¹⁷³ 2013 yılında yayınlanan çalışmalarında kadınların %68,6'sının daha önce

mamografi çektirdiği belirlenmiştir. Elobaid ve ark.¹⁷⁴ 2013 yılında yaptıkları çalışmada Arap kadınların %44,9'unun mamografi çektirdiği, Klug ve ark.¹⁵⁴ çalışmasında ise Alman kadınların %55,5'inin daha önce mamografi çektirdiği bildirilmiştir. Türkiye'de ise Gençtürk, kadın sağlık profesyonellerinin %13,2'sinin mamografi ektirdiğini, Maral ve ark. kadınların %20,3'ünün mamografi ektirdiklerini bulmuşlardır ^{175,176}.

Bizim alışmamızda mamografi ektirme oranı %20,13 olmakla birlikte, sadece 40 yaş üstü katılımcılar değerlendirildiğinde bu oran % 44,8 olarak bulunmuştur.

Yapılan birçok çalışmada, hekim veya başka bir sağlık profesyoneli tarafından yapılan öneri veya yönlendirmenin düzenli mamografi çekiminde etkili olduğu bulunmuştur ¹⁷⁷⁻¹⁷⁹ Mayne ve Earp'e göre taramalar için yönlendirme mamografi çekimini arttırmada önemli bir faktördür ¹⁷⁸. Mamografiye teşvik için doktor tavsiyelerindeki yetersizliğin mamografi çekiminde önemli bir engel olduğu bildirilmiştir ¹⁸⁰. Champion'un çalışmasında 50 ve üzeri yaştaki kişilerde mamografinin sağlık bakım profesyonelleri tarafından önerilmesi mamografi çekimini 6,8 kat arttırmıştır ¹⁸¹. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada katılanların %40'ı doktor önerisi ile, %35,7'si meme hastalığı semptomu nedeni ile ilk mamografilerini ektirdiklerini belirtirken, rutin menopoz taraması amacıyla gelenlerin oranı %10,7 idi ¹⁸². Bizim alışmamızda ise kadınların mamografi ektirme kararında, doktor önerisinin düşük bir yüzdeye (%24,68) sahip olduğunu görmekteyiz.

Sağlık profesyonelleri herhangi bir nedenle sağlık bakımı verdikleri 40 yaş ve üzerindeki kadınların mamografi ektirmeleri için yönlendirmelerinin etkin olacağının farkında olmalıdırlar. Meme kanserinden birincil ve ikincil korumada aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Aile hekimleri hastalarına sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda yardımcı olmada eşsiz bir yere sahiptirler. Kişiler ve aileleri hakkında sahip oldukları kişisel bilgi sayesinde sağlığın sürdürülmesi veya yeniden kazanılması için hastanın sahip olduğu i ve dış kaynakların farkındadırlar. Aile hekimleri ikincil korumada, tetkikler sonucunda hastalığı tespit ettikten soruna yaklaşıma kadar olan tüm sürecin sorumluluğunu alabilirler ²⁸.

Meme kanseri semptomlarının ortaya çıkmasından tedaviye başlayıncaya kadar geçen sürenin 14 aydan fazla olduğu ülkemizde, farkındalığın arttırılması ve toplum tabanlı mamografik tarama programlarına başlamanın ne kadar önemli olduğu açıktır. Bahçeşehir Toplum Tabanlı Mamografik Tarama Projesi'nin 7 yıllık sonuçları, taramanın ülkemizde de yapılabileceğini, katılım oranınının 4. tarama periyodunda bile %80 düzeyinde olduğunu,

tanı konulan Evre 0 ve I meme kanserli hasta oranının %70'in üzerinde ve gelişmiş ülkelerdeki oranlara benzer olduğunu göstermektedir^{183,184}.

5.3. Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçek Puanlarının Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmamızdaki kadınların meme kanseri tarama uygulamalarına yönelik sağlık algıları madde puan ortalamaları; duyarlılık algısı $7,70 \pm 2,10$; ciddiye algısı $19,70 \pm 5,0$; sağlık motivasyonu algısı $19,92 \pm 3,92$; KKMM yarar algısı $15,74 \pm 2,91$; KKMM engel algısı $17,65 \pm 5,10$; öz-yeterlilik algısı $32,50 \pm 7,0$; mamografi yarar algısı $17,50 \pm 3,13$; mamografi engel algısı $27 \pm 6,42$ olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada kadınların Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı ($32,50 \pm 7,0$) güven/öz-etkililik algısı ölçeğinden, en düşük puanı ($7,70 \pm 2,10$) ise duyarlılık algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir.

Taramaların düzenli yapılmasında bireyin sağlığına yönelik var olan tehdidi algılaması önemlidir. Yatkınlık (duyarlılık) ve ciddiye algıları hastalığa yönelik tehdit algısını oluşturmaktadır⁹⁷. Çalışmamızda duyarlılık algısı $7,70 \pm 2,1$, ciddiye algısı $19,70 \pm 5,0$ olarak bulunmuştur. Kılıç ve ark.'nın çalışmasında bu algılar bizim çalışmamızla benzerdir¹⁸⁵. Gerçek ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada da duyarlılık algısı $7,78 \pm 1,91$, ciddiye algısı $19,16 \pm 5,48$ ¹⁸⁶ bulunmuştur.

Davranışın gerçekleşmesinde en önemli bariyerin engel algısı olduğu, ancak bu algının eğitim, danışmanlık, hatırlatıcılar, sağlığa ulaşımı kolaylaştıran girişimlerle değişebildiği, engel algısı azalırken, yarar algısının yükseldiği belirlenmiştir⁹⁰. Kılıç ve ark.'nın yaptığı, üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi adlı çalışmada KKMM yarar algısının yüksek, KKMM engel algısının ise düşük olduğu bulunmuştur¹⁸⁵. Sağlık çalışanlarında yapılmış bir çalışmada KKMM ve MG engel algıları sırası ile $16,3 \pm 7,5$ ve $21,6 \pm 9,4$ bulunmuştur¹³. Engel algılarının düşük olması, meme kanseri konusunda bilgi sahibi olmalarına bağlanabilir. Bizim çalışmamızdaki engel algısının yüksek oluşu ise kadınların meme kanseri konusunda farkındalığının düşük olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Konuyla ilgili çalışmalar eğitim düzeyi arttıkça kadınları meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inançları ve davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir^{187,188}. Altuncan ve ark.'nın (2008) çalışmalarında ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların KKMM engel algılarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir¹⁸⁷. Ay ve ark. yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu yüksek olan ve düzenli KKMM yapan hemşirelerde mamografi yararları alt boyutu puan ortalaması yüksek bulunmuştur¹⁸⁹. Bu

çalışmanın aksine Merey 'in çalışmasında eğitim durumu ve sosyo-kültürel seviyesi yüksek olanlarda mamografi engel algısı yüksek bulunmuştur ¹⁹⁰. 20-60 yaş arası kadınların KKMM konusundaki bilgi ve uygulamalarının neler olduğunun incelendiği başka bir çalışmada, KKMM engel algısı puan ortalaması; ilkokul ve daha az eğitilmiş olanlarda ortaokul mezunu ve daha fazla eğitilmiş olanlara göre daha yüksektir ¹⁸⁷.

Bizim çalışmamızda da eğitim durumları yüksek olanların, KKMM engel algıları daha düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Yine benzer bir çalışmada doktora/tıpta uzmanlık mezunlarının KKMM engel algıları, mamografi engel algıları düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan grubun duyarlılık, KKMM öz-etkililiği ve KKMM yarar algılarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak duyarlılık algısında anlamlıdır ¹³.

