

TC.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMASI HAKKINDA
BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: KASTAMONU ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şerife ALP

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

TEMMUZ 2024
İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMASI HAKKINDA
BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: KASTAMONU ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Şerife Alp
(221219017)
(0009-0004-1854-8100)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN

İstanbul 2024



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

12.07.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 12.07.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ERTEN

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Üye (İmza)

Yalova Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Hemşirelerin Meme Kanseri Taraması Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Kastamonu Örneği” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım (12/07/2024).

Şerife ALP

ÖNSÖZ

Tezimin oluşturulma ve sunulma sürecinde beni büyük ölçüde yönlendiren, bilimsel bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yanımda olan, sabrı ve özverisiyle rehberlik ederek her daim destek olan kıymetli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer Erten'e içtenlikle teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince sağladıkları motivasyon, destek ve anlayış için Sayın Prof. Dr. Kerime Derya Beydağ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl hocama teşekkürlerimi sunarım. Bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde çalışan akademisyen hocalarıma ve özellikle Dr. Öğr. Üyesi Esra Ertemur'a, araştırma görevlisi Sayın Semanur Çelik Demiryürek, Sayın Sabri Okan Demiryürek ve Sayın Melek Havva Köprülü hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışmamda yardımsever ve ilgili bir tavır sergileyen Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde çalışan ebe ve hemşirelere ayrı ayrı teşekkür ederim.

Annem Hurişen Ayhan'a, hayatımın her anında yanımda olduğu, desteklerini hiçbir zaman esirgemediği ve yakalanmış olduğu meme kanseri ile mücadele ederken gösterdiği azimli ve kararlı tutumu için teşekkür ederim.

Eğitim hayatımdaki kararlarımda her zaman beni destekleyen ve anlayışla karşılayan sevgili eşim Alparslan Alp'e ve çocuklarım Abdullah Aybars Alp ile Bilal Melih Alp'e içten teşekkürlerimi sunmak isterim.

Temmuz2024

Şerife ALP

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	x
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
ÖZET.....	xv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Memenin Anatomik Yapısı	4
2.1 Memenin Fonksiyonel Gelişimi	7
2.3 Memenin Selim Oluşumları	8
2.3.1 Non Proliferatif oluşumlar	8
2.3.2 Atipi olmayan Proliferatif oluşumlar.....	8
2.3.3 Atipili proliferatif oluşumlar	9
2.4 Meme Kanseri	9
2.4.1 Meme kanseri epidemiyolojisi ve insidansı.....	10
2.4.2 Meme kanserinde etiyolojisi ve risk faktörleri	14
2.4.2.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri	14
2.4.2.1.1 Cinsiyet	14
2.4.2.1.2 Yaş	15
2.4.2.1.3 Genetik faktörler	15
2.4.2.1.4 Ailesel meme kanseri öyküsü	16
2.4.2.1.5 Kişisel meme kanseri öyküsü	16
2.4.2.1.6 Etnik yapı ve ırk.....	16
2.4.2.1.7 Dens meme yapısı	17
2.4.2.1.8 Bening meme hastalıkları.....	17
2.4.2.1.10 Radyasyona maruz kalma	18

2.4.2.1.11 Dietilstilbestrol (DES) maruziyeti	18
2.4.2.2 Değiştirilebilen /Yaşam tarzı ilişkili risk faktörleri	18
2.4.2.2.1 Reprodüktif öykü	18
2.4.2.2.2 Eksojen hormon kullanımı	18
2.4.2.2.3 Emzirme	19
2.4.2.2.4 Aşırı Kilolu veya Obez Olma	19
2.4.2.2.5 Sedanter Yaşam	20
2.4.2.2.6 Alkol ve sigara	20
2.4.2.2.7 Gece nöbeti	20
2.4.2.2.8 Eğitim ve Sosyoekonomik düzey.....	21
2.4.2.2.9 Beslenme alışkanlığı	21
2.4.3 Meme kanseri riskini belirleme ve değerlendirme	21
2.4.4. Meme kanserinde histopatolojik sınıflandırma	23
2.4.4.1 İnvaziv olmayan (in situ karsinom) meme kanserleri.....	25
2.4.4.1.1. Lobüler karsinoma in situ (LKIS).....	25
2.4.4.1.2. Duktal karsinoma in situ (DKIS)	26
2.4.4.2 İnvaziv meme kanserleri.....	26
2.4.4.2.1 İnvaziv lobüler karsinom (İLK)	26
2.4.4.2.2 İnvaziv duktal karsinom (İDK)	27
2.4.5 Meme kanserinde evreleme	27
2.4.6 Meme kanserinde belirti ve bulguları	30
2.4.6.1 Yeni bir şişlik veya kitle	31
2.4.6.2 Cilt çukurlaşması	31
2.4.6.3 Meme veya meme ucu ağrısı	31
2.4.6.4 Meme ucunun geri çekilmesi (içe doğru dönmesi).....	32
2.4.6.5 Kırmızı, kuru, pullanan veya kalınlaşmış meme ucu veya göğüs derisi	32
2.4.6.6 Meme ucu akıntısı (anne sütü dışında)	32
2.4.6.7 Aksillar veya klavikula yakınındaki şişmiş lenf düğümleri.....	33
2.4.7 Meme kanseri tanı yöntemleri	33
2.4.7.1 Klinik değerlendirme	33
2.4.7.1.1 Anamnez (öykü).....	33
2.4.7.1.2 Fizik muayene	33
2.4.7.2 Radyolojik tanı yöntemleri	34

2.4.7.2.1 Mamografi (mamogram).....	34
2.4.7.2.2 Ultrasonografi (USG).....	35
2.4.7.2.3 Manyetik rezonans (MR)	36
2.4.7.3 Patolojik değerlendirme.....	36
2.4.7.3.1 İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)	36
2.4.7.3.2 Kalın iğne aspirasyon biyopsisi (Kor biyopsi/ Tru-Cut).....	36
2.4.7.3.3 Vakum Aspirasyon biyopsi (VAP)	36
2.4.7.3.4 Cerrahi (İnsizyonel ve eksizyonel) biyopsi.....	37
2.4.8 Meme kanserinde tarama yöntemleri	37
2.4.8.1 Kendi kendine meme muayenesi (KKMM).....	38
2.4.8.1.1 Memenin inspeksiyon yöntemi ile muayenesi	38
2.4.8.1.2 Yatarak palpasyon yöntemi.....	39
2.4.8.2 Klinik meme muayenesi (KMM).....	39
2.4.8.3 Mamografi	40
2.4.9 Meme kanseri tedavisi	40
2.4.9.1 Yerel Tedaviler	40
2.4.9.1.1 Meme kanseri cerrahisi	40
2.4.9.1.2 Meme kanseri radyasyonu	41
2.4.9.2 Sistemik tedaviler	41
2.4.9.2.1 Kemoterapi.....	41
2.4.9.2.2 Hormon tedavisi.....	41
2.4.9.2.3 Hedefe yönelik ilaç tedavisi.....	42
2.4.9.2.4 İmmünoterapi.....	42
2.4.10 Meme kanserinden korunma	42
2.4.10.1 Birincil (Primer) korunma	42
2.4.10.2 İkincil korunma.....	42
2.4.10.3 Üçüncül korunma.....	43
2.4.10.4 Dördüncül koruma	43
2.4.10.5 Meme kanserinden korunma ve erken tanıda hemşirenin rolü	43
2.5 Sağlık İnanç Modeli (SİM)	44
2.5.1 Sağlık inanç modeli'nin tarihçesi	44
2.5.2 Sağlık inanç modelinin majör kavramları	44
2.5.3 Meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli	45

2.6 Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Taramaları İle İlgili Bilgi, Uygulama ve Tutumları	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1 Araştırmanın Amacı	48
3.2 Araştırmanın Tipi	48
3.3 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	48
3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	49
3.5 Veri toplama araçları	50
3.5.1 Kişisel bilgi formu (Ek 5).....	50
3.5.2 Champion sağlık inanç modeli ölçeği (CSİMÖ) (Ek 6)	51
3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi	52
3.7 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	53
3.8 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	53
3.9 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	53
3.10 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	54
3.11. Araştırma soruları.....	54
3.12. Araştırmanın Uygulanması-Verilerin Toplanması.....	54
3.13 Araştırmanın Sınırlılıkları	55
3.14 Araştırmanın Etik Yönü	55
3.15 Çalışmanın Beklenen Sonuçları	55
3.16 Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	55
3.17 Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar.....	55
4. BULGULAR	56
4.1. Demografik Özellikler.....	56
4.2 Hemşirelerin Meme Sağlığına Yönelik Özellikleri.....	57
4.3 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Durumları.....	59
4.4 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Uygulamaları	61
4.5 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları	63
4.6 Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasında İlişki.....	64
4.7 Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Analizi	64

4.8 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Analizi	67
4.9 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Analizi	69
4.10 Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Analizi	75
5. TARTIŞMA	80
5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Meme Kanseri ve Tarama Bilgilerinin Tartışılması.....	80
5.2. Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Meme Kanseri ve Tarama Bilgilerinin Tartışılması	87
5.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının (CSİMÖ) Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması	90
5.4. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının (CSİMÖ) Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımının Tartışılması.....	94
5.5. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması.....	95
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
6.2 Öneriler.....	98
KAYNAKÇA	100
EKLER..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
Ek-1: Etik Onay Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-2: İl Sağlık Araştırma İzin Belgesi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-3: Ölçek Kullanım İzni Yazışması.....	119
Ek-4: Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-5: Kişisel Bilgi Formu	120
Ek-6: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ).....	128
ÖZGEÇMİŞ.....	129

KISALTMALAR

ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
ACS	: Amerikan Kanser Topluluğu
AJCC	: Amerikan Kanser Komitesi
ATM	: Ataksi Telenjjeiktazi Kinaz Geni
BRCA1	: Breast Cancer-1
BRCA2	: Breast Cancer-2
BPO	: Bilgi Puan Ortalaması
HBOC	: Kalıtsal Meme ve Yumurtalık Kanseri
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CDH1	: E-Cadherin Geni
CHECK2	: Checkpoint(kontrol noktası) Kinaz 2 Geni
CSIMÖ	: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
DES	: Dietilstilbestrol (Sentetik Östrojen)
DKIS	: Duktal Karsinoma İn Situ
DM	: Dijital Mamografi
DMT	: Digital Mamografi Tomosentez
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	: Küresel Kanser Gözlem Verisi
HER2	: Epidermal büyüme faktörü reseptörü
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
IDK	: İnvaziv Duktal Karsinom
ILK	: İnvaziv Lobüler Karsinom
IR	: İyonlaştırıcı Radyasyon
İİAB	: İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM	: Klinik Meme Muayenesi
LKIS	: Lobüler Karsinoma İn Situ
MG	: Mamografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCCN	: Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı
PALB2	: BRCA2'nin ORTAĞI VE yerelleştiricisi/yerinin belirleyicisi
PET	: Pozitron emisyon tomografisi
PTEN	: Protein Tirozin Fosfatase ve Tensin Homoloğu
PTH	: Paratiroid Hormon
SLNB	: Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi
STK11	: Serin/treonin Kinaz Geni
T4	: Tiroksin Hormonu
TNM	: Tümör, Nodül, Metastaz
TP53	: Tümör Protein 53
UKTS	: Ulusal Kanser Tarama Standartları
USG	: Ultrasonografi
USPSTF	: ABD Önleme Hizmetleri Görev Gücü
VAP	: Vakum Aspirasyon biyopsi

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No:

Çizelge 2.1: Benign Meme Hastalıkları Sınıflandırması	9
Çizelge 2.2: Meme Kanseri Gelişiminde Etkili Olan Risk Faktörleri	14
Çizelge 2.3: Risk Değerlendirme Modelleri ve Bilinen Risk Faktörler.....	22
Çizelge 2.4: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu (Claus modeli).....	23
Çizelge 2.5: İnvaziv Meme Karsinomunun Histolojik Tipleri.....	25
Çizelge 2.6: Duktal Karsinoma İn Sitularda Nükleer Derecelendirme.....	26
Çizelge 2.7: TNM Evrelemesi.....	28
Çizelge 2.8: Klinik Anatomik Evreleme.....	29
Çizelge 2.9: Meme Kanseri Patolojik Evreleme	29
Çizelge 2.10: Meme Kanseri Tedavisi	40
Çizelge 2.11: KKMM ile ilgili bulgular.....	46
Çizelge 3.1: Normal Dağılım	52
Çizelge 4.1: Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	56
Çizelge 4.2: Hemşirelerin Meme Sağlığına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı.....	58
Çizelge 4.3: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamaları.....	59
Çizelge 4.4: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Maddelerinin Dağılımı	60
Çizelge 4.5: Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı.....	61
Çizelge 4.6: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları.....	63
Çizelge 4.7: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasındaki Korelasyon	64
Çizelge 4.8: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	66
Çizelge 4.9: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı ...	68
Çizelge 4.10: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Dağılımı.....	71

Çizelge 4.11: Sağlık İnanç Modeli Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı.....	77
---	----



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 2.1: Normal kadın meme anatomisi (A) kadın memesinin dikey kesitte gösterimi ve (B) normal kadın memesinin medial lateral oblik (MLO) mamografik görünümü	5
Şekil 2.2: Normal erkek meme anatomisi (A) Erkek göğsünün dikey kesitte çizimi. (B) Normal erkek memesinin medial lateral oblik (MLO) mamografi görüntüsü.....	5
Şekil 2.3: Kadın göğsündeki normal arter ve damarların çizimi (İç torasik damarlar ve lateral torasik damarlar baskın olarak görülmektedir).....	6
Şekil 2.4: Normal meme dokularındaki sinir sistemi (Memenin anatomisi ve içindeki sinir lifleri. T2-7,2. ila 7. torasik sinirleri belirtir; sarı, sinir lifleri; kırmızı, kan damarları)	7
Şekil 2.5: Her iki cinsiyet ve her yaşta 2020'deki yeni vaka sayısı	11
Şekil 2.6: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta 2020 Yılı Kansere Bağlı Ölüm Sayıları	12
Şekil 2.7: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta 2022 yılı meme kanseri yeni vaka ve ölüm sayıları	12
Şekil 2.8: Tüm Yaş Gruplarında Cinsiyete Göre En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, melanom olmayan deri kanserleri dahil)	13
Şekil 2.9: İn Situ ve İnvaziv kanser	24
Şekil 2.10: Mamografi çekim cihazı	35
Şekil 2.11: Türkiye Kanseri Kontrol Programı	38
Şekil 2.12: Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Tarama Yöntemleri.	39
Şekil 2.13: Müdahale Gelişiminde Kullanılan Sağlık İnanç Modeli	44
Şekil 3.1: Araştırma Akış Şeması	49
Şekil 3.2: Örneklem Büyüklüğü Hesaplamasına Yönelik Formül.....	50

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ TARAMASI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KASTAMONU ÖRNEĞİ

ÖZET

Bu araştırma hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma 1 Ekim 2023 ve 30 Mayıs 2024 tarihleri arasında Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde çalışan 481 hemşire ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) kullanılmıştır.

Katılımcıların %61,7'sinin klinik meme muayenesi yaptırmadığı, %76,1'inin mamografi çektirmediği ve %78'inin kendi kendine meme muayenesi yaptığı, meme muayenesi yaptığını ifade edenlerin sadece %31'inin her ay düzenli muayene yaptığı saptanmıştır. Klinik meme muayenesi olan, mamografi çektiren ve kendi kendine meme muayenesi yapan katılımcıların bilgi puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların "meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi" puan ortalaması $55,877\pm 20,247$ (min:0.00, max:100) ile orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bilgi testi puan ortalamalarının yaşa, eğitim durumuna, çalışılan kliniğe, çalışma süresine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların CSİMÖ puan ortalamalarının; duyarlılık $7,017\pm 2,356$, önemseme ciddiyet $18,985\pm 5,130$, sağlık motivasyonu $20,707\pm 4,155$, KKMM yararları $15,821\pm 3,415$, öz-etkililik $39,027\pm 8,252$ ve mamografi yararları $18,233\pm 3,774$ olduğu saptanmıştır. Ölçeğin bazı alt boyut puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu, çalışılan klinik, çalışma süresi, geçmişte ve halen memelerle ilgili sorun yaşama ve meme kanseri ve taramaları ile ilgili eğitim alma değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kendi kendine meme muayenesi yaptığını ifade edenlerin önemseme –ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Katılımcıların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puan ortalamaları ile CSİMÖ arasında pozitif yönde çok zayıf ($r=0,117$) düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Anahtar kelimeler: *Meme Kanseri, Tarama, Bilgi, Uygulama, Tutum*

EVALUATION OF NURSES' KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND PRACTICES REGARDING BREAST CANCER SCREENING: THE CASE OF KASTAMONU

ABSTRACT

This descriptive and cross-sectional study was conducted to evaluate nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding breast cancer screening. The research was conducted with 481 nurses working at Kastamonu Training and Research Hospital and Physical Therapy and Rehabilitation Center between October 1, 2023 and May 30, 2024. Personal information form and Champion Health Belief Model Scale (CSIMÖ) were used to collect data.

It was found that 61.7% of the cases did not undergo clinical breast examination, 76.1% did not have mammography, and 78% performed breast self-examination, with only 31% of those performing breast self-examination doing it regularly every month. The mean knowledge scores of cases who underwent clinical breast examination, had mammography, and performed breast self-examination were significantly higher ($p < 0.05$). The participants' average score for "knowledge of breast cancer and screenings" was found to be 55.877 ± 20.247 (min: 0.00, max: 100), indicating a moderate level. It was determined that the mean knowledge test scores varied according to age, educational status, clinical work area, and duration of employment ($p < 0.05$).

The average scores of the participants on the CHBMS were: susceptibility 7.017 ± 2.356 , seriousness 18.985 ± 5.130 , health motivation 20.707 ± 4.155 , benefits of BSE 15.821 ± 3.415 , self-efficacy 39.027 ± 8.252 , and benefits of mammography 18.233 ± 3.774 . It was determined that the mean scores of some sub-dimensions of the scale significantly differed according to age, educational status, clinical work area, duration of employment, past and present breast-related issues, and receiving education on breast cancer and screenings ($p < 0.05$). The mean scores of seriousness, health motivation, benefits of BSE, and self-efficacy were found to be significantly higher in those who reported performing breast self-examination ($p < 0.05$).

A very weak positive relationship ($r = 0.117$) was found between the participants' average knowledge scores regarding breast cancer and screenings and the CHBMS ($p < 0.05$).

Keywords: *Breast Cancer, Screening, Knowledge, Practice, Attitude*

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünya genelinde 2020 yıllarında ortalama 10 milyon ölümün yahut ortalama altı ölümden birinde sorumlu olduğu düşünülen ve üzerinde önemle durulan bir halk sağlığı sorunudur (DSÖ, 2022). Kanser yaş, cinsiyet, ırk, din ayırmadan bütün insanları etkileyebilmektedir. Dünyada her yıl kanser olan kişilerin sayısının 14 milyona yakın olduğu ve 8,2 milyon kişinin kanserden öldüğü, 2030 yılında ise bu sayının 22 milyona çıkacağı beklenmektedir (Ergin, Özdilek ve Dutucu, 2019). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) aracılığıyla 2020’de yayınlanan istatistiklere bakıldığında, dünyada akciğer kanserinden sonra meme kanseri en sık karşılaşılan kanser çeşidi durumuna gelmiş olup, genel olarak kanserden ölümlerin dördüncü en yaygın nedenini oluşturmaktadır (IARC, 2024).

Sağlık Bakanlığı 2019 yılı sağlık istatistiklerine göre 100.000 kişide meme kanseri insidansı dünyada 79, Avrupa Birliği’nde 46, DSÖ Avrupa Bölgesinde 70, Türkiye’de ise 46 olarak belirlenmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 sonuçlarına bakıldığında; Türkiye’de türlerine göre kanser görülme sıklığı, erkeklerde yüz binde 70,6 oranıyla akciğer kanseri, kadınlarda ise 45,6 oranıyla meme kanseri birinci sıralarda görülmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021). Meme kanserini diğer kanser türlerine göre önemli kılan, kadınlar arasında yaygın olarak görülmesinin, (Alan, Karadağlı, Şıpkın ve Kocadaş, 2016) yanı sıra toplumda maddi, manevi ve ekonomik kayıplara yol açmasıdır (Ergin, Özdilek, Dutucu, 2019). Dünyada meme kanserinde artışın her yıl %1-2 oranında olduğu ve 1 milyona yakın yeni vakanın görüldüğü yönündedir. Bu artışa rağmen gelişmiş ülkelerde hastaların sağ kalım oranı %73 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran ise %53 olduğu görülmektedir. Bu farkın nedeni ise tarama programlarının yaygın olarak kullanılmasıdır (Ulubay, 2017).

Türkiye’de 2018 yılı içerisinde toplam 22500 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (T.C Sağlık Bakanlığı, 2021). Kanser insidansı ile mortalitesindeki yükseliş, kanserin erken tanınmasının ve tedavisinin önem arz ettiğini ortaya koymuştur (Koç, Çelebi, Memiş, Sağlam ve Beyhan, 2014). Meme kanserinde

tarama programlarının uygulanması sayesinde erken teşhis ve tedavi muhtemeldir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dünyada yapılan meme kanseri tarama programlarında öncelikle alınan öykü sonucuna göre tarama yönergelerinin kullanıldığı görülmektedir. ABD Önleme Hizmetleri Görev Gücü'nün (USPSTF) güncel kılavuzları ve genetik test yönergeleri alınan öyküde ailede meme kanserinin varlığının belirtilmesi durumunda, başvuran kişiye bir genetik danışmanla görüşmesini önermektedir (USPSTF, 2023). Erkeklerde meme kanseri genel popülasyonda oldukça nadir olduğundan, erkekler için meme kanseri tarama önerileri yoktur. Bununla birlikte, yüksek riskli meme kanseri gen taramasında tespit edilen vakalarda görülebilmektedir (Evans ve diğerleri, 2010). Meme kanseri taramasında yer alan mamografi görüntüleme işlemine başlama yaş aralığı ülkelere kıyasla farklılık göstermektedir. İsviçre'de 50-70 yaş aralığında, Danimarka ve Almanya'da 50-69 yaş aralığında, Avusturya ve İspanya'da 45-69 yaş aralığında mamografi çekimi yapılmaktadır. Avrupa ülkeleri arasında yer alan Ukrayna ve Romanya, Avrasya ülkelerinden olan Azerbaycan gibi birtakım ülkelerin sağlık uygulamalarında ulusal tarama programları yer almamaktadır. Meme tarama programının aktif olarak işleyebilmesi için amaçlanan nüfusun %70'ni içine almalıdır (Altobelli ve diğerleri, 2017).

Ülkemizde meme kanseri tarama programlarında ise erken tanı amacıyla tavsiye edilen ve birbiriyle bütünleşen üç aşama mevcuttur. Bu aşamalar içerisinde “Kendi Kendine Meme Muayenesi” (KKMM), “sağlık personeli vasıtasıyla uygulanan klinik meme muayenesi” (KMM) ve “görüntüleme yöntemlerinden olan mamografi” yer almaktadır (Mertcan, 2018).

Ülkemizde, 20 yaşından sonra tüm kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapmaları önerilir. Ülkemizde 20-40 yaş aralığındaki bütün kadınların KKMM kontrolü yapması tavsiye edilmektedir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar yılda bir kez, olmayanlar ise iki yılda bir kez hekim kontrolüne gitmelidir ve rutin KMM'ni yaptırmalıdır. 40-69 yaş arasındaki kadınlar ise yılda bir kez klinik muayene ve iki yılda bir mamografi taraması yaptırmalıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2021). Ülkemiz yapılan meme kanseri taramaları kişisel başvuruya bağlı olarak yapılmaktadır. Halk sağlığının bünyesinde çalışan Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezinde (KETEM) 20 yaş ve üzeri kadınlar için KKMM eğitimi almış personel tarafından, KKMM verilmektedir. Ayrıca 40-69 yaş grubu

kadınlara meme taraması konularında eğitim verilerek tarama için yönlendirilmektedir. Mamografi için onam formları alınarak çekime yönlendirilmektedir. Taramalar da çıkan şüpheli durumlar teşhis merkezlerine yönlendirmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Ülkemizde yapılan çalışmalar sağlık çalışanları da dahil olmak üzere toplumdaki çoğu kadının, meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi gereksinimine ihtiyacı olduğu, meme kanserinin erken dönemde teşhisine dönük uygulamalarının ve farkındalıklarının beklenen seviyede olmadığını göstermektedir (Güzel ve Bayraktar, 2019; Koruk ve diğ., 2015;

Kaya ve diğ., 2017). Yapılan bir sistematik derlemede sekiz yüz altmış yedi (867) makalenin incelenmesi sonucunda meme kanseri farkındalığı girişimlerinin meme kanseri taraması uygulamalarına katılım ihtimalini yükselttiğini ve KKMM davranışlarını etkilediği belirlenmiştir (Anastasi ve Lusher, 2019). Ülkemizdeki çalışan hemşirelerin ise koruyucu önlemleri ve taramaları önemsemedikleri ve KKMM, KMM ve mamografi çekirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür (Pelit, 2019; Koruk ve diğ., 2015; Kaya ve diğ., 2017).

Ülkemizde hemşirelere yönelik konuya ilişkin çalışmalar yapılmış olmakla birlikte sayısının sınırlı olduğu görülmüştür (Bakır ve Demir, 2020; Koruk ve diğ., 2015; Kaya ve diğ., 2017; Ceylan, 2017). Hemşirelerin bilgi ve tutumları, meslek grubunun sunduğu hizmet yoğunluğu ve çalışma şartları, meme kanseriyle ilgili davranışlarına anlamlı derecede etki etmektedir. Kastamonu ilindeki hemşirelerin meme kanserinin erken dönemde teşhisine dönük bilgilerinin ve uygulamalarının saptanmasının, bu alandaki farkındalığın artmasına ve düzenlenecek eğitim çalışmalarına ışık tutabileceği düşünülmektedir.

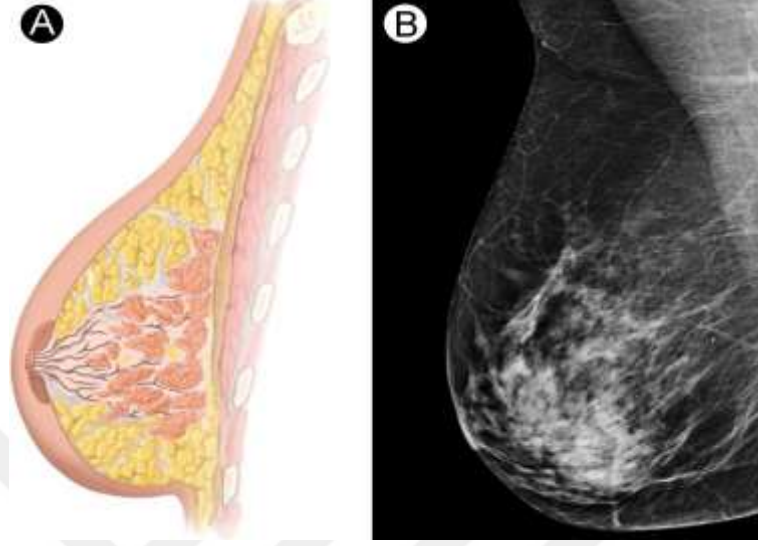
Bu çalışmada hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Memenin Anatomik Yapısı

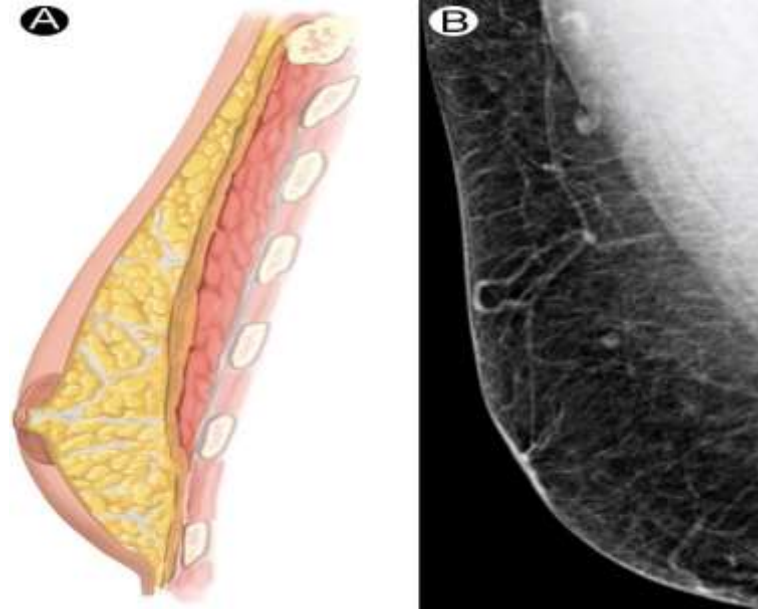
Meme, göğüsün önünde pektoralis majör kasının üzerinde yer alır (Alex ve diğerleri, 2020). Kadın ve erkeklerde, memenin genellikle üst sınırları ikinci kaburga seviyesinden başlayıp alt sınırları altıncı kaburga seviyesine, medialde sternum ve lateralde orta aksiller çizgiye kadar uzanır. Memedeki temel anatomik yapılar arasında cilt, yağ, fasyal tabakalar, Cooper ligamentleri, fibroglandüler doku, lenfatikler ve nörovasküler yapılar bulunmaktadır (Jesinger, 2014). Cooper ligamentleri meme parankimini sarmalayarak memeyi yerine sabitleyebilir ve kanserin ilk belirtilerinin ortaya çıkmasında önem taşır (Ustaoglu 2000). Fibroglandüler doku beyaz görünümde olup etrafı ise daha koyu gridir. Kadınlarda fibroglandüler doku yoğunluğu yaş aldıkça değişir; kadınların çoğu menopozdan sonra göğüslerinde yağ miktarında artış yaşar. Erkeklerde meme parankimi çoğunlukla sadece yağdan oluşur ve fibroglandüler doku mevcut değildir (Şekil 2.1). Meme, embriyonik dönemde, hormonal ve genetik etkiler altında, gebeliğin dört ve on iki haftaları arasında deri öncü hücrelerinden oluşur ve oluşan göğüs tomurcuğu, gebelik boyunca uzamayı ve dallanmayı sürdürerek, göğüs kanalları arasında radyal olarak etkin karmaşık bir sistem oluşturularak gelişir (Şekil 2.1). Kanal ağının karmaşık ve farklı özellikte olmasıyla birlikte meme ucu kısmından 4 ila 18 arası ana süt kanalı çıkar (Jesinger, 2014). Meme başında 15-20 lob bulunur. Bu lobların her biri, süt kanallarının etrafında toplanan 10 ila 100 “lobül veya asini” oluşturur. İntralobüler bölgede bağ dokusu daha fazla olup, interlobüler bölgede ise yağ dokusu baskındır. Areola, meme başının çevresini saran ve düz kaslar ile yoğun pigmentasyon içeren bölgedir. (Mertcan, 2018). Bu alandaki yüksek pigmentasyon nedeniyle areolanın rengi koyudur. Östrojen seviyelerindeki artışla birlikte rengin yoğunluğu artar. Meme başlarında gelişmiş yağ bezleri ve cilt papillaları bulunurken, kıl folikülleri bulunmamaktadır. Areolada ise küçük kabartılar halinde aksesuar areolar bezler, yağ bezleri ve kıl folikülleri bulunur. Memenin ortalama çapı 10-12 cm kadardır ve normal koşullarda ağırlığı genellikle 150-200 gram arasındadır. Ancak laktasyon

döneminde bu ağırlık 400-500 gram civarına çıkar. Memenin boyutları ve ağırlığı kişiden kişiye değişmekle birlikte gebelik, emzirme, kilo değişimi, menopoz ve yaşlılık nedeniyle değişiklik gösterebilir (İsal Arslan, 2013)(Şekil 2.1 ve 2.2).



Şekil 2.1: Normal kadın meme anatomisi (A) kadın memesinin dikey kesitte gösterimi ve (B) normal kadın memesinin medial lateral oblik (MLO) mamografik görünümü

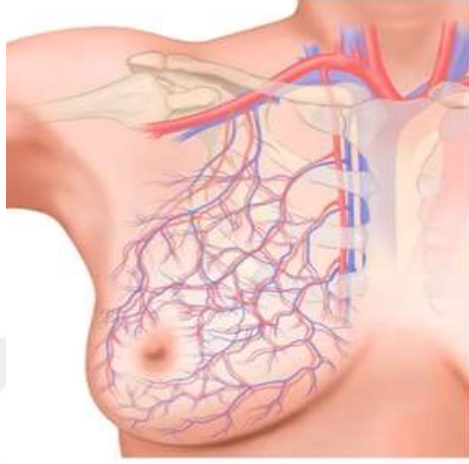
Kaynak: (Jesinger, 2014)



Şekil 2.2: Normal erkek meme anatomisi (A) Erkek göğsünün dikey kesitte çizimi. (B) Normal erkek memesinin medial lateral oblik (MLO) mamografi görüntüsü.