Ailede meme kanseri; hastalığın yaşamsal riskleri konusunda bireyin bilgilenmesini, hastalığa karşı duyarlılık hissetmesini ve hastalığın sonuçlarını ciddi ve yaşamsal tehdit olarak algılamasını sağlayacaktır ¹⁸⁵.

Bizim çalışmamızda da ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda duyarlılık algısı daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Duyarlılık boyutu meme kanserine yönelik hassasiyeti gösterir. Ailesinde meme kanseri varlığı katılımcıların meme kanserine hassasiyetlerini arttırmış olabilir. Duyarlılık algılarının yüksek olması bu grupların kendilerinde meme kanseri riskini daha fazla algılamaları nedeniyle tarama davranışlarını daha fazla uygulayıp ve bu konuda daha duyarlı olacaklarının göstergesidir. Canbulat'ın (2006) çalışmasında birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınların duyarlılık algısının daha yüksek algılandığı gözlenmiştir ¹³. Kılıç ve ark. 'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin duyarlılık algıları ailesinde meme kanseri olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ¹⁸⁵. Bu çalışmaların aksine, Aydın Avcı ve arkadaşlarının ebe öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesine yönelik sağlık inançları konulu araştırmasında ailesinde meme kanseri olma durumunun sağlık inançlarını etkilemediği, başka bir çalışmada ise ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumu ile KKMM yapma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir ^{191,192}.

Evli olanların KKMM öz-yeterlilik algılarının diğer gruba göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Bu durum evli olanların KKMM yapma oranlarının yüksek oluşunu da açıklamaktadır. Ay ve

ark.'nın çalışmasında evli olanların duyarlılık algısı yüksek¹⁸⁹, Canbulatın çalışmasında ise dul ve boşanmış olan kadınların sağlık motivasyonu algıları düşük olup¹³, her iki çalışmada da evli olan grupta öz-yeterlilik algısında anlamlı fark yoktur

Meme hastalığı öyküsü olanların meme kanseri riski ve erken tanınması açısından daha hassas olması beklenmektedir. Çalışmamızda meme hastalığı öyküsü olanların öz –yeterlilik algısı diğer gruba göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Çalışmamızda KKMM bilen grupta, KKMM engelleri düşük, KKMM öz-etkililiği algısının yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Benzer şekilde, Mahmoodi'nin, Tahran'da yaptığı çalışma kapsamındaki sağlık çalışanlarının KKMM yapmayı bilen gruplarının KKMM engel ve mamografi engel algılarının düşük olması bu grupların meme muayenesine olan yatkınlıklarını göstermektedir¹⁹³.

SİM 'e göre sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM öz-etkililik, duyarlılık algılarının yüksek algılanması KKMM uygulamasını artıracaktır^{14,112}. Araştırma kapsamındaki kadınlardan KKMM yapan grubun sağlık motivasyonu, KKMM öz-yeterlilik algısı yüksek, KKMM ve MG engel algısı düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). KKMM yi düzenli yapan grubun sağlık motivasyonu algısı yüksek, KKMM engel algısı düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, KKMM yapmada duyarlılık, KKMM engelleri ve öz-etkililiğin¹⁶⁵, başka bir çalışmada ise sadece KKMM öz-etkililiğinin etkili olduğu saptanmıştır¹⁶⁷. Bu iki çalışma da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Aker ve ark. çalışmasında KKMM yapma durumuna önemseme/ciddiyet, KKMM engelleri ve öz-etkililiğin etkili olduğu bulunmuştur¹³⁵. Kars'ta yaşayan kadınların inanç ve tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada engel algısı puan ortalamasının KKMM'si yapmayanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. KKMM'si uygulayan ve uygulamayan gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık motivasyonu puan ortalamasının KKMM'si yapanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. KKMM' si uygulayan ve uygulamayan gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada güven algısı puan ortalamasının KKMM' si yapanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. KKMM'si uygulayan ve uygulamayan gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mason ve White (2008) çalışmasında, KKMM açısından engel algısının azaldığı durumda, KKMM uygulama sıklığının arttığı belirlenmiştir¹⁹⁴. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) çalışmasında, benzer şekilde engel algısında azalmanın KKMM sıklığını artırdığı tespit

edilmiştir¹⁸⁸. Rao ve ark (2005) yaptığı çalışmada ise eğitim sonrası kadınların engel algısında azalma olduğu, bu durumun KKMM uygulama sıklığını arttırdığı saptanmıştır¹⁰⁶. Hacıhasanoğlu ve Gözüm'ün (2008) çalışmasında sağlık motivasyonu arttıkça KKMM uygulama sıklığının arttığı belirlenmiştir¹⁹⁵. Karayurt ve ark. (2008) tarafından yapılan araştırmada öz-yeterlilik algısı arttıkça KKMM uygulama sıklığının arttığı belirlenmiştir¹⁹⁶.

SİM 'e göre KKMM yapma ve mamografi yaptırmanın yararlarını yüksek, engelleri düşük düzeyde algılayan kadınların gelecekte KKMM yapma ve mamografi çektirmeye daha olumlu bakması beklenir^{14,112}.

Bu çalışmada, KKMM 'yi uygulayan grubun KKMM öz- yeterlilik ve motivasyon algılarının yüksek, KKMM engel ve mamografi engel algılarının düşük olması SİM 'in kuramsal yapısıyla uyumludur. Nitekim engel algıları ne kadar düşükse KKMM uygulama oranları artacak, buna paralel olarak KKMM yarar ve KKMM öz-etkililiği algıları yüksek olacaktır¹⁰⁶.

Mamografi engel algısı, bireyin randevuları unutmamasını, mamografiyi önemsememesini, mamografi çekiminin rahatsızlık verici olduğunu düşünmesini, radyasyona maruz kalmaktan korkmasını, utanmasını, mamografinin nerede ve ne sıklıkta çekildiğini bilmemesini ve mamografi ceken bireylerin olumsuz davranışlarını değerlendiren sorularla ölçülmektedir. Sağlık İnanç Modeli teorisine göre, engel algısının yüksek olması davranışı olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan birçok çalışmada mamografi çektirmeyen kadınların engel algısının çektirenlerden daha yüksek olduğu, başka bir anlatımla, düzenli mamografi çektiren kadınların engel algısının daha düşük olduğu^{165,181,197} yapılan eğitim ve yönlendirmelerin engel algısını azalttığı belirlenmiştir^{14,198}.

Bizim çalışmamızda da mamografi çektirme durumuna mamografi engellerinin düşük algılanması etkili olmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde, Russell ve arkadaşları¹⁹⁹, yarar algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını sadece engel algısının düşük olmasının mamografi çekimini arttırdığını saptamıştır. Yine yapılan başka bir çalışmada algılanan yarar ile kadınların mamografi davranışları arasında ilişki olmadığı ancak engel algılarının düşük olmasının mamografi çektirmede etkili olduğu belirtilmiştir²⁰⁰. Carney ve ark., 50 yaş ve üzerinde mamografisini rutin çektiren ve çektirmeyen 625 kadınla yürüttükleri çalışmada önceki mamografisi ile ilgili negatif deneyimi olan kadınların mamografi çektirme oranlarının daha düşük olduğunu bulmuştur¹⁹⁸. Aker ve ark.'nın Samsun' da yaptığı çalışmada mamografi çektirme durumuna mamografi engellerinin

etkili olduğu bulunmuştur¹³⁵. Benzer şekilde Sadler ve ark'nın çalışması da KKMM ve mamografi yaptırmada engel algısının etkisini belirtmektedir¹⁴⁶.

Çalışmamızda meme muayenesi için hekime giden grubun, gitmeyen gruba göre KKMM öz-yeterlilik algılarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Bizim çalışmamızı destekler şekilde Erbil ve ark'nın çalışmasında da KMM yaptıran grubun KKMM öz-yeterlilik ve motivasyon algılarının yüksek, KKMM engel algısının düşük olduğu belirlenmiştir²⁰¹

Meme kanseri hakkındaki bilgisinin yeterli olduğunu düşünen gruptaki kadınların mamografi ve KKMM engel algıları düşük, öz-yeterlilik algısı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Meme kanseri ile ilgili eğitim alan grupta da KKMM öz-yeterlilik algısı diğer gruba göre yüksektir ($p<0,05$). Yapılan bir çalışmada bilgi düzeyi azaldıkça, mamografi çektirme ile ilgili algılanan engellerin arttığı; algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet ile mamografi çektirilmesinin ilişkili olmadığı; meme kanseri bilgi düzeyi ile KKMM uygulaması ve mamografi çektirilmesi arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir²⁰². Erbil ve arkadaşlarının çalışmasında da meme kanseri hakkında bilgisi olanların KKMM yarar, öz-yeterlilik ve sağlık motivasyonu yüksek, KKMM engel algısı düşük bulunmuştur²⁰¹.

Çalışmamızda meme kanseri riski yüksek grupta diğer gruba göre duyarlılık algısında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yine benzer bir çalışmada risk düzeylerinin duyarlılık ve motivasyon algılarını etkilediği görülmüştür²⁰³.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanıya yönelik davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlık inançlarını etkileyen değişkenleri belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Kadınların yaş ortalaması $36,68 \pm 8,41$ yıl (20-62 yaş aralığı) idi. Araştırma grubunun %62,4'ü evli, %66,1'i üniversite mezunu, %64,9'u çocuk sahibi olduğu belirlendi. Ortalama emzirme süresi $21,57 \pm 14,4$ ay olarak bulunmuştur. Katılımcıların ortalama menarş yaşı $13,28 \pm 1,31$, menapoz yaşı ise $46,28 \pm 3,74$ idi.

Araştırma grubuna alınan kadınların; yaş, BKİ, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, kişisel ve ailesel meme kanseri öyküsü dikkate alınarak yapılan risk değerlendirmesinde katılımcıların %93,1' i düşük risk grubunda çıkmıştır.

Araştırma grubunun yarısından fazlası (%68,4) KKMM'yi bildiğini belirtti. Bu bilgiyi çoğunluğu televizyon ve radyodan ve internetten öğrendiğini ifade etti. Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası (%62,38) KKMM yaptığını belirtti. KKMM yapmayan kadınların çoğunluğu sebep olarak ihmal ve nasıl yapıldığını bilmemeyi göstermiştir. KMM yaptıranların oranı % 35,11, MG çektirenlerin ise %20,13 olmakla birlikte, çoğunun bu uygulamaları yapmasındaki en önemli etken şikâyetlerinin olmasıdır.

Çalışmamızdaki katılımcılarda, KKMM yapanlarda MG ve KMM uygulama oranları daha yüksek bulundu.

Üniversite eğitimi olanlarda KKMM engel algıları düşüktür.

Evli olanlarda KKMM öz-yeterlilik algısı yüksektir.

Meme hastalığı öyküsü olan grubun öz-yeterlilik algısı, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanların ve risk puanı yüksek olanların ise duyarlılık algısı yüksektir.

KKMM 'yi her ay düzenli olarak yapanların sağlık motivasyonu algısı yüksek, KKMM engel algısı daha düşüktür.

MG çektirenlerde, MG engel algısı düşük; KMM yaptıranlarda ise öz-yeterlilik algısı yüksektir.

Meme kanseri ile ilgili eğitim alanlarda da tarama davranışları uygulama oranları daha yüksektir. Bununla birlikte öz yeterlilik algısı da yüksektir.

Meme kanseri bilgisinin yeterli olduğunu düşünen katılımcıların KKMM ve MG engel algıları düşük, öz yeterlilik algısı yüksektir.

Kadınların, uygun kriterleri taşıyor olması şartı ile meme kanseri için ne düzeyde risk taşıdığını hesaplayabiliriz. Ortalama riske sahip kadınlar için verilecek tavsiye ile riski artmış kişilere verilecek tavsiye aynı değildir. Hastanın daha sonraki takip ve tedavisini de bu doğrultuda düzenlemek mümkün olabilir. Meme kanseri gelişme riski yüksek olan hastaların belirlenmesi, risklerin anlatılması, gerekli kontrollerin yapılması ve şikâyet ile karşılaşılması durumunda da hekime başvurulması gerektiğinin nedenleri açıkça anlatılmalıdır. Bunun sonucunda, hastalığın hasarı minimum düzeye indirilerek, yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseltilebilmesi mümkün olabilir.

Meme kanseri vakalarında kitlenin, çoğunlukla kadının kendisi tarafından saptandığı dikkate alındığında, 20 yaşın üzerindeki her kadının düzenli olarak KKMM yapmasını sağlamaya yönelik eğitim programlarının önemi kaçınılmazdır. Bu çalışmaya katılan kadınların tarama yöntemlerini uygulama sıklıkları, meme kanserinin erken tanısındaki önemi dikkate alındığında yeterli olmadığı değerlendirilmiştir.

Kadınların, meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda erken tanı davranışlarının sergilenmesinde sağlık inançları algıları dikkate alınmalı ve sağlık inançlarını etkilemek için konu ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde SİM'in bileşenlerinden olan; algılanan duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engeller ile sağlık motivasyonu ve öz etkililiğe yönelik inançlarını etkileyerek, davranışın sergilenmesi sağlanmalıdır. Beklenen koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların belirlenerek azaltılması yönünde girişimlerde bulunulmalıdır.

Meme kanseri ve erken tanı konusunda planlanacak eğitimler kadınlarda düzenli olarak KKMM, MG ve KMM'ye yönelik davranış değişikliği sağlamayı amaçlamalı ve sürekliliği olmalıdır. Bu konuda görsel ve yazılı basına büyük sorumluluk düşmekte olup özellikle kadınlara yönelik programlarda ve dergilerde düzenli olarak bu konuyla ilgili bölümlere yer verilmesi kadınların eğitimi yönünden faydalı olacaktır.

7. ÖZET

Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları Ve Sağlık İnançları

Amaç: Bu kesitsel araştırma, çalışan kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi, meme kanseri tarama davranışlarını ve riskini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Nisan-Haziran 2015 tarihleri arasında Sakarya ili Büyükşehir Belediyesinde çalışan 344 kadın oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında katılımcılara ait bilgileri içeren “ Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yanı sıra ki-kare ve t- testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $36,68 \pm 8,4$ yıl, %62,4’ü evli (n=199), %66,1’i üniversite mezunu (n=211) , %64,9’u (n=207) çocuk sahibi idi. Ortalama emzirme süresi $21,57 \pm 14,4$ ay olarak bulunmuştur. Kadınların ortalama menarş yaşı $13,28 \pm 1,31$, menapoz yaşı ise $46,28 \pm 3,74$ idi. Yapılan risk değerlendirmesinde katılımcıların %93,1’ i düşük risk grubunda çıkmıştır. Araştırma grubunun %68,42’i KKMM bildiğini, çoğu televizyon/ radyo ve internetten öğrendiğini ifade etti. Çalışmaya katılan kadınların %62,38’i KKMM yapmakta, yapmayan kadınların çoğunluğu sebep olarak, ihmal ve nasıl yapıldığını bilmemeyi göstermektedir. KMM yaptıranların oranı % 35,11, MG çektirenlerin ise %20,13 olmakla birlikte, çoğunun bu uygulamaları yapması şikâyetleri olması sebebiyledir. Çalışmamızdaki katılımcılarda, KKMM yapanlarda MG ve KMM uygulama oranları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada kadınların Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı $32,50 \pm 7,0$ öz-etkililik algısı ölçeğinden, en düşük puanı $7,70 \pm 2,10$ ise duyarlılık algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir. Sosyo-demografik özelliklerin, meme kanseri tarama davranışlarının ve meme kanseri risk faktörlerinin meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını etkilediği bulunmuştur.