Kaynak: (Jesinger, 2014)

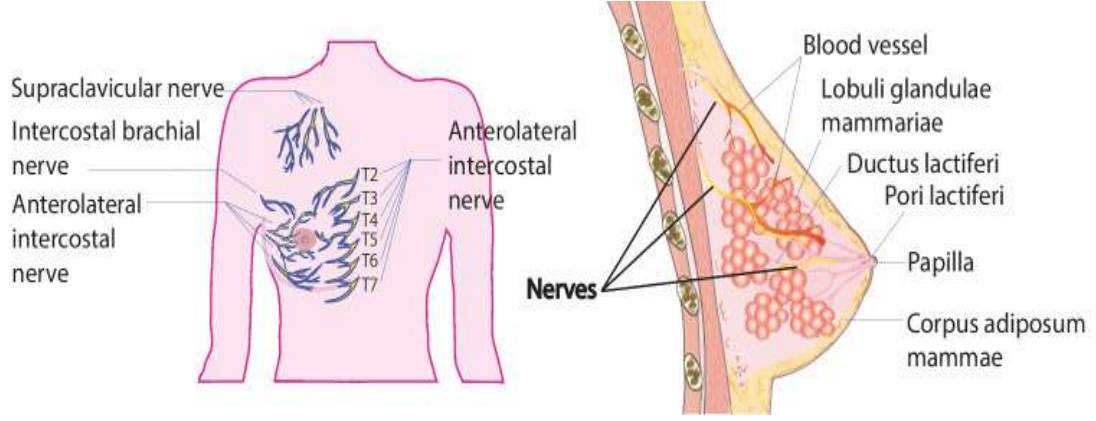
Memenin ana arteriyel kan desteği internal torasik arterden, ek arteriyel kan desteği ise interkostal ve lateral torasik arterlerden de sağlanır (Jesinger, 2014). Memede yer alan venler; interkostal, torasik internal ve aksiller venlerdir (Darendeliler ve Ağaoğlu, 2003). Memenin venöz yapısı ve lenfatik drenajı, genel itibarıyla arteriyel anatomiye takip eden bir düzen sergiler. Kan damarlarının en çok olduğu yer ise meme ucundadır (Şekil 2.3) (Jesinger, 2014).



Şekil 2.3: Kadın göğsündeki normal arter ve damarların çizimi (İç torasik damarlar ve lateral torasik damarlar baskın olarak görülmektedir)

Kaynak: (Jesinger, 2014)

Memede bulunan sempatik, parasempatik ve duyuşal sinirlerin farklı görevleri vardır. Sempatik sinirlerin meme kanserinin ilerlemesini teşvik edici etkileri vardır. Parasempatik sinirlerinin meme kanserinde tümör baskılayıcı etkileri vardır (Kamiya ve diğerleri, 2019). Duyuşal sinirler ise meme kanserine sebep olacak tümör oluşumunda ve metastazında rol oynar (Erin ve diğerleri, 2022). Memenin sinir ağı genellikle 4., 5. ve 6. interkostal sinirlerin ön ve yan deri dalları tarafından sağlanırken; 4. interkostal sinir dalları meme başını uyarmaktadır. Ek olarak, supraklaviküler sinirler ile 2., 3. ve 6. interkostal sinirlerin ön ve yan kutanöz dalları meme içi sinir ağını sağlamaktadır (Sarhadi ve diğerleri, 1997). Çoğu kutaneöz sinir, areola bölgesinden derin pleksusa doğru uzanır. Hangi kaburga arası sinirlerin meme içini innerve ettiği kişiden kişiyeye farklılık gösterebilir ve hatta aynı kişinin her iki memesinde bile değişebilir. Kadınlarda, genellikle 1. ve/veya 7. kaburga arası sinir dalları da meme innervasyonunu sağlar (Schlenz, 2000; Jaspars, 1997)(Şekil.2.4).



Şekil 2.4: Normal meme dokularındaki sinir sistemi (Memenin anatomisi ve içindeki sinir lifleri. T2-7,2. ila 7. torasik sinirleri belirtir; sarı, sinir lifleri; kırmızı, kan damarları)

Kaynak: (Cui, 2023)

2.1 Memenin Fonksiyonel Gelişimi

Memenin gelişimini ve fonksiyonunu etkileyen hormonlar östrojen, progesteron, prolaktin başta olmak üzere oksitosin, insülin, kortizol, tiroid hormonları ve büyüme hormonlarıdır. Kanserin büyük çoğunluğu hormon reseptörü pozitifdir. Özellikle %80'inde östrojen reseptörleri ve %65'inde progesteron reseptörleri bulunur. Östrojen, overlerden salgılanır ve genital organların ve memelerin olgunlaşmasını ve büyümesini başlatır. Meme dokusunda östrojen, periduktal yağ ve bağ dokusunun miktarını artırırken, duktal epitelin gelişimini artırır. Progesteron, glandüler büyümeyi destekleyerek alveollerin ve lobüllerin gelişimini artırır (Mertcan, 2018). Menopoz sürecinden sonra meme dokuları ciddi ölçüde etkilenir; dolaşımdaki östrojen seviyelerinin düşmesi nedeniyle glandüler doku atrofisi gelişerek yerini büyük ölçüde yağ dokusu alır. Meme dokuları hormon seviyelerindeki değişikliklere duyarlıdır (Khan ve diğerleri, 2023). Hipofiz bezinden salgılanmakta olan prolaktin, gebelikte annenin meme gelişimine etki ederken, doğumdan sonra ise süt üretimini sağlamaktadır (Buckley, 2015). Pankreastaki beta hücrelerinden salgılanan insülin ve böbrek üstü bezlerinden salgılanan kortizol ile meme dokusunda yağ asitlerinin sentezini artırarak laktasyonun başlamasını ve devamını sağlar (Witek ve Zielinski, 2013). Hipotalamustan salgılanmakta olan oksitosin, en güçlü galaktokinetik hormon olup psikolojik uyarılarla aktive olarak sütün glanddan salgılanmasında etkilidir (Uraş, 2017). Galaktopoez (yerleşik süt salınımının sürdürülmesi) için oksitosin dışında tiroid bezinden salgılanan tiroid hormonları (özellikle Tiroksin(T4) ve paratiroid hormon (PTH) varlığı da önemlidir

(Demir, 2021). Tiroid hormonları gebelik ve laktasyon döneminde prolaktine karşı epitelyal sekretuvar etkiyi artırır (Sabel, 2009). Hipotalamustan salgılanan büyüme hormonu ise mammoenez (meme gelişimi) için oldukça etkilidir (Demir, 2021). Pubertede duktal büyümeyi sağlarken, gebelik ve laktasyon döneminde ise laktasyonu uyarır ve meme epitelyal hücrelerinin etkinliği için gereklidir (Sabel, 2009).

2.3 Memenin Selim Oluşumları

Memenin selim (benign, iyi huylu) oluşumları kanser olmayan, sıklıkla kendi kendine kaybolabilen veya kolayca tedavi edilebilen değişimlerdir (ACS, 2023). Memenin benign değişiklikleri, üreme çağındaki kadınlarda daha yaygın olarak görülür ve en yüksek seviyeye 30 ila 50 yaşları arasında ulaşır (Baran, 2023). Meme hastalıkları kitle, ağrı, akıntı gibi semptomlarla ortaya çıkar, bazen semptomsuzdur ve görüntüleme sırasında tespit edilir. Benign lezyonlar, kanser teşhisini karmaşıklştırabilir (Ünal, 2001). İyi huylu meme oluşumlarının değişik türleri bulunmaktadır. Genel olarak iyi huylu olan meme oluşumları meydana getirdikleri hastalıklara göre üç tipe ayrılır (Çizelge.2.1).

2.3.1 Non Proliferatif oluşumlar

Non proliferatif kitleler kanserli olmayan normal hücrelere sahiptir. Bir kist (sıvı dolu kese) veya basit bir fibroadenom (katı, iyi tanımlanmış bir şişlik) olabilir. Bu kitlelerin birçoğu meme kanseri riskini arttırmamakta olup tedavi gerektirmeden ortadan kaybolur (ACS, 2023). Selim meme hastalıklarının %70'ini oluşturur. Selim meme hastalıkları içinde en sık görülen fibroadenomun insidansı %25'dir. Pik başlangıç yaşı 15 ile 35 yaş arasında değişmektedir (Stachs ve diğerleri, 2019). Kistler büyükse ya da şikâyete neden oluyorsa ultrasonla birlikte vakumlu biyopsi yöntemi veya cerrahi yöntemle alınabilir (Orr ve Kelley, 2016).

2.3.2 Atipi olmayan Proliferatif oluşumlar

Bu tip meme kitlesinde hücrelerin sayısı artış göstermekte olup ancak bunun dışında normaldir. Bu tür bir kitlenin mevcudiyeti, gelecekte meme kanseri riskini

minimal olarak artırır. Bu kitleler bazen büyüyüp büyümediğini kontrol etmek için sadece izlenebilirler ya da cerrahi olarak çıkarılabilirler (ACS, 2023).

2.3.3 Atipili proliferatif oluşumlar

Bu tip meme kitlesinde hücrelerin sayısı artış göstermekte olup normal değildir. Bu tür bir kitlenin mevcudiyeti, gelecekte meme kanseri riskini büyük ölçüde artırır. Anormal hücreleri ve etraflarındaki bölge cerrahi olarak çıkarılabilirler (ACS, 2023).

Çizelge 2.1: Benign Meme Hastalıkları Sınıflandırması

Non Proliferatif Meme Hastalıkları
Kistler, apokrin metaplazi
Duktal ektazi
Hafif duktal epitelyal hiperplazi
Kalsifikasyonlar
Fibroadenomlar ve ilişkili lezyonlar
Atipi olmayan Proliferatif Hastalıklar
Sklerozan Adenozis
Radyal ve kompleks sklerozan lezyonlar
Duktal epitelyal hiperplazi
İntraduktal papillomlar
Atipili Proliferatif Hastalıklar
Atipik lobüler hiperplazi
Atipik duktal hiperplazi

Kaynak: (Baran ve Yılmaz, 2023)

Selim huylu meme hastalıkları, sık görülen bozuklukların bir yelpazesidir. Hastalığın yönetimi, söz konusu olduğunda semptom kontrolünü, malign bir süreçten ayırt etmek için patolojiye ve görüntülemeye dayalı incelemeyi ve selim bozukluğa bağlı olarak artabilecek meme kanseri riskine sahip hastalara yönelik danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır (Orr ve Kelley,2016).

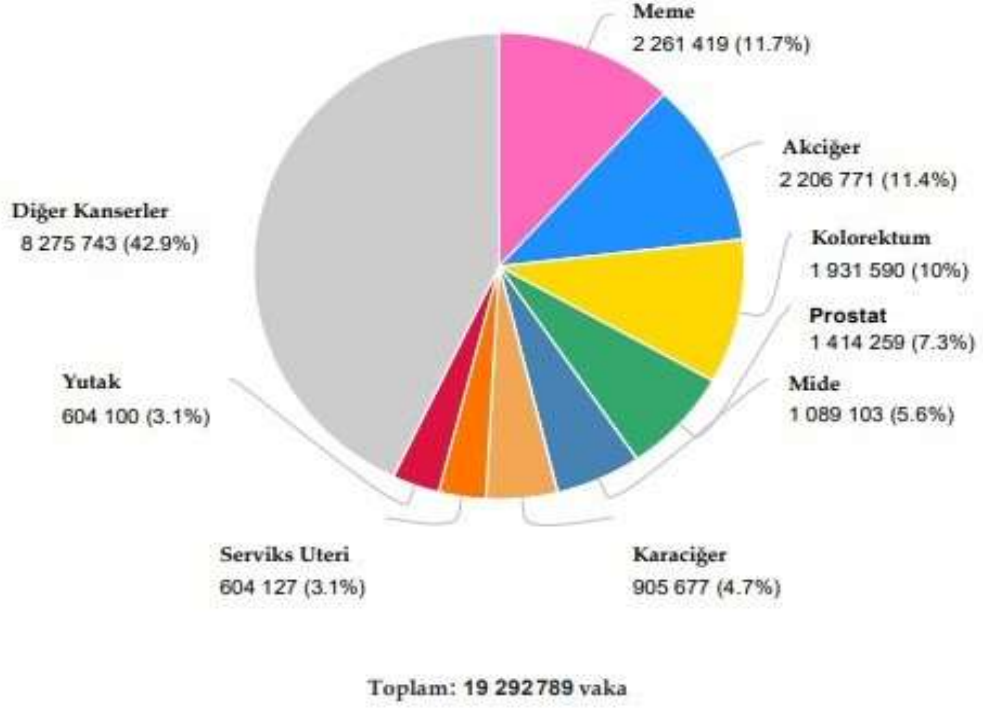
2.4 Meme Kanseri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanserin tanımını, hücrelerin kontrolsüz biçimde büyümesi ile karakterize bir hastalık olarak ifade etmektedir (WHO, 2018). Meme kanseri, bir veya her iki memede farklı lokasyonlarda başlayabilmektedir. Meme kanserinin en sık başladığı yerlerden biri süt kanallarıdır (ACS, 2021). Kadınlarda en yaygın ikinci kanser türü, cilt kanserinden sonra gelen meme kanseridir. En sık bilinen meme kanseri çeşidi, kanalların hücrelerinde kendini gösteren duktal

karsinomdur (National Cancer Institute, 2024). Sağlıklı meme dokusunun kanser hücresine dönüşümü, karmaşık ve çok aşamalı bir süreçtir. Öncelikle sağlıklı hücrelerde ortaya çıkan bazı değişiklikler, kanser hücrelerinin çoğalmasına yol açar. Bu değişiklikler arasında sinyal moleküllerinin ve transkripsiyon düzenleme mekanizmalarının bozulması, nükleer veya sitoplazmik onkogenlerin aktivasyonu, tümör baskılayıcı genlerin işlevlerinin baskılanması, reseptör mekanizmalarının bozulması ve büyüme faktörlerinin etkilenmesi yer alır. Bu değişiklikler, meme karsinogenezinde komşu dokulara metastaz yapabilen ve immün sistemin kontrolünden kaçabilen kolonların oluşumuna yol açar. Bu kolonlar, hücre proliferasyonunu uyaran doğal sinyallere yanıt verme yeteneğini kaybederek sürekli olarak çoğalmaya başlar. (Koçak ve diğerleri, 2011). Memedeki ortalama bir gramlık kanser dokusunun gelişiminin sekiz yıl sürdüğü öngörülmektedir (Aydınтуğ, 2004). Meme kanseri tanısı alan çoğu hastada, eğer erken bir aşamada kanser tespit edilirse ve hastalar doğru tedaviye ulaşabilirlerse, iyi bir prognoza sahip olduğu veya sağkalım olasılığının yükseleceği düşünülmektedir. Bu nedenle, sadece yüksek gelirli ülkelerde değil, tüm dünyada meme kanseri nedeniyle gelişen yüksek ölüm oranlarının düşürülebilmesi için etkin tarama programlarının ve yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulanabilirliğine yönelik projeler büyük önem taşımaktadır (IARC, 2023).

2.4.1 Meme kanseri epidemiyolojisi ve insidansı

2018'de Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), dünya genelinde yeni teşhis konulmuş kanserli hasta sayısının 18 milyon olduğunu ve 2040'ta bu sayının 29,5 milyona yükseleceğini öngörmüştür. Bu veriler, kanserli hasta sayısının arttığını göstermektedir. IARC tarafından yayımlanan 2020 Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN) verilerine göre, dünya genelinde ve bölgesel düzeyde kanser insidansı ve ölüm oranları incelendiğinde, dünya genelinde toplam yeni vaka sayısının 19,292,789 olduğu ve bunlardan 2,261,419'unun meme kanseri vakası olduğu görülmektedir (Şekil 5). En çok yeni vakanın Asya'da (özellikle Doğu Asya'da: 551636 kişi) ve en az yeni vakanın ise Avustralya ve Yeni Zelanda'da (23277 kişi) olduğu gözlemlenmektedir (GLOBOCAN, 2020)(Şekil 2.5).



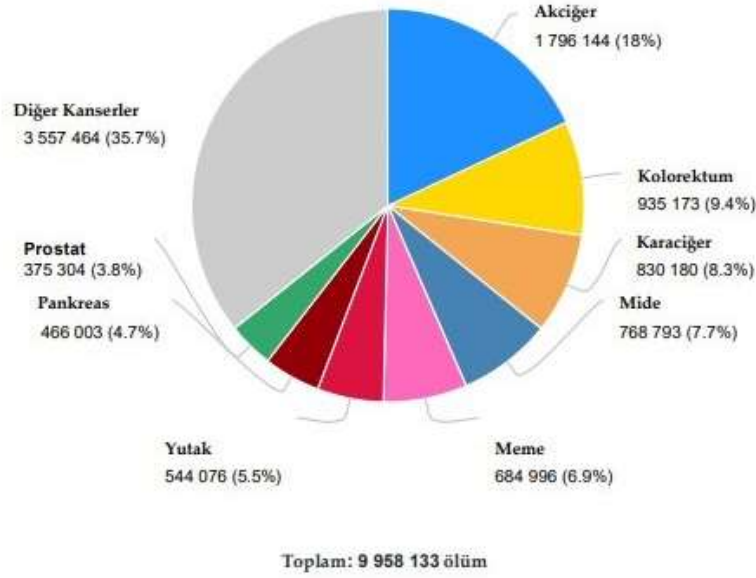
Şekil 2.5: Her iki cinsiyet ve her yaştan 2020'deki yeni vaka sayısı

Kaynak: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC - The International Agency for Research on Cancer) (GLOBOCAN, 2020)

Kanser vakaları ve akabindeki ölümlerin gerçekleşmesinde eşitsizlikler görülmektedir. Oluşan kanser yükünü eğitim, gelir, barınma, istihdam, cinsiyet, beslenme, kültür, etnik grup ve çevresel farklılıklar gibi sosyal ve ekonomik eşitsizlikler etkileyebilir (National Cancer Institute, 2024). Her iki cinsiyet ve her yaştan dünyada toplam 9958133 ölüm olmuştur. Sadece meme kanseri nedeniyle gerçekleşen ölüm sayısı 684996 kişidir (GLOBOCAN, 2020)(Şekil:6). Dünyada 30 ile 69 yaşları arasındaki tüm erken ölümlerin yaklaşık %30'unun nedeni kanserdir. Meme kanserinin pekçoğu kadınlarda görülür ve kadınlarda erkeklere göre vaka sayısı 100 kat daha fazladır (Siegel ve diğerleri, 2017). Erkeklerde meme kanserleri, tüm meme kanserlerinin nadir bir yüzdesini oluşturur, yaklaşık %1'lik bir orana sahiptir (White ve diğerleri, 2011; T.C Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020). Erkeklerde kanser teşhisi genellikle altmışlı yaşlarda konur ve kadınlardan daha geç olabilir (Nahleh ve diğerleri, 2007; T.C Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020).

Erkeklerde de meme kanserleri son 25 yılda %26 artış göstererek sıklığı gittikçe artmaktadır (Giordano ve diğerleri, 2004; T.C Sağlık Bakanlığı Meme

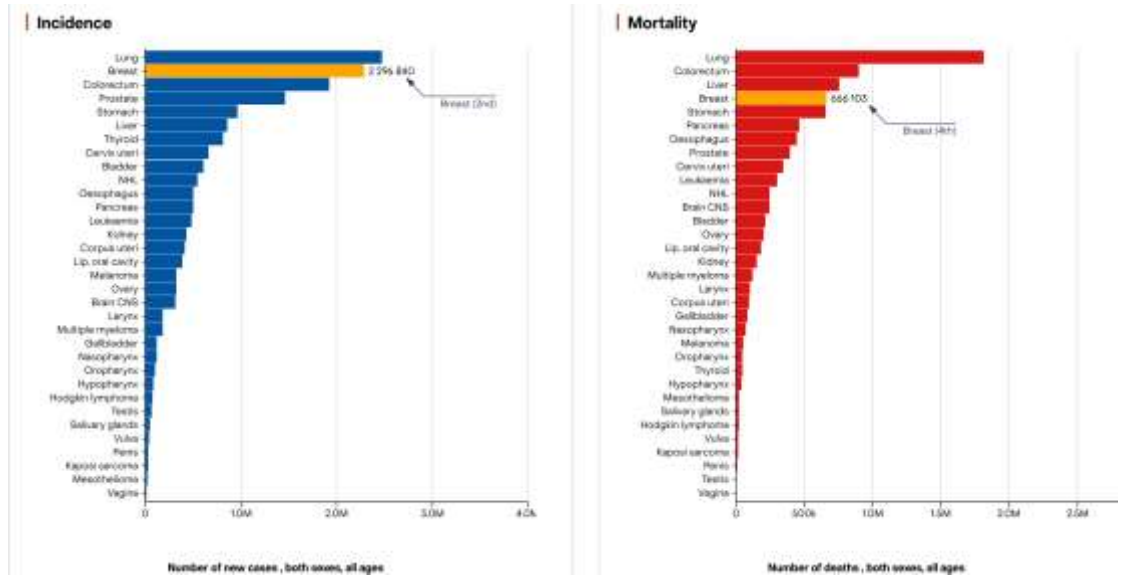
Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020). Dünya genelindeki kanser vakalarındaki en büyük artışın düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı öngörülmektedir (World Health Organization, 2022).



Şekil 2.6: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta 2020 Yılı Kansere Bağlı Ölüm Sayıları

Kaynak: (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC- The International Agency for Research on Cancer) (GLOBOCAN, 2020)

IARC'nin Küresel Kanser Gözlemevi (GLOBOCAN) son güncel 2022 verilerine göre, meme kanseri insidans vaka sayısı 2,296,840 (%46.8), mortalite sayısı ise 666,103 (%12.7) olarak tespit edilmiştir (GLOBOCAN, 2024) (Şekil; 2.7)

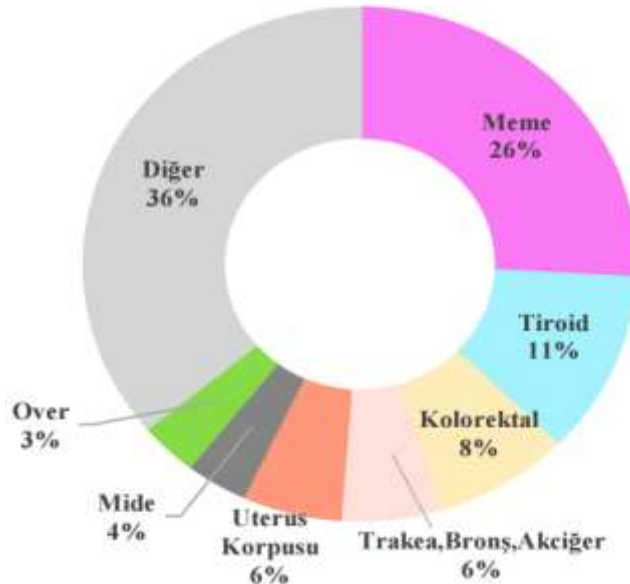


Şekil 2.7: Her İki Cinsiyet ve Her Yaşta 2022 yılı meme kanseri yeni vaka ve ölüm sayıları

Kaynak: (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC- The International Agency for Research on Cancer) (GLOBOCAN, 2024)

Türkiye'de, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan 2018 kanser istatistiklerine göre, tüm yaş gruplarında cinsiyete bağlı olarak en sık görülen kanser türünün %26 oranıyla meme kanseri olduğu bildirilmiştir (Şekil 2.8). Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve tanı konulan her dört kadın kanser vakasından birinin meme kanseri olduğu saptanmıştır. Meme kanseri evrelerine ilişkin veriler incelendiğinde, vakaların %48,2'sinin lokalize evrede tanı aldığı gözlemlenmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık Bakanlığı 2019 yılı sağlık istatistiklerine bakıldığında ise 100.000 kişide meme kanseri insidansı 46 olarak belirlenmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye'de meme kanseri verilerine göre, doğu bölgelerinde görülme oranı 20/100.000 iken, batı bölgelerinde bu oran 40-50/100.000 olarak belirlenmiştir.

Aradaki bu farkın nedeni Türkiye'nin batısındaki yaşam tarzının Avrupa'daki yaşam tarzıyla paralellik göstermesi ile açıklanabilir (Özmen, 2013). Meme kanseri görülme sıklığı, özellikle 45-54 yaş grubunda daha yüksek oranda gözlemlenmektedir. Meme kanseri bilgi düzeyi ile reproduktif özelliklerin ülke ve bölge gelişmişliğine göre farklılık göstermesi insidanstaki değişime neden olmaktadır (Dogan ve Toprak, 2014).



Şekil 2.8: Tüm Yaş Gruplarında Cinsiyete Göre En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, melanom olmayan deri kanserleri dahil)

Kaynak: (TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023).

2.4.2 Meme kanserinde etiyolojisi ve risk faktörleri

Meme kanserinin kesin nedeni belirlenememiş olmakla birlikte, kapsamlı araştırmalar, tanımlanan risk faktörlerine sahip kadınlarda kanser riskinin arttığını göstermektedir (Erkin ve Ardahan, 2014). Meme kanseri, birçok faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkan karmaşık bir hastalıktır. Genetik, hormonal, biyokimyasal, psikolojik ve çevresel etmenlerin hepsi riski artırabilir. Ancak, meme kanserine yakalanan kadınların çoğunda (%70), belirlenmiş bir risk faktörü tespit edilememektedir (Akyolcu, 2018). Meme kanseri gelişiminde etkili olan risk faktörleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki ana kategoriye ayrılabilir (Mertcan, 2018). (Çizelge 2.2). Meme kanserinde, aile öyküsü (%5-15), üreme geçmişi (%25) ve menstrüel döngü gibi değiştirilemeyen faktörlerin (%30-40) etkisi vardır. Beslenme alışkanlıkları (%30-35), fiziksel aktivite (%25-35), obezite ve psikososyal stres gibi değiştirilebilir faktörler de riski artırabilir (Açıkgöz ve Yıldız, 2017).

Çizelge 2.2: Meme Kanseri Gelişiminde Etkili Olan Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen/Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri
Cinsiyet	Reproduktif öykü
Yaş	Eksojen hormon kullanımı
Genetik faktörler	Emzirme
Ailesel meme kanseri öyküsü	Aşırı kilolu veya obez olma
Kişisel meme kanseri öyküsü	Sedanter yaşam
Etnik yapı ve ırk	Alkol ve sigara
Dens meme yapısı	Gece nöbeti
Bening meme hastalıkları	Eğitim ve sosyoekonomik düzey
Erken menarş/geç menopoz	Beslenme alışkanlığı
Radyasyona maruz kalma	
Dietilstilbestrol (DES) maruziyeti	

Kaynak: (Mertcan, 2018)

2.4.2.1 Değiştirilemeyen risk faktörleri

2.4.2.1.1 Cinsiyet

Meme kanserinin temel risk faktörü kadın olmaktır zira vakaların %99'u kadınlarda görülürken, erkeklerde sadece %1 oranında görülür. Erkeklerde ender görülen bir malignitedir. Meme kanseri, ailede meme kanseri öyküsü olan, hormonal

dengeşizliği olan ve radyasyona maruz kalan erişkin erkeklerde daha sık görülür (Gençay, 2007).

2.4.2.1.2 Yaş

Meme kanserinde cinsiyetten sonra bilindik en önemli risk faktörü yaştır (Thakur ve diğerleri, 2017). Meme kanseri görülme sıklığı yaş aldıkça önemli ölçüde artmakta, menopoz çağında zirveye ulaşmakta, daha sonra giderek azalmakta veya durağan kalmaktadır (Kim ve diğerleri, 2015). Bütün meme kanseri vakalarının tahmini %6,6'sı 40 yaşın altındaki kadınlarda, %2,4' 35 yaşın altındaki kadınlarda ve %0,65'i 30 yaşın altındaki kadınlarda teşhis edilmektedir. Yaşla ilgili olarak, genç kadınlardaki meme tümörleri tipik olarak büyük boyutlarda, ileri aşamalarda, lenf düğümlerinde yayılmış ve daha düşük sağ kalım oranlarıyla ilişkilendirilir (Anders ve diğerleri, 2009).

2.4.2.1.3 Genetik faktörler

Meme kanseri görülme sıklığına birtakım genetik faktörler etki sağlasa da kalıtsal meme kanseri vakalarının yaklaşık %40'ı dominant otozomal geçişle miras alınan 'Hereditör Meme-Over Kanseri Sendromu' (HBOC)ndan sorumlu tutulan BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonlar sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Cobain ve diğerleri, 2016; ACS, 2021). BRCA1 ve BRCA2 genleri, hücrelerde anormal büyümenin nlenmesine ve tümörlerin baskılanmasına yönelik görev üstlenen genlerdir. BRCA proteinlerinin herhangi birindeki inaktivasyon veya BRCA1 ve BRCA2 gen proteinlerindeki mutasyonların, genom koruyucu rolü olan proteinlerin ve tümör inhibe edici proteinlerin aktivasyonunu durdurması sonucunda hücrede tümör oluşumunu başlatmaktadır (Kaymakçı, 2014). Son tahminlere göre BRCA1 mutasyon taşıyıcılarının %55 ila 65'inin ve BRCA2 mutasyon taşıyıcılarının ise yaklaşık %45'inin 70 yaşına kadar meme kanseri oluşturabileceğini ileri sürmektedir (Antoniou ve diğerleri, 2003). HBOC sendromu dışında, TP53'e bağlı Li Fraumeni sendromu ve PTEN'e bağlı Cowden sendromu gibi genetik bozukluklar da bulunmaktadır (ACS, 2021). TP53, 17p13.1 konumunda bulunan bir tümör baskılayıcı gen olan tümör protein 53'tür. P53 proteini, yaşlanma, hücre döngüsü kontrolü, hücresel stresle mücadele gibi çeşitli görevlerle ilişkilendirilen bir transkripsiyon faktörüdür (Freed-Pastor ve Prives, 2012). TP53 mutasyon taşıyıcısının yaşam boyu kanser geliştirme olasılığı kadınlarda %100'e, erkeklerde

%75'e, yaklaşmaktadır (Guha ve Malkin, 2017). PTEN, tümör baskılayıcı bir gen olan Fosfotaz ve Tensin Homologudur. Hücre büyümesi, devamlılığı, yaşamı ve hücre göçü gibi çeşitli hücre işlevleri düzenler. PTEN, insan kanserinde TP53'ten sonra en sık mutasyona uğrayan ikinci gendir (Yin ve Shen, 2008). Diğer zayıf ilişkilendirilen genler arasında “ATM, CHECK2, CDH1 ve PALB2” bulunmaktadır (ACS, 2021).

2.4.2.1.4 Ailesel meme kanseri öyküsü

Ailede meme kanseri öyküsü,yapılan birçok çalışmalarda bahsi geçen önemli risk faktörlerinden biridir (Thakur ve diğerleri, 2017;, 2018). Meme kanseri teşhisi konmuş kadınlarda, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmayanların risk oranı %8-12 iken, birinci derece akrabalarında (anne, kız, kız kardeş) meme kanseri olanların risk oranı %13-15 olarak saptanmıştır. Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda, akraba sayısı arttıkça riskin 1,5 ile 4 kat arasında artış gösterdiği bildirilmiştir. Ayrıca, birinci derece akrabalarda meme kanseri sıklığının yüksek olması, tanının 40 yaş altı bir dönemde konulması veya iki memede birden kanser bulunması durumlarında riskin önemli ölçüde yükseldiği belirtilmektedir (Shiyanbola ve ark., 2017; Balcı, 2017). Ailesel kanser riskleri, gen tanımlanmasına ve klinik genetik danışmanlık hizmetlerine yol gösterici olmuştur. Bu amaçla ulusal veya bölgesel olarak kullanılan aile veri tabanları İzlanda İsveç ve Utah'ta faaliyet göstermektedir (Amundadottir ve diğerleri, 2004).

2.4.2.1.5 Kişisel meme kanseri öyküsü

Yaşamın herhangi döneminde kişisel meme kanseri öyküsünün varlığı, aynı meme içinde veya diğer memede kanser oluşma riski artırır. Genellikle düşük olan bu risk, meme kanseri tanısı konulan genç kadınlarda daha yüksek olarak gözlemlenmiştir (ACS, 2021).

2.4.2.1.6 Etnik yapı ve ırk

Gelişmiş ülkelerde meme kanserinin görülme sıklığı tahmin edilenden daha yüksek olmasına karşın, az gelişmiş ülke ve bölgelerde ölüm oranları daha yüksek görülmektedir (Ghoncheh ve diğerleri, 2015). Meme kanseri görülme oranı etnik yapı ve ırka göre büyük farklılıklar göstermektedir. Son yıllarda meme kanserinden dolayı gerçekleşen ölüm oranı beyaz popülasyonda erken tanıya ve daha etkili

tedavilere verilen önemin artması sebebiyle azalmıştır (Yedjou ve diğerleri, 2019). Bu durum siyah popülasyonda beyaz kadınlara kıyasla %41 daha yüksektir. Siyah kadınlar incelendiğinde en sık tanı konulan kanserlerin oranı %32 ile meme, %11'i akciğer ve %9'u kolorektum olmuştur (Giaquinto ve diğerleri, 2022). Meme kanseri olup hayatta kalma oranları en yüksek olanlar ise Japon ve Çinli kadınlardır (American Cancer Society, 2015).