Sonuç: Meme kanserinin erken tanısına yönelik çalışmalarda sağlık inançları dikkate alınmalı, özellikle engel algılarını azaltma girişimleri yapılmalıdır. Risk faktörleri anlatılıp kadınların bilinçlendirilmesi; risk hesaplaması yaparak, riski yüksek kadınların takiplerinin bu doğrultuda düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Meme Kanseri, Sağlık İnançları, Tarama Davranışları, Meme Kanseri Riski

8. ABSTRACT

Health Beliefs and Breast Cancer Screening Behaviours Among Working Women

Aim: This cross-sectional study aims to investigate health belief related to breast self-examination and mammography with respect to breast cancer and risk screening behaviour.

Material and Methods: Study population consisted of 334 working women of Sakarya Municipal between April and June 2015. “Champion Health Belief Model Questionnaire” and “Introductory Data Form” are used to collect data. Chi-square and t-test are used along with descriptive methods.

Results: Mean age of the women was $36,68 \pm 8,4$ years in this study. 62,4% of them were married ($n=199$), 66,1% of them graduated from a university ($n=211$) and 64,9% had children ($n=207$). Mean breastfeeding length was $21,57 \pm 14,4$ months. Mean menarche age of the women who participated was $13,28 \pm 1,31$ years and menopause age was $46,28 \pm 3,74$ years. According to risk assessment 93,1% of the participants were in low risk group. Sources of knowledge about breast cancer and BSE were mostly television/radio and internet, approximately 69 % of the study group stated that they know BSE. 62,38 % of the participants stated to perform BSE; neglect and insufficient knowledge were the reasons for the others. In this study, it has been shown that using Champion’s Health Belief Model Scale, highest score was in self-efficacy perception ($32,50 \pm 7,0$) and lowest score was in perceived susceptibility ($7,70 \pm 2,10$). Significant difference has been found between socio-demographic characteristics, breast cancer screening behaviours and factors of breast cancer risk and health perception mean.

Conclusion: For early diagnosis of breast cancer, we should keep health belief in mind- especially we may attempt to reduced perception of obstacles. We should explain risk factors to women and also calculate risk to arrange women’s follow up for breast cancer.

Keywords: Breast cancer, Health beliefs, Screening behaviours, Breast cancer risk

9. EKLER

EK-1



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64 – 74 50
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çalışan kadınların, meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, mamografi ile ilgili sağlık inançları			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KAEK 2015/94			
	EUDRACT NUMARASI				
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Tuncay Müge Alvir			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Emine Arslan Kapıcıbaşı			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (UZMANLIK TEZİ)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLARARASI

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23/03/2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23/03/2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 20/4	Proje No: KOU KA EK 2015/94	Tarih : 24/03/2015
	Doç. Dr. Tuncay Müge Alvr sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041)
----------------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMİN ERSOY
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOÜ Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOÜ Tıp Fak. Kardiyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOÜ Tıp Fak. Farmakoloji AD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOÜ Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOÜ TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOÜ Tıp Fak. Biokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Önjen TAK Üye	Danışman Diş Hekimi	KOU . Diş Hekimliği Fak.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

EK-2

Sayın Katılımcılar,

Dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen, en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir.

Meme kanserinin bilinen riskleri konusunda kadınların bilinçlenmesi,erken tanı ve tarama yöntemleri konusunda farkındalığın artırılmasıyla meme kanseri riskini azaltmak mümkündür.Bu çalışma, kadınların meme kanseri algısı,kendi kendine meme muayenesi(KKMM)ve mamografiye ilişkin bilgi,tutum ve motivasyonuna etki eden faktörleri değerlendirmek ve meme kanseri riskini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Anketimize katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, risk etkenleri ve koruyucu davranışlarla ilgili size çok özel olmayan sorular sorulacaktır.Araştırmanın tüm aşamalarında sizden gelecek bilgiler özenle korunacaktır.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç.Dr.T.MügeAlvur danışmanlığında Dr.Emine Arslan Kapıcıbaşı tarafından yürütülecek olan çalışmayla ilgili,gerek duyduğunuz bilgileri istediğiniz takdirde,size doğru ve anlaşılır cevaplar verilecektir.(Aile Hekimliği Anabilim Dalı 3037527)

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

- 1.Yaşınız :
- 2.Boyunuz :cm
- 3.Kilonuz:kg
- 4.Mesleğiniz:
- 5.Medeni Durumunuz : Bekar Evli Dul/Boşanmış
- 6.Eğitim durumunuz:
İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Doktora/Tıpta uzmanlık
7. Hanenize giren ortalama aylık gelir:
2000TL den az 2000-4000 TL 4000 TL den fazla
- 8.Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız? Evet Hayır
- 9.Sigara kullanıyor musunuz ? Evet Hayır
- 10.Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır
11. İlk adet yaşınız :
12. Adet görmeye devam ediyor musunuz? Evet Hayır
13. Hayır ise,kaç yaşında menapoza girdiniz?yaşında
14. Doğum yaptınız mı? Evetçocuğum var Hayır
15. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....
16. Çocuklarınızı emzirdiniz mi? Evet Hayır
17. Emzirme süreniz :
1.Çocuk : ay 2.Çocuk : ay 3.Çocuk : ay 4.Çocuk:ay
18. Doğum kontrol hapı (hormon) kullandınız mı? Ne kadar süre kullandınız, ne zaman bıraktınız?
Evetsüre ile kullandım/.....önce bıraktım
Evet.....süredir kullanıyorum. Hayır,kullanmadım.
19. Menapozda ilaç (hormon) kullandınız mı? Ne kadar süre kullandınız ,ne zaman bıraktınız?
Evetsüre ile kullandım/.....önce bıraktım.
Evet.....süredir kullanıyorum Hayır,kullanmadım.
20. Daha önce göğüs bölgenize tedavi amacıyla radyoterapi(ışın tedavisi) aldınız mı?
Evetyaşında Hayır

21. Günlük işleriniz dışında haftada kaç saat spor yapıyorsunuz?

Yapmıyorum Yapıyorum.....saat

22. Beslenme şekliniz nasıldır?

Sebze,meyve ağırlıklı Yağlı(kızartma),karbonhidratlı(hamurışı) Kırmızı et ağırlıklı

Diğer(Belirtiniz).....

23. Meme kanseri ile ilgili bilgilerinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır

24. Meme kanseri hakkındaki bilginizin kaynağı nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

TV/Radyo Aile Doktor İnternet Ebe ,hemşire

Arkadaşlar Gazete/Dergi /Broşür Diğer (Belirtiniz).....

25. Meme kanseri ile ilgili eğitim(konferans,seminer,panel vs) aldınız mı? Evet Hayır

26. Cevabınız hayır ise,eğitim almak ister misiniz? Evet Hayır

27. Önceden geçirilmiş meme hastalığınız var mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Yok Apse Meme iltihabı Şüpheli kitle Meme kanseri

Kist Diğer(Belirtiniz).....

28. Memeniz ile ilgili şikayetiniz olduğunda nereye başvurursunuz?

Aile hekimi Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi/Eğitim Araştırma Hastanesi

Özel Hastane Diğer(Belirtiniz).....

29. Herhangi bir nedenle memenize hangi tetkikler yapıldı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Yapılmadı Genetik testler(Meme kanserine yönelik) Mamografi

Meme Ultrasonografisi Meme MR Diğer(Belirtiniz)

30. Kadın akrabalarınızda Meme Kanseri tanısı konulmuş olan var mı? Yok Var

Meme kanseri olan Kim	Kaç kişi	Tanı koyulduğundaki yaşları		
Annem				
Kız kardeşlerim				
Anneannem,babaannem				
Teyzelerim				
Halalarım				
Kuzenlerim				

31. Memenize hiç biyopsi yapıldı mı? 1 defa 1 den fazla Yapılmadı

32. En az birinde atipik hiperplazi sonucu çıktı mı? Evet Hayır Hatırlamıyorum.

33. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)'nin nasıl yapıldığını biliyor musunuz? Evet Hayır

34. KKMM hakkındaki bilginizin kaynağı nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- TV/Radyo KETEM Aile hekimim İnternet
Aile,akraba Arkadaş Gazete/Dergi/Broşür Doktor
Ebe,hemşire Diğer(Belirtiniz).....

35. KKMM(Kendi Kendİne Meme Muayenesi) yapıyor musunuz? Evet Hayır

36. Cevabınız evet ise,KKMM yapma zamanınız nedir?

- Her ay belirlediğim bir günde Her ay adet bitiminde Adet döneminde
Adetten hemen önce Diğer(Belirtiniz).....

37. Cevabınız hayır ise, KKMM yapmama nedeninizi belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Nasıl yapıldığını bilmiyorum.
Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.
Ailemde meme kanseri olmadığı için korkmuyorum.
Aklıma gelmiyor/ihtmal ediyorum.
KKMM yaparak meme kanserinden korunacağıma inanmıyorum.
Kitle bulmaktan korkuyorum.
Bende meme kanseri olacağına inanmıyorum.
Diğer(Belirtiniz).....

38. Hiç mamografi yaptırdınız mı? Evet.....kere Hayır

39. İlk kez kaç yaşında mamografi yaptırdınız?..... yaşında

40. Mamografi yaptırmama sebebiniz neydi?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Arkadaş,akraba önerisi ile Erken tanıdaki önemini bildiğim için
Ailemde meme kanseri olduğu için Ücretsiz tarama programı sebebiyle
Doktor önerisi ile Şikayetim olduğu için Diğer(Belirtiniz).....

41. Klinik meme muayenesi(hekim tarafından yapılan muayene) oldunuz mu? Evet Hayır

42. Cevabınız evet ise,muayene sebebiniz neydi?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Meme kanseri akrabam var Doktor önerisi ile Şikayetim olduğu için
Arkadaş,akraba önerisi ile Erken tanı amacıyla Diğer(Belirtiniz).....

43.Cevabınız hayır ise,muayene olmama sebebiniz nedir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ailemde meme kanseri olmadığı için gerekli görmüyorum.
Şikayetim olmadığı için
Zaman bulamıyorum.
Bilgi eksikliğim var.Önemini yeterince bilmiyorum.
Kötü sonuçla karşılaşmaktan endişe ediyorum.
Eşim(ailem)istemiyor.
Randevu alma güçlüğü yaşıyorum.
İhtmal ediyorum.
Diğer(Belirtiniz).....

<p>Yapılan çalışmamamızda meme kanseri olma riskiniz hesaplanacaktır.Meme kanseri riskinizi öğrenmek isterseniz, size ulaşabileceğimiz bir telefon numarası ve e-mail adresi yazınız.</p> <p>KKMM= Kendi kendine meme muayenesi</p> <p>KMM= Klinik meme muayenesi</p>	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1. Meme kanser olma ihtimalim çok yüksektir.					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum.					
4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutur.					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım.					
6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur.					
7. Meme kanseri olmak eşimle(ya da birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.					
8. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek.					
9. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.					
10. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
11. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
12. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
13. Dengeli beslenirim.					
14. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına birşey yapıyorum.					
15. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
16. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
17. KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim daha etkili olabilir.					
18. KKMM yapmaktan sıkılıyorum.					
19. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor.					
20. Meme muayenesi yapmayı hatırlamak zordur.					
21. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
22. Sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanıza gerek yok.					
23. Rutin mamografi çektiyorsanız KKMM yapmanız gerekmez.					

24. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
25. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.					
26. KKMM'nin nasıl yapılacağını biliyorum.					
27. KKMM'ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
28. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.					
29. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
30. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
31. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
32. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum.					
33. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunda söyleyebilirim.					
34. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					
35. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
36. Mamografide bir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili endişelenmem gerekmez.					
37. Mamografi mememdeki kitlelerin erken bulunmasında faydalıdır.					
38. Mamografide bir kitle bulunursa meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
39. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi en iyi yoldur.					
40. Mamografi meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
41. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
42. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.					
43. Mamografi çektirmek için nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
44. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
45. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.					
46. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
47. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor					
48. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
49. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı unuturum					
50. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
51. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim					

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR, KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

Bize iletmek / paylaşmak istediğiniz katkı ve görüşlerinizi buraya yazabilirsiniz

10. KAYNAKLAR

1. Alpteker H, Gümüş D, Doğan S, Bilir S, Önal M. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* *Journal Breast Health*. 2011;7(3).
2. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psychooncology*. 1998;7(3):218-228.
3. Arslan M. Kadınların Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği. 2007.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. T.C. Sağlık Bakanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32083/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikl-.html>. Accessed February 17, 2016.
5. Globocan 2012 - Home. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Accessed June 20, 2016.
6. Breast Cancer Facts & Figures | American Cancer Society. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures>. Accessed February 15, 2016.
7. Boyle P, Levin B, eds. *Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu Dünya Kansere Raporu 2008*. Lyon: Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu; 2008.
8. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Derg*. 2007;3:63-68.
9. Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, et al. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(1):8-22.
10. Üskent N. Meme kanserinin doğal seyri, gelişimi, risk faktörleri, dünyadaki dağılımı ve epidemiyolojisi. In: *Olgular Işığında Meme Kanseri Kitabı*. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003.
11. Rashidi A, Rajaram SS. Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination: needs assessment. *Cancer Nurs*. 2000;23(1):64-70.
12. Sørensen J, Hertz A. Cost-effectiveness of a systematic training programme in breast self-examination. *Eur J Cancer Prev*. 2003;12(4):289-294.
13. Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi (The Examination of Health Workers' Health Beliefs on Breast Cancer, Breast Self Examination and Mammography). 2006.
14. Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nurs*. 2004;27(4):287-294.
15. Malya FÜ, Sayek İ. Meme Kanseri. In: Sayek İ, ed. *Genel Cerrahi*. Vol 1. 4th ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2013.
16. Ünal M, İğci A. Meme anatomisi ve gelişmesi. In: Kalaycı G, ed. *Genel Cerrahi*. Vol 1. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2002:534-535.
17. Kopans DB. *Breast Imaging*. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