2.4.2.1.7 Dens meme yapısı

Sağlıklı meme dokusu, fibröz doku, glandüler doku ve yağ dokusundan oluşur. Memelerin, en çok fibröz ve glandüler dokuya sahipken en az yağ dokusuna sahip olması dens meme yapısı olarak tanımlanır (ACS, 2021). Mamografik olarak meme dokusu yoğunluğu artmış kadınlarda, meme kanseri gelişme riski bir ila altı kat arasında artmaktadır (Bodewes ve diğerleri, 2022).

2.4.2.1.8 Bening meme hastalıkları

İyi huylu (kansersiz olmayan) meme rahatsızlıkları yaygın bir şekilde çoğu kadında görülür. İyi huylu meme rahatsızlıkları meme kanserlerinin tersine yaşamı tehdit edici değildir. Ancak bazı türlerinin ileri zamanlarda meme kanserine yakalanma riskinin daha yüksek olmasıyla ilişkilidir (ACS, 2024). Memede benign bir yapı bulunması, kanser riskini 2-6 kat artırırken, atipik hiperplazi varlığı bu riski 4-5 kat artırmaktadır (Bayram, 2012).

2.4.2.1.9 Erken menarş/geç menopoz

12 yaşından önce regl olmaya başlamak (erken menarş) ve 55 yaşından sonra menopoza girmek (geç menopoz) östrojen hormonuna maruz kalınan süreyi arttırmaktadır. Vücuttan salgılanan östrojene maruziyet süresi uzadıkça meme kanserine yakalanma riski o denli artmaktadır (Karaman, 2019; ACS, 2021; Şentüre, 2017). Menarş yaşının bir yıl geç olması meme kanseri riskini %20 azaltırken menopozun her bir yıllık geç olması ise meme kanseri riskini %3 arttırmaktadır. Ayrıca menstruasyon başlama süresinin beklenenden daha erken düzene girmesi de meme kanseri riskini arttırmaktadır (Bayram, 2012; Gürdil, 2014).

2.4.2.1.10 Radyasyona maruz kalma

Meme kanserinde iyonlaştırıcı radyasyon (IR) risk faktörlerinden biridir. Yapılan deneysel ve epidemiyolojik çalışmalar, meme bezinin radyasyona karşı yüksek duyarlılığını göstermiştir (Bazyka ve diğerleri, 2023). Orta ila yüksek doz radyoterapinin meme kanserine yakalanma riskini arttığı bilinmektedir (John ve diğerleri, 2007). Güneşten gelen ultraviyole radyasyonuna maruz kalmak, meme kanserine yakalanma riskiyle negatif ilişkilidir (Li ve Ma, 2020).

2.4.2.1.11 Dietilstilbestrol (DES) maruziyeti

1971 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde 'biyolojik saatli bomba' olarak bilinen DES'in hamile kadınlara düşükleri önlemek için reçete edilen, oral kullanımı olan ve sonrasında yasaklanan aktif sentetik östrojen olduğu bilinmektedir (Al Jishi ve Sergi, 2017). Yapılan çalışmalarda DES'e maruz kalan annelerde ve sahip olduğu çocuklarında (DES-kızları ve DES-oğulları) uzun vadeli etkileri kayıt altına alınmıştır. DES kullanan kadınlarda olumsuz gebelik sonuçları, infertilite (kısırlık), kanser ve erken menopoz saptanmış olup ve bunların çocuklarında ve sonraki nesillerinde birtakım istenmeyen olaylar görülmüştür. Hamileliklerinde DES kullanan annelerin, kızlarında 40 yaş sonrası meme kanseri görülme sıklığının iki kat arttığı belirtilmiştir (Al Jishi ve Sergi, 2017).

2.4.2.2 Değiştirilebilen /Yaşam tarzı ilişkili risk faktörleri

2.4.2.2.1 Reprodüktif öykü

Uzun süre östrojen hormonlarına (estron (E1), estradiol (E2), ve estriol (E3)) maruz kalmak, meme kanseri riskini artırmaktadır. Erken adet görme, geç menopoza girme ve sık hamile kalma gibi durumlar da bu riski artırır. Artan adet siklusları, proliferen olan duktal dokuda DNA hasarını artırarak, meme kanserine yol açabilecek mutasyon riskini yükseltir (McPherson ve diğerleri, 2000).

2.4.2.2.2 Eksojen hormon kullanımı

Oral kontraseptif kullanımı sonrasında gelişebilecek meme kanseri riski ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermekte olup; hormon kullanımının riskte artışa neden olabileceğini gösteren çalışmalar yanında bazı çalışmalar ise böyle bir ilişkinin saptanmadığı sonucuna varmışlardır (Chiang ve diğerleri, 2019;

Akyolcu, 2018; Açıkgöz ve Yıldız, 2017). Ancak, özellikle 30 yaş öncesinde oral kontraseptif kullanan ve güçlü bir aile öyküsü bulunan kadınlarda meme kanseri riskinin artabileceği öne sürülmektedir (Akyolcu, 2018). Yapılan bir çalışmada da sadece kombine preparatlar veya östrojen içeren preparatlar kullanan kadınlarda kullanım süresine ve doza bağlı olarak meme kanseri riskini artırdığı görülmüştür (Chiang ve diğerleri, 2019).

2.4.2.2.3 Emzirme

Anneler hayatları boyunca bebeklerini ne kadar uzun süre emzirirlerse meme kanseri riskinde o denli azalma olmaktadır. Özellikle 12 ay veya daha uzun süre emzirmeye bağlı meme kanseri riskinin sürekli olarak azaldığı görülmektedir (Abraham ve diğerleri, 2023). Emzirmeye bağlı gelişen koruyucu etki sayesinde meme hücresi bölünmelerinin sayıca azalmasına ve meme hücrelerinin farklılaşmasına yol açan ve böylece kansere neden olabilecek genetik mutasyonların olasılığını azaltan birtakım hormonal değişiklikler olmaktadır. Ayrıca emzirme sadece anne için önemli olmayıp, çocuğunda daha sonraki yaşamında uzun süreli koruma sağlayarak meme kanserine yakalanma riskini azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar, bireylerin bebeklik döneminde emzirilme süresinin uzun olmasının, yetişkinlikte meme kanserine yakalanma riskinin o kadar düşük olduğu sonucuna varmıştır (Do Carmo França ve diğerleri, 2012).

2.4.2.2.4 Aşırı Kilolu veya Obez Olma

Bir kadının overleri menopozdan önce östrojenin çoğunu üretmektedir. Menopozdan sonra ise (overler östrojen üretmeyi bıraktığında), östrojenin çoğu vücuttaki yağ dokusundan gelmektedir. Menopoz dönemine girdikten sonra yağ dokusunun daha fazla olması, östrojen düzeylerini yükseltebilmekte ve akabinde meme kanserine yakalanma olasılığını artırabilmektedir. Bazı araştırmalar menopoz döneminden önce aşırı kiloya sahip olmanın daha az görülen üçlü negatif meme kanseri riskini artırabileceğini göstermiştir. Menopoz döneminden sonra ise aşırı kilolu olmanın, hormon reseptörü pozitif meme kanseri riskinin artırabileceğini göstermiştir (ACS (2022)). Bir meta-analiz çalışmasında, vücut kitle indeksindeki 5 kg/m² artışının meme kanseri riskini %18 oranında artırabileceği belirtilmiştir (Renehan ve diğerleri, 2008).

2.4.2.2.5 Sedanter Yaşam

Fiziksel aktivite ile kanser riskinin azaltılması arasında direkt bir ilişki olmamasına rağmen, çok az fiziksel aktivite olması ya da hareketsiz bir yaşam olması metabolik hormonlarda bazı farklılıklara yol açabilmektedir. Bu tip durumlarda vücutta oksidatif stres ve inflamasyon artmakta, kadınların menopoz döngüleri etkilenmekte ve olası meme kanserinin başlaması kolaylaşmaktadır. Bu bulgular ışığında mevcut incelemeler, günlük yaşamda yapılacak fiziksel aktivite çalışmalarının meme kanseri riskini azaltmak ve sonuçları iyileştirmek için önemli olduğunu vurgulamaktadır (Jia ve diğerleri, 2022; Hong ve Lee, 2020).

2.4.2.2.6 Alkol ve sigara

Alkol kullanımı, östradiol serum düzeylerini artırmaktadır. Yapılan bir çalışmada alkol tüketim süresinin ve miktarının, meme kanserine yakalanma riskindeki artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Orta düzeyde alkol kullanımının (günde 1-2 kadeh), meme kanseri insidansında %30-50 oranında bir artışa neden olduğu gösterilmiştir (Terry ve diğerleri, 2006).

Sigara kullanımı ve meme kanseri arasındaki ilişki ise netlik kazanmamıştır (Ban ve Godellas, 2014). Sigara tüketiminin kanserojen-antiöstrojenik ikili etkisi sebebiyle meme kanseri riski üzerindeki rolü, hala tartışılmaktadır. Bir çalışmada, genç kadınlarda kullanılan tütünün kanserojen etkisi nedeniyle menopoz öncesi dönemde meme kanseri riskinde hafif bir artış görülmüştür. Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda ise riskin azalmasının tütünün antiöstrojenik etkileriyle uyumlu olduğunu göstermektedir (Peñalver-Argüeso ve diğerleri, 2023).

2.4.2.2.7 Gece nöbeti

Gece vardiyalı bir işte çalışmaktan dolayı ışığa maruz kalmak, onkostatik özellikleri olan gece hormonu olarak adlandırılan melatonin'i baskılaması sonucunda sirkadiyen ritmini olumsuz şekilde etkileyerek endokrin sistem bozukluklarına sebep olmaktadır. Bu etkinin, 20 yıldan fazla gece vardiyalı bir işte çalışmış olan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini artırdığı saptanmıştır (Hansen, 2017). 2010 yılında ve 2019'da yapılan bir inceleme sonucunda gece çalışması, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından insanlara özgü olası kanserojen faktör (Grup 2A) olarak sınıflandırılmıştır (IARC, 2020; IARC Monographs 2019).

2.4.2.2.8 Eğitim ve Sosyoekonomik düzey

Meme kanseri ve eğitim arasındaki ilişkiye bakıldığında, ilgili çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe meme kanseri riskinin yükseldiği saptanmıştır (Braaten 2004; Dong ve Qin, 2020). Sosyoekonomik seviyesi yüksek olan kadınlarda etkileyici derecede meme kanseri görülme sıklığı yükselmiş olmakla birlikte ölüm oranının ise düşük olduğu görülmüştür. Söz konusu durumlar yaşam tarzı faktörleri, üreme faktörleri ve tedavi faktörleri ile açıklanabilir (Lundqvist ve diğerleri, 2016). Sosyoekonomik seviyesi düşük olanlara bakıldığında; kötü prognoz ve daha agresif premenopozal meme kanseri insidansı arasında bağlantı olduğu bulunmuştur. Bu duruma sebep olabilecek değişkenin, kanser tanısının ilk evrelerde değil geç evrede konulmuş olması olabilir (Dreyer ve diğerleri, 2018).

2.4.2.2.9 Beslenme alışkanlığı

Yapılan araştırmalara göre, meme kanserine yakalanma ve yüksek yağlı beslenme alışkanlığı arasında tutarlı bir bağlantı bulunamamış olup ancak meme kanserine bağlı ölüm riski arasında olası bir bağlantı bulunmuştur. Dengeli ve sağlıklı beslenmede kırmızı ve işlenmiş etler açısından düşük olması, çoklu doymamış yağ ve doymuş yağ oranının düşük olması, süt ve süt ürünleri açısından yüksek olması, meyve ve sebzeler ile kalsiyum açısından zengin olması meme kanseri riskini azaltabileceği sonucuna varılmış olup bu konudaki araştırmalar sürmektedir. Bazı araştırmalar Asya ülkelerindeki kadınların, beslenme alışkanlıkları ile meme kanseri riskini azaltılması arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Bunun nedeni olarak, Asyalı kadınların Batılı kadınlara göre genellikle daha erken yaşta ve daha fazla soya ürünü yemesi olabileceğine vurgu yapmışlardır (ACS, 2021). Vücuttaki vitamin düzeyleri ile meme kanseri riskini azaltması arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir (ACS, 2021). Kahve tüketimi ile artan meme kanseri riski arasında herhangi bir korelasyon veya ilişki olmadığı belirlenmiştir (Farvid ve diğerleri, 2021; Sánchez-Quesada ve diğerleri, 2020).

2.4.3 Meme kanseri riskini belirleme ve değerlendirme

Meme kanseri riskinin belirlenmesi, uzun vadede kansere yakalanma oranı fazla olan sağlıklı kadınların belirlenmesi anlamına gelmektedir. Meme kanseri riskinin değerlendirilmesinde, bilinen risk faktörlerinin öncelikle detaylı bir şekilde incelenmesi gereklidir. BRCA 1/2 mutasyonu, lobüler karsinoma in situ (LKIS)

hikayesi, atipik hiperplazi durumu, meme veya over kanseri geçmişi olan birinci derece akrabasının varlığı ve önceden toraks bölgesine radyoterapi alınması gibi durumlar, yüksek risk grubunu oluşturur ve bu kadınlarda risk azaltıcı tedavilerin planlanması önemlidir. Risk faktörlerinin risk değerlendirme modelleri kapsamında değerlendirilmeleri uygun olacaktır (Özmen ve diğerleri, 2012). Risk değerlendirme modelleri, risk yönetim stratejilerini kişiselleştirerek yüksek riskli kadınlarda yaşam süresini artırmayı ve düşük riskli kadınlarda oluşabilecek olumsuz durumları ve ekonomik kayıpları azaltmayı amaçlar. Meme kanseri riskinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan Gail ve Claus modellerine, test sonuçlarının da dahil edilmesiyle birlikte, çeşitli risk değerlendirme yazılımları geliştirilmiştir. Bu yazılımlar arasında BRCA-PRO, TYRER-CUZICK MODEL/IBIS, BOIDICEA ve JONKER gibi paket programlar yer almaktadır (Çizelge 2.3). Bu modeller sayesinde, bireylerde kanser gelişme riski veya mutasyon varlığı riski hesaplanabilmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019).

Çizelge 2.3: Risk Değerlendirme Modelleri ve Bilinen Risk Faktörler

Değişken	Rölatif risk	Gail	Claus	BRCA-PRO	IBIS	BOIDICEA	JONKER
Kişisel Özellikler							
Yaş	30	+	+	+	+	+	+
Vücut kitle indeksi	2	-	-	-	+	-	-
Alkol alımı	1.24	-	-	-	-	-	-
Hormonal ve Retrodüktif Faktörler							
Menarş yaşı	2	+	-	-	+	-	-
İlk canlı doğum yaşı	3	+	-	-	+	-	-
Menopoz yaşı	4	-	-	-	+	-	-
Hormon replasman tedavisi kullanımı	2	-	-	-	+	-	-
Oral kontraseptif kullanımı	1.24	-	-	-	-	-	-
Emzirme	0.8	-	-	-	-	-	-
Plazma östrojen düzeyi	5	-	-	-	-	-	-
Kişisel Meme Hastalığı Öyküsü							
Meme biyopsileri	2	+	-	-	+	-	-
Atipik duktal hiperplazi	3	+	-	-	+	-	-
Lobuler karsinoma in situ	4	-	-	-	+	-	-
Meme yoğunluğu	6	-	-	-	-	-	-
Meme ve/veya Over Kanseri Aile Öyküsü							
Meme kanserli 1.derece akraba	3	+	+	+	+	+	+
Meme kanserli 2.derece akraba	1.5	-	+	+	+	+	+
Meme kanserli 3.derece akraba	1.3	-	-	-	-	+	-
Akrabada meme kanserinin görülme yaşı	3	-	+	+	+	+	+
Bilateral meme kanserli akraba	3	-	-	+	+	+	+
Akrabada over kanseri varlığı	1.5	-	-	+	+	+	+
Erkek meme kanseri	3-5	-	-	+	-	+	+

Kaynak: (Özmen ve diğerleri, 2012)

T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu: T.C. Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği ve Amerikan Kanser Derneği tarafından geliştirilen meme kanseri risk değerlendirme formunda; yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel

meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrüel geçmiş ve beden yapısı gibi faktörler yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000)(Çizelge 2.4).

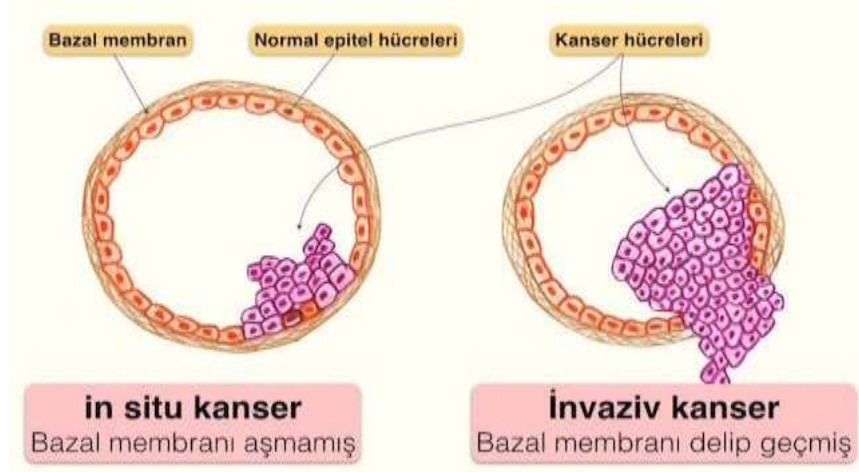
Çizelge 2.4: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu (Claus modeli)

Risk faktörü	Kategori	Puanlar
Sonuç		
Yaş	30 Yaş Altı	10
	30-40	30
	41-50	75
	51-60	100
	60 Yaş 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	Otuz yaş öncesi ilk doğum	0
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	25
	Çocuk yok	50
Menstrüel öykü	Menstrüasyon başlama yaşı 15 ve üstü	15
	Menstrüasyon başlama yaşı 12-14	25
	Menstrüasyon başlama yaşı 11 ve altı	50
Beden yapısı	Zayıf	15
	Orta	25
	Şişman	50
		Toplam puan
Puan	Kategori	
200 altı	Düşük risk	
201-300	Orta risk	
301-400	Yüksek risk	
400 ve üstü	En yüksek risk	

Kaynak: (Spence, 2000; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000)

2.4.4. Meme kanserinde histopatolojik sınıflandırma

Meme kanseri klinik davranış açısından oldukça heterojen özellik gösteren bir hastalık grubudur. Hücrelerin klinik seyirleri ve mikroskopik görünümleri açısından özel histolojik meme kanseri tiplerine ayrılmıştır (İlvan, 2006). Histopatolojik anlamda meme kanseri iki ana grupta incelenmektedir. Bunlar in-situ ve invaziv karsinom şeklindedir (Şekil 2.9.) Kanser, meme dokusunda süt kanalında başlayabilmektedir. Eğer sınırlı bir alanı etkiliyorsa ve diğer meme dokularına yayılmamışsa, bu durum "invaziv olmayan (in situ karsinom)" olarak adlandırılır. Ancak, malign hücreler sınırları aşarak kanalları ve lobülleri geçip meme dokusuna yayılıyorsa, bu durum "invaziv karsinom" olarak tanımlanır (ACS, 2021).



Şekil 2.9: İn Situ ve İnvaziv kanser

Kaynak: (Tarhan, 2024)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aracılığıyla 1982 yılında yayınlanmış olan meme tümörlerinin histolojik sınıflandırılması 2003 yılında yenilenmiştir (Çizelge 2.5) (Sinn ve Krepie, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2012 yılında son en güncel sınıflandırmayı yapmıştır. Bu sınıflandırmaya dayanarak bilhassa papiller ve nöroendokrin meme lezyonları hakkında ortak görüş kriterleri önerilmiştir. Papiller karsinom lezyonları ile ilgili olarak, kapsüllü bir papiller karsinomun duvarı etrafında miyoepitelyal hücrelerin yer almaması, minimal invazyon özelliği olan yavaş bir tümörün dikkate alınmasına rağmen, evreleme yapabilmek için in situ hastalık olarak tanımlanmaktadır. Solid papiller karsinomların pek çoğu in situ tümörler olarak sınıflandırmakla birlikte ancak desmoplastik stroma içinde düzenli olmayan tümör adacıkları mevcut olan lezyonların invazif olduğu akla gelmektedir. İnvaziv hastalık olarak daha ileri bir ayrıcalık olmaksızın katı papiller karsinom teşhisinin konulması önerilmemektedir. Memede invazif papiller karsinom varlığında diğer organlarda olabilecek metastatik papiller karsinom dışlanmalıdır. WHO 2012 yılında, nöroendokrin meme tümörleri ile ilgili olarak, bu grup tümörleri nöroendokrin farklılaşmalı invaziv meme karsinomu, iyi diferansiye nöroendokrin tümör ve küçük hücreli karsinom şeklinde sınıflandırır. Müsinöz karsinomun katı papiller karsinom ile hiperselülerin alt tiplerinde sıkça karşılaşıldığını kabul etmenin dışında, geleneksel invaziv meme karsinomlarında nöroendokrin değişikliklerini tanımlamanın klinik bir etkisi bulunmamaktadır (Tan ve diğerleri, 2015).

Çizelge 2.5: İnvaziv Meme Karsinomunun Histolojik Tipleri

İnvaziv olmayan kanser Lobüler karsinoma in situ Duktal karsinoma in situ	İnvaziv karsinomlar Tübüler karsinom İnvaziv kribriform karsinom İnvaziv lobiler karsinom Meduller karsinom
Müsin oluşturan karsinomlar Müsinöz karsinom Taşlı yüzük hücreli karsinom Müsinöz kistadeno karsinom Kolumnar hücreli müsinöz karsinom	Nöroendokrin karsinomlar Küçük hücreli karsinom Büyük hücreli karsinom Solid nöroendokrin karsinom Atipik karsinoid timör Apokrin karsinom İnvaziv papiller karsinom İnvaziv mikropapiller karsinom
Metaplastik karsinomlar Karışık epiteryal ve mezaşimal Pür epiteryal Lipitten zengin karsinom Asinik hücreli karsinom Glikojenden zengin, berrak hücreli karsinom Sekretuar karsinom Onkositik karsinom Sebase karsinom Adenoid kistik karsinom	

Kaynak: (Sinn ve Kreipe, 2013)

2.4.4.1 İnvaziv olmayan (in situ karsinom) meme kanserleri

2.4.4.1.1. Lobüler karsinoma in situ (LKIS)

Meme kanserlerinin öncüsü olan LKIS aynı zamanda risk faktörüdür. Tanı konulan bu grup hastalarda risk 9-10 kat artar. LKIS tanılı hastalarda %65 oranında invaziv duktal karsinom ile %25-35 oranında invaziv meme kanseri riski gelişebilmektedir. Klasik LKIS genellikle ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya başka bir nedene bağlı olarak yapılan cerrahi örnek incelenmesi sonucu tesadüfî olarak tanı almaktadır. Bundan dolayı gerçek insidansları net olarak bilinmemektedir. LKIS benign meme biyopsilerinin yaklaşık %2'sinde ve tüm meme biyopsilerinin %3'ünde tespit edilmektedir. Mamografi taramalarına verilen önemin artması ve şüpheli lezyonların biyopsi ile araştırılması sonucunda insidanslarında artış gözlenmektedir. Bu nedenle 50 yaş civarında taramaların yoğun olduğu dönemlerde sıklığı artmaktadır. LKIS hastaların %20-60'ında bilateral, %60-80'inde çok merkezlidir. Klasik LKIS'nin klinik muayene ve mamografi ile tespiti zordur. Pleomorfik (düzensiz ve değişik biçimde) LKIS ve santral nekrozlu LKIS

varyantları, genellikle pleomorfik kalsifikasyonlara ilişkili olmasını sebebiyle mamografide tespit edilme oranı daha yüksektir (Oktay, 2014).

2.4.4.1.2. Duktal karsinoma in situ (DKIS)

Günümüzde tespit edilen tüm meme kanseri vakalarının hemen hemen % 20 ila 33'ünü DKIS oluşturmaktadır (Chootipongchaivat ve diğerleri, 2020; Grimm ve diğerleri, 2022). DKIS, evre sıfır olarak kabul edilir ve "miyoepitelyal-bazal membranlarına etki etmeyen, memenin duktal-lobüler yapıları içerisinde bulunan hücrelerin neoplastik proliferasyonu" şeklinde tanımlanır (Chootipongchaivat ve diğerleri, 2020) DKIS düşük, orta ve yüksek dereceli olarak sınıflandırılmakta olup, yüksek derecelinin invazif meme kanserine doğru ilerleme ihtimali daha yüksektir (Grimm ve diğerleri, 2022). DKIS için sınıflandırmanın, histolojik yapısı, hücre polarizasyonu, hücre nekrozu ve nükleer grad özelliklerine göre yapılması tavsiye edilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2012)(Çizelge 2.6). Mamografide DKIS tipik olarak kalsifikasyonlar şeklinde ortaya çıkmaktadır (Barreau ve diğerleri, 2005).

Çizelge 2.6: Duktal Karsinoma İn Sitularda Nükleer Derecelendirme

Özellikler	Derece 1: (Düşük)	Derece 2: (Orta)	Derece 3: (Yüksek)
Pleomorfizm	Monoton, monomorfik	Orta Düzey	Belirgin
Boyut	Eritrosit ya da normal duktal epitelin 1.5-2 katı	Orta Düzey	Eritrosit ya da normal duktal epitelin > 2.5 katı
Kromatin	Genellikle diffuz ince dağılmış kromatin	Orta Düzey	Genellikle veziküler irregüler kromatin
Nükleol Belirginliği	Arasına	Orta Düzey	Belirgin sıklıkla birden fazla
Mitoz	Arasına	Orta Düzey	Sık görülebilir
Oryantasyon	Luminal boşluğa doğru polarize	Orta Düzey	Genellikle luminal boşluğa doğru polarize değildir

Kaynak: Collage of American Patologist, 2021

2.4.4.2 İnvaziv meme kanserleri

2.4.4.2.1 İnvaziv lobüler karsinom (İLK)

İLK, invaziv meme kanserlerinin %5-15'ini oluşturur ve diğerlerine nazaran daha sıklıkla multifokal ve bilateral olarak görülmektedir. Hormon replasman tedavisi (HRT) kullanan kadınlarda sık görülebilmektedir. Genellikle sert yapıda,

düzensiz ve sınırlı lezyonlardır. Tümör hücreleri küçük, dar sitoplazmalı, duktus hücrelerinin etrafında tek sıralı dizili görünüm meydana getirirler. Histolojik olarak klasik, solid, alveolar, tübülo alveolar, pleomorfik tipleri mevcut olup prognozu belirlemede önem arz etmektedir. Tübülo alveolar tip iyi prognozlu, solid ve pleomorfik tip ise kötü prognozludur. Gastro intestinal sistem, periton, over, uterus ve kemik metastazları sık görülmektedir (İlvan, 2006).

2.4.4.2.2 İnvaziv duktal karsinom (İDK)

Histopatolojik tipler arasında en fazla ve en kötü prognoza sahip olanıdır (Sayek, 2013). İnvaziv tümörlerin %70-%80'ini oluşturur. Tümör çevresinde oluşan desmoplastik reaksiyon nedeniyle sert kitleler halinde palpe edilebilmektedir. Bu reaksiyon bağlı olarak oluşan örüntülenme mamografik sonuçlara katkı sağlar. Tümör hücreleri iyi diferansiye(farklılaşma) ve sınırları belirsiz olup lenfovasküler invazyon odakları gözlemlenebilir. Tümörün bu özelliklere sahip olması kötü sitoloji ve metastaz riskinin artabileceği olarak yorumlanır. İDK'lerin çoğunda östrojen reseptörü (%70-80), progesteron reseptörü (%60-70) ve epidermal büyüme faktörü reseptörü olan HER-2/neu (%15-30) pozitifdir. Bu reseptörler tümörün anti-hormonal tedaviye veya kemoterapiye olan yanıtını belirlemede kilit öneme sahiptir. Bu tür tümörler genellikle perimenopozal dönemde belirsiz sınırlara sahip tek bir kitle olarak gözlemlenir (İlvan, 2006; Sayek, 2013).

2.4.5 Meme kanserinde evreleme

Meme kanseri tanısı konmuş hastalar için klinik olarak evreleme yapılması, tedaviye başlamadan önce rehberlik sağlar. 1959'da American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından oluşturulan TNM (Tümör, Nodül, Metastaz) evrelemesi, hastalığın seyrini belirlemek ve tedavi planlamak için kullanılır. 2018'de AJCC'nin yayımladığı 8. versiyonda, TNM evrelemesi iki kısımda değerlendirilir: anatomik ve prognostik.

T: Primer invaziv tümör boyutunu ifade eder. Fiziksel muayene veya görüntüleme testlerinde (MR, ultrason veya mamografi) tespit edilen tümör boyutuna dayanır.

N: Lenf nodu tutulumunu ifade eder. Bölgesel lenf bezlerindeki tutulumu gösterir

M: Uzak metastazların varlığını işaret eder. (Çizelge 2.7)(Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020).

Çizelge 2.7: TNM Evrelemesi

Timör Evresi (T)	
Tx	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör bulgusu yok
Tis	DKIS ya da meme başının DKIS ile ilişkili Paget hastalığı
T1	Timörün en büyük çapı ≤ 20 mm T1a Tümörün en büyük çapı > 1 mm fakat ≤ 5 mm T1b Tümörün en büyük çapı > 5 mm fakat ≤ 10 mm T1c Tümörün en büyük çapı > 10 mm fakat ≤ 20 mm
T2	Tümör çapı > 20 mm, ≤ 50 mm
T3	Tümör çapı > 50 mm
T4	Göğüs duvarı ve/veya cilt (ülserasyon veya cilt nodülleri) tutulumu*
	T4a: Göğüs duvarı tutulumu
	T4b: Ciltte ülserasyon, satellit nodüler veya ödem mevcut ('peau d'orange' dahil)
	T4c: T4a+T4b
	T4d: İnflamatuvar meme karsinomu
Lenf Nodu Evresi (N)	
Nx	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor (önceden çıkarılmış ya da fizik muayene bilgisi yok)
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1	Aksillar lenf nod (lar) metastazı var cN1mi-Mikrometastaz var ($> 0,2$ mm, $< 2,0$ mm)
N2	Klinik olarak fikse veya konglomere aksillar lenf nodu metastazı veya ipsilateral internal mammarian lenf nodlarında klinik olarak metastaz var N2a: Birbirine veya diğer yapılara fikse, konglomere veya yapışık aksillar lenf nodu metastazı var N2b: Klinik olarak sadece ipsilateral internal mammarian lenf nodlarında metastaz var
N3	İnfraklavikular lenf nod(lar)'a metastaz veya klinik olarak aksillar lenf nodu metastazı ile birlikte ipsilateral internal mammarian nod(lar)'da klinik olarak saptanmış metastaz veya aksiller veya supraklavikular nod(lar)'a metastaz N3a: İpsilateral infraklavikular lenf nod(lar)'a metastaz N3b: İpsilateral internal mammarian ve aksiller lenf nod(lar)'a metastaz N3c: İpsilateral supraklavikular nod(lar)'a metastaz
Uzak Metastaz (M)	
M0	Uzak metastazın klinik veya radyolojik kanıtı yok
cM0 (i+)	Sadece kan dolaşımı, kemik iliği veya bölgesel olmayan lenf nodlarında 0.2 mm'den daha büyük olmayan moleküler depozitler veya mikroskopik tümör hücreleri var
M1	Klinik veya radyolojik yöntemlerle belirlenmiş uzak metastazlar var

*Pektoral kas invazyonu ve tek başına dermis invazyonu T4 olarak tanımlanamaz

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020

Çizelge 2.8: Klinik Anatomik Evreleme

Evre	TNM
Evre 0	Tis N0M0
Evre 1A	T1N0M0
Evre 1B	T0-1 NmicM0
Evre 2A	T0-1N1M0 ya da T2N0M0
Evre 2B	T2N1M0 ya da T3N0M0
Evre 3A	T0-2N2M0 ya da T3N1-2M0
Evre 3B	T4N0-2M0
Evre 3C	T1-4N3M0
Evre 4	T1-4N0-3M1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020

Meme kanserinde anatomik evrelemenin esasını görüntüleme yöntemleri oluşturmaktadır. AJCC 8. baskı evreleme sisteminde dört kategoriden oluşan anatomik TNM sınıflandırmasının ilk kategorisinde, klinik muayene, tanısal görüntüleme ve tedaviden önce alınan aspirasyon ya da çekirdek biyopsi örneklerine dayalı olarak "c" ön ekiyle ifade edilen klinik bulgular elde edilmeye çalışılır. İkinci kategori, sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) örnekleri de dahil olmak üzere cerrahi numunelere dayalı olarak "p" ön ekiyle ifade edilen patolojik evrelemedir. Üçüncü kategori, "yp" ön ekiyle ifade edilen tedavi sonrası evrelemedir. Son kategori olan yeniden evreleme, tümörün tekrarlanmış olduğu durumlarda uygulanır (Teichgraeber ve diğerleri, 2021)(Çizelge 2.8).