18. Moore KL, Arthur F. Dalley. *Clinically Oriented Anatomy*. Lippincott Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Company; 1999.
19. Gönç, E.N. Normal Puberte Gelişimi ve Puberte Prekoks. *Hacet Tıp Derg.* 2009;(40):164-168.
20. King M-C, Marks JH, Mandell JB, New York Breast Cancer Study Group. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science.* 2003;302(5645):643-646. doi:10.1126/science.1088759.
21. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(2):74-108.
22. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer J Int Cancer.* 2010;127(12):2893-2917. doi:10.1002/ijc.25516.
23. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, et al. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Breast Health.* 2009;5(3).
24. Breast cancer statistics | World Cancer Research Fund International. <http://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/data-specific-cancers/breast-cancer-statistics>. Accessed February 10, 2016.
25. Organization WH. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. World Health Organization; 2008.
26. Akbaş Kaya A. Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi. 2014.
27. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu-Kanser Daire Başkanlığı. <http://kanser.gov.tr/>. Accessed June 20, 2016.
28. Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health.* 2008;4(2):7-11.
29. Campbell JB. Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: A Literature Review. *Breast Cancer Res Treat.* 2002;74(2):187-192. doi:10.1023/A:1016178415129.
30. Driedger SM, Eyles J. Organochlorines and breast cancer:: the uses of scientific evidence in claimsmaking. *Soc Sci Med.* 2001;52(10):1589-1605. doi:10.1016/S0277-9536(00)00271-9.
31. Bottorff JL, Johnson JL, Bhagat R, et al. Beliefs related to breast health practices: the perceptions of South Asian women living in Canada. *Soc Sci Med 1982.* 1998;47(12):2075-2085.
32. Manjer J, Berglund G, Bondesson L, Garne JP, Janzon L, Malina J. Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res Treat.* 2000;61(2):121-129.
33. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(2):69-90.
34. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2012;62(1):10-29.

35. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. Breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*. 2000;321(7261):624-628. doi:10.1136/bmj.321.7261.624.
36. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast cancer. *Lancet Lond Engl*. 2005;365(9472):1727-1741. doi:10.1016/S0140-6736(05)66546-4.
37. Faupel-Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, et al. Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk: summary of a National Cancer Institute-sponsored workshop. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105(3):166-174.
38. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353(3):229-237.
39. Wang J, Costantino JP, Tan-Chiu E, Wickerham DL, Paik S, Wolmark N. Lower-category benign breast disease and the risk of invasive breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96(8):616-620.
40. Kabat GC, Jones JG, Olson N, et al. A multi-center prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. *Cancer Causes Control CCC*. 2010;21(6):821-828.
41. McKenzie F, Ellison-Loschmann L, Jeffreys M, Firestone R, Pearce N, Romieu I. Cigarette Smoking and Risk of Breast Cancer in a New Zealand Multi-Ethnic Case-Control Study. *PLoS ONE*. 2013;8(4).
42. American Cancer Society/Breast Cancer. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/>.
43. Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status—A meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2008;122(8):1832-1841.
44. Rinaldi S, Key TJ, Peeters PHM, et al. Anthropometric measures, endogenous sex steroids and breast cancer risk in postmenopausal women: A study within the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2006;118(11):2832-2839.
45. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 2001;10(1):15-32.
46. Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, et al. Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Obes Rev*. 2013;14(8):665-678.
47. Schwartz GF, Hughes KS, Lynch HT, et al. Proceedings of the International Consensus Conference on Breast Cancer Risk, Genetics, & Risk Management, April, 2007. *Breast J*. 2009;15(1):4-16.
48. Couch FJ, Farid LM, DeShano ML, et al. BRCA2 germline mutations in male breast cancer cases and breast cancer families. *Nat Genet*. 1996;13(1):123-125.
49. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD000270.
50. Lakhani SR, Jacquemier J, Sloane JP, et al. Multifactorial analysis of differences between sporadic breast cancers and cancers involving BRCA1 and BRCA2 mutations. *J Natl Cancer Inst*. 1998;90(15):1138-1145.

51. Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S. Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer. *Mayo Clin Proc.* 2008;83(1):86-91.
52. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(10):1290-1302.
53. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288(3):321-333.
54. Porch JV, Lee I-M, Cook NR, Rexrode KM, Buring JE. Estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk: the Women's Health Study (United States). *Cancer Causes Control.* 2002;13(9):847-854.
55. Salman MC, Gültekin M, Taşkıran Ç, Ayhan A. Hormon ve meme. *Türk Jinekolojik Onkol Derg.* 2005;8:37-53.
56. Boice John D., Preston D, Davis FG, Monson RR. Frequent Chest X-Ray Fluoroscopy and Breast Cancer Incidence among Tuberculosis Patients in Massachusetts. *Radiat Res.* 1991;125(2):214-222.
57. Morrison AS. Screening for cancer of the breast. *Epidemiol Rev.* 1993;15(1):244-255.
58. Hurley SF, Kaldor JM. The benefits and risks of mammographic screening for breast cancer. *Epidemiol Rev.* 1992;14:101-130.
59. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım: "Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri." *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2008;12(1):9-17.
60. Sayek İ. *Genel Cerrahi.* Vol 1. 4. ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2013.
61. Aydınтуğ S. Meme kanserinde erken tanı. *Sted.* 2004;13(6):226-229.
62. Boğa S. Beyin Metastazı Olan Meme Kanseri Hastalarının Klinikopatolojik Özellikleri. 2010.
63. Moore-Higgs GJ, Oncologists S of GN. *Women and Cancer: A Gynecologic Oncology Nursing Perspective.* Jones & Bartlett Learning; 2000.
64. Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, Westerhof JP, Grabbe E. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. *Eur Radiol.* 1999;9(3):470-473.
65. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology.* 2004;233(3):830-849.
66. Van Goethem M, Tjalma W, Schelfout K, Verslegers I, Biltjes I, Parizel P. Magnetic resonance imaging in breast cancer. *Eur J Surg Oncol EJSO.* 2006;32(9):901-910.
67. Ernst MF, Roukema JA. Diagnosis of non-palpable breast cancer: a review. *Breast Edinb Scotl.* 2002;11(1):13-22. doi:10.1054/brst.2001.0403.
68. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, et al. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Koferansı 2010). *Meme Sagligi DergisiJournal Breast Health.* 2012;8(3).

69. Kuhl C. The current status of breast MR imaging. Part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. *Radiology*. 2007;244(2):356-378.
70. Gençtürk N. Meme Kanserinde Korunma. *J Anatolia Nurs Health Sci*. 2007;10(4):72-82.
71. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2006-02/html/2006-13-2-057-071.htm. Accessed February 16, 2016.
72. Gündoğan D. Hemşirelik Öğrencilerinin Meme Kanserine İlişkin Korunma Önlemleri Konusundaki Bilgi ve Uygulamaların Değerlendirilmesi. 2012.
73. Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, et al. Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. *Jama*. 2006;295(23):2727-2741.
74. Akpınar Yelen Y. Çorum İl Merkezinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. 2008.
75. Demirkazık FB. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? *Türk Radyoloji Semin*. 2014;2:206-216.
76. Tümer A, Baybek H. Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Breast Health*. 2010;6(1):17-21.
77. Jacobi CE, Bock GH de, Siegerink B, Asperen CJ van. Differences and similarities in breast cancer risk assessment models in clinical practice: which model to choose? *Breast Cancer Res Treat*. 2008;115(2):381-390.
78. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği. <http://www.turkkanser.org.tr/arama>. Accessed February 16, 2016.
79. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, et al. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. *Gülhane Tıp Derg*. 2006;48:200-204.
80. Çetintaş S. *Meme Kanseri*. (Çetintaş S., Kayıhan E, eds.). Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005.
81. Kendi Kendine Meme Muayenesi. <http://jinekoloji.net/>. Accessed February 17, 2016.
82. İğci A, Asoğlu O. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. In: Topuz E, Aydın A, Dinçer M, eds. *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2003.
83. Chu KC, Smart CR, Tarone RE. Analysis of breast cancer mortality and stage distribution by age for the Health Insurance Plan clinical trial. *J Natl Cancer Inst*. 1988;80(14):1125-1132.
84. Bland KI, Copeland EM. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. Vol 1. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2009.
85. Zorukoş S. Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlarda Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. 2008.
86. Ergüney S. *AJCC Kanser Evreleme Atlası*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2013.

87. Meme Kanseri. Kanserle Yaşamak. <http://www.kanserleyasamak.org/>. Accessed April 29, 2016.
88. Dr. Zekeriya Aktürk - Makaleler, Ders notları, Sunumlar. <http://www.aile.net/sunum/makaleler/HalkEgitimi.doc>. Accessed February 16, 2016.
89. Özpulat F. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşire Bilim Ve Sanatı Derg Sempozyum Özel Sayısı 2010*. (293-297).
90. Gözüm S, ÇAPIK C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *DEUHYO ED*. 2014;7(3):230-237.
91. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. *Effects of Health Promotion Models on Breast Cancer Early Detection Behaviors: A Literature Review*. 2012.
92. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. *DEUHYO ED*. 2011;4(1):34-40.
93. Gözüm S, Aydın I. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araşt Geliştirme Derg*. 2004;(1):71-85.
94. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekim Bül*. 2007;6(6):427-434.
95. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg*. 2015;5(1):28-34.
96. Rohleder P. *Critical Issues in Clinical and Health Psychology*. SAGE; 2012.
97. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *C Ü Hemşire Üksek Okulu Derg*. 2003;7(1):33-38.
98. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. 2015;1(1):30-38.
99. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *CA Cancer J Clin*. 2004;54(6):345-361.
100. Lierman LM, Young HM, Powell-Cope G, Georgiadou F, BENOLIEL JQ. Effects of education and support on breast self-examination in older women. *Nurs Res*. 1994;43(3):158-163.
101. Champion VL, Miller TK. Variables related to breast self-examination: Model generation. *Psychol Women Q*. 1992;16(1):81-96.
102. Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. *Behav Med*. 2002;28(1):15-22.
103. Rees G, Fry A, Cull A, Sutton S. Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychol Health*. 2004;19(6):749-765.

104. Umeh K, Dimitrakaki V. Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention. *J Appl Biobehav Res.* 2003;8(2):96-115.
105. Thomas EC. African American women's breast memories, cancer beliefs, and screening behaviors. *Cancer Nurs.* 2004;27(4):295-302.
106. Rao RSP, Nair S, Nair NS, Kamath VG. Acceptability and effectiveness of a breast health awareness programme for rural women in India. *Indian J Med Sci.* 2005;59(9):398-402.
107. Eroglu C, Eryilmaz MA, Civcik S, Gurbuz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. *Breast Cancer Risk Assess 5000 Cases.* 2010;20(2):27-33.
108. Kaya H, Özçelik O. Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi ve Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *FÜSağBilTıp Derg.* 2009;23(1):1-5.
109. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci.* 1984;6(3):73-85.
110. Champion V, Menon U. Predicting mammography and breast self-examination in African American women. *Cancer Nurs.* 1997;20(5):315-322.
111. Karayurt Ö. Champion's Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı. 2003.
112. Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model scales. *Cancer Nurs.* 2004;27(6):491-498.
113. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. *Health Behav Health Educ Theory Res Pract.* 2008;4:45-65.
114. Zografos GC, Panou M, Panou N. Common risk factors of breast and ovarian cancer: recent view. *Int J Gynecol Cancer.* 2004;14(5):721-740.
115. SEER Search. <http://seer.cancer.gov/search?q=BREAST+CANCER&x=0&y=0>. Accessed April 27, 2016.
116. Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler (13.240 Olgunun Analizi). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Breast Health.* 2014;10(2).
117. Çelik GO, Malak AT, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama, Mamografi Çektirme Ve Pap Smear Yaptırma Durumlarının İncelenmesi. *AJCI.* 2009;3(3):159-163.
118. Oran B, Celik I, Erman M, et al. Analysis of menstrual, reproductive, and life-style factors for breast cancer risk in Turkish women. *Med Oncol.* 2004;21(1):31-39.
119. Russo J, Moral R, Balogh GA, Mailo D, Russo IH. The protective role of pregnancy in breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2005;7(3):131-142.
120. Kuru B, Ozaslan C, Ozdemir P, Dinç S, Camlibel M, Alagöl H. Risk factors for breast cancer in Turkish women with early pregnancies and long-lasting lactation. *Acta Oncol.* 2002;41(6):556-561.

121. Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int J Cancer*. 2003;105(3):390-393.
122. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 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. *Lancet Lond Engl*. 1996;347(9017):1713-1727.
123. Wang J, John EM, Horn-Ross PL, Ingles SA. Dietary fat, cooking fat, and breast cancer risk in a multiethnic population. *Nutr Cancer*. 2008;60(4):492-504.
124. Lof M, Weiderpass E. Impact of diet on breast cancer risk. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009;21(1):80-85.
125. Alpteker H, Avcı A. Kirsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. *J Breast Health*. 2010;6(2):74-79.
126. Lahmann PH, Lissner L, Berglund G. Breast cancer risk in overweight postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2004;13(8):1414-1414.
127. Michels KB, Mohllajee AP, Roset-Bahmanyar E, Beehler GP, Moysich KB. Diet and breast cancer. *Cancer*. 2007;109(S12):2712-2749. doi:10.1002/cncr.22654.
128. Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun S-S, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*. 2000;152(6):514-527.
129. Beji N k., Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2007;16(2):178-184. doi:10.1111/j.1365-2354.2006.00711.x.
130. Taşçı A. Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40 Yaş Üstü Kadınlarda ve Bu Merkezlerde Çalışan Hemşirelerde Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. 2008.
131. Adderly-Kelly B, Williams-Stephens E. The relationship between obesity and breast cancer. *ABNF J*. 2003;14(3):61-65.
132. Kruk J. Lifetime physical activity and the risk of breast cancer: A case-control study. *Cancer Detect Prev*. 2007;31(1):18-28. doi:10.1016/j.cdp.2006.12.003.
133. Lahmann PH, Friedenreich C, Schuit AJ, et al. Physical activity and breast cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16(1):36-42.
134. Sonia S. Maruti., Walter C. Willett. A Prospective Study of Age-Specific Physical Activity and Premenopausal Breast Cancer. <http://jnci.oxfordjournals.org/content/100/10/728.short>. Accessed May 23, 2016.
135. Aker S, Öz H, Tunçel EK. Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ile İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *J Breast Health*. 2015;(11):115-122.
136. Thompson PA, Stopeck AT. Breast Cancer Prevention. In: *Fundamentals of Cancer Prevention*. Springer Berlin Heidelberg; 2008:347-385. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-68986-7_14. Accessed May 11, 2016.

137. What are the risk factors for breast cancer?
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>.
Accessed May 11, 2016.
138. Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? *Breast Cancer Screen What Are Last Chang*. 2011;10(2):193-200.
139. Thomas DB, Gao DL, Self SG, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results. *J Natl Cancer Inst*. 1997;89(5):355-365.
140. Gökpınar Çevik, C. Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Kitlenin Fark Edilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesinin Etkisi. 2004.
141. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi. *C Ü Hemşire Üksek Okulu Derg*. 2004;8(2):9-15.
142. Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Determination of women's knowledge, attitude and behaviours about the self examination of breast. *Gaziantep Tıp Derg*. 2007;13(2):55-60.
143. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. *Cancer Nurs*. 2006;29(3):207-213.
144. Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Araştırma Yazısı Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. *Marmara Med J*. 2007;20(1):29-36.
145. Koc Z, Sağlam S. Determination of the knowledge and the practice of female patients about breast cancer, preventive measures and breast self examination and effectiveness of education. *J Breast Health*. 2009;(5):25-33.
146. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, et al. Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nurs*. 2001;18(5):357-363.
147. Roupá Z, Sapountzi-Krepia D. Breast Self-Examination (BSE) among Greek Women living in the greater area of Athens,. *ICUs Nurs Web J*. 2002;(12).
148. Wardle J, Steptoe A, Smith H, et al. Breast self-examination: attitudes and practices among young women in Europe. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 1995;4(1):61-68.
149. Özen B, Zincir H, Erten ZK, Özkan F, Elmalı F. Genç Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Meme Sagligi DergisiJournal Breast Health*. 2013;9(4).
150. Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Meme Sagligi DergisiJournal Breast Health*. 2014;10(3).
151. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(1):49-54.