Prognostik (klinik ve patolojik) evreleme ise anatomik aşamayı ve dereceyi, biyobelirteçleri ve multigen panellerini içermektedir. Prognostik evreleme sistemi hastaların uygun sistemik tedavi, hormonal tedavi ve kemoterapi aldığını varsaymaktadır (Teichgraeber ve diğerleri, 2021) (Çizelge 2.9).

Çizelge 2.9: Meme Kanseri Patolojik Evreleme

Primer Tümör (pT)	
pTX	Primer tümör değerlendirilemiyor
pT0	Primer tümör kanıtı yok
pTis(DKİS)	Duktal Karsinoma İn Situ
pTis(Paget)	İnvaziv Karsinom ve/veya DKİS+Paget
pT1	En büyük boyutu ≤ 20 mm olan tümör pT1mi: En büyük boyutu ≤ 1 mm olan tümör pT1a: En büyük boyutu > 1 mm ≤ 5 mm olan tümör pT1b: En büyük boyutu > 5 mm ≤ 10 mm olan tümör pT1c: En büyük boyutu > 10 mm ≤ 20 mm olan tümör

Çizelge 2.9: (Devamı) Meme Kanseri Patolojik Evreleme

Primer Tümör (pT)	
pT2	En büyük boyutu $> 20 \text{ mm} \leq 50 \text{ mm}$ olan tümör
pT3	En büyük boyutu $> 50 \text{ mm}$ olan tümör
pT4	Göğüs duvarına ve/veya deriye yayılan herhangi boyutlu tümör pT4a: Göğüs duvarına yayılım, göğüs duvarına invazyon olmadan pektoralis kasına invazyon ya da yapışıklıklar pT4b: Deride inflamatuvar karsinom kriterlerini karşılamayan, ülserasyon ve/veya ipsilateral makroskobik satellit nodül ve/veya ödem (portakal kabuğu görünümü dahil) pT4c: pT4a ve pT4b kriterleri birlikte olduğunda pT4d: İnflamatuvar Karsinom (İK)
Bölgesel Lenf Nodülü (pN)	
pNx	Bölgesel lenf nodülü değerlendirilemiyor
pN0	Bölgesel lenf nodülü metastazı saptanmadı ya da izole tümör hücreleri pN0(i+): Sadece izole tümör hücreleri olan lenf nodülü var pN0(mol+): RT-PCR ile pozitif bulgu veren izole tümör hücresi saptanmayan durum
pN1	pN1mi: Mikrometastaz içeren lenf nodülü veya nodülleri var pN1a: 1-3 aksiller lenf nodülünde metastaz var, en az 1 tanesi makrometastaz ($> 2 \text{ mm}$) pN1b: İpsilateral internal mammarian lenf nodülünde metastaz var pN1c: pN1a ve pN1b beraber
pN2	pN2a: 4-9 aksiller lenf nodülünde metastaz (en az 1 tümör depoziti $> 2 \text{ mm}$ olmalı) pN2b: İnternal mammarian lenf nodülünde metastazı
pN3	pN3a: 10 veya daha fazla aksillar lenf nodunda metastaz pN3b: pN3a+ pN2b varlığında (internal mammarian lenf nodu) pN3c: İpsilateral subraklavikular lenf nodüllerine metastaz
Uzak Metastaz	
pM1	Histolojik olarak kanıtlanan $> 2 \text{ mm}$ olan uzak metastazlar

Kaynak: Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020

2.4.6 Meme kanserinde belirti ve bulguları

Belirtiler hastalığın ilerlemesiyle bireye özgü olarak değişmektedir. Bu nedenle kadınlara memelerinin normal yapısını incelemeleri ve tanımları, oluşan değişiklikleri bilmeleri tavsiye edilmektedir (Parlar ve diğerleri, 2005; ACS, 2022). Yapılan bir çalışmaya göre memede ele gelen kitle olması meme kanserinde ilk belirti olurken meme görünümünde farklılık olması ikinci sırada görülen belirti olarak tespit edilmiştir (Gürel, 2022).

Genel olarak bazı belirtiler şu şekildedir:

- Meme veya meme ucunda yeni bir kitle veya şişlik
- Ciltte portakal kabuğu görünümüne benzeyen çukurluklar

- Meme veya meme ucunda ağrı
- Meme ucunun içe doğru çekilmesi
- Kırmızı, kuru, pullu veya kalınlaşmış meme ucu veya göğüs derisi
- Meme ucundan sıvı gelmesi (süt dışında)
- Koltuk altında veya köprücük kemiği yakınında şişmiş lenf düğümleri (ACS, 2022).

2.4.6.1 Yeni bir şişlik veya kitle

Meme kanserinde ele gelen yumru şeklinde kitlenin olması en sık görülen belirtilerdendir. Kadınların yaklaşık %70'inde görülmekte olan bu kitleler düzensiz kenarlara sahip, ağrısız ve sert yapıdadır. KKMM veya KMM ile 1 santimetreden büyük olanlar saptanabilir. Aksilla alanında görülen kitleler ise çoğunlukla ileri evre meme kanseri olduğunu göstermektedir (ACS, 2022; Soyak, 2019).

2.4.6.2 Cilt çukurlaşması

Memenin dış tabakası, portakal kabuğuna benzer bir dokuyla belirginleşebilmektedir. Bu durum genellikle "peau d'orange" olarak adlandırılan çukurlu veya çukurlu bir görünümle kendini gösterebilir. Meme dokusuna yerleşmiş kitledeki kanser hücreleri, lenf damarlarına kadar ulaşmaktadır. Bunun sonucunda enflamasyona bağlı olarak lenf dolaşımını olumsuz etki ederek bozmakta ve ciltte sınırlı alanlarda çukurlaşmaya sebep olmaktadır (Cancer Treatment Centers of America, 2022).

2.4.6.3 Meme veya meme ucu ağrısı

Meme ağrısı (mastalji) kadınların %50'sinden fazlasının yaşamlarının bir döneminde yaşadığı bir durumdur. Mastaljinin %66'sı doğrudan hastanın adet döngüsüyle ilişkili olup nadiren malignite ile ilişkilidir (Scurr ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmalara göre meme kanseri çoğunlukla döngüsel (kadınlarda adet döneminden 1 ila 2 hafta önce beliren ve adet başlanmasıyla birlikte hafifleyen ağrı tipi) meme ağrısına neden olmaz (Noroozian ve diğerleri, 2015) Döngüsel olmayan mastalji (yaygın ve adet dönemiyle alakalı olmayan ağrı tipi) durumunda seyrek olsa da altta oluşabilecek malignite şüphesi nedeniyle tanısal görüntüleme yapılmalıdır (Groen ve diğerleri, 2017; Salzman ve diğerleri, 2019).

2.4.6.4 Meme ucunun geri çekilmesi (içe doğru dönmesi)

Meme içinde gelişen özellikle malign kitleler Cooper bağlarını infiltre ederek mevcut bağların boyunu kısaltır. Bu kısaltmalar sonucunda deriyi kitleye doğru çekerek retraksiyona sebep olurlar. Areola bölgesi arkasındaki kitlelerin fibrozisi sonucunda meme başında da retraksiyon gelişebilir. Retraksiyon gelişmesi kitlenin kanser olma ihtimalini yükseltir. Retraksiyon kanserin erken evrelerinde hasta kollarını başından yükseğe doğru kaldırdığında ya da öne doğru eğildiğinde tespit edilebilirken, ileri evrelerde otururken ya da yatarken de kendini gösterebilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2012).

2.4.6.5 Kırmızı, kuru, pullanan veya kalınlaşmış meme ucu veya göğüs derisi

Kanserin ileri evrelerinde, tümör hücreleri ilk olarak derin fasyaya ve ardından göğüs duvarına yayıldığında, deride eritem ve ülserasyon gelişebilir (Boğa, 2010). Meme kanserinde eritem oluşması iki sebepten kaynaklanmaktadır. Bunlarda ilki kanserli kitlenin meme derisine doğru yol aldıkça venöz farklılıklara neden olarak deride eritem meydana getirmesidir. Bu tarz eritem kitlenin hemen üzerinde olup küçük bir alan ile sınırlıdır. Bu sınırlı alandaki ilerleme zamanla deriyi etkileyebilir; öncelikle beslenme bozukluğuna yol açabilir ve ardından ülserasyon gelişebilir. İkinci sebep olarak inflamatuvar meme kanseri belirtisi olan eritemdir. Bu tipte geniş alanda ve yaygın bir eritem mevcut olup meme derisi parlak ve gergindir. Bu olumsuz durumlar sebebiyle meme dokusu içerisinde bulunan kitleyi palpe etmekpek kolay olmayabilir. Bu tip inflamatuvar meme kanserine bağlı eritem, inflamasyonla çok benzeşmekte olup apseye de ayırt etmek güçleşebilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2012).

2.4.6.6 Meme ucu akıntısı (anne sütü dışında)

Emzirme dışında, meme başı akıntısı meme kanserinin %10 oranında ilk belirtisi olabilir. Kanser kaynaklı meme başı akıntısı genellikle spontan ve tek taraflıdır. Akıntının yapısı kanlı, seröz veya seröz-kanlı olabilir. Bu akıntının bir kısmı meme kanseriyle ilişkilendirilse de diğer bir kısmı “duktal ektazi ve intraduktal papillom” gibi durumlardan kaynaklanabilir (Sayek, 2013).

2.4.6.7 Aksillar veya klavikula yakınındaki şişmiş lenf düğümleri

İleri evre meme kanserindeki tümörlü hücreler, koltuk altındaki lenf düğümlerine ve klavikulaya yayılım göstererek lenf nodüllerini kapatması sonucu şişliğe sebep olmaktadır. Sebebi belli olmayan ateş, kilo kaybı ve ağrısız kitleler tablosuyla kendini göstermektedir (Aslaner, 2019).

2.4.7 Meme kanseri tanı yöntemleri

Meme kanserinin çağdaş tanısı, klinik ve radyolojik değerlendirmeye dayanmakta olup patolojik değerlendirme (biyopsi onayı) ile desteklenmektedir (Phi ve diğerleri, 2018).

2.4.7.1 Klinik değerlendirme

2.4.7.1.1 Anamnez (öykü)

Meme muayenesi, detaylı bir anamnez ile başlar. Yaş, meme kanseri için temel risk faktörüdür ve tanısal kriterler yaşa göre değişiklik gösterir. Hastanın tüm vücut yakınmaları ve tıbbi geçmişi de sorgulanmalıdır. İyi bir hasta öyküsü, belirtilerin nedenlerini anlamamıza ve önemli fiziksel bulguları önceden tespit etmemize yardımcı olur. Hasta öyküsü esnasında var olan mevcut hastalıkları, kullanmış olduğu ilaçlar, alerjik durumu, aile anamnezi ve bilinen risk faktörlerine sahip olup olmadığı bilgisi edinilmelidir. Ailede meme kanserine sahip biri varsa, yakınlık derecesi ve tanı yaşı belirlenmelidir. Kişinin jinekolojik geçmişi, gebelikler, alkol-sigara kullanımı, meme biyopsisi sonuçları, boy-kilo ölçümleri kaydedilerek vücut kitle indeksi hesaplanır (Niell ve diğerleri, 2017; T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).

2.4.7.1.2 Fizik muayene

Meme muayenesi, her iki meme, aksilla, infraklaviküler ve supraklaviküler bölgelerin değerlendirilmesiyle yapılır. Hasta iyi ışıklandırılmış bir odada, memedeki şikâyeti olmayan tarafla başlanarak muayene edilir. Muayene sonrası görüntüleme tetkikleri ve gerekliyse biyopsi önerilir. Muayene, önce inspeksiyon ile başlar; hastanın belden yukarısının açık olması ve ayakta, otururken, yatarken olmak üzere üç pozisyonda yapılması gerekir. Ayakta muayenede hastanın kolları sarkıtılmış ve vücuda paralel şekilde hekimle karşı karşıya durur. Memelerin alt kadrantlarının daha

iyi görünür hale gelebilmesini sağlamak için hastanın kollarını başının üzerine kaldırması istenir. Hasta ellerini beline koyup pektoral (göğüs üstündeki) kaslarını gerdiğinde, memedeki retraksiyon alanları ortaya çıkar. Memeler, inspeksiyon sırasında meme kanseri belirtileri açısından değerlendirilir. Periferden (dış kısımdan) merkeze yani meme başına doğru hafifçe bastırılarak akıntının olup olmadığı incelenir. Hasta oturur pozisyonda bimanuel palpasyon yapılır; bir el memeyi desteklerken diğer elin parmak uçları memeye dönük olarak kullanılır. Meme dokusu iki parmak arasında kısıtıldığında yalancı kitle hissiyatı olabilir. Meme kuyruğuna yakın kitleler ve bölgesel lenf nodları muayene edilir. Aksilla, infraklaviküler, supraklaviküler ve servikal lenf nodları da değerlendirilir. Muayene sırasında, muayene yapılacak taraftaki el veya kol diğer el tarafından tutulur ve yük doktorun eline verilerek palpasyon yapılır. Ele gelen lenf nodlarının büyüklüğü, şekli, sertliği, sayısı, hassasiyeti ve hareketliliği not edilmelidir. Hasta sırt üstü yatar pozisyonda, sırtının altına yastık yerleştirilir ve elleri başının üzerine kaldırılır. Bu pozisyon, meme dokusunun pektoral kas üzerine yayılmasını sağlayarak muayeneyi kolaylaştırır. İlk önce yüzeysel olarak sonra biraz daha aşağıya doğru inerek derin dokulara doğru palpasyon uygulanır. Muayene sırasında tespit edilen patolojik bulgular ve tüm kitleler kaydedilmelidir. Meme kitlelerinin hangi kadrana yerleştiği ve meme başına olan uzaklığı kaydedilir. Gerekirse areola başlangıç noktası alınarak saat yönüyle lokalizasyon belirtilir. Kitlelerin tahmini boyutu, kıvamı (yumuşak veya sert), çevre dokulara olan hareketliliği (mobil veya sabit) gibi detaylar da not edilmelidir (Niell ve diğerleri, 2017; T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).

2.4.7.2 Radyolojik tanı yöntemleri

Günümüzde en fazla kullanılmakta olan meme görüntüleme teknikleri arasında mamografi , ultrasonografi ve meme MRG'ı bulunmaktadır. Tomografi (BT) taramaları, pozitron emisyon tomografisi (PET) ya da kemik taramaları gibi diğer testler bazı durumlarda meme kanserinin yayılım gösterip göstermediğini tespit etmeye yardımcı olması amacıyla yapılabilir (ACS, 2021).

2.4.7.2.1 Mamografi (mamogram)

Mamografiler, belirtisi olmayan kadınlarda veya kanserden kaynaklanabilecek belirtileri olan kadınlarda tarama testi olarak meme kanserine

yakalanıp yakalanmadığını araştırmak amacıyla kullanılmaktadır. Mamografi cihazları memelerdeki kitle, kalsifikasyon, asimetri ve bozulma gibi farklılıkları ve anormallikleri erken dönemde tespit edebilmektedir. Normal olmayan bir alanın kanserleşip kanserleşmediğini kesin olarak söyleyemezler, ancak sağlık hizmeti sunucularının daha fazla test ya da girişimsel işlemlerin gerekli olup olmadığına karar vermesi aşamasında ışık tutmaktadır (ACS, 2022). Mamografilerin yaydığı radyasyon az miktarda olmakla beraber faydaları radyasyona maruziyetin olası tehlikelerinden daha ağır basmaktadır (ACS, 2022). Günümüzde kullanılan mamografi cihazlarının çeşitleri Tanısal Mamografi/Geleneksel (MG), Dijital Mamografi (DM), Digital Mamografi Tomosentez (DMT)'dir (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).



şekil 2.10: Mamografi çekim cihazı

Kaynak: (National Cancer Institute, 2024)

2.4.7.2.2 Ultrasonografi (USG)

Ultrason görüntülemesi, meme kanseri teşhisi ve tespiti amacıyla yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Guo ve diğerleri, 2018). Ayrıca koltuk altında bulunan lenf düğümlerini inceleyerek meme kanserinin evrelendirilmesinde de önemli görevleri vardır (Trepanier ve diğerleri, 2023). Özellikle riski yüksek olan ve şikâyet belirten 40 yař altı kadınlarda erken teşhiş için ilk sečenek olarak kullanılmasına rağmen rutin tarama için uygun bir yöntem olmamaktadır. Mamografide belirsiz bulgusu olan, yoğun bez parankimine sahip olan ve şüpheli klinik sergileyen vakalarda kullanımı uygun bir yöntemdir (Guo ve diğerleri, 2018).

2.4.7.2.3 Manyetik rezonans (MR)

Meme kanserinden şüphe duyulduğu durumlarda genellikle ilk olarak görüntüleme tekniklerinden olan mamografi ve meme ultrasonu kullanılır. Ancak bu testlerin sonuçları kesin tanıya götürmüyorsa tamamlayıcı olarak MR yapılabilir. MR görüntülemesi tek başına bir tarama testi değildir (ACS, 2022). MR takibi için genetik olarak yüksek riskli olanların, genç yaşta göğüs radyasyonuna maruz kalmış olanların ve hesap edilen yaşam boyu riski %20 ya da daha fazla olan kadınların 25-30 yaşlarından itibaren yaptırılmaları önerilmektedir. Yıllık ek meme MR taraması, biyopsi sırasında atipik hücreler bulunan, 50 yaşından önce meme kanseri teşhisi konan, kişisel öyküsü olan, diğer risk faktörleri taşıyan ve yoğun meme dokusuna sahip kadınlara önerilmektedir (Monticciolo ve diğerleri, 2018).

2.4.7.3 Patolojik değerlendirme

2.4.7.3.1 İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)

İİAB, genellikle memenin ele gelen ve gelmeyen lezyonlarında kullanılan bir yöntemdir. Fakat düşük dereceli maligniteler, invaziv maligniteler ve in situ karsinomlar arasında tanı koyma konusunda yetersiz kalmıştır. İşlem sonrası gelişebilecek komplikasyon oranı düşük olmakla birlikte enfeksiyon, hematom ve nadiren pnömotoraks (özellikle koltuk altı lenf nodu biyopsisinden sonra) gelişebilmektedir (Mitra ve Dey, 2016).

2.4.7.3.2 Kalın iğne aspirasyon biyopsisi (Kor biyopsi/ Tru-Cut)

Meme cerrahisi öncesi sistemik tedavi planlanıyorsa biyo-belirteçleri değerlendirmek ve invaziv hastalığın tanısı için kalın iğne biyopsi (kor biyopsi) önerilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020). Tanı doğruluğu ve duyarlılık kalsifikasyonlara kıyasla kitlelerde daha yüksektir. Tümör evresini belirler. Kor biyopsi uygulaması cerrahi biyopsi uygulamasına alternatif kabul edilir (Utkan, 2018).

2.4.7.3.3 Vakum Aspirasyon biyopsi (VAP)

VAP biyopsi işlemi, lokal anestezi eşliğinde küçük bir cilt insizyonu ile yapılabilmektedir. Vakum sistemli iğnenin memeye yerleştirilmesinden sonra lezyon

içinde 360 derece tur yapabilecek şekilde saat yönünde veya saat tersi yönünde yavaşça döndürülmesiyle ardışık bir şekilde doku örnekleme yapılabilmektedir (Özmen ve diğerleri, 2012).

2.4.7.3.4 Cerrahi (İnsizyonel ve eksizyonel) biyopsi

2 tip cerrahi biyopsi vardır. İnsizyonel biyopsi şüpheli alanın yalnızca bir kısmını çıkarılır. Günümüzde pek tercih edilmeyen bir biyopsi yöntemidir (ACS, 2022).

Eksizyonel biyopsi şüpheli lezyonun tamamı çıkarılır. Bu tarz biyopsideki asıl amaç; kitleye histopatolojik tanı koydurulmasını sağlayacak dokunun alınması olmasına karşın ikincil amaç dokunun tamamen alınması ile cerrahi tedavinin oluşturulmasıdır. Cerrahi biyopsi sonrasında iz kalabilir. Ayrıca çıkan meme dokusunun miktarına bağlı olarak memenin mevcut şeklinde bir farklılık gözlemlenebilir (ACS, 2022; Utkan, 2018).

2.4.8 Meme kanserinde tarama yöntemleri

Meme kanserinde tarama yapmanın amacı, belirtiler kendini göstermeden önce kanseri erken evrede saptamaktır. Amerikan Kanser Derneği, ortalama ve yüksek meme kanseri riski taşıyan kadınlar için tarama kılavuzları sunmaktadır. Bu kılavuzlar, farklı risk profillerine sahip bireylerin meme kanseri taraması için önerilen yöntemleri ve zamanlamaları detaylı bir şekilde açıklamaktadır (ACS, 2023). Ülkemizde ise meme kanseri taramaları, “Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM)” vasıtasıyla ücret talep edilmeden sunulmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). 20 yaşından sonra KMM ve KKMM, 40 yaşından sonra mamografi, meme kanseri taraması için önemlidir (Şekil 2.11) (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).



Şekil 2.11: Türkiye Kanser Kontrol Programı

Kaynak: Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021

2.4.8.1 Kendi kendine meme muayenesi (KKMM)

İnvaziv olmayan, zaman kaybı olmadan yapılabilen basit, düşük teknolojiyle uygulanabilen ve kadınlara öğretilmesi kolay olan bir yöntemdir (Asiri ve Rashad, 2019). KKMM, menopoz öncesi dönemde her ay adet döngüsünün 5-7. gününde, menopoz sonrasında ise aylık belirlenen bir günde yapılmalıdır (Utkan, 2018). Muayene iki farklı şekilde gerçekleştirilir; ayakta ayna karşısında gözle kontrol ve yatarak elle yapılan muayenedir (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).

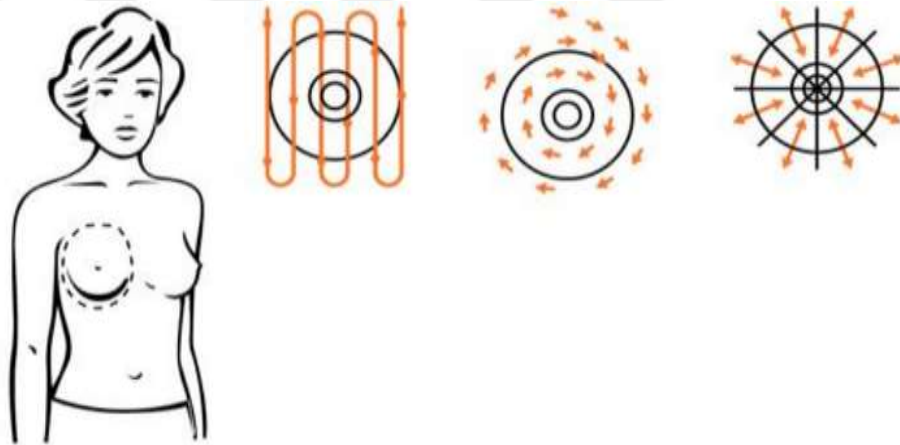
2.4.8.1.1 Memenin inspeksiyon yöntemi ile muayenesi

İnspeksiyon yöntemi ile muayene KKMM'nin ilk basamağını kapsamaktadır. Doğru bir değerlendirme için, iyi aydınlatılmış bir alanda, ayna önünde belin üst kısmı çıplak olacak şekilde yapılmalıdır (Oladimeji ve diğerleri, 2015). Muayene başlangıcında ilk olarak ayna karşısında kollar aşağıya doğru indirilerek memelerin büyüklüğü, şekli, meme derisinde çukurlaşma, meme başında içe çekilme ve renk değişikliğinin mevcut olup olmadığı gözlemlenmelidir. İkinci aşama olarak kollar baş üstünden yukarıya doğru kaldırılarak memelerin şekil ve büyüklük açısından değerlendirilmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020).

2.4.8.1.2 Yatarak palpasyon yöntemi

Memenin palpasyon yöntemi ile muayene KKMM'nin ikinci aşamasını kapsamaktadır (Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi. 2020). Bu aşamada ilk olarak sırtüstü yatar pozisyonda iken işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımlarını kullanarak göğüs kemiğinin orta hattından başlayarak koltuk altının orta hattına kadar, yukarıda köprücük kemiğinin olduğu bölgeden başlayarak memenin birkaç santimetre alt kısmına kadar olan bölgenin değerlendirilmesini içermektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020; Türkiye Halk Sağlığı Meme Kanseri Taramaları, 2018).

Meme muayenesi dikey ve dairesel çizgiler halinde, ışın tarzında ve tekerlek şeklinde uygulanmaktadır (Şekil 12).



Şekil 2.12: Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Taranma Yöntemleri

Kaynak: Meme Sağlığı Derneği, 2016

2.4.8.2 Klinik meme muayenesi (KMM)

Ülkemizde 40 yaşın altı meme kanseri tanısı alan hastaların oranı yaklaşık %20'dir. Bu nedenle, 20 yaşında başlayarak, KMM'ni yılda bir kez düzenli şekilde yapmak gereklidir. Doktor tarafından yapılan muayene, meme sorunu yaşayan veya riski fazla olan kadınlar için belirlenen bu aralığı değiştirebilir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, genel cerrahi uzmanı ve aile hekimi, klinik değerlendirmeyi gerçekleştirebilir (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021).

2.4.8.3 Mamografi

Mamografi tarama için alternatifi olmayan temel bir yöntemdir (Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021). Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği mamografi protokolü, iki yılda bir olmak üzere 40-69 yaş grubundaki kadınlara uygulanır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2023). Sağlık Bakanlığı mamografi taraması için en uygun zamanın menstrual kanamanın bitiminden hemen sonraki ilk hafta yapılmasını tavsiye etmektedir. Bu hafta göğüslerin hassasiyeti en düşük seviyededir, bu nedenle mamografi tarama testi en iyi sonuçlarını vermektedir (Halk Sağlığı Yönetim Sistemi, 2024).

2.4.9 Meme kanseri tedavisi

Meme kanseri tedavisini American Kanser Topluluğu (ACS) 3 ana başlıkta kategorize etmiştir (Çizelge 2.10.)

Çizelge 2.10: Meme Kanseri Tedavisi

Yerel tedaviler	Sistemik tedaviler	Ortak tedavi yaklaşımları
Meme kanseri cerrahisi	Kemoterapi	Aşamalarına göre tedavi
Meme kanseri radyasyonu	Hormon tedavisi	Üçlü negatif meme kanseri tedavisi
	Hedefe yönelik ilaç tedavisi	İnflamatuvar meme kanseri tedavisi
	İmmünoterapi	Hamilelikte meme kanseri tedavisi

Kaynak: ACS, 2024

2.4.9.1 Yerel Tedaviler

2.4.9.1.1 Meme kanseri cerrahisi

Meme kanseri cerrahisinde iki tür ameliyat bulunmaktadır:

2.4.9.1.1.1 Meme koruyucu cerrahi

Kanserli dokuların yanı sıra komşuluğundaki bazı normal dokuları da alabilmek için uygulanan ameliyattır. Kanser hücresi saptanan memeden ne kadarının alınacağı konusu tümörün büyüklüğüne, nerede olduğuna ve diğer faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bu ameliyat türü ayrıca lumpektomi, kadrantektomi, segmental mastektomi ve kısmi mastektomi şeklinde de tanımlanabilmektedir. Meme koruyucu cerrahisinde kadının memesinin büyük bir

kısının korunması avantajdır. Bu ameliyatın dezavantajı ise genellikle radyasyon tedavisine ihtiyaç duyulmasıdır (ACS, 2024)

2.4.9.1.1.2 Mastektomi

Çoğunlukla meme dokusunun tamamı ile bazen de komşuluğundaki diğer dokuların da dahil edilerek çıkarıldığı bir ameliyattır (ACS, 2024). Mastektomi operasyonları, mevcut kriterlerin değerlendirilmesine dayanarak radikal, modifiye radikal, meme dokusu koruyucu ve deri koruyucu yöntemlerle gerçekleştirilir (Dönmez ve diğerleri, 2019).

2.4.9.1.2 Meme kanseri radyasyonu

Radyasyon tedavisi, yüksek enerjili ışınlar veya parçacıklar ile kanser hücrelerini yok etmek amacıyla uygulanan tedavidir. Meme kanserinin evresi ve diğer faktörlerin değerlendirmesine bağlı olarak radyasyon tedavisi kullanılabilir. Özellikle kanserli doku 5 cm'den büyükse, kanser vücudun birçok lenf düğümünü, omurilik, beyin ve kemikler gibi hayati bölgelerine yayılım göstermişse, geçirilmiş meme kanserinden sonra kanserin aynı memede veya yakınındaki lenf düğümlerinde tekrarlama olasılığı varsa uygulanmaktadır. Meme kanserini tedavi etmek için kullanılacak başlıca radyasyon tedavisi türleri dış ışın radyasyon tedavisi ve Brakiterapidir (ACS, 2024).

2.4.9.2 Sistemik tedaviler

2.4.9.2.1 Kemoterapi

Kemoterapide amaç, proliferasyonun kontrol altına alınmasını sağlamak ve kanserli hücreleri yok etmektir. Kemoterapide kullanılan kemoterapötikler oral, intravenöz, subkutan, intratekal ve intramüsküler yol kullanılarak verilebilir (Amjad ve ark, 2022). Kemoterapinin önerilebileceği durumlar ameliyattan sonra (adjuvan kemoterapi) ve ameliyattan önce (neoadjuvan kemoterapi) şeklinde olabilir (ACS, 2024).

2.4.9.2.2 Hormon tedavisi

Hormon tedavisinin, östrojen ve/veya progesteron reseptörleri ile epidermal büyüme faktörü reseptörü (HER2) pozitif olan hastalarda kitlenin boyutunu, lenf nodu tutulumunu, hastanın yaşından bağımsız olarak sistemik veya bölgesel nüks

durumunu azalttığını göstermektedir. Bu nedenle hormon reseptörleri pozitif olan hastalara hormon tedavisi tavsiye edilmektedir (Altu, 2021).

2.4.9.2.3 Hedefe yönelik ilaç tedavisi

Hedefe yönelik ilaç tedavisinde, meme tümörlerinin büyümesine ve yayılmasına yardımcı olan moleküllere müdahale etmek için tasarlanmış ilaçlar kullanılır. Hedefe yönelik ilaç tedavisinin amacı kanser hücrelerini yok etmek veya büyümelerini yavaşlatmaktır (ACS, 2024)

2.4.9.2.4 İmmünoterapi

İmmünoterapi meme tümörlerini daha aktif olarak yok etmek için vücut direncini destekleyerek bireyin immün sistemindeki hücrelerin kullanılması esasına dayanmaktadır (Abbott ve Ustoyev, 2019).

2.4.10 Meme kanserinden korunma

2.4.10.1 Birincil (Primer) korunma

Bu korunma yöntemlerinin hedefi, kişiye sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturabilmek için meme kanserinin oluşumunda etkili olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktır (Altu, 2021). Birincil korunma yöntemleri arasında sağlıklı bir kiloda kalmak için spor yapma, sağlıklı ve dengeli beslenme, alkolden kaçınma, laktasyonu sağlama, gelişi güzel hormon ilaçları kullanılmaması ve radyasyon maruziyetinden korunma gibi birtakım önlemler hakkında bilgi edinimi yer almaktadır (ACS, 2024).

2.4.10.2 İkincil korunma

İkincil korunma yöntemlerinin amacı, görülebilecek belirti ve bulgular doğrultusunda erken tanı ve tarama programlarını içine alan uygulamaların arttırılmasını sağlamaktır. KKMM, KMM ve mamografi gibi tarama yöntemleri ile olası tümörlü yapının başlangıç evresinde tespit edilerek morbidite ve mortalite oranlarının en aza indirilmesi, kişinin yaşam kalitesini ve süresini arttırmayı amaçlamaktadır (Kolak ve diğerleri, 2017).

2.4.10.3 Üçüncül korunma

Üçüncül korunma yöntemleri, hastalığın tedavisine ek olarak, hastalıkla ilgili bilgilendirme, psikolojik destek, fiziksel iyileşme ve olası yan etkileri önlenmesi gibi tıbbi ve sosyal iyileştirmeleri içerir. Bu hizmetlerin sunulmasıyla yaşam kalitesinin en üst seviyeye çıkarılması hedeflenmektedir (Tesser ve Norman, 2016).

2.4.10.4 Dördüncül koruma

Dördüncül koruma yöntemlerinin amacı, tıbbi girişimler esnasında ve sonrasında gelişebilecek zararların önlenmesini, azaltmasını ya da hafifletilmesini sağlamaktır. Hem hastalar hem de sağlık ekibi için güvenilir bir tıp kanıtı doğrultusunda yaşam kalitesini artıracak iyi bir bakımın geliştirilmesine dayanmaktadır (Wagner, 2015).

2.4.10.5 Meme kanserinden korunma ve erken tanıda hemşirenin rolü

Meme kanseri, kadınlarda en yaygın görülen kanser türlerinden biridir. Bu nedenle, toplumsal farkındalığı artırmak için ebe, hemşire ve diğer sağlık uzmanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Meme kanserinden korunma yolları, erken tanı, tarama uygulamaları, tedavi uygulamaları ile nitelikli bakım girişimlerinde ve sağlık eğitimi etkinliklerinde oldukça etkindir. Bu etkinliklerdeki güncel bilgi ve gelişmeleri takip ederek bunların sahada uygulamaya dönüştürülmesi, risklerin olabildiğince minimuma indirilmesi, sağlıklı ve daha uzun bir yaşam açısından oldukça önem arz etmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). Birinci basamakta hizmet sunan ebe ve hemşireler KKMM konusunda hastaları teşvik edici yaklaşım sergilemelidir. Toplum sağlığı merkezleri meme kanserine dikkat çekmek ve farkındalığı artırmak amacıyla toplumun farklı kesimlerindeki kadınlara ulaşarak tanıtıcı eğitimler organize etmelidirler. İkinci ve üçüncü basamakta hizmet sunan sağlık çalışanları mutlaka risk grubunda olabilecek hastaları belirleyip meme kanseri taramaları açısından uygun ilgili birimlere müracat etmeleri konusunda teşvik etmelidir (Köksal, 2022).

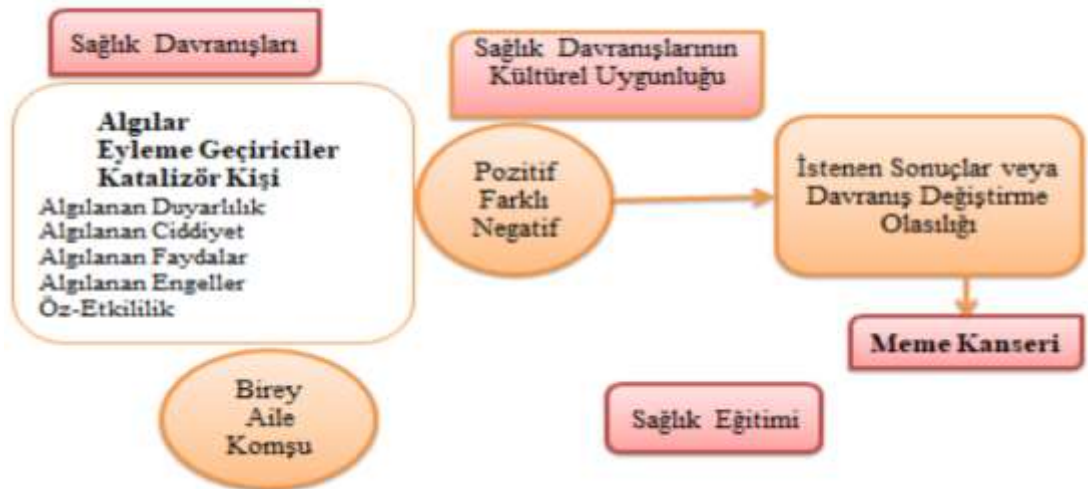
2.5 Sağlık İnanç Modeli (SİM)

2.5.1 Sağlık inanç modeli'nin tarihçesi

SİM sağlık davranışlarını açıklamak ve kanserle ilgili erken tanı davranışlarını iyileştirmek için en sık kullanılan modeldir (Kartal ve diğerleri, 2017). Sağlık İnanç Modeli, 1950 yılında sosyal psikologlar Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Bu model, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını şekillendiren sosyal ve kültürel belirleyicileri anlamak ve yorumlamak için kullanılır (Jirojwong ve MacLennan, 2003).

2.5.2 Sağlık inanç modelinin majör kavramları

SİM'e göre bireyler, kendilerinde herhangi bir hastalık belirtisi olmasa dahi hastalığa sahip olabileceği inancına sahiptirler. İnsanlar kendilerini bir hastalık riski altındaymış gibi hissettiklerinde (algılanan duyarlılık), bir hastalığın potansiyel olarak gelişebilecek ciddi sonuçlarını fark ettiklerinde (algılanan ciddiyet), önerilen koruyucu davranışın olumlu sonuçları olduğuna inandıklarında (algılanan faydalar), bireysel olarak bu davranışı sergilemesinin önündeki engelleri algılaması (algılanan engeller), sağlık davranışını yapabileceğinin farkına varması (öz yeterlilik), sağlığın devamlılığı ve geliştirilmesinde tavsiye edilen davranışların ortaya çıkması için bireyin amaç ve isteklilik durumu (sağlık motivasyonu) konusunda kendilerine inançları varsa, bu davranışı devam ettirme ihtimalleri daha yüksektir (Gözüm ve diğerleri, 2004)(Şekil 13).



Şekil 2.13: Müdahale Gelişiminde Kullanılan Sağlık İnanç Modeli

Kaynak: Yılmaz Bulut, 2022.

2.5.3 Meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli

SİM'in meme kanserine uygun tasarlanmış versiyonu bireyin mamografi, KMM ve KKMM uygulamalarını yaptırmasıdır. Kadınların, sağlık uygulamalarına dair yarar algılarının engel algılarından daha yüksek olması beklenir. Çünkü bu iki algının, uygulamaların benimsenmesi ve uygulanması aşamasında birey üzerinde doğrudan etkisi olduğu düşünülmektedir (Gözüm ve Aydın, 2004). Kadınların sağlık motivasyonu ve inanç algısının, KKMM ve mamografi çektirme durumunu pozitif etkilediği, kadınlarda bu algıların yüksek olması halinde erken tanı davranışları olan KKMM, KMM ve mamografi yaptırma eğilimlerini artıracığı düşünülmektedir (Nahcivan ve Seçginli, 2003).

2.6 Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Taramaları İle İlgili Bilgi, Uygulama ve Tutumları

Hemşirelerin meme kanseri farkındalığını artırmak için, öncelikle kendi sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeleri, meme kanserinin erken teşhis ve tanı yöntemlerini etkili bir şekilde uygulamaları ve bilgi eksikliklerini gidermeleri önemlidir. Bu adımlar, kadınların meme kanseri hakkında bilinçlenmesine yardımcı olabilir (Koç ve diğerleri, 2014).

Kadın sağlık çalışanları arasında meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamaların incelenmesi konulu çalışmanın sonucunda katılımcıların sadece %5,1'i meme kanseri riski altında olan bir kadının olduğuna, %9,4'ü meme kanserinin önlenebileceğine ve %53,4'ü KKMM yaparak memedeki problemleri fark edemeyeceklerine inandıklarını saptamıştır. Katılımcıların %93,7'sinin KKMM'den haberdar olduğu, %90,6'sı bu yöntemin meme kanserinin erken teşhisinde yararlı olduğunu kabul ettiğini, katılımcıların %74,7'si KKMM yaptığını saptamıştır. KKMM'ye başlanması gereken zamanla ilgili olarak; %43,0'si ergenlik döneminden itibaren, %23,0'ü ise 20 yaşından itibaren başlanması gerektiğini, KKMM için en uygun zamanla ilgili olarak; %80,3'ü reglden sonraki hafta olduğunu, uygulama sıklığı olarak ise %74,2'sinin ayda bir yapılması gerektiğini belirttiği saptamıştır. Katılımcıların KMM ile ilgili olarak ise, %87,3'ü meme kanserinin erken tespitinde yararlı olduğunu kabul etmesine rağmen sadece %24,1'nin KMM yaptırdığı saptanmıştır. Ayrıca %60,0'si KMM'nin bir hekim tarafından yapılması gerektiğini, %48,12'nin uygulama sıklığının yılda bir kez olması gerektiğini ve %33,2'sinin ise

KMM'de mamografi kullanılması gerektiğini düşündüğünü saptamıştır. Katılımcıların %72,7'si mamografi taramasının 40 yaşından itibaren başlanması gerektiğine, %46,3'ün ise mamografi taramasının yılda bir kez yapılması gerektiğini düşündüğünü saptamıştır. Mamografi çektirmeme nedenlerine ilişkin olarak, katılımcıların %33,2'si yaşlarının yeterli olmadığını düşünürken, %24,0'ı ise mamografi çektirmek için herhangi bir neden olmadığını belirtmiştir (Heena ve diğerleri, 2019).

Meme kanseri risk faktörleri, semptomları ve mamografi taramasına katılmayı engelleyen faktörler hakkındaki bilgi düzeyini değerlendiren bir çalışmada, meme kanseri risk faktörlerine ilişkin olarak, katılımcıların en yüksek doğru cevap oranları, aile içinde meme kanseri vakası bulunması (%79,0) ve sigara kullanımı (%66,2) olduğu, semptomlarına ilişkin olarak ise memenin boyutu veya şeklindeki değişikliklerin (%80,9), ağrısız kitlelerin memede oluşmasının (%75,1) ve meme ucundan akıntının (%74,2) meme kanseri belirtileri olduğunu doğru şekilde tanımladığını saptamıştır. Mamografi taramasına katılmayı engelleyen faktörlere bakıldığında ise %48,6'nın utanma duygusu, %57'nin radyasyona maruz kalma endişesi ve %57,2'nin ise kanseri keşfetme korkusu yaşadığını saptamıştır (Alenezi, 2022).

Yapılan bir çalışmada “Ulusal Kanser Tarama Standartları” (UKTS) ile ilgili çalışanların bilgi düzeyleri incelenmiştir. Çalışanların, UKTS’de yer alan tarama programlarını ve UKTS’nin tamamını bilme düzeylerine bakıldığında, meme kanseri tarama programını doğru bilme oranı %22.8, bilme düzeylerinin yaşa göre dağılımına bakıldığında en düşük yaş grubunun 19 ve en yüksek yaş grubunun 49 olduğu belirlenmiştir. KKMM’nin doğru uygulama yaşını bilme oranı %48.7 iken, klinik muayene ile birlikte mamografi doğru uygulama yaşını bilme oranı %46.71 olarak bulunmuştur (Koruk ve diğerleri, 2015).

Başka bir araştırmada sağlık personelinin “Ulusal Kanser Tarama Programları”ndaki (UKTP) taramalarla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi sonucunda katılımcıların %89’unun KMMM yaptığını saptanmıştır (Kokkun, 2014) (Çizelge 2.11).

Çizelge 2.11: KKMM ile ilgili bulgular

KMMM Uygulama Sıklığı	KMMM Uygulama Nedenleri	KMMM Uygulamama Nedenleri
Ayda bir kez %57,1	Düzenli sağlık kontrolü %83,7	Şikayeti olmadığından %77.8
Aklına geldikçe %34,4	Diğer nedenlerden* %8.5	Diğer nedenlerden** %11.1
Yılda iki kez %4,5	Ailede meme kanseri hikayesi %4.6	Kendini risk altında görmediği için %5.6
Haftada bir kez %1,9	Şikâyeti olması %2.6	Konuyla ilgili bilgi sahibi olmadığından %5.6
Yılda bir kez %1,3	Doktor isteği %0,7	
Yılda dört kez %0,6		

***Diğer nedenler:** Korktuğu için kendisinin yapması, kontrol amaçlı, merak etme, erken teşhisin önemi, olası bir kitleyi fark etmek.

** **Diğer nedenler:** Düzenli ultrasonografi yaptırdığı, var olan kitleyi büyütebileceğini düşündüğü için.

Kaynak: (Kokkun, 2014)

Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının kanser tarama testlerini önerme düzeyleri (önermezler, bazı kişilere önerirler, herkese önerirler) değerlendirilmiştir. Bulgulara göre KKMM'ni katılımcıların %4.35'i önermiyorken %72,47'si herkese önermekte, KMM'ni ise %13.4'ü önermiyorken %48,66'nın herkese önerdiği tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında KKMM'nin uygulanma oranı %85,18, KMM yaptırma oranı %37,15 olarak belirlenmiştir (Kaya ve diğerleri, 2017).

Başka bir çalışmada mamografi ve/veya meme USG yaptırma durumları incelendiğinde katılımcılardan %56'sı hiç yaptırmadığını, %28,5'i 1 yıl önce, %12,5 1-5 yıl önce, %30'u 5 yıl önce yaptırdığını saptamışlardır (Özçam ve diğerleri, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

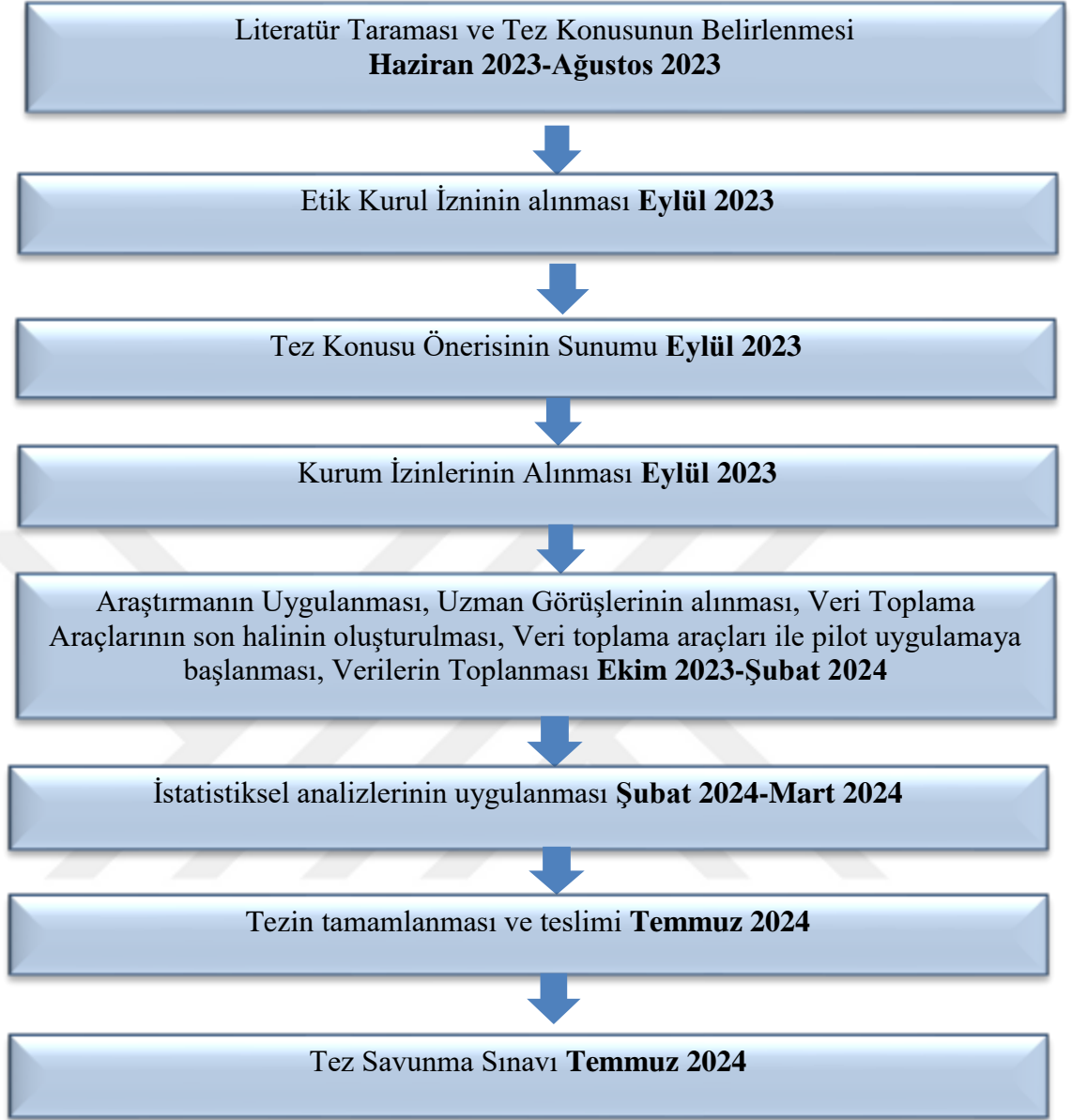
3.2 Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendiren tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.3 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma 1 Ekim 2023- 30 Mayıs 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapılacağı Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 480 hemşire ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde 65 hemşire olmak üzere toplamda 545 hemşire bulunmaktadır. Çalışmaya ait veriler 01.10.2023-01.02.2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

ARAŞTIRMA AKIŞ ŞEMASI



Şekil 3.1: Araştırma Akış Şeması

3.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde görev yapan tüm hemşireler (N=545) oluşturmaktadır. Çalışmada evrenin tümüne ulaşılması planlanmış olsa da evreni temsil eden örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır

Şekil 3.2: Örneklem Büyüklüğü Hesaplamasına Yönelik Formül

Kaynak: (Salant ve Dillman, 1994, s. 55)

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 545 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (545-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 226$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak belirtilen tarihler arasında kurumda çalışan ve çalışmayı kabul eden 490 hemşireye ulaşılmıştır. 9 katılımcının çalışmayı yarıda bırakması ile 481 hemşirenin verisi araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5 Veri toplama araçları

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu (Ek 5) ve Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSIMÖ) (Ek 6) kullanılmıştır.

3.5.1 Kişisel bilgi formu (Ek 5)

Literatür bilgisi ve klinik deneyim doğrultusunda geliştirilen anket aracı üç bölümden ve toplamda 33 sorudan oluşmaktadır (Alenezi ve diğerleri, 2022; Waller ve diğerleri, 2022; Neziroğlu, 2021; Ersin ve Dedeoğlu, 2020; Heena ve diğerleri, 2019; Pelit, 2019; Kaya ve diğerleri, 2017; Nicoll ve diğerleri, 2016; Koruk ve diğerleri, 2015)(Ek 5).

Formun birinci bölümü, sosyo-demografik bilgiler, çalışma ortamı ve meme ile ilgili geçmiş /şimdiki öykü içeren 12 sorudan (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalıştığı klinik, çalışma şekli ve çalıştığı yılı, geçmişte memeleriyle ilgili sorun yaşayıp yaşamadığı ve yaşadığıysa nedeni, geçmişte memeleriyle ilgili tanısal girişim yapıp yapılmadığı ve yapıldığıysa ne olduğu, memeleriyle ilgili şikayet olup

olmadığı, birinci derece ve ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü ve meme kanseriyle ilgili eğitim alma durumu vb.) oluşmaktadır.

İkinci bölüm, meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgiyi değerlendirmek üzere oluşturulan 13 sorudan (meme kanseri belirtileri, risk faktörleri ve tarama uygulamaları) oluşmaktadır. Bilgi testi puanlaması; doğru(1) ve yanlış(0) olarak değerlendirilip yüzdelik sisteme çevrilmiştir. Testten alınabilecek min: 0 max: 100 puan arasındadır.

Üçüncü bölüm, meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları içeren sekiz sorudan (meme muayenesi olma durumu, nedeni, sayısı en son ne zaman ve nerede muayene olduğu, mamografi çekirme önerisi yapıp yapılmadığı, yapıldıysa kim tarafından önerildiği, mamografi çekilip çekilmediği, en son mamografi çekirme yılı, meme kontrollerini yaptırma ve KKMM yapma zamanı vb) oluşmaktadır.

3.5.2 Champion sağlık inanç modeli ölçeği (CSİMÖ) (Ek 6)

Hemşirelik alanında, 1984 yılında meme kanseri taramaları için Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni geliştiren Victorya Champion, bu ölçeği 1993, 1997 ve 1999 yıllarında güncelleyerek revize etmiştir. 1984'te geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları, 0.60 ile 0.78 arasında değişmiş; test-tekrar test korelasyonları ise 0.47 ile 0.86 arasında bulunmuştur (Champion ve Scott, 1997; Champion, 1999). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi 2004 yılında Gözüm ve Aydın tarafından gerçekleştirilmiş olup, alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,69 ile 0,83 arasında bulunmuştur. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği beş seçenekten oluşan bir çeşit Likert ölçeğidir. Ölçekte yer alan yanıt seçenekleri; Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum ve Kesinlikle Katılıyorum sütunlarından meydana gelmektedir. Model, sekiz alt başlık ve 58 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; Duyarlılık, Önemseme/Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu, KKMM ile ilgili Engeller, KKMM Yararları, KKMM Öz-Etkililiği, Mamografi Yararları ve Mamografi Engelleri şeklindedir (Gözüm ve Aydın, 2004).

Bu çalışmada 2004 yılında Gözüm ve Aydın tarafından uyarlanan versiyonu kullanılmış olup, ölçeğin 6 boyutu ve 33 maddesi kullanılmıştır. Modelde yer alan başlıklar ve madde sayıları; Duyarlılık (3 madde), Önemseme/Ciddiyet (6 madde), Sağlık Motivasyonu (5 madde), KKMM Yararları (4 madde), KKMM Öz-Etkililiği (10 madde) ve Mamografi Yararları (5 madde) şeklindedir. Bu çalışmada sağlık

çalışanlarının meme kanseri taramalarına yönelik; duyarlılık, öz- etkililik, önemseme / ciddiyet ve yararları yönelik algıları değerlendirilmek istendiğinden ölçeğin engeller alt boyutları kullanılmamıştır. Ölçek, 1'den 5'e kadar puanlanan Likert tipi seçeneklerden oluşur. Bu seçenekler “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılıyorum” (4 puan) ve “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin alt boyutlarının minimum ve maksimum puan aralıkları şu şekildedir: Duyarlılık için en düşük 3, en yüksek 15; önemseme için en düşük 6, en yüksek 30; sağlık motivasyonu için en düşük 5, en yüksek 25; KKMM yararları için en düşük 4, en yüksek 20; KKMM öz- etkililiği için en düşük 10, en yüksek 30; mamografi yararları için en düşük 5, en yüksek 25 puan alınabilir. Puanların artışı, duyarlılık ve önemsemenin yükseldiğini, yarar algısının ise arttığını gösterir (Gözüm ve Aydın, 2004).

3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için frekans ve yüzdelik analizler, ölçeğin değerlendirilmesinde ise ortalama ve standart sapma istatistikleri kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Çizelge 3.1: Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Duyarlılık	-0,112	0,151
Önemseme Ciddiyet	-0,047	-0,516
Sağlık Motivasyonu	0,845	-1,242
KKMM Yararları	0,365	-1,359
Özetkililik	0,547	-0,997
Mamografi Yararları	0,657	-0,923
Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi	-0,452	-0,188

Kurtosis ve Skewness

Literatürde, değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013) veya +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) aralığında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, değişkenlerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ve verilerin analizi parametrik yöntemlerle

gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler, Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,89 yüksek ve 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Hemşirelerin belirlenen özelliklerine bağlı olarak ölçek düzeylerindeki farklılıklar, bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc testleri (Tukey, LSD) kullanılarak incelenmiştir.

Etki büyüklüğünü değerlendirmek amacıyla Cohen'in d ve Eta kare (η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü, gruplar arasındaki farkların önem derecesini belirler. Cohen'in d değeri 0.2'nin altında küçük, 0.5 civarında orta ve 0.8'in üstünde büyük etki büyüklüğünü ifade eder. Eta kare değeri ise 0.01 ile küçük, 0.06 ile orta ve 0.14 ile büyük etki büyüklüğünü gösterir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2018). Veriler $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.7 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puan ortalamaları ve hemşirelerin Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne ilişkin toplam ve alt boyut puan ortalamalarıdır.

3.8 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyo demografik özellikler ve çalışma ortamına yönelik özellikler, ile meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları içeren sorulara verilen cevaplardır.

3.9 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmanın planlandığı hastanelerde çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Bilimsel çalışmalara ve iletişime açık olmak

3.10 Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Çalışmaya katılmak için belirlenen kriterleri karşılamamak
- Çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılmayı istemek
- Çalışma ile ilgili veri toplama araçlarını eksik ve yetersiz doldurmak

3.11. Araştırma soruları

1. Katılımcıların meme kanseri ve taramaları konusundaki bilgi düzeyleri nedir?
2. Katılımcıların meme kanseri taramaları konusundaki tutumları nedir?
3. Katılımcıların meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaları nasıldır?
4. Katılımcıların meme kanseri ve taramaları ile ilgili bilgi düzeyleri ile tutumları arasında ilişki
5. var mıdır?
6. Katılımcıların meme kanseri ve taramaları ile ilgili bilgi düzeyleri üzerinde etkili olan
7. değişkenler nelerdir?
8. Katılımcıların Champion Sağlık İnanç Modeli puan ortalamaları üzerinde etkili olan değişkenler nelerdir?

3.12. Araştırmanın Uygulanması-Verilerin Toplanması

Araştırma verileri toplanmadan önce çalışılacak anket formları, ölçekler, çalışma konusu, çalışılacak alan ve zaman aralığı için gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya ait veriler 01.10.2023-01.02.2024 tarihleri arasında Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde araştırmacı tarafından 15-20 dakika süreyle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, yararları ve yöntemi açıklanmış olup araştırmaya katılmak istemeyen hemşireler araştırma dışı bırakılmıştır. Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım için gönüllü olanlardan yazılı onam alınmış olup, sırasıyla Kişisel Bilgi Formu ve Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSIMÖ) uygulanmıştır.

3.13 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadaki verilerin sadece Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde çalışan hemşirelerden oluşması araştırmamızın sınırlı yönüdür.

3.14 Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma konusu, T.C. İstanbul Gedik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun 28.09.2023 tarih ve 2023/27 numaralı kararı ile kabul edilmiştir. Yine ilgili üniversitenin etik kurul komisyonu tarafından 14.09.2023 tarihli yazısında 2023/9 toplantı sayılı etik kurul toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuştur (Ek 1). Araştırmanın Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon merkezinden yapılabilmesi için Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü'nden 29.09.2023 tarih E-44008972-929-225543256 sayılı kararınca onay alınmıştır (Ek 2). Araştırmada kullanılacak Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği için İknur Aydın'dan izin alınmıştır (Ek 3). Çalışmaya katılan hemşirelerden yazılı onam alınmıştır (Ek 4).

3.15 Çalışmanın Beklenen Sonuçları

Hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının düzeyinin genel kadın popülasyonundan yüksek olması beklenmektedir.

3.16 Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Araştırmanın güçlü yönleri çalışmadaki yer alan hemşirelerin meme kanseri konusunda ilgili ve istekli olması, evrenin tamamına yakını (% 88) ulaşılmış ve verilerin araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile toplanmış olmasıdır.

Araştırmanın zayıf yönü sınırlılıklarda belirtilmiştir.

3.17 Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Karşılaşılan Zorluklar

Araştırmanın veri toplama aşamasında nöbet sonrası izinde olan hemşirelerin takibinin yapılarak ulaşılmasında zorluk yaşanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler

Hemşirelerin ağırlıklı olarak 39 yaş ve üstü (n=202, % 42) ve 21-25 yaş aralığında (n=149, % 31) olduğu, % 69,2'sinin evli ve % 75,9'unun lisans derecesine sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Hemşirelerin çalışma ortamı ile ilgili özellikleri incelendiğinde; çalışma süresi ortalamasının 13,9 yıl olduğu, %17,3'ünün (n=83) dahili kliniklerde, %17,3'ünün (n=83) cerrahi kliniklerde, %6,4'ünün (n=31) ameliyathanede, %17,7'sinin (n=85) yoğun bakım ünitelerinde, % 6,0'sının (n=29) poliklinik hizmetlerinde ve % 35,3'ünün (n=170) multidisipliner birimlerde (enjeksiyon/pansuman birimi, kriz koordinasyon birimi, KETEM birimi, evde sağlık birimi, kan alma birimi, diyaliz ünitesi, kemoterapi ünitesi, anjiyo ünitesi, endoskopi ünitesi, sterilizasyon, kan merkezi, Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)) çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların meslekte çalışma süresinin ağırlıklı olarak 1-5 yıl aralığında (% 28,1, n=135) olduğu ve % 69,9'unun (n=336) vardiya şeklinde (gündüz ve gece) çalıştığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular çizelge 4.1'de verilmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1: Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-24 yaş	40	8,3
25-31 yaş	149	31,0
32-38 yaş	90	18,7
39 yaş ve Üzeri	202	42,0
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	19	4,0
Ön Lisans	50	10,4
Lisans	365	75,8
Lisans Üstü	47	9,8

Çizelge 4.1: (Devamı) Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum		
Evli	333	69,2
Bekar	148	30,8
Çalışılan Birim		
Dahili Klinikler	83	17,3
Cerrahi Klinikler	83	17,3
Ameliyathane	31	6,4
Yoğun Bakımlar	85	17,7
Poliklinik Hizmetleri	29	6,0
Diğer (Multidisipliner birimler)	170	35,3
Çalışma Şekli		
Sadece Gündüz	145	30,1
Gündüz ve Gece Dönüşümlü	336	69,9
Çalışma Süresi		
1-5 Yıl	135	28,1
6-10 Yıl	63	13,1
11-15 Yıl	95	19,7
16-20 Yıl	55	11,4
21-25 Yıl	63	13,1
26 Yıl ve Üzeri	70	14,6

4.2 Hemşirelerin Meme Sağlığına Yönelik Özellikleri

Katılımcıların; % 77, 1'i (n= 371) meme ile ilgili herhangi bir sorun yaşamadığını ifade ederken, % 22,9'u (n=110) geçmişte meme sorunu yaşadığını belirtti. Hemşirelerin % 6,7'si (n=32) halen meme ile ilgili yakınması olduğunu ifade etmiştir.

Geçmişte meme ile ilgili sorun yaşadığını ifade eden hemşirelerin ağırlıklı olarak % 50,9'unun (n=56) memede selim kitle kist sorunu olduğu, bir hemşirenin meme kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin % 10,6'sına (n= 51) meme ile ilgili tanısal girişim yapıldığı saptanmıştır.

Tanısal girişim yapıldığını ifade eden hemşirelerin ağırlıklı olarak (% 33,3, n= 17) USG ve mamografi işlemini birlikte yaptırdığı, %23,5'inin (n= 12) USG, %21,6'sının (n=11) mamografi çekimi yaptırdığı belirlenmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2: Hemşirelerin Meme Sağlığına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geçmişte Meme İle İlgili Sorun Yaşama Durumu*		
Evet	110	22,9
Hayır	371	77,1
Geçmişte Meme İle İlgili Yaşanan Sorun (n:110)		
Memede Ağrı	18	16,36
Meme Başı Akıntısı	10	9,09
Emzirme Sırasında Apse, Angajman (süt Birikmesi)	25	22,72
Memede Selim Kitle	56	50,90
Memede Kanser	1	0,90
Meme İle İlgili Tanısal Girişim Yapılma Durumu(n:51)		
Evet	51	10,6
Hayır	430	89,4
Memelerle İlgili Yapılan Tanısal Girişim		
Biyopsi	7	13,7
İİB (İnce İğne Biyopsisi)	2	3,9
Meme Muayenesi	1	2,0
MAM(Mamografi)	11	21,6
Tru-cut Biopsi	1	2,0
USG	12	23,5
USG+MAM	17	33,3
Şu Anda Meme İle İlgili Bir Şikâyet Varlığı		
Evet	32	6,7
Hayır	449	93,3
Birinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		
Evet	14	2,9
Hayır	467	97,1
Meme Kanseri Öyküsü Olan Birinci Derece Akraba		
Anne	9	64,3
Kız Kardeş	5	35,7
İkinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		
Evet	52	10,8
Hayır	429	89,2
Meme Kanseri Öyküsü Olan İkinci Derece Akraba		
Anneanne	8	15,4
Babaanne	6	11,5
Hala	17	32,7
Kuzen	4	7,7
Teyze	17	32,7

Çizelge 4.2: (Devamı) Hemşirelerin Meme Sağlığına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meme Kanseriyle İlgili Eğitim Alma Durumu		
Evet	380	79,0
Hayır	101	21,0
Meme Kanseriyle İlgili Nereden Eğitim Alındığı (n=380)*		
Hastane/Aile ve Toplum Sağlığı Merkezi/KETEM	135	35,5
Konferans/Seminer/Hizmet İçi Eğitim	178	46,8
Mesleki Eğitim (Sağlık Meslek Lisesi, Lisans, Lisansüstü)	230	60,5
Sosyal Medya	52	13,7

*Birden fazla seçilen madde

Katılımcıların %2,9'unun (n=14) birinci derece akrabalarında ve %10,8'inin (n=52) ikinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Ailede meme kanseri öyküsü olan katılımcıların %64,3'ünün (n= 9) annesinde, % 35,7'sinin (n=5) kız kardeşinde, % 32,7'sinin (n=17) teyzesinde meme kanseri olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların % %79,0'unun (n=380) meme kanseri ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim aldığı ifade eden katılımcıların %60,5'i (n=230) mesleki eğitimleri sırasında, %46,8'i (n=178) konferans/seminer/hizmet içi eğitim ile, % 35,5'i (n= 135) ise hastane/aile ve toplum sağlığı merkezi/KETEM'de eğitim aldığı belirtmiştir (Çizelge 4.2).