152. Yoo B-N, Choi K-S, Jung K-W, Jun J-K. Awareness and Practice of Breast Self-examination among Korean Women: Results from a Nationwide Survey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(1):123-125.
153. Sim HL, Seah M, Tan SM, others. Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women. *Singapore Med J.* 2009;50(2):132.
154. Klug SJ, Hetzer M, Blettner M. Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *Eur J Public Health.* 2005;15(1):70-77.
155. Oestreicher N, Lehman CD, Seger DJ, Buist DS, White E. The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screening program. *Am J Roentgenol.* 2005;184(2):428-432.
156. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Istanb Med J.* 2014;15(3):154-160.
157. Ekici E, Utkualp N. Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kansere Yönelik Davranışları. *J Breast Health.* 2007;3(3):136-139.
158. Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. *J Breast Health.* 2015;11:26-30.
159. Ozmen V, Nilufer Ozaydin A, Cabioglu N, et al. Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul, Turkey: Survey on a Mammographic Screening. *Breast J.* 2011;17(3):260-267.
160. Akhtari-Zavare M, Muhamad HJ, Irmı AM, Salmiah MS, Latiffah AL. Health beliefs and breast self-examination among undergraduate female students in public universities in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(9):4019-4023.
161. Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(2):127-133.
162. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *J Breast Health.* 2015;11:31-38.
163. Demir Yıldırım A, Nilüfer Özaydın A. İstanbul / Moda'da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *Sources Breast Cancer Knowl Women Living Moda Istanb Their Attend Breast Cancer Screen.* 2014;10(1):47-56.
164. Tu S-P, Yasui Y, Kuniyuki AA, et al. Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer.* 2003;97(5):1293-1302.
165. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(2):161-171.
166. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Breast Health.* 2009;5(1):25-33.

167. Yilmaz D, Bebis H, Ortabag T. Determining the awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish residential women. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2012;14(5):3281-3288.
168. Champion VL, Skinner CS, Foster JL. The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs, knowledge, and behavior related to mammography screening. *Oncol Nurs Forum*. 1999;27(10):1565-1571.
169. Elshamy KF, Shoma AM. Knowledge and practice of breast cancer screening among Egyptian nurses. *Afr J Haematol Oncol*. 2010;1(4).
<http://afjho.com/index.php/AJOHAO/article/view/25>. Accessed May 12, 2016.
170. Gucuk S, Uyeturk U. Effects of Direct Education on Breast Self-Examination Awareness and Practice among women in Bolu, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(12):7707-7711.
171. Coldman A, Phillips N, Wilson C, et al. Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2014;106(11):dju261.
172. Chen W-T, Wang J. Chinese Female Immigrants English-Speaking Ability and Breast and Cervical Cancer Early Detection Practices in the New York Metropolitan Area. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(2):733-738.
173. Altınay S, Başar RP, Bal N, Özden F. Awareness of Breast Cancer and Methods of Early Diagnosis in Women Aged 50-69 Years in Regions Where Community Based Breast Cancer Screening Has Been Conducted or Not Conducted in Giresun City. *J Breast Health*. 2013;9(3):144-150.
174. Elobaid YE, Aw TC, Grivna M, Nagelkerke N. Breast Cancer Screening Awareness, Knowledge, and Practice among Arab Women in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Survey. *PLoS ONE*. 2014;9(9):1-6.
175. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi Journal Breast Health*. 2013;9(1):5-9.
176. Maral I, Budakoglu II, Ozdemir A, Bumin MA. Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. *J Cancer Educ*. 2009;24(2):127-128.
177. Miller AM, Champion VL. Mammography in older women: one-time and three-year adherence to guidelines. *Nurs Res*. 1996;45(4):239-245.
178. Mayne L, Earp J. Initial and repeat mammography screening: different behaviors/different predictors. *J Rural Health*. 2003;19(1):63-71.
179. Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: a meta-analytic review. *Prev Med*. 2007;45(4):252-261.
180. Crane LA, Kaplan CP, Bastani R, Scrimshaw SC. Determinants of adherence among health department patients referred for a mammogram. *Women Health*. 1996;24(2):43-64.
181. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. *Cancer*. 1994;74(S1):329-335.
182. Dinçel E, Kısmet K, Erel S, et al. İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi Journal Breast Health*. 2010;6(3):113-117.

183. Özmen V. Dünyada ve Türkiye’de Mamografik Tarama. *J Breast Health*. 2015;(11).
184. Özmen V, Boylu S, Ok E, et al. Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *Eur J Public Health*. 2015;25(1):9-14.
185. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı DergisiJournal Breast Health*. 2009;5(4):195-199.
186. Gerçek S, Duran Ö, Yıldırım G, Karayel H, Demirliçakmak H, Makaleler B. Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Sağlık İnançları Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Meme Sağlığı DergisiJournal Breast Health*. 2008;4(3).
187. Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı DergisiJournal Breast Health*. 2008;4(2):84-91.
188. Petro-Nustus W, Mikhail BI. Factors Associated with Breast Self-Examination Among Jordanian Women. *Public Health Nurs*. 2002;19(4):263-271.
189. Ay S, Yanıkkere E, Piro N. Sağlık İnanç Modeline Göre Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnanç Ve Uygulamaları. In: *15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. ; 2012.
190. Merey S. Breast cancer screening behaviors of women. 2002.
191. Uncu F, Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi,Tutum ve Davranışları. *Meme Sağlığı DergisiJournal Breast Health*. 2011;7(3):167-175.
192. Avcı İA. Video İle Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik İnanç, Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. *Florence Nightingale Hemşire Derg*. 2007;15(60):119-128.
193. Haji-Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghigat S, Harirchi I. Breast Self-Examination: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Female Health Care Workers in Tehran, Iran. *Breast J*. 2002;8(4):222-225.
194. Mason TE, White KM. The role of behavioral, normative and control beliefs in breast self-examination. *Women Health*. 2008;47(3):39-56. doi:10.1080/03630240802132344.
195. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2008;12(1):58-64.
196. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *J Breast Health*. 2008;1(4):15-20.
197. Avcı IA, Kurt H. Health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *J Nurs Scholarsh*. 2008;40(2):170-175.
198. Carney PA, Harwood BG, Weiss JE, Eliassen MS, Goodrich ME. Factors associated with interval adherence to mammography screening in a population-based sample of New Hampshire women. *Cancer*. 2002;95(2):219-227.

199. Russell KM, Perkins SM, Zollinger TW, Champion VL. Sociocultural context of mammography screening use. In: *Oncology Nursing Forum*. Vol 33. ; 2006.
200. Cronan TA, Villalta I, Gottfried E, Vaden Y, Ribas M, Conway TL. Predictors of mammography screening among ethnically diverse low-income women. *J Womens Health*. 2008;17(4):527-537.
201. Erbil N, Bölükbaş N. Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2012;13(11):5823-5828.
202. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006;6:43. doi:10.1186/1471-2407-6-43.
203. Duman NB, Yilmazel G, Pinar G, Buyukgonenc L. The Risk Level of Breast Cancer and Breast Cancer Awareness Among the Turkish Women Aged 65 Years and Older. *Int J Hematol Oncol Uluslararası Hematol Onkol Derg*. 2015;25(1):60-68.