4.3 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi

Durumları

Hemşirelerin “meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi” puan ortalaması 55,877±20,247 (Min=0; Maks=92.31) olarak saptanmıştır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek-Min-Maks
Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi	481	55,877	20,247	0,000	92,310	0-100

Katılımcıların meme kanseri ve tarama bilgisinin değerlendirilmesinde kullanılan sorular ve frekanslar (Çizelge 4.4)'de verilmiştir. Katılımcıların en fazla doğru yanıt verdiği soru %91,9 (n=442) ile “ KKMM'ni doğru uygulama “dır. En

fazla yanlış yanıt verilen soru % 81,3 (n=391) ile “Ulusal Kanser Tarama Programına göre meme kanseri taramalarının sonlanma yaşı “dır (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Maddelerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilgi1. Meme kanseri belirtileri		
Yanlış	200	41,6
Doğru	281	58,4
Bilgi2. Meme kanseri risk faktörleri		
Yanlış	248	51,6
Doğru	233	48,4
Bilgi3. Meme kanseri tanısı ile ilgili girişimler		
Yanlış	142	29,5
Doğru	339	70,5
Bilgi4. KKMM’ne başlama yaşı		
Yanlış	320	66,5
Doğru	161	33,5
Bilgi5. KMMM yapma sıklığı		
Yanlış	129	26,8
Doğru	352	73,2
Bilgi6. KKMM yapma zamanını bilme		
Yanlış	140	29,1
Doğru	341	70,9
Bilgi7. KKMM’ni doğru uygulama		
Yanlış	39	8,1
Doğru	442	91,9
Bilgi8. KMM başlama zamanı		
Yanlış	306	63,6
Doğru	175	36,4
Bilgi9. KMM yaptırma sıklığı		
Yanlış	284	59,0
Doğru	197	41,0
Bilgi10. KMM bileşenleri		
Yanlış	167	34,7
Doğru	314	65,3
Bilgi11. Mamografi görüntülemesine başlama yaşı ve sıklığı		
Yanlış	56	11,6
Doğru	425	88,4
Bilgi12. Meme kanseri taramalarının sonlanma yaşı		
Yanlış	391	81,3
Doğru	90	18,7

Çizelge 4.4: (Devamı) Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Maddelerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilgi13. Ülkemizde meme kanserine yönelik ulusal taramaların yapıldığı kurumlar		
Yanlış	337	70,1
Doğru	144	29,9

4.4 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Uygulamaları

Hemşirelerin %61,7'sinin (n= 297) KMM yaptırmadığı belirlenmiştir. Muayene olduğunu ifade edenlerin %54,3'ünün (n=100) yakınmasız kontrol ve tarama için, %40,8'inin (n= 75) ise yakınması olduğu için muayene olduğu saptanmıştır. Muayene olanların %42,4'ünün (n=78) son bir yıl içinde muayene olduğu, %31,8'inin(n=153) kamu hastanesinde muayene olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin KMM olma sıklığı ortalaması 2,970±3,033'dür (Min=1; Maks=23).

Katılımcıların % 26,2'sine (n=126) mamaografi çekimi önerildiği, mamografi önerilenlerin % 41,3'üne(n=52) genel cerrahi hekiminin, % 31,0'ına(n= 39) kadın doğum hekiminin öneride bulunduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5: Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meme Muayenesi Yaptırma Durumu		
Evet	184	38,3
Hayır	297	61,7
Meme Muayenesi Yaptırma Nedeni		
Şikâyet Varlığı	75	40,8
Doktor Önerisi	9	4,9
Rutin kontrol/Tarama	100	54,3
Son Muayene Tarihi		
1 Yıl önce	78	42,4
2 Yıl önce	29	15,8
3 Yıl ve Üstü	63	34,2
Hatırlamıyor	14	7,6
Muayene Olunan Kurum*		
Kamu Hastanesi	153	31,8
Aile Sağlığı Merkezi	6	1,2
Özel Hastane	20	4,2
Toplum Sağlığı Merkezi/ketem	30	6,2

Çizelge 4.5: (Devamı) Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özel Muayenehane	3	0,6
Özel Görüntüleme Merkezi	3	0,6
Mamografi Önerisi		
Evet	126	26,2
Hayır	355	73,8
Mamografi Öneren (n:126)		
Aile Hekimi	10	7,9
Kadın Doğum Hekimi	39	31,0
Genel Cerrahi Hekimi	52	41,3
Hemşire/ebe	9	7,1
Diğer	16	12,7
Mamografi Çektirme (n:115)		
Evet	115	23,9
Hayır	366	76,1
Mamografi Çektirme Nedeni		
Şikâyetim Vardı/Hekim Önerdi	45	39,1
Rutin Tarama İçin	70	60,9
Son Mamografi Tarihi		
1 Yıl önce	51	44,3
2 Yıl önce	24	20,9
3 Yıl ve Üstü	40	34,8
Düzenli KKMM Yapma Durumu		
Her Ay Düzenli Yapıyor	149	31,0
Düzenli Yapmıyor	226	47,0
Yapmıyor	106	22,0
KKMM Yapma Zamanı*		
Duş Sırasında	94	25,1
Duştan Önce	40	10,7
Duştan Sonra	78	20,8
Regl Döneminde	18	4,8
Regl Döneminden Önce	11	2,9
Regl Döneminden Sonra	213	56,8
	Ort	Ss
KMM Yaptırma Sayısı	2,970	3,033
Mamografi Çektirme Sayısı	1,720	1,393

* Diğer: Farklı branş hekimleri tarafından yapılan öneriler

Katılımcıların %23,9'u (n= 115) mamografi çektiğini ifade etmiştir. Mamografi çektirenlerin %60,9'unun (n=70) rutin tarama için, % 39,1'inin ise yakınma ve hekim önerisi ile çekim yaptırdığı saptanmıştır. Mamografi çektiğini

ifade eden katılımcıların % 44,3'ü (n= 51) son bir yıl içinde, %20,9 (n= 24) ise son iki yıl içinde çekim yaptırdığını ifade etmiştir. Şimdiye kadar mamografi çektiren hemşirelerin çekim sıklığı ortalaması $1,720 \pm 1,393$ 'dür (Min=1; Maks=10).

Katılımcıların % 22'sinin (n= 106) KKMM'si yapmadığı saptanmıştır. %78'i (n=375) kendileri memelerini muayene yaptığını ifade ederken sadece % 31'i (n= 149) her ay düzenli muayene yaptığını belirtmiştir.

Katılımcıların % 56,8'i (n= 213) memelerini adet bitiminde kontrol ettiğini ifade ederken %43,2'sinin (n= 268) meme muayenesini doğru zamanda muayene yapmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.5).

4.5 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları

Hemşirelerin meme kanseri ve genel sağlık durumuna ilişkin değerlendirmelerini belirleyen CSIMÖ “duyarlılık” puan ortalamasının $7,017 \pm 2,356$ (Min=3; Maks=15), “önemseme ciddiyet” puan ortalamasının $18,985 \pm 5,130$ (Min=6; Maks=30), “sağlık motivasyonu” puan ortalamasının $20,707 \pm 4,155$ (Min=5; Maks=25), “KKMM yararları” puan ortalamasının $15,821 \pm 3,415$ (Min=4; Maks=20), “öz-etkililik” puan ortalamasının $39,027 \pm 8,252$ (Min=10; Maks=50) ve “mamografi yararları” puan ortalamasının $18,233 \pm 3,774$ (Min=5; Maks=25) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin CSIMÖ aldığı en yüksek puan ortalamalarının sağlık motivasyonu boyutunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt boyutlar	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Duyarlılık	481	7,017	2,356	3,000	15,000
Önemseme Ciddiyet	481	18,985	5,130	6,000	30,000
Sağlık Motivasyonu	481	20,707	4,155	5,000	25,000
KKMM Yararları	481	15,821	3,415	4,000	20,000
KKMM Öz-etkililik	481	39,027	8,252	10,000	50,000
Mamografi Yararları	481	18,233	3,774	5,000	25,000

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,879 olarak hesaplanmış ve bu değer güvenilir kabul edilmiştir. CSIMÖ alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerleri şu şekilde belirlenmiştir: “Duyarlılık” alt boyutu için 0,869, “Önemseme/Ciddiyet” alt boyutu için 0,857, “Sağlık Motivasyonu” alt boyutu için

0,886, “KKMM Yararları” alt boyutu için 0,826, “KKMM Öz-Etkililiği” alt boyutu için 0,849 ve “Mamografi Yararları” alt boyutu için 0,868’dir (Çizelge 4.6).

4.6 Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasında İlişki

Meme kanseri tarama bilgisi ile CSIMÖ’nin duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik ve mamografi yararları alt boyut puanları arasındaki korelasyon analizlerinde, KKMM yararları ile meme kanseri tarama bilgisi arasında $r=0,117$ olarak tespit edilen pozitif çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p=0,010<0,05$). Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasındaki Korelasyon

CSIMÖ		Meme Kanseri ve Tarama Bilgisi
Duyarlılık	r	-0,024
	p	0,596
Önemseme Ciddiyet	r	0,083
	p	0,070
Sağlık Motivasyonu	r	0,083
	p	0,067
KKMM Yararları	r	0,117*
	p	0,010
KKMM Öz-etkililik	r	0,088
	p	0,053
Mamografi Yararları	r	0,083
	p	0,068

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

4.7 Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Analizi

Katılımcıların meme kanseri ve taramalarıyla ilgili bilgi puan ortalamaları (BPO), yaşa bağlı olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir ($F=9,167$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,055$). Farkın nedenini belirlemek için yapılan Post-hoc analizde, 32-38 yaş grubunda olan katılımcıların BPO’larının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde, 39 yaş ve üzeri gruptaki bireylerin BPO’nun

18-24 yaş ve 25-31 yaş gruplarındaki bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.8).

Katılımcıların BPO'larının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=11,444$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,067$). Yapılan Post-hoc analizde lisansüstü eğitim alanların BPO'larının diğer eğitim gruplarından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$) Benzer şekilde, lisans mezunu katılımcıların BPO'larının sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.8).

Katılımcıların BPO'larının, çalıştıkları kliniğe göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır ($F=2,522$; $p=0.029<0.05$; $\eta^2=0,026$). Bu farkın nedenini belirlemek üzere yapılan Post-hoc analizde, cerrahi kliniklerde çalışanların BPO'larının ameliyathane ve poliklinik hizmetlerinde çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde, multidisipliner birimlerde çalışan katılımcıların BPO'larının, ameliyathane ve poliklinik hizmetlerinde çalışanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.8).

Katılımcıların BPO'ları çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,474$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,035$). Bu farkın nedenini belirlemek üzere yapılan Post-hoc analizde, çalışma süresi 11-15 yıl olan katılımcıların BPO'larının çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde çalışma süresi 26 yıl ve üzeri olanların BPO'larının 1-5 yıl ve 6-10 yıl olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 4.8).

Katılımcılardan meme kanseriyle ilgili eğitim alanların BPO'larının ($x=59,049$), eğitim almayanlara göre ($x=43,945$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=6,987$; $p=0<0.05$; $d=0,782$; $\eta^2=0,092$) (Çizelge 4.8).

Katılımcılardan BPO'larının, medeni durum, çalışma şekli ve meme sağlığıyla ilgili diğer değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi
Yaş		Ort±SS
1) 18-24 yaş	40	51,539±20,029
2) 25-31 yaş	149	51,162±19,031
3) 32-38 yaş	90	64,444±21,155
4) 39 yaş ve Üzeri	202	56,398±19,569
F=		9,167
p=		0,000
PostHoc=		3>1, 3>2, 4>2, 3>4 (p<0.05)
Eğitim Durumu		Ort±SS
1) Sağlık Meslek Lisesi	19	41,296±18,169
2) Ön Lisans	50	43,846±23,836
3) Lisans	365	57,871±19,206
4) Lisans Üstü	47	59,084±18,366
F=		11,444
p=		0,000
PostHoc=		3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	333	56,641±20,487
Bekar	148	54,158±19,655
t=		1,242
p=		0,215
Çalışılan Klinik		Ort±SS
1) Dahili Klinikler	83	56,070±19,649
2) Cerrahi Klinikler	83	60,241±22,914
3) Ameliyathane	31	48,635±22,240
4) Yoğun Bakımlar	85	54,932±17,810
5) Poliklinik Hizmetleri	29	48,276±18,605
6) Diğer	170	56,742±19,731
F=		2,522
p=		0,029
PostHoc=		2>3, 6>3, 2>5, 6>5 (p<0.05)
Çalışma Şekli		Ort±SS
Sadece Gündüz	145	55,438±20,471
Gündüz ve Gece Dönüşümlü	336	56,067±20,178
t=		-0,312
p=		0,755
Çalışma Süresi		Ort±SS
1) 1-5 Yıl	135	52,479±18,863
2) 6-10 Yıl	63	50,427±17,409
3) 11-15 Yıl	95	60,972±25,045
4) 16-20 Yıl	55	55,944±19,384
5) 21-25 Yıl	63	56,655±17,763
6) 26 Yıl ve Üzeri	70	59,670±18,862
F=		3,474
p=		0,004
PostHoc=		3>1, 6>1, 3>2, 6>2 (p<0.05)

Çizelge 4.8: (Devamı) Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi
Geçmişte Meme İle İlgili Sorun Yaşama Durumu		Ort±SS
Evet	110	58,042±18,365
Hayır	371	55,235±20,752
t=		1,278
p=		0,202
Meme İle İlgili Tanısal Girişim Yapılma Durumu		Ort±SS
Evet	51	59,427±15,620
Hayır	430	55,456±20,702
t=		1,325
p=		0,103
Şu Anda Meme İle İlgili Bir Şikâyet Varlığı		Ort±SS
Evet	32	58,173±18,734
Hayır	449	55,714±20,360
t=		0,664
p=		0,507
Birinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		Ort±SS
Evet	14	58,791±23,294
Hayır	467	55,790±20,171
t=		0,546
p=		0,585
İkinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		Ort±SS
Evet	52	54,438±19,558
Hayır	429	56,052±20,344
t=		-0,542
p=		0,588
Meme Kanseriyle İlgili Eğitim Alma Durumu		Ort±SS
Evet	380	59,049±19,305
Hayır	101	43,945±19,318
t=		6,987
p=		0,000

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

4.8 Hemşirelerin Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Analizi

Katılımcılardan meme muayenesi yaptıranların BPO'ları ($x=59,239$), meme muayenesi yaptırmayanların BPO'larından ($x=53,794$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($t=2,888$; $p=0.004<0.05$; $d=0,271$; $\eta^2=0,017$). Benzer şekilde

katılımcılardan mamografi çekimi önerilenlerin BPO'ları ($x=60,867$), mamografi çekimi önerilmeyenlerin BPO'larından ($x=54,106$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($t=3,252$; $p=0.001<0.05$; $d=0,337$; $\eta^2=0,022$). Katılımcılardan mamografi çektirenlerin BPO'ları ($x=61,605$), mamografi çektirmeyenlerin BPO'larından ($x=54,077$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($t=3,519$; $p=0<0.05$; $d=0,376$; $\eta^2=0,025$).

Katılımcıların BPO'ları, KKMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=31,385$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,116$). Bu farkın nedeni belirlemek üzere yapılan Post-hoc analizde her ay düzenli KKMM yapanların BPO'larının düzensiz yapanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde, düzensiz olarak da olsa KKMM yapan katılımcıların BPO'larının hiç KKMM yapmayan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9: Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı

Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar	n	Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi
Meme Muayenesi Yaptırma Durumu		Ort±SS
Evet	184	59,239±18,201
Hayır	297	53,794±21,180
t=		2,888
p=		0,004
Son Muayene Tarihi		Ort±SS
1 Yıl önce	78	60,750±19,468
2 Yıl önce	29	62,069±13,470
3 Yıl ve Üstü	63	57,998±18,267
Hatırlamıyor	14	54,945±17,030
F=		0,761
p=		0,517
Mamografi Önerisi		Ort±SS
Evet	126	60,867±18,436
Hayır	355	54,106±20,587
t=		3,252
p=		0,001
Mamografi Çektirme Durumu		Ort±SS
Evet	115	61,605±18,354
Hayır	366	54,077±20,501
t=		3,519
p=		0,000

Çizelge 4.9: (Devamı) Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımı

Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar	n	Meme Kanseri ve Taramalarına Yönelik Bilgi
		Ort±SS
Mamografi Çektirme Nedeni		
Şikayetim Vardı / Hekim Önerdi	45	60,684±18,643
Rutin Tarama İçin	70	62,198±18,276
t=		-0,430
p=		0,668
		Ort±SS
Son Mamografi Tarihi		
1 Yıl önce	51	63,047±18,527
2 Yıl önce	24	63,462±16,707
3 Yıl ve Üstü	40	58,654±19,137
F=		0,794
p=		0,454
		Ort±SS
Düzenli Olarak KKMM yapma durumu		
Her Ay Düzenli Yapıyor	149	63,758±19,289
Düzenli Yapmıyor	226	55,991±18,810
Yapmıyor	106	44,557±19,336
F=		31,385
p=		0,000
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Meme kanseri taramalarına ilişkin sorgulanan diğer değişkenlerle BPO'ları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.9).

4.9 Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Analizi

Katılımcıların CSIMÖ alt boyutları tanımlayıcı özelliklerine göre incelendiğinde; sağlık motivasyonu puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=3,516$; $p=0.015<0.05$; $\eta^2=0,022$). Yapılan post-hoc analizde 32-38 yaş grubunda olanların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının 25-31 ve 39 ve üzeri yaş grubunda olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=4,741$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0,029$). Bu farkın nedeni belirlemek üzere yapılan post-hoc analizde; sağlık meslek lisesi

mezunlarının sağlık motivasyonu puanlarının diğer eğitim gruplarından anlamlı bir şekilde dűşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=2,804$; $p=0.039<0.05$; $\eta^2=0,017$). Yapılan post-hoc analizde; lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanların KKMM yararları puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların öz-etkililik puan ortalamalarının, eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır ($F=6,514$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,039$). Yapılan post-hoc analizde; sağlık meslek lisesi mezunlarının öz-etkililik puan ortalamalarının diğer eğitim gruplarına göre anlamlı şekilde dűşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların duyarlılık, önemseme/ciddiyet ve mamografi yararları puan ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların duyarlılık puan ortalamalarının çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=2,774$; $p=0.018<0.05$; $\eta^2=0,028$). Farkın nedeni belirlemek üzere yapılan post-hoc analizde; yoğun bakım ünitesinde çalışan katılımcıların duyarlılık puan ortalamalarının cerrahi birimler, poliklinikler ve multidisipliner birimlerde çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Benzer şekilde dahili kliniklerde çalışan katılımcıların duyarlılık puan ortalamalarının polikliniklerde çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların önemseme/ciddiyet puan ortalamalarının çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=2,367$; $p=0.039<0.05$; $\eta^2=0,024$). Yapılan post-hoc analizde; dahili kliniklerde çalışan katılımcıların önemseme/ciddiyet puan ortalamalarının poliklinikler ve multidisipliner birimlerde çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde yoğun bakım ünitesinde çalışan katılımcıların da önemseme/ciddiyet puan ortalamalarının poliklinikler ve multidisipliner birimlerde çalışanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının, çalışılan kliniğe göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	Özetkililik	Mamografi Yararları
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1) 18-24 yaş	40	7,400±2,590	19,475±4,624	21,250±4,522	16,075±3,703	38,800±9,947	17,725±4,273
2) 25-31 yaş	149	7,134±2,401	18,658±5,404	20,678±4,092	16,000±3,425	39,309±7,950	18,208±3,695
3) 32-38 yaş	90	7,000±2,504	19,711±4,705	21,778±3,606	16,122±3,115	40,267±7,427	19,067±3,358
4) 39 yaş ve üzeri	202	6,861±2,206	18,807±5,195	20,144±4,275	15,505±3,476	38,312±8,436	17,980±3,872
F=		0,770	1,006	3,516	1,020	1,253	2,023
p=		0,511	0,390	0,015	0,383	0,290	0,110
PostHoc=				3>2, 3>4 (p<0.05)			
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1.Sağlık Meslek Lisesi	19	6,053±3,407	16,368±5,708	17,632±6,759	14,158±4,646	31,474±10,211	17,263±4,782
2.Ön Lisans	50	7,120±2,353	18,480±5,144	21,180±3,403	15,300±3,253	38,740±7,236	19,020±3,080
3.Lisans	365	7,126±2,308	19,244±5,174	20,671±4,115	15,877±3,404	39,203±8,211	18,252±3,885
4.Lisans Üstü	47	6,447±2,124	18,575±4,246	21,723±3,275	16,617±2,863	41,021±7,243	17,638±2,945
F=		2,290	2,237	4,741	2,804	6,514	1,540
p=		0,078	0,083	0,003	0,039	0,000	0,203
PostHoc=				2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)	3>1, 4>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)	
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	333	6,991±2,204	19,051±4,982	20,823±3,809	15,964±3,190	39,183±7,936	18,390±3,719
Bekar	148	7,074±2,673	18,838±5,462	20,446±4,848	15,500±3,868	38,676±8,939	17,878±3,884
t=		-0,358	0,420	0,918	1,376	0,622	1,375
p=		0,740	0,674	0,403	0,202	0,534	0,170
Çalışılan Klinik		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1.Dahili Klinikler	83	7,169±2,213	19,904±4,820	21,084±3,603	16,084±2,859	40,518±7,023	18,422±2,972
2.Cerrahi Klinikler	83	6,663±2,132	18,687±4,791	20,819±4,073	15,880±2,804	37,711±7,531	18,892±3,276
3.Ameliyathane	31	7,323±2,386	19,387±6,020	20,290±4,283	15,613±3,333	38,645±7,574	17,516±4,090
4.Yoğun Bakımlar	85	7,671±2,652	20,024±4,913	20,741±4,459	15,977±3,827	38,577±9,016	17,753±4,295
5.Poliklinik Hizmetleri	29	6,172±2,300	17,517±4,718	21,241±3,988	16,724±3,283	39,897±8,182	18,586±3,397
6.Diğer	170	6,877±2,313	18,341±5,328	20,435±4,321	15,471±3,740	39,088±8,834	18,129±4,054
F=		2,774	2,367	0,451	0,925	1,096	1,124
p=		0,018	0,039	0,812	0,465	0,362	0,347
PostHoc=		4>2, 1>5, 4>5, 4>6 (p<0.05)	1>5, 4>5, 1>6, 4>6 (p<0.05)				

Çizelge 4.10: (Devamı) Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	Özetkililik	Mamografi Yararları
Çalışma Şekli		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sadece Gündüz	145	6,876±2,267	19,317±5,165	20,648±4,545	16,083±3,651	39,497±9,312	17,979±4,013
Gündüz ve Gece Dönüşümlü	336	7,077±2,394	18,842±5,116	20,732±3,981	15,708±3,308	38,824±7,756	18,342±3,667
t=		-0,861	0,932	-0,203	1,104	0,820	-0,968
p=		0,390	0,352	0,839	0,270	0,447	0,334
Çalışma Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1.1-5 Yıl	135	7,259±2,431	19,000±5,146	20,993±4,110	16,074±3,599	38,904±8,838	17,911±3,747
2.6-10 Yıl	63	6,905±2,632	18,460±4,614	19,476±4,443	15,191±3,573	38,778±7,476	18,238±3,671
3.11-15 Yıl	95	7,011±2,399	19,442±5,236	22,053±3,005	16,516±2,492	40,326±6,660	18,726±3,347
4.16-20 Yıl	55	6,836±2,167	18,946±5,435	20,418±4,898	15,418±3,675	38,891±9,150	18,364±4,283
5.21-25 Yıl	63	7,175±2,036	19,302±4,944	21,127±3,429	16,254±3,000	39,524±7,769	18,333±3,408
6.26 Yıl ve Üzeri	70	6,657±2,315	18,557±5,410	19,286±4,647	14,886±3,881	37,386±9,283	17,986±4,362
F=		0,760	0,426	5,271	2,822	1,092	0,601
p=		0,579	0,830	0,000	0,016	0,364	0,699
PostHoc=				1>2, 3>2, 5>2, 3>4, 1>6, 3>6, 5>6	3>2, 1>6, 3>6, 5>6		
				(p<0.05)	(p<0.05)		
Geçmişte Meme İle İlgili Sorun Yaşama Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	110	7,509±2,229	19,646±4,804	20,827±3,886	16,182±3,057	39,836±7,872	18,427±4,044
Hayır	371	6,871±2,375	18,790±5,213	20,671±4,236	15,714±3,511	38,787±8,356	18,175±3,694
t=		2,510	1,539	0,346	1,262	1,172	0,615
p=		0,012	0,125	0,730	0,208	0,242	0,539
Meme İle İlgili Tanısal Girişim Yapılma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	51	7,333±2,251	19,392±4,858	20,431±4,253	16,039±3,577	39,078±9,436	17,177±4,283
Hayır	430	6,979±2,368	18,937±5,164	20,740±4,147	15,795±3,399	39,021±8,112	18,358±3,694
t=		1,015	0,598	-0,500	0,482	0,047	-2,122
p=		0,310	0,550	0,617	0,630	0,963	0,034
Şu Anda Meme İle İlgili Bir Şikâyet Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	32	7,563±2,422	19,969±5,539	21,719±3,709	17,156±3,007	41,875±8,654	18,781±4,654
Hayır	449	6,978±2,349	18,915±5,099	20,635±4,179	15,726±3,426	38,824±8,195	18,194±3,706
t=		1,358	1,123	1,428	2,299	2,027	0,851
p=		0,175	0,262	0,154	0,022	0,043	0,490

Çizelge 4.10: (Devamı) Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	Özetkililik	Mamografi Yararları
Birinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	14	7,500±1,787	17,857±5,172	22,286±2,946	16,571±3,458	40,214±8,833	19,714±2,335
Hayır	467	7,002±2,371	19,019±5,130	20,660±4,179	15,799±3,415	38,991±8,241	18,188±3,801
t=		0,779	-0,835	1,445	0,834	0,546	1,493
p=		0,436	0,404	0,149	0,405	0,585	0,136
İkinci Derece Akrabalarda Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	52	7,769±2,332	19,462±4,354	20,981±2,941	16,115±2,374	40,462±6,792	18,539±3,134
Hayır	429	6,925±2,345	18,928±5,217	20,674±4,280	15,786±3,521	38,853±8,401	18,196±3,846
t=		2,452	0,708	0,503	0,657	1,328	0,618
p=		0,015	0,479	0,615	0,376	0,185	0,537
Meme Kanseriyle İlgili Eğitim Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	380	7,040±2,323	19,337±4,945	20,879±4,113	16,097±3,194	39,650±7,948	18,366±3,695
Hayır	101	6,931±2,487	17,663±5,604	20,059±4,268	14,782±3,994	36,683±8,964	17,733±4,037
t=		0,412	2,937	1,766	3,479	3,243	1,501
p=		0,680	0,003	0,078	0,003	0,001	0,134

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve 26 yıl ve üzerinde çalışan katılımcıların en düşük sağlık motivasyonu puan ortalamasına ($19,286 \pm 4,647$) sahip olduğu belirlenmiştir ($F=5,271$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,053$). Yapılan post-hoc analizde; çalışma süresi 26 yıl ve üzeri olan katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının çalışma süresi 1-5 yıl ve 11-15 yıl olan katılımcılardan anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının çalışma süresi 1-5 yıl, 11-15 yıl, 21-25 yıl olan katılımcılardan anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($F=2,822$; $p=0.016<0.05$; $\eta^2=0,029$). Yapılan post-hoc analizde; çalışma süresi 26 yıl ve üzerinde olan katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının çalışma süresi 1-5 yıl, 11-15 yıl ve 21-25 yıl olanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.10).

Katılımcılardan geçmişte meme sorunu yaşayanların duyarlılık puan ortalamaları ($x=7,509$), geçmişte meme sorunu yaşamayanların duyarlılık puan ortalamalarından ($x=6,871$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($t=2,510$; $p=0.012<0.05$; $d=0,273$; $\eta^2=0,013$). Ölçeğin önemseme ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının, geçmişte meme sorunu yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Halen meme şikâyeti olduğunu ifade eden katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının ($x=17,156$), şikâyeti olmayanların puan ortalamalarından ($x=15,726$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,299$; $p=0.022<0.05$; $d=0,421$; $\eta^2=0,011$).

Benzer şekilde halen meme şikâyeti olduğunu ifade eden katılımcıların öz-etkililik puan ortalamalarının ($x=41,875$), şikâyeti olmayanların puan ortalamalarından ($x=38,824$) anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($t=2,027$; $p=0.043<0.05$; $d=0,371$; $\eta^2=0,009$). Ölçeğin duyarlılık, önemseme ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yararları puan ortalamalarının şu anda memelerle ilgili bir şikâyet varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge

4.10).

Katılımcılardan tanısal girişim yapılanların mamografi yararları puan ortalamaları ($x=17,177$), tanısal girişim yapılmayanların puan ortalamalarından ($x=18,358$) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($t=-2,122$; $p=0.034<0.05$; $d=0,314$; $\eta^2=0,009$). Ölçeğin duyarlılık, önemseme ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik puan ortalamalarının memelerle ilgili tanısal girişim yapılma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü olduğunu ifade edenlerin duyarlılık puan ortalamalarının ($x=7,769$), ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü olmayanların puan ortalamalarından ($x=6,925$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=2,452$; $p=0.015<0.05$; $d=0,360$; $\eta^2=0,012$). Ölçeğin önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının, ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Katılımcılardan meme kanseriyle ilgili eğitim aldığını ifade edenlerin önemseme/ ciddiyet puan ortalamaları ($x=19,337$), eğitim almayanların puan ortalamalarından ($x=17,663$) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,937$; $p=0.003<0.05$; $d=0,329$; $\eta^2=0,018$)(Çizelge 4.10).

Katılımcıların eğitim alanların KKMM yararları puan ortalamalarının ($x=16,097$), eğitim almayanların puan ortalamalarından($x=14,782$) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($t=3,479$; $p=0.003<0.05$; $d=0,390$; $\eta^2=0,025$)(Çizelge 4.10). Benzer şekilde eğitim alanların öz-etkililik puan ortalamalarının ($x=39,650$), eğitim almayanların puan ortalamalarından ($x=36,683$) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($t=3,243$; $p=0.001<0.05$; $d=0,363$; $\eta^2=0,021$). Ölçeğin duyarlılık, sağlık motivasyonu, mamografi yararları puan ortalamalarının meme kanseriyle ilgili eğitim alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının diğer tanımlayıcı özelliklere göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10).

4.10 Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Analizi

Katılımcıların CSIMÖ önemseme ciddiyet boyutu puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=4,323$;

$p=0.014<0.05$; $\eta^2= 0,018$). Bu farkın nedeni belirlemek üzere yapılan post-hoc analizde; düzenli olarak her ay KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların önemseme ciddiyet puan ortalamalarının KKMM'yi düzensiz olarak yapanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde KKMM'yi düzensiz de olsa yapanların önemseme ciddiyet puan ortalamalarının hiç yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.11).

Katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=5,490$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,022$). Yapılan post-hoc analizde; düzenli olarak her ay KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının KKMM'yi düzensiz olarak yapanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde KKMM'yi düzensiz de olsa yapanların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının hiç yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.11).

Katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=11,758$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,047$). Yapılan post-hoc analizde; düzenli olarak her ay KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların KKMM yararları puan ortalamalarının KKMM'yi düzensiz olarak yapanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde KKMM'yi düzensiz de olsa yapanların KKMM yararları puan ortalamalarının hiç yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.11).

Katılımcıların öz-etkililik puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($F=5,189$; $p=0.006<0.05$; $\eta^2=0,021$). Yapılan post-hoc analizde; düzenli olarak her ay KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların öz-etkililik puan ortalamalarının KKMM'yi düzensiz olarak yapanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). KKMM'yi düzensiz de olsa yapanların öz-etkililik puan ortalamalarının hiç yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.11). Ölçeğin duyarlılık ve mamografi yararları puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11: Sağlık İnanç Modeli Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı

Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	Özetkililik	Mamografi Yararları
Meme Muayenesi Yaptırma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	184	7,038±2,253	19,294±4,942	20,478±4,310	15,690±3,535	38,799±8,850	17,973±4,207
Hayır	297	7,003±2,421	18,795±5,242	20,849±4,056	15,902±3,342	39,168±7,870	18,394±3,476
t=		0,157	1,037	-0,950	-0,662	-0,477	-1,190
p=		0,876	0,300	0,343	0,508	0,634	0,256
Son Muayene Tarihi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1 Yıl önce	78	6,923±2,220	19,885±4,946	20,372±4,663	15,731±3,727	38,680±9,675	17,641±4,640
2 Yıl önce	29	6,586±2,009	18,966±3,968	20,517±3,302	16,000±3,162	37,931±8,405	18,035±3,822
3 Yıl ve Üstü	63	7,365±2,295	18,698±5,447	21,000±4,131	16,016±3,087	40,508±7,485	18,698±3,692
Hatırlamıyorum	14	7,500±2,955	20,214±4,509	19,643±4,781	14,357±4,684	34,857±10,295	16,714±4,214
F=		1,064	0,864	0,482	0,901	1,807	1,221
p=		0,366	0,461	0,695	0,442	0,148	0,304
Mamografi Önerisi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	126	7,000±2,280	19,135±4,929	20,087±4,380	15,683±3,346	38,960±8,265	18,111±4,048
Hayır	355	7,023±2,385	18,932±5,205	20,927±4,055	15,870±3,443	39,051±8,258	18,276±3,677
t=		-0,092	0,380	-1,954	-0,530	-0,106	-0,421
p=		0,927	0,704	0,051	0,596	0,916	0,674
Mamografi Çektirme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	115	6,930±2,297	19,122±4,899	20,096±4,452	15,487±3,503	38,330±8,747	17,948±4,242
Hayır	366	7,044±2,376	18,943±5,206	20,899±4,044	15,926±3,385	39,246±8,090	18,322±3,616
t=		-0,449	0,326	-1,813	-1,204	-1,038	-0,928
p=		0,653	0,744	0,070	0,229	0,300	0,354
Mamografi Çektirme Nedeni		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Şikayetim Vardı/Hekim Önerdi	45	7,022±2,379	19,133±5,627	20,444±4,939	15,644±3,809	39,000±9,627	18,267±4,882
Rutin Tarama İçin	70	6,871±2,258	19,114±4,412	19,871±4,132	15,386±3,316	37,900±8,174	17,743±3,798
t=		0,342	0,020	0,672	0,385	0,657	0,645
p=		0,733	0,984	0,503	0,701	0,513	0,521

Çizelge 4.11: (Devamı) Sağlık İnanç Modeli Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı

Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	Özetkililik	Mamografi Yararları
Son Mamografi Tarihi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1 Yıl önce	51	6,922±2,217	19,765±4,836	19,980±5,046	15,431±3,885	36,863±9,980	17,471±4,751
2 Yıl önce	24	7,125±2,383	19,333±3,964	20,750±2,192	16,167±2,180	40,458±5,771	19,125±2,894
3 Yıl ve Üstü	40	6,825±2,395	18,175±5,425	19,850±4,704	15,150±3,648	38,925±8,386	17,850±4,191
F=		0,127	1,213	0,333	0,639	1,535	1,263
p=		0,881	0,301	0,717	0,530	0,220	0,287
Düzenli KKMM Yapma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1. Her Ay Düzenli Yapıyor	149	6,772±2,230	19,087±4,773	21,067±4,365	16,154±3,657	39,168±8,965	18,564±4,166
2. Düzenli Yapmıyor	226	7,159±2,255	19,500±4,743	21,018±3,501	16,252±2,728	39,951±6,699	18,239±3,076
3. Yapmıyor	106	7,057±2,707	17,745±6,151	19,538±4,901	14,434±4,002	36,859±9,757	17,755±4,470
F=		1,235	4,323	5,490	11,758	5,189	1,426
p=		0,292	0,014	0,004	0,000	0,006	0,241
PostHoc=			1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

CSIMÖ ölçeği'nin meme kanseri taramalarına yönelik sorgulanan diğer değişkenlerin göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.11).



5. TARTIŞMA

Tıbbi ilerlemeler, meme kanseri tarama yöntemlerini ve erken teşhis tekniklerini geliştirerek, hastalığın ilerlemesini engellemeye yönelik müdahaleleri artırmış ve meme kanseri kaynaklı ölüm oranlarını düşürmüştür. Ancak, mevcut gelişmelere rağmen, meme kanseri hala kadınların yaşamını ciddi şekilde etkileyen bir sağlık sorunudur. Sağlık profesyonelleri, tarama ve erken teşhis hususlarında kilit bir rol oynamakta ve toplumda farkındalık oluşturulması açısından büyük öneme sahiptirler (Mertcan, 2018).

Sunulan çalışmadan elde edilen bulgular, Meme Kanseri ve Tarama Bilgisi Puan Ortalamaları (BPO) ve tanımlayıcı özellikler, BPO ve Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar, CSİMÖ ve tanımlayıcı özellikler, CSİMÖ ve Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalar, BPO ile CSİMÖ arasındaki korelasyon olmak üzere beş başlık altında literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Meme Kanseri ve Tarama Bilgilerinin Tartışılması

Meme kanseri ve tarama yöntemlerine ilişkin BPO'larının orta düzeyin üzerinde ($55,877 \pm 20,247$ Min=0; Maks=92.31) olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.3). Bilgi sorularının tümüne doğru cevap veren olmamış ve en yüksek puan 92 (0-100) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların en fazla doğru yanıt verdiği soru %91,9 (n=442) ile "KKMM'ni doğru yapma"dır. En fazla yanlış yanıt verdiği soru % 81,3 (n=391) ile "Ulusal Kanser Tarama Programına göre meme kanseri taramalarının sonlanma yaşı"dır (Çizelge 4.4).

Pruitt ve diğerlerinin (2020) 349 hemşire olan toplam 725 vaka ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin bilgi değerlendirmesi %50 oranında yetersiz bulunmuş, ayrıca meme kanseri risk faktörlerini doğru şekilde tanımlama oranının ise %40 olduğu tespit edilmiştir (Pruitt ve diğerleri, 2020). Heena ve arkadaşlarının (2019) sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada katılımcıların sadece %1,5'sinin meme kanseri taramaları hakkında iyi düzeyde bilgisi olduğu ve %26,8'sinin orta düzeyde

bilgisi olduğu belirlenmiştir (Heena ve diğerleri, 2019). Alenezi ve arkadaşlarının (2022) kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada katılımcıların %48,6'sının tarama bilgisinin düşük olduğu belirtilmiştir (Alenezi ve diğerleri, 2022). Ülkemizde Kaya ve arkadaşlarının (2017) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada katılımcılardan Ulusal kanser tarama programımızda yer alan kanserleri tam olarak doğru bilenlerin oranının %48,58 olduğu saptanmıştır (Kaya diğerleri, 2017). Koruk ve arkadaşlarının çalışmasında da 1.basamaktaki sağlık çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama programında yer alan bir programı bilme düzeyleri %11.2 ile %23.2 arasında değiştiği, tüm taramaları bilenlerin oranının % 6.3 olduğu belirlenmiştir (Koruk ve diğerleri, 2015). Madubogwu ve arkadaşlarının (2017) 160 sağlık çalışanıyla yaptığı araştırmada, katılımcıların %94.4'ü memeyi manuel muayene yaptığı saptanmıştır (Madubogwu ve diğerleri, 2017). Bu çalışma bulgusu çalışmamızda en çok doğru cevap alınan KKMM'yi doğru yapma bulgusuna benzerdir. Gabriel ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada katılımcıların yetersiz bilgiye sahip olduğu ve bu durumun hemşirelerin yeterli düzeyde eğitim almamasından kaynaklandığı ifade edilmiştir (Gabriel ve diğerleri, 2016). Literatür sağlık çalışanlarının meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi düzeyinin çalışmamıza benzer şekilde yeterli olmadığını belirtmektedir.

Sunulan çalışmada meme kanseri gelişmesi açısından risk oluşturan ileri yaş (39 ve üzeri) grubundaki hemşire sayısının diğer yaş gruplarına göre daha fazla olması (%42,0, n:202) çalışmanın amacı ve önemiyle doğru orantılı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puan ortalamaları (BPO) yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=9,167$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,055$). 32-38 yaş grubunda olan katılımcıların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanlarının diğer tüm yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır Benzer şekilde 39 ve üzeri grupta olanların BPO'larının 18-24 ve 25-31 yaş grubunda olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.8). Alkhasawneh'in (2007) 395 hemşire ile yaptığı meme kanseri taramasına ilişkin bilgi ve uygulamaları inceleyen çalışmada, yaş ortalaması 31 ± 7 (min:21 max:51) olarak belirlenmiştir. Çalışmadaki meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi sorularının %50'sinden fazlasını doğru yanıtlayan katılımcıların yaklaşık %75'inin 40 yaşında veya daha

genç olduğu ve bilgi puanı ortalamasının 51 olduğu saptanmıştır (Alkhasawneh, 2007). Bulgular çalışma bulgularınızla benzerlik göstermektedir.

Yousuf ve diğerlerinin (2012) 210 hemşireyle yaptığı çalışmada, yaş ortalaması $36,9 \pm 8,6$ (min:22 max:59) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu meme kanseri hakkında genel olarak makul bir bilgiye sahip olduğu ve % 91'inin meme kanserinin dünya genelinde kadınlar arasında en yaygın kanser olduğunu bildiğini saptanmıştır. Çalışmada, hemşirelerin bilgi puanları ile yaş arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Yousuf ve diğerleri, 2012).

Ülkemizde Soyak'ın (2019) 215 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmada, meme kanseri, risk faktörleri, semptomları ve tarama yöntemlerine dair bilgi düzeyinin incelendiği bir çalışmada, yaş ortalaması $32,27 \pm 7,57$ yıl (min: 20, maks: 40 ve üstü) olarak bulunmuştur. 20-29 yaş aralığındaki hemşirelerin meme kanseri bilgisi ortalama puanı $X=6,00 \pm 2,00$ ve tarama yöntemleri bilgisi ortalama puanı ise $X=6,87 \pm 1,72$ olarak bulunmuştur (Soyak, 2019). Çalışmada yaş arttıkça, bilgi ortalama puanı ve tarama yöntemleri bilgisinin arttığı sonucuna varılmıştır. Literatür çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Çalışmada katılımcıların ağırlıklı olarak (%75.9, n=365) lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Lisansüstü eğitim alanların BPO'larının diğer eğitim gruplarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde lisans mezunu katılımcıların BPO'larının sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Çizelge 4.8). Literatürde eğitim durumu ve meme kanseri taramasına yönelik bilgi puanının değerlendiren çalışmalar incelendiğinde çalışmamızdaki bulgularla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (Fotedar ve diğerleri, 2013; Andegiorgish, 2018; Bakır ve Demir, 2020; Neziroğlu, 2021).

Fotedar ve diğerlerinin (2013), 457 hemşireyle yaptığı bir çalışmada, meme kanseri risk faktörleri ve erken teşhis yöntemleri hakkındaki bilgileri, üniversite mezunu olan hemşirelerle, genel hemşirelik diplomasına sahip hemşireler arasında karşılaştırılmıştır. Bulgular, üniversite mezunlarının bu konuda daha kapsamlı bir bilgi düzeyine sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Fotedar ve diğerleri, 2013). Andegiorgish 'in (2018) 414 hemşireyle yaptığı çalışmada, lisans mezunu hemşirelerin meme kanseri hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarının kayıtlı ve

yardımcı hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır (Andegiorgish, 2018).

Bakır ve Demir'in (2020) 162 hemşireyle yaptığı çalışmada, katılımcıların eğitim düzeyi oranları lise %5.6, önlisans %48.1(en çok), lisans %40.7 ve yüksek lisans/doktora ise %5.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerin çoğunluğunun yüksek düzeyde meme kanseri endişesi taşıdığı tespit edilmiş olup bu endişenin hemşirelerin eğitim durumları ile doğru orantılı olarak arttığı sonucuna varılmıştır (Bakır ve Demir, 2020).

Neziroğlu'nun (2021) 289 hemşireyle yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi oranları sağlık meslek lisesi % 52,6 (en çok), ön lisans % 21,1, lisans % 23,9, lisansüstü % 2,4 olarak bulunmuştur. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim seviyelerine sahip hemşirelere kıyasla meme kanserinden korunma önlemlerini alma konusunda daha düşük bir eğilim gösterdiği ve KKMM uygulama oranlarının daha düşük olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Neziroğlu, 2021).

Çalışmada, hemşirelerin meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$)(Çizelge 4.8). Kokkun'un (2014) 276 sağlık çalışanıyla yaptığı araştırmada, katılımcıların medeni durumları incelenmiş ve evli olanların oranının %95,7, bekar olanların %3.6 ve boşanmış/dul olanların ise %0.7 olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre meme kanseri taramasına katılım durumunu değerlendirdiğimizde, evli veya boşanmış/dul kişilerin %2.4'ünün meme taraması yaptırdığı, %11.9'unun ise tarama programı kapsamında olmamalarına rağmen tarama yaptırdığı belirlenmiştir. Bekar olanlar ise hiçbiri tarama yaptırmamıştır (Kokkun, 2014). Pelit'in (2019) 324 hemşireyle yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %59'u evli iken %41'i bekar durumundadır. Mamografi ve KKMM gibi tarama testlerini alma durumlarının evli olanlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Pelit, 2019). Bu sonuçlar çalışma bulgumuzdan farklıdır.

Hemşirelerin meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanları çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,522$; $p=0.029<0.05$; $\eta^2=0,026$)(Çizelge 4.8). Cerrahi kliniklerde çalışanların BPO'ları ameliyathane ve poliklinik hizmetlerinde çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Odusanya ve Tayo'nun (2001) 204 hemşireyle yaptığı çalışmada, cerrahi

kliriklerde çalışanların oranı %93.1 olarak belirlenirken, dahili kliniklerde çalışan ve özellikle meme kanseri hastalarına bakım verenlerin oranı %90.2 olarak saptanmıştır. Araştırmada, cerrahi servislerde çalışmanın kanser tarama programlarının kullanımını etkilemediği sonucu elde edilmiştir (Odusanya ve Tayo, 2001). zdemir ve Bilgili'nin 350 hemşireyle yapmış olduğu çalışmada, cerrahi bölümlerde çalışan hemşirelerin oranı %57.9 iken, dahiliye bölümlerde çalışan hemşirelerin oranı ise %42.1 olarak belirlenmiştir. Görev yapılan klinikler arasında elde edilen bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cerrahi kliniklerde görev alan hemşirelerin dâhili kliniklerindeki meslektaşlarına göre daha yüksek bilgi puanları elde etmiştir. Bu durumun nedeni olarak, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin daha fazla farkındalık kazanmış olmaları gösterilmiştir (zdemir ve Bilgili, 2010). Bu bulgu çalışma sonucumuzla benzerdir. Yılmaz'ın (2018) meme kanseri konusundaki bilgi ve davranışlar üzerine yaptđđ araştırmaya katılan 250 hemşirenin dâhili (%50,4), cerrahi (%48) ve idari bölümlerde (%1,6) alıřtıđđı belirlenmiştir. Çalışmada dâhili bölümlerde görev yapan hemşirelerin bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ilgili birimde hemşirelerin yaş ortalamasının ve mesleki deneyiminin daha yüksek olmasına bağlanmıştır (Yılmaz, 2018). Bu bulgu çalışma bulgumuzdan farklıdır. Çalışmamızda cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin meme kanseri tanısı almış hastaları daha ileri evrede görüyor olmaları taramalara yönelik uygulamaları daha fazla yaptırılmalarına neden olmuş olabilir.

Hemşirelerin BPO'larının medeni durum, çalışma şekli ve meme sağlığı ile ilgili diğer değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (izelge 4.8).

Nicholls ve arkadaşlarının (2017) 5041 hemşire ve ebe ile yrttđđ araştırmada, yarı zamanlı/geçici/havuz çalışanların meme taraması yaptırma olasılığının tam zamanlı çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ayrıca, vardiyalı çalışanlarda meme taraması yapma olasılığının, çalışma saatleri göz önünde bulundurulduğunda belirgin bir şekilde azaldđđı tespit edilmiştir (Nicholls ve diğerleri, 2017). Bizim alışmamızda ise meme kanseri taraması yapma olasılığına değil, bu durumdan farklı olarak çalışma şekli ile bilgi puanlarına ait bulguların karşılaştırılması sebebiyle farklılık göstermektedir. Neziroğlu'nun (2021) alışmasında, gece vardiyasında çalışmayan hemşirelerin, gece vardiyasında

çalışanlara göre meme kanseri tarama yöntemlerini bilme, meme değişikliklerinde hekime başvurma sıklığının ve beslenme alışkanlıklarına dikkat etme eğiliminin daha fazla sergilediği saptanmıştır (Neziroğlu, 2021).

Hemşirelerin BPO'ları çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,474$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,035$). Çalışma süresi arttıkça BPO'larının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Çizelge 4.8). Klinik deneyim ile bilgi arasında pozitif ilişki olması beklenen bir bulgudur. Güleser ve arkadaşlarının (2009) 246 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada ise katılımcıların %66.6'sının iş deneyimi 10 yıldan az iken, %29.2'sinin ise 10 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. 10 yıl ve üzeri iş deneyimine sahip olanların diğerlerine kıyasla bilgi skorlarının dağılımı daha yüksek bulunmuştur (Güleser ve diğerleri, 2009). Bu bulgu çalışma sonuçları ile benzerdir.

Katılımcılardan % 22,9'unun halen ya da geçmişte memeleri ile ilgili sorun yaşadığı ve en çok yaşanan sorunun (%34,5) memede selim kitle olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 2,9'ünün birinci derece, % 10,8'inin ikinci derece yakınında meme kanseri öyküsü olduğu tespit edildi. Ailesinde birinci derece yakınlarında, meme kanseri öyküsü olanların %64,3'ünün annesinde, % 35,7'inde kız kardeşinde meme kanseri olduğu belirlendi (Çizelge 4.2).

Katılımcıların meme sağlığına yönelik durumlarını ve ailede meme kanseri öyküsü varlığını irdeleyen verilerle BPO'ları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.8). Madubogwu ve arkadaşlarının (2017) 160 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların %15.0'inin ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu, bunların %64,3'ünün annesinde, % 35,7'inin ablasında meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır (Madubogwu ve diğerleri, 2017). Andegiorgish'in (2018) 414 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %90'ından fazlasının ailelerinde meme kanseri öyküsü olmadığı saptanmıştır (Andegiorgish, 2018). Heena ve arkadaşlarının (2019) yaptığı kesitsel bir çalışmada, katılımcıların %2,3'ünde meme kanseri öyküsü, %10,1'inde birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü ve %16,2'sinde ikinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır (Heena ve diğerleri, 2019). Pelit'in (2019) 324 hemşireyle yaptığı çalışmada, katılımcıların % 15.7'sinin ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu ve % 84.3'ünün ise ailesinde meme kanseri bulunmadığı belirlenmiştir (Pelit, 2019).

Kaya ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kendisinde, ailesinde veya başka bir yakınında kanser tanısı almış olanların taramaları bilme oranlarının daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak kanser tarama testini düzenli olarak yaptıran oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Kaya ve diğerleri, 2017) ($p < 0,001$).

Alanezi ve arkadaşlarının çalışmasında (2022) ailede meme kanseri öyküsü olanların %79,0'unun risk faktörlerini bildiği ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Alanezi ve diğerleri, 2022). Bostancı'nın (2022) 273'ü ebe ve hemşire olmak üzere toplam 497 sağlık profesyoneli ile yaptığı çalışmada, meme ile ilgili sağlık sorunu yaşayanların oranı %9.2 olup sıklıkla yaşanan sorunun (%67.7) meme dokusunda kitle olduğu belirlenmiştir. Meme ile ilgili sağlık problemi yaşayan katılımcıların, "Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği" puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (Bostancı, 2022).

Katılımcıların %79,0 'u meme kanseriyle ilgili eğitim aldığı, eğitim alanların bilgi kaynağının

%60,5'inin mesleki eğitim, %46,8'i konferans/seminer/hizmet içi eğitim, %35,5'i Hastane/Aile ve Toplum Sağlığı Merkezi/KETEM, %13,7'i sosyal medya olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Literatürde yapılan bazı çalışmalarda bilgi kaynaklarının ağırlıklı olarak sosyal medya ve hekim olduğu görülmektedir. Güleser ve arkadaşlarının (2009) 246 sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada, katılımcıların KKMM konusunda bilgi kaynaklarının en sık medya (%31.7) olduğu ve bunu hekimlerin (%23.5) izlediği belirlenmiştir (Güleser ve diğerleri, 2009). 349'u hemşirelerden oluşan 725 vaka ile yapılan başka bir çalışmada, meme kanseri ile ilgili en sık başvuru alan eğitim kaynağının televizyon ve radyo olduğu belirlenmiştir (Pruitt ve diğerleri, 2020). Bulgular bizim çalışmamızdan farklıdır.

Madubogwu ve arkadaşlarının (2017) 160 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların meme kanseri hakkında bilgi edinme kaynaklarının %80.0 müfredattaki eğitimler, %65.6 konferans/seminerler olduğu saptanmıştır (Madubogwu ve diğerleri, 2017). Yılmaz'ın (2018) 250 hemşireyle yaptığı çalışmada, meme kanseri ve KKMM hakkında bilgi edinme kaynakları olarak; %72,8 okul müfredatı, %35,6 hizmet içi eğitim programları, %40 televizyon-radyo-

internet olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2018). Arslan ve arkadaşlarının (2022) 146 ebe ve hemşireyle yaptığı çalışmada, meme kanseri tarama yöntemlerinden biri olan KKMM eğitimini alan katılımcıların %60.4'ünün mesleki eğitimleri sırasında ve %39.6'sının ise kurslardan bilgi edindiği belirlenmiştir (Arslan ve diğerleri, 2022). Literatür çalışma bulgumuzu desteklemektedir.

Meme kanseriyle ilgili eğitim alanların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanları ($x=59,049$), meme kanseriyle ilgili eğitim almayanların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanlarından ($x=43,945$) yüksek bulunmuştur ($t=6,987$; $p=0<0.05$; $d=0,782$; $\eta^2=0,092$) (Çizelge 4.8). Yılmaz'ın (2018) 250 hemşireyle yaptığı çalışmada, meme kanseri ve KKMM hakkında eğitim alanların, bu konularda bilgi edinmeyenlere göre genel bilgi puanları anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (Yılmaz, 2018). Güleser ve arkadaşlarının (2009) 246 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada katılımcıların memelerle ilgili sorun yaşama durumu ile toplam bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Güleser ve diğerleri, 2009). Literatür çalışma sonucumuzla benzerdir.

5.2. Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Meme Kanseri ve Tarama Bilgilerinin Tartışılması

Katılımcıların % 61,7'sinin ($n= 297$) KMM yaptırmadığı, %78'inin ($n=375$) KKMM yaptığı ancak sadece % 31'inin ($n= 149$) her ay düzenli KKMM yaptığı saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Katılımcıların %23,9'u ($n= 115$) mamografi çektiğini ifade etmiştir (Çizelge 4.5). Literatürde meme kanseri taramalarına yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen bulguların çalışma bulgularına benzer şekilde yetersiz olduğu görülmektedir.

Güleser ve arkadaşlarının (2009) 246 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada katılımcıların %52,4'ü KKMM uygulamasını aylık olarak gerçekleştirdiği ancak, yalnızca %17'sinin her ay KKMM yaptığını sonucuna varmışlardır (Güleser ve diğerleri, 2009). Sreedharan ve arkadaşlarının (2010) 154 hemşireyle yaptığı çalışmada, katılımcıların, %61,5'i aylık düzenli olarak KKMM yaptığı, %32,3'ü ise aklına geldiğinde yaptığı ve %3,1'i ise yılda bir kez yaptığı sonucuna varılmıştır (Sreedharan ve diğerleri, 2010). Kim ve Park'ın (2011) 163 hemşireyle yaptığı

betimsel korelasyon çalışmasında, katılımcıların memelerini düzenli olarak muayene etme oranı %58.9 olarak bulunmuş olup, bu kişilerin sadece %21.9'unun düzenli olarak ve aylık rutinlerle meme kontrolü yaptıkları saptanmıştır (Kim ve Park, 2011). Shiryazdi ve arkadaşlarının (2014) 441 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmasında, katılımcıların %41.9'nun son 12 ay içinde KKMM yaptıklarını, KKMM yaptığını ifade eden katılımcıların %85.1'inin ara sıra muayene yaptığını, yalnızca %14.9'nun aylık olarak düzenli bir şekilde muayene yaptığı tespit edilmiştir (Shiryazdi ve diğerleri, 2014). Koç ve arkadaşlarının (2014) 236 hemşireyle yaptığı çalışmada, katılımcıların %76,7'sinin KKMM gerçekleştirdiği ancak bu işlemi düzenli olarak yerine getiren hemşirelerin oranının oldukça düşük olduğu (%26) saptanmıştır (Koç ve diğerleri, 2014). Yılmaz Thom'un (2022) 200 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmaya göre, katılımcıların %70,5'i düzensiz aralıklarla KKMM yaptığı, %9,5'i ise şimdiye kadar hiç KKMM yapmadığı, önerilen sıklıkta (ayda bir) KKMM yapanların oranı ise sadece %12,5 olduğu saptanmıştır (Yılmaz Thom, 2022).

Oduşanya ve Tayo'nun (2001) 204 hemşireyle yaptığı çalışmada, katılımcıların sadece % 28.9'unun KMM yaptırdığı tespit edilmiştir (Oduşanya ve Tayo, 2001).

Pelit'in (2019) 324 hemşireyle meme kanseri taramalarına yönelik uygulamaların ve sağlık inançlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların % 50.9'u sorun olduğunda, %31.6 'sı iki yılda bir ve %17.5'si her yıl mamografi yaptırdığını saptanmıştır. Aynı çalışmada KMM için düzenli olarak hekime gitme oranının % 14.5 olduğu belirlenmiştir (Pelit, 2019).

Canbulat ve Uzun'un (2008) 865 ebe ve hemşire olmak üzere toplam 1070 kadın sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmada, mamografi yaptıranların oranı %12.5 iken, yalnızca %15'inin meme muayenesi için düzenli olarak hekime başvurduğu saptanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen, bu bilgilerin uygulama oranlarının yetersiz olduğu ifade edilmiştir (Canbulat ve Uzun, 2008).

Ersin ve Dedeoğlu'nun (2020) 178 hemşireyle yaptığı çalışmada, 40 yaş ve üzeri kadınların yaklaşık yarısının (%43.2) mamografi taraması yaptırdığı tespit edilmiştir (Ersin ve Dedeoğlu,

2020). Madubogwu ve arkadaşlarının (2017) 160 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin sadece %1.9 mamografi çektiğini belirtmiştir (Madubogwu ve diğerleri, 2017). Özçam ve arkadaşlarının (2014) 200 sağlık çalışanıyla gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %56'sının mamografi ve/veya meme ultrasonu yaptırmadığını saptanmıştır (Özçam ve diğerleri, 2014). Özdemir ve Bilgili'nin (2010) 350 hemşireyle yapmış olduğu çalışmada, mamografi yaptıran hemşire oranı oldukça düşük (%7,3) bulunmuş olup, bu gruptaki katılımcıların %55'inin ise en son bir yıl önce mamografi yaptırdıkları saptanmıştır. Hemşireler arasındaki mamografi yaptıran oranlarının düşük olmasının temel nedeni olarak, hemşirelerin çoğunlukla genç yaş grubunu oluşturması olarak belirtilmiştir (Özdemir ve Bilgili, 2010). Literatür çalışma bulgularına benzerdir.

Katılımcılardan meme muayenesi yaptıranların, her ay düzenli KKMM yapanların ve mamografi çektirenlerin BPO'larından anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Meme kanseri taramalarına yönelik sorgulanan diğer değişkenlerle BPO'ları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 4.9).

Kim ve Park'ın (2011) 163 hemşireyle yaptığı betimsel korelasyon çalışmasında, KKMM yapma oranının %58,9 olduğu ve bilgi puanlarının yüksek olduğu (70.45 ± 10.90) saptanmıştır. KMMM yapma düzeyi ile bilgi puanları arasında pozitif bir ilişki gözlemlenmiştir. Ayrıca, mamografi ve ultrasonografi (USG) uygulamalarını gerçekleştiren bireylerin bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur (75.78 ± 11.40). Bu sonuçlar, KKMM uygulama düzeyi ile bilgi puanları arasındaki olumlu ilişkiyi ve mamografi ile USG uygulamalarının bilgi puanlarını artırıcı etkisini ortaya koymaktadır (Kim ve Park, 2011). Çalışma bulgularımız ile benzerdir.

Yılmaz Thom'un (2022) 200 sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmasında, katılımcıların KKKM yapma ve düzenli mamografi uygulama durumları ile Meme Kanseri Bilgi Bölümü puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Yılmaz Thom, 2022). Yılmaz'ın (2018) 250 hemşireyle meme kanseri konusunda bilgi ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında, KKMM davranışı ile toplam bilgi puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Yılmaz, 2018). Literatür çalışma bulgumuzdan farklıdır.

5.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının (CSİMÖ) Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımının Tartışılması

Sunulan çalışmada katılımcıların CSİMÖ alt boyut puan ortalamaları; “duyarlılık” $7,017 \pm 2,356$ “önemseme ciddiyet” $18,985 \pm 5,130$, “sağlık motivasyonu” $20,707 \pm 4,155$, “KKMM yararları” $15,821 \pm 3,415$, “öz-etkililik” $39,027 \pm 8,252$ ve “mamografi yararları” $18,233 \pm 3,774$ olduğu saptanmıştır. Katılımcıların CSİMÖ’den aldığı en yüksek puan ortalamalarının sağlık motivasyonu boyutunda olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.10).

Kırag ve Kızılkaya’nın (2019) kadın akademisyenlerle yaptığı çalışmada CSİMÖ alt boyut puan ortalamaları; duyarlılık, $7,7 \pm 2,1$; ciddiyet, $19,3 \pm 5,1$; KKMM’nin faydaları, $15,1 \pm 3,3$; öz yeterlilik, $22,0 \pm 5,5$; sağlık motivasyonu, $20,5 \pm 2,6$ ve mamografinin faydaları, $17,0 \pm 3,3$ olarak bulunmuştur (Kırag ve Kızılkaya, 2019). Çalışma bulguları sunulan çalışma ile benzerdir.

Shiryazdi ve arkadaşlarının (2014) 441 kadın sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada ölçeğin hemşireler için elde edilen alt boyut puan ortalamaları; duyarlılık 9.43 ± 3.01 , önemseme/ciddiyet 16.11 ± 5.22 , sağlık motivasyonu 24.32 ± 3.65 , KKMM yararları 19.24 ± 5.27 , KKMM öz- etkililik 39.77 ± 7.0 ve mamografi yararları 21.03 ± 4.13 olarak bulunmuştur. Pelit’in (2019) 324 hemşireyle yapmış olduğu çalışmasında, katılımcıların CSİMÖ’den aldığı en yüksek puan ortalamalarının KKMM öz-etkililiği ve mamografi engelleri boyutunda olduğu saptanmıştır (Pelit, 2019). İz ve Tümer’in (2016) 65 hemşireyle yaptığı çalışmasında, katılımcıların CSİMÖ ‘den aldığı en yüksek puan ortalamalarının öz-yeterlilik boyutunda olduğu saptanmıştır (İz ve Tümer, 2016). Yücel ve arkadaşlarının (2014) 284 hemşirelik fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmada, katılımcıların CSİMÖ’den aldığı en yüksek puan ortalamalarının KKMM öz-etkililiği boyutunda olduğu saptanmıştır (Yücel ve diğerleri, 2014). Canbulat’ın (2006) çalışmasında CSİMÖ’nden alınan en yüksek puan ortalamalarının sırası ile öz-etkililik ve sağlık motivasyonu boyutlarında olduğu saptanmıştır (Canbulat, 2006). Literatür çalışma bulgularına benzerdir.

Ölçeğin sağlık motivasyonu puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği, 32-38 yaş grubunda olanların sağlık motivasyonu puan ortalamalarının 25-31 ve 39 ve üzeri yaş grubunda olanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$)(Çizelge 4.10). Katılımcıların duyarlılık, önemseme/ciddiyet,

KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.10).

Canbulat'ın (2006) 865 ebe ve hemşire olmak üzere toplam 1070 kadın sağlık çalışanıyla yaptığı çalışmada, ölçeğin sağlık motivasyonu puan ortalamalarının yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği, 20-29 ve 30-39 yaş grubunda 40 yaş ve üzeri gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların duyarlılık, önemseme ciddiyet, KKMM yararları, öz-etkililik, mamografi yararları puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (Canbulat, 2006). Bu sonuç çalışma bulgularımız ile benzerdir. Arslan Kapıcıbaşı'nın (2016) çalışmasında, çalışan kadınların yaş gruplarına göre CSİMÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Arslan Kapıcıbaşı, 2016). Kırag ve Kızılkaya (2019) 200 kadın akademisyenle yürüttüğü çalışmasında, 41 yaş üstündekiler öz yeterlilik boyutunda daha yüksek puanlar aldıklarını saptanmıştır (Kırag ve Kızılkaya, 2019).

CSİMÖ'nin sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik boyutlarına ait puan ortalamaları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0.05$), duyarlılık, önemseme ciddiyet, mamografi yararları boyutlarına ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.10).

Pelit'in (2019) 324 hemşire ile gerçekleştirdiği çalışmada, yüksek lisans mezunu hemşirelerin KKMM yararları ve öz-etkililik alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre en yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Pelit, 2019). Kayar'ın (2019) 177 kadın katılımcı ile tek kör randomize yöntemle ön ve son test kullanılarak yaptığı, eğitim etkinliğini değerlendiren çalışmasında, planlı eğitiminin CSİMÖ alt boyutlarından sağlık inançlarından yarar algısı, engel algısı ve güvene olumlu etki ettiği belirlenmiştir. CSİMÖ'nin diğer alt boyut puan ortalamaları farklarının hem deney hem de kontrol grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Kayar, 2019). Karayurt ve arkadaşlarının (2009) 193 kız üniversite öğrencisi ile akran ve grup eğitiminin meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi ve inançlar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, öğrencilerin eğitim sonrası fayda, engel ve güven/öz-yeterlilik algılarında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık olduğunu bulmuşlardır (Karayurt ve diğerleri, 2009). Literatür eğitim düzeyinin ve planlı eğitimin CSIMÖ üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların duyarlılık ve önemseme/ciddiyet puan ortalamalarının çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$)(Çizelge 4.10). Diğer alt boyut puan ortalamalarının çalışılan kliniğe göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.10). Elde edilen bu bulgu ile ilgili literatürde çalışmaya rastlanmamıştır. Canbulat'ın (2006) çalışmasında birinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği ve KKMM yarar algılarının ikinci basamak sağlık kuruluşunda çalışanların algularından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Canbulat, 2006). Cerrahi kliniklerde çalışanların daha ileri evrede vaka görüyor olmaları bu sonucun nedeni olabilir.

Katılımcıların sağlık motivasyonu ve KKMM yararları puan ortalamalarının çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği, çalışma yılı yükseldikçe motivasyon puan ortalamasının düştüğü belirlenmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, öz-etkililik ve mamografi yararları puan ortalamalarının, çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10). Bu bulgu ile ilgili literatür bilgisine ulaşamamıştır. Eğitimleri sırasında konu hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının koruyucu davranışların yararına dair inanç ve motivasyonlarının klinik deneyim ile artması beklenebilecek bir durumdur.

Katılımcılardan geçmişte meme sorunu yaşayanların duyarlılık puan ortalamaları geçmişte meme sorunu yaşamayanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin diğer alt boyut puan ortalamalarının geçmişte meme sorunu yaşama durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$)(Çizelge 4.10). Halen meme şikâyeti olduğunu ifade eden katılımcıların KKMM yararları ve öz-etkililik puan ortalamalarının şikâyeti olmayanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10). Literatürde konu ile ilgili direkt bulguya rastlanmamıştır. Ancak memeleri ile ilgili sorun yaşamış ya da yaşayan kadınların meme kanserini tehdit olarak algılaması anlamına gelen duyarlılık puan ortalamalarının artması beklenen bir sonuçtur.

Hemşirelerden ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü olduğunu ifade edenlerin duyarlılık puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu

bulunmuştur ($p<0.05$) Ölçeğin diğer alt boyut puan ortalamaları, ikinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.10). Literatürde yapılan çalışmalar ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların hastalığı bir tehdit olarak algılamasının daha fazla olduğunu belirtilmektedir. Pelit'in (2019) 324 hemşireyle yapmış olduğu çalışmasında, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmayan bireylerin KKMM yararları alt ölçek puan ortalaması, ailesinde meme kanseri olan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır. ($p<0.05$)(Pelit, 2019). Arslan Kapıcıbaşı'nın (2016) çalışmasında, ailede meme hastalığı öyküsü bulunan grubun algıladığı duyarlılığın daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$)(Arslan Kapıcıbaşı, 2016). Literatür çalışma bulgularımız ile benzerdir. Karayurt ve Dramalı'nın (2007) çalışmasında ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların daha sık KKMM yaptığını ve kadınların meme kanseriyle ilişkili genetik faktörlerin farkında olmasıyla ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir (Karayurt ve Dramalı, 2007).

Katılımcılardan tanısal girişim yapılanların mamografi yararları puan ortalamaları tanısal girişim yapılmayanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$) Htay ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında geçmişte meme kanseri taraması yaptıran kadınlar tarama yaptırmamış kadınlara kıyasla 'algılanan faydaları' önemli ölçüde daha yüksek ve 'algılanan engelleri' önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur (Htay ve diğerleri, 2021). Canbulat'ın (2006) çalışmasında, katılımcılardan tanısal girişim yapılanların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve KKMM öz-etkililiği puan ortalamaları, tanısal girişim yapılmayanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Canbulat, 2006). Kırığ ve Kızılkaya'nın (2019) çalışmasında KMM yapan katılımcıların, öz yeterlilik puanları ve mamografi yaptıranların duyarlılık puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Kırığ ve Kızılkaya, 2019).

Katılımcılardan meme kanseriyle ilgili eğitim aldığını ifade edenlerin önemseme/ ciddiyet, KKMM yararları, öz-etkililik puan ortalamalarının, eğitim almayanların puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Çizelge 4.10).

Masudiyekta ve arkadaşlarının (2018) 226 kadınla Sağlık İnanç Modeli temel alınarak kadınlarda meme kanseri tarama davranışına etkisi üzerine yapılan bir

çalışmada, eğitimsel müdahale sonrasında bilgi, algılanan ciddiyet, algılanan faydalarda önemli bir artış olduğunu saptanmıştır (Masudiyekta ve diğerleri, 2018). Kırag ve Kızılkaya'nın (2019) çalışmasında ölçeğin öz-yeterlilik boyutu ile eğitim alma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kırag ve Kızılkaya, 2019). Bu sonuçlar, mevcut çalışmanın bulgularıyla benzerdir.

5.4. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanlarının (CSİMÖ) Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamalara Göre Dağılımının Tartışılması

CSİMÖ'nin önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve öz-etkililik boyutu puan ortalamalarının, KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, KKMM yapanların puan ortalamalarının yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır

($p < 0.05$)(Çizelge 4.11). CSİMÖ'nin meme kanseri taramalarına yönelik sorgulanan diğer değişkenlere göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p > 0.05$)(Çizelge 4.11). Canbulat'ın (2006) kadın sağlık çalışanıyla yürüttüğü çalışmada, CSİMÖ'nin sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik ve duyarlılık puan ortalamalarının KMMM yapma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği, yapanların puan ortalamalarının yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Canbulat, 2006). Shiryazdi ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında KKMM yapan grubun, KKMM faydası ve güveni konusunda aldıkları ortalama puanlar, KKMM yapmayan gruptan daha yüksek bulunmuştur (Shiryazdi ve diğerleri, 2014). Kırag ve Kızılkaya (2019) 200 kadın akademisyenle yürüttüğü çalışmada, KKMM gerçekleştiren katılımcıların, duyarlılık, yarar, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Kırag ve Kızılkaya, 2019). Karayurt ve Dramalı'nın (2007) çalışmasında da KKMM yapan katılımcıların benzer şekilde, güven, faydalar, sağlık motivasyonu, duyarlılık ve ciddiyet puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Karayurt ve Dramalı,2007). Literatür çalışma bulgularını desteklemektedir.

5.5. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puanları ile Meme Kanseri ve Tarama Bilgi Puanları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Meme kanseri tarama bilgisi ile CSİMÖ'nin duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, öz-etkililik ve mamografi yararları alt boyut puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; KKMM yararları ile meme kanseri tarama bilgisi arasında $r=0.117$ pozitif çok zayıf ($p=0,010<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkilerinin, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)(Çizelge 4.7).

Literatürde bilgi düzeyi ile CSİMÖ'nin alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Arslan Kapıcıbaşı'nın (2016) çalışmasında meme kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip olan katılımcıların öz yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Arslan Kapıcıbaşı, 2016). Masoudiyekta ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, bilgi, algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, öz yeterlilik ile bireylerin performansı arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Çalışma sonucunda bilgi ve algılanan duyarlılığın, tarama davranışlarının önemli yordayıcıları olduğu belirtilmiştir (Masoudiyekta ve diğerleri, 2018). Guilford ve arkadaşlarının (2017) 342 üniversite eğitimi almış katılımcıyla gerçekleştirdiği çalışmasında, meme kanseri bilgisi ile KKMM yapma arasında önemli bir ilişki göstermiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, yüksek öz-yeterlilik ve düşük algılanan engellerin KKMM uygulama sıklığıyla pozitif bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Guilford ve diğerleri, 2017). Jamaludin ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında meme kanseri bilgisi ile meme kanseri taraması uygulaması arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (Jamaludin ve diğerleri, 2023).

Hasani ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, KKMM yapma durumu ile ölçek alt boyut puanları karşılaştırılmış, KKMM yapan katılımcıların algılanan KKMM faydaları ve algılanan KKMM öz yeterliliği yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öz yeterliliği artırmak ve engelleri azaltmak için KKMM eğitim programlarının uygulanması şiddetle tavsiye edilmiştir (Hasani ve diğerleri, 2011).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Bu bölümde, hemşirelerin meme kanseri tarama konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın verilerine yönelik sonuç ve öneriler sunulmuştur.

- Çalışmada Yer Alan Hemşirelerin Demografik Yönelik Ortalamaları İncelendiğinde; Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (n=202) 39 yaş ve üzeri, eğitim seviyesinin genellikle lisans düzeyinde (n=365), çoğunluğunun evli (n=333), meslekte çalışma sürelerinin ağırlıklı olarak 1-5 yıl aralığında (n=135), çalışma şeklinin (n=336) vardiya şeklinde (gündüz ve gece) olduğu saptandı.
- Katılımcıların % 22,9'unun geçmişte, % 6,7'sinin halen meme ile ilgili sorun yaşadığı, sorun yaşayanların çoğunluğunun memede selim kitle/kist sorunu olduğu saptandı. Katılımcıların % 10,6'sına (n= 51) meme ile ilgili tanısal girişim yapıldığı, en sık yapılan girişimin (% 33,3, n= 17) USG ve mamografi olduğu saptandı.
- Katılımcıların % 2,9'unun(n=14) birinci derece yakınında, %10,8'inin (n=52) ikinci derece yakınında meme kanseri öyküsü olduğu, % %79,0'unun (n=380) meme kanseri ile ilgili eğitim aldığı belirlendi.
- Katılımcıların meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puan ortalamasının orta düzeyin biraz üstünde $55,877 \pm 20,247$ olduğu, en fazla doğru yanıt verilen sorunun (n=442) ile “ KKMM'ni doğru yapma “ olduğu, en fazla yanlış yanıt verilen sorunun ise (n=391) ile “ Ulusal Kanser Tarama Programına göre meme kanseri taramalarının sonlanma yaşı “olduğu saptandı.
- Katılımcıların %61,7'sinin (n= 297) klinik meme muayenesi yaptırmadığı, muayene olanların %42,4'ünün (n=78) son bir yıl içinde muayene olduğu, %23,9'u (n= 115) mamografi çektiği belirlendi. KKMM yaptığını ifade

edenlerin (%78 n=375) sadece % 31'i (n= 149) her ay düzenli muayene yaptığını belirtmiştir.

- Mamografi çektiğini ifade edenlerin (n= 51) son bir yıl içinde çekim yaptırdığı ve mamografi çektiren hemşirelerin çekim sıklığı ortalaması $1,720 \pm 1,393$ olarak saptandı.
- Katılımcıların CSIMÖ aldığı en yüksek puan ortalamalarının sağlık motivasyonu boyutunda olduğu belirlendi.
- CSIMÖ'nin "KKMM yararları" ile meme kanseri tarama bilgisi arasında pozitif, çok zayıf bir korelasyon ($r=0,117$, $p=0,010$) saptandı.
- Katılımcıların meme kanseri ve taramalarıyla ilgili bilgi puanları yaş, eğitim durumu, çalıştıkları klinik ve çalışma süresine göre anlamlı farklılıklar gösterdiği ileri yaştakilerin, lisansüstü eğitim görenlerin ve cerrahi klinik ile multidisipliner birimlerde çalışanların ve daha uzun çalışma yılına sahip olanların daha yüksek bilgi puanlarına sahip olduğu belirlendi.
- Meme kanseri ve taramalarına yönelik bilgi puanları, klinik meme muayenesi yaptıranlarda, mamografi önerilenlerde, mamografi çektirenlerde ve düzenli KKMM yapanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.
- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin "duyarlılık" boyutunun puan ortalamalarının yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda, geçmişte meme sorunu yaşayan ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri olanlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu.
- Ölçeğin önemseme/ciddiyet boyutunun dahili kliniklerde ve yoğun bakım ünitesinde çalışanlarda ve meme kanseriyle ilgili eğitim alanlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı.
- Ölçeğin sağlık motivasyonu boyutu puan ortalamalarının ileri yaş grubunda yüksek, sağlık meslek lisesi mezunlarında ve sağlık çalışma süresi uzun olanlarda düşük olduğu belirlendi.
- Ölçeğin "KKMM yararları" boyutu puan ortalamalarının lisans ve lisansüstü eğitim alanlarda, halen meme şikâyeti olanlarda ve meme kanseri ile ilgili eğitim alanlarda yüksek, çalışma süresine uzun olanlarda düşük olduğu saptandı.
- Ölçeğin "öz-etkililik" boyutu puan ortalamalarının sağlık meslek lisesi mezunlarında anlamlı şekilde düşük, halen meme şikâyeti olanlarda, meme

kanseriyle ilgili eğitim aldığını ifade edenlerde anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu.

- Ölçeğin “Mamografi Yararları” boyutu puan ortalamalarının tanısal girişim yapılanlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı.
- Ölçeğin önemseme ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve öz-etkililik puan ortalamalarının KKMM yapanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

6.2 Öneriler

Çalışmadan elde edilen meme kanseri ve taramalarına yönelik orta düzeydeki bilgi, yetersiz tarama uygulamaları ve düşük duyarlılık ve önemseme verileri, taramalarla erken tespit edilebilen hastalıklara bağlı oluşan mortalite ve morbidite oranlarını ve aile/toplum üzerindeki yükünü azaltmak için bu alandaki genel farkındalığının artırılmasına daha fazla önem verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmanın genel popülasyona benzer sonuçlar ortaya koyması hem eğitimciler hem de sağlık sistemi yöneticileri tarafından irdelenmesi gereken bir durumdur.

Hemşirelik mesleği doğası gereği toplumun her kesimi ile etkileşimdedir ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolü vurgulanmaktadır. Hemşirelerin taramalara yönelik toplumda davranış değişikliği yaratabilmesi için öncelikle konu hakkında kendi bilgi, önemseme ve duyarlılıklarının yeterli olması gerekir.

Başta sağlık personeli ve tüm kadın nüfus için taramalara yönelik teşvik edici stratejilere ihtiyaç olduğu yadsınamaz. Eğitim ve farkındalık kampanyaları düzenlenerek, sağlık çalışanlarının tarama programları hakkındaki bilgi ve motivasyon seviyeleri artırılabilir, olumlu tutumlar teşvik edilebilir. Bu stratejiler, tarama programlarının etkinliğini artırmak açısından kritik öneme sahiptir.

Meme kanseri ve tarama konusunda kliniklerde çalışan hemşirelerden, bilgi puan ortalamaları ile duyarlılık ve önemseme/ciddiyet algıları yüksek bulunan hemşirelerin mentorluk yapmaları sağlanabilir.

Çalışmanın yapıldığı kurumlarda eğitim birimlerinin periyodik olarak kanser taramalarına yönelik hizmet içi programları planlayabilirler.

İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼ b¼nyesinde meme kanseri ve taramalarına y¼nelik farkındalık programlarının artırılması sağlanabilir. İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼ tarama yapılan kurumlar hakkında toplumun bilgi ve farkındalığını arttıracak çalışmalar planlayabilir. Ulusal d¼zeyde de sadece meme kanseri farkındalık haftasında değil periyodik olarak farkındalık spotları yayınlanabilir.

Bu çalışmanın devamı şeklinde planlanacak bir çalışmada planlı eğitim sonrası aynı hemşirelerin bilgi, uygulama ve farkındalıklarındaki değişim değerlendirilebilir.



KAYNAKÇA

- Abbott, M., Ustoyev, Y.** (2019). Cancer and the Immune System: The History and Background of Immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150923. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.08.002>.
- Abraham, M., Lak, M. A., Gurz, D., Nolasco, F. O. M., Kondraju, P. K., Iqbal, J.** (2023). A Narrative Review of Breastfeeding and Its Correlation With Breast Cancer: Current Understanding and Outcomes. *Cureus*, 15(8), e44081. Erişim adresi: <https://doi.org/10.7759/cureus.44081>.
- Açıkgöz, A., Yıldız, E. A.** (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56.
- Akyolcu, N.** (2018). *Memenin cerrahi hastalıkları ve bakımı*. Akyolcu N., Kanan ND, Aksoy G. (Ed.) Cerrahi Hemşireliği II. (s. 327-76) içinde. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Akyolcu, N., Özhanlı, Y., Kandemir, D.** (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 583-594.
- Al Jishi, T., Sergi, C.** (2017). Current perspective of diethylstilbestrol (DES) exposure in mothers and offspring. *Reproductive Toxicology (Elmsford, N.Y.)*, 71, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2017.04.009>.
- Alan, H., Karadağlı, F., şıpkın, S., Kocadaş, S.** (2016). Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin meme kanseri ile ilgili bilgileri ve kendi kendine meme muayenesini uygulama durumları. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 5 (1), 13-21.
- Alenezi, A. M., Thirunavukkarasu, A., Wani, F. A., Alenezi, H., Alanazi, M. F., Alruwaili, A. S., Alashjaee, R. H., Alashjaee, F. H., Alrasheed, A. K., Alshrari, B. D.** (2022). Female Healthcare Workers' Knowledge, Attitude towards Breast Cancer, and Perceived Barriers towards Mammogram Screening: A Multicenter Study in North Saudi Arabia. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 29(6), 4300–4314. <https://doi.org/10.3390/curroncol29060344>.
- Alex, A., Bhandary, E., McGuire, K. P.** (2020). Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. *Advances in experimental medicine and biology*, 1252, 3–7. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_1.
- Alkhasawneh I. M.** (2007). Knowledge and practice of breast cancer screening among Jordanian nurses. *Oncology Nursing Forum*, 34(6), 1211–1217. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.1211-1217>.
- Altobelli, E., Rapacchietta, L., Angeletti, P. M., Barbante, L., Profeta, F. V., Fagnano, R.** (2017). Breast cancer screening programmes across the WHO European region: differences among countries based on national

income level. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 452.

Altu, E. (2021). *Kadınların Meme Kanseri Endişesi ve Risk Faktörleri İle Kansere Erken Tanı Yöntemlerine Yaklaşımları*. (Doktora Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp786987>.

American Cancer Society (ACS). (2021). Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>. Erişim tarihi:01.02.2024.

American Cancer Society (ACS). (2021). Factors with Unclear Effects on Breast Cancer Risk. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/factors-with-unclear-effects-on-breast-cancer-risk.html>. Erişim tarihi:01.04.2024.

American Cancer Society (ACS). (2021). Genetic Counseling and Testing for Breast Cancer Risk. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/genetic-testing.html>. Erişim tarihi: 01.04.2024.

American Cancer Society (ACS). (2021). Imaging Tests to Look for Breast Cancer Spread. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/tests-to-find-out-if-breast-cancer-has-spread.html>. Erişim tarihi:03.04.2024.

American Cancer Society (ACS). (2021). Types of Breast Cancer. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/types-of-breast-cancer.html>. Erişim tarihi: 25.03.2024.

American Cancer Society (ACS). (2021). What Is Breast Cancer? Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>. Erişim tarihi: 15.03.2024.

American Cancer Society (ACS). (2022). Breast Cancer Signs and Symptoms. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>. Erişim tarihi: 20.12.2023.

American Cancer Society (ACS). (2022). Breast MRI. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-mri-scans.html> Erişim tarihi: 20.12.2023.

American Cancer Society (ACS). (2022). Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>. Erişim tarihi: 01.02.2024.

American Cancer Society (ACS). (2022). Mammogram Basics. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/mammograms/mammogram-basics.html>. Erişim tarihi: 20.12.2023.

American Cancer Society (ACS). (2022). Surgical Breast Biopsy. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and->

early-detection/breast-biopsy/surgical-breast-biopsy.html. Erişim tarihi: 20.02.2024

- American Cancer Society (ACS).** (2023). American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>. Erişim tarihi: 01.01.2024.
- American Cancer Society (ACS).** (2023). Benign Breast Conditions. Erişim adresi: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/benign-breast-problems-and-conditions>. Erişim tarihi: 03.04.2024.
- American Cancer Society (ACS).** (2024). Non-cancerous Breast Conditions. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/non-cancerous-breast-conditions.html> Erişim tarihi: 12.04.2024.
- American Cancer Society (ACS).** (2024). Treating Breast Cancer. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment.html>. Erişim tarihi: 12.04.2024.
- Amjad, M., Chidharla, A., Kasi, A.** (2022). Cancer chemotherapy. *Fundamentals of pharmaceutical nanoscience*, 401–427. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9164-4_15.
- Amundadottir, L. T., Thorvaldsson, S., Gudbjartsson, D. F., Sulem, P., Kristjansson, K., Arnason, S., Gulcher, J. R., Bjornsson, J., Kong, A., Thorsteinsdottir, U., Stefansson, K.** (2004). Cancer as a complex phenotype: pattern of cancer distribution within and beyond the nuclear family. *PLoS Medicine*, 1(3), e65. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010065>.
- Anastasi, N., Lusher, J.** (2019). The impact of breast cancer awareness interventions on breast screening uptake among women in the United Kingdom: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 24(1), 113-124.
- Andegiorgish, A. K., Kidane, E. A., Gebrezgi, M. T.** (2018). Knowledge, attitude, and practice of breast Cancer among nurses in hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 17, 33. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0300-4>.
- Anders, C. K., Johnson, R., Litton, J., Phillips, M., Bleyer, A.** (2009). Breast cancer before age 40 years. *Seminars in Oncology*, 36(3), 237–249. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2009.03.001>.
- Antoniou, A., Pharoah, P. D., Narod, S., Risch, H. A., Eyfjord, J. E., Hopper, J. L., Loman, N., Olsson, H., Johannsson, O., Borg, A., Pasini, B., Radice, P., Manoukian, S., Eccles, D. M., Tang, N., Olah, E., Anton-Culver, H., Warner, E., Lubinski, J., Gronwald, J., Easton, D. F.** (2003). Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies. *American Journal of Human Genetics*, 72(5), 1117–1130. <https://doi.org/10.1086/375033>.

- Arslan Kapıcıbaşı, E.** (2016). *Çalışan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ve sağlık inançları*. (Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.
- Arslan, D. E., Güleroğlu, F. T., Bahçeli, A., Kocaöz, S.** (2022). Sağlık profesyonellerinin meme kanseri risk düzeyi ve sağlık inançları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31(2), 210-218.
- Asiri, H., Rashad, W.** (2019). Prediction of The Awareness and Practice of Breast Self-Examination among Females Using Health Believe Model. A literature review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 8(1), 66-69.
- Aslaner, Ç.** (2019). *Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Meme Kanseri Korunma Davranışlarının Karma Yöntemlerle Araştırılması*. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Aydıntuğ, S.** (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(6), 226-229.
- Bakır, N., Demir, C.** (2020). Hemşirelerin meme kanseri endişe düzeyi ile erken tanı uygulama davranışları arasındaki ilişki. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 216-222.
- Bakır, N., Demir, C.** (2020). Hemşirelerin meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 266-271.
- Balcı, H. D.** (2017). *Kadınlarda Meme Kanseri Risk Değerlendirme Araştırması*. (Uzmanlık Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 487187.
- Ban, K. A., Godellas, C. V.** (2014). Epidemiology of breast cancer. *Surgical oncology clinics of North America*, 23(3), 409-422. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2014.03.011>.
- Baran, T. Y.** (2023). *Meme Kanseri Erken Tanı, Tedavi, Prognoz ve Aksiller Metastazda lncRNA ve miRNA Rolü*. (Uzmanlık Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 785856.
- Barreau, B., de Mascarel, I., Feuga, C., MacGrogan, G., Dilhuydy, M. H., Picot, V., Dilhuydy, J. M., de Lara, C. T., Bussi eres, E., Schreer, I.** (2005). Mammography of ductal carcinoma in situ of the breast: review of 909 cases with radiographic-pathologic correlations. *European Journal of Radiology*, 54(1), 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2004.11.019>.
- Bayram, Z.** (2012). *Meme Kanseri Kemoterapi Alan Hastalarda Semptomların ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bazyka, D. A., Lytvynenko, O. O., Litvinenko, O. O.** (2023). Influence of ionizing radiation on the development of breast cancer. вплив іонізуючого випромінювання на розвиток раку молочної залози. *Problemy radiatsiinoi medytsyny ta radiobiologii*, 28, 22-48. <https://doi.org/10.33145/2304-8336-2023-28-22-48>.
- Bodewes, F. T. H., van Asselt, A. A., Dorrius, M. D., Greuter, M. J. W., de Bock, G. H.** (2022). Mammographic breast density and the risk of breast

- cancer: A systematic review and meta-analysis. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, 66, 62–68. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.09.007>.
- Boğa, S.** (2010). *Beyin Metastazı Olan Meme Kanseri Hastalarının Klinikopatolojik Özellikleri*. (Uzmanlık tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 419775.
- Bostancı, Ş.** (2022). *Kadın Sağlık Profesyonellerini Meme Kanseri Korkusu İle Meme Kanseri Önleme Davranışları Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 726141.
- Braaten, T., Weiderpass, E., Kumle, M., Adami, H. O., j Lund, E.** (2004). Education and risk of breast cancer in the Norwegian-Swedish women's lifestyle and health cohort study. *International Journal of Cancer*, 110(4), 579–583. <https://doi.org/10.1002/ijc.20141>.
- Buckley SJ.** (2015). *Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care*. Washington, D.C: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families. (s.140-141). Erişim adresi: <https://nationalpartnership.org/wp-content/uploads/2023/02/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N.** (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*. Pegem Atıf İndeksi, 001-248. Ankara: Pegem Akademi.
- Canbulat, N.** (2006). *Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 192745.
- Canbulat, N., Uzun, O.** (2008). Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 12(2), 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.12.002>.
- Cancer Treatment Centers of America.** (2022). Inflammatory breast cancer. Erişim adresi: <https://www.cancercenter.com/cancer-types/breast-cancer/symptoms>. Erişim tarihi: 10.12.2023.
- Ceylan, S.** (2017). *Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarına Sağlık İnanç Düzeylerinin Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Champion V. L.** (1999). Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health*, 22(4), 341–348. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199908\)22:4<341:aid-nur8>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199908)22:4<341:aid-nur8>3.0.co;2-p).
- Champion, V. L., Scott, C. R.** (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46(6), 331–337. <https://doi.org/10.1097/00006199-199711000-00006>.
- Champion, V. L., Skinner, C. S.** (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, (s.45-65). Jossey-Bass, San Francisco. Erişim adresi:

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1456167>.
Erişim tarihi: 25.12.2023.

- Chiang, P. H., Tang, F. H., Tsai, E. M., Chang, Y. C., Yang, C. Y.** (2019). Hormone therapy as risk factor of breast cancer modulated by diagnostic and lifestyle risk factors in Taiwan-A National Cohort study. *The Breast Journal*, 25(3), 531–534. <https://doi.org/10.1111/tbj.13184>.
- Chootipongchaivat, S., van Ravesteyn, N. T., Li, X., Huang, H., Weedon-Fekjær, H., Ryser, M. D., Weaver, D. L., Burnside, E. S., Heckman-Stoddard, B. M., de Koning, H. J., Lee, S. J.** (2020). Modeling the natural history of ductal carcinoma in situ based on population data. *Breast Cancer Research: BCR*, 22(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13058-020-01287-6>.
- Cobain, E. F., Milliron, K. J., Merajver, S. D.** (2016). Updates on breast cancer genetics: Clinical implications of detecting syndromes of inherited increased susceptibility to breast cancer. *Seminars in Oncology*, 43(5), 528–535. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2016.10.001>.
- Collage of American Patologist**, (2021). Protocol for the Examination of Biopsy Specimens From Patients With Ductal Carcinoma In Situ (DCIS) of the Breast. Erişim adresi: https://documents.cap.org/protocols/Breast.DCIS.Bx_1.0.1.0.REL_CAPCP.pdf. Erişim tarihi: 20.01.2024.
- Cui, Q., Jiang, D., Zhang, Y., Chen, C.** (2023). The tumor-nerve circuit in breast cancer. *Cancer metastasis reviews*, 42(2), 543–574. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s10555-023-10095-1>.
- Darendeliler E, Yaman Agaoglu F.** (2003). *Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi*. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. (Ed.) Meme kanseri. (s. 13-33) içinde. İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Demir, M.** (2021). *Güncel obstetrik yaklaşımlar*. Gökçe Ş, Herkiloğlu E.D, Arıkan M.G. (Ed.) Maternal Fizyoloji. (s. 18-31) içinde. Ankara: Akademisyen Yayınevi. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/349703184_Maternal_Fizyoloji. Erişim tarihi: 10.01.2024.
- Do Carmo França-Botelho, A., Ferreira, M. C., França, J. L., França, E. L., Honório-França, A. C.** (2012). Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(11), 5327–5332.
- Dogan, N., Toprak, D.** (2014). Female breast cancer mortality rates in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(18), 7569-7573.
- Dong, J. Y., Qin, L. Q.** (2020). Education level and breast cancer incidence: a meta-analysis of cohort studies. *Menopause (New York, N.Y.)*, 27(1), 113–118. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001425>.
- Dönmez Y, Candan., Yavuz, van Giersbergen M.** (2019). Meme kanserinde belirti/bulgular ve evreleme sistemi. (Uzun Ö, ed.). Meme Kanseri ve Hemşirelik Bakımı.5(1), (s.15-9) içinde. Ankara: *Türkiye Klinikleri*. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/journal/surgical->

nursing-special-topics/460/issue/2019/5/1-0/meme-kanseri-ve-hemsirelik-bakimi/en-index.html. Erişim tarihi: 25.12.2023.

- Dreyer, M. S., Nattinger, A. B., McGinley, E. L., Pezzin, L. E.** (2018). Socioeconomic status and breast cancer treatment. *Breast Cancer Research and Treatment*, 167(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4490-3>.
- Ergin, A., Özdilek, R., Dutucu, N.** (2019). 2012-2017 yılları arasında kadınlarda görülen kanser türleri ve dağılımları: bir üniversite hastanesi örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Erin N, Akman M, Aliyev E, Tanriover G, Korcum AF.** (2022). Olvanil activates sensory nerve fibers, increases T cell response and decreases metastasis of breast carcinoma. *Life Sciences*. 291:120305. doi: 10.1016/j.lfs.2022.120305.
- Erkin, Ö., Ardahan, M.** (2014). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi'nin pullardaki tarihi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 4(3), 22-28.
- Ersin, F., Dedeoğlu, G. K.** (2020). Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 5(9), 146-153. <http://dx.doi.org/10.46648/gnj.166>.
- Evans, D. G. R., Susnerwala, I., Dawson, J., Woodward, E., Maher, E. R., Laloo, F.** (2010). Risk of breast cancer in male BRCA2 carriers. *Journal of Medical Genetics*, 47(10), 710-711.
- Farvid, M. S., Spence, N. D., Rosner, B. A., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Holmes, M. D.** (2021). Post-diagnostic coffee and tea consumption and breast cancer survival. *British Journal of Cancer*, 124(11), 1873–1881. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01277-1>.
- Fotedar, V., Seam, R. K., Gupta, M. K., Gupta, M., Vats, S., Verma, S.** (2013). Knowledge of risk factors and early detection methods and practices towards breast cancer among nurses in Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 14(1), 117–120. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2013.14.1.117>.
- Freed-Pastor, W. A., Prives, C.** (2012). Mutant p53: one name, many proteins. *Genes & development*, 26(12), 1268–1286. <https://doi.org/10.1101/gad.190678.112>.
- Gabriel, O. E., Ajetunmobi, O. A., Shabi, O. M., Elegbede, O. T., Okere, R. A., Busari, O. A., Dada, A. S.** (2016). Awareness and Practice of Self Breast Examination among Female Nurses at the Federal Teaching Hospital Ido-Ekiti, Nigeria. *Journal of Public Health in Africa*, 7(1), 528. <https://doi.org/10.4081/jphia.2016.528>.
- Gençay, T.** (2007). *Hasta Ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması*. (Uzmanlık Tezi). T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü, İstanbul.

- George, D., Mallery, M.** (2010). *SPSS for windows step by step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10'a ed.) Boston: Pearson.
- Ghoncheh, M., Mohammadian-Hafshejani, A., Salehiniya, H.** (2015). Incidence and Mortality of Breast Cancer and their Relationship to Development in Asia. *Asian Pacific Journal of Cancer Preventi*, 16(14), 6081–6087. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.14.6081>
- Giaquinto, A. N., Miller, K. D., Tossas, K. Y., Winn, R. A., Jemal, A., Siegel, R. L.** (2022). Cancer statistics for African American/Black People. *CA: A Cancer Journal for Cclinicians*, 72(3), 202–229. <https://doi.org/10.3322/caac.21718>.
- Giordano, S. H., Cohen, D. S., Buzdar, A. U., Perkins, G., Hortobagyi, G. N.** (2004). Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer*, 101(1), 51–57. <https://doi.org/10.1002/cncr.20312>.
- Gözüm, S., Aydın, I.** (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of champion's health belief model scales. *Cancer Nursing*, 27(6), 491-498.
- Gözüm, S., Karayurt, Ö., Aydın, İ.** (2004). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 6 (1), 71-85. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52686/694691>.
- Grimm, L. J., Rahbar, H., Abdelmalak, M., Hall, A. H., Ryser, M. D.** (2022). Ductal Carcinoma in Situ: State-of-the-Art Review. *Radiology*, 302(2), 246–255. <https://doi.org/10.1148/radiol.211839>.
- Groen, J. W., Grosfeld, S., Wilschut, J. A., Bramer, W. M., Ernst, M. F., Mullender, M. M.** (2017). Cyclic and non-cyclic breast-pain: A systematic review on pain reduction, side effects, and quality of life for various treatments. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 219, 74–93. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.10.018>.
- Guha, T., Malkin, D.** (2017). Inherited TP53 Mutations and the Li-Fraumeni Syndrome. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 7(4), a026187. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a026187>.
- Guilford, K., McKinley, E., Turner, L.** (2017). Üniversiteli Kadınların Meme Kanseri Bilgisi, İnançları ve Tarama Davranışları: Sağlık İnanç Modelinin Uygulanması. *Amerikan Sağlık Eğitimi Dergisi*, 48 (4), 256–263. <https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1316694>
- Guo, R., Lu, G., Qin, B., Fei, B.** (2018). Ultrasound Imaging Technologies for Breast Cancer Detection and Management: A Review. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 44(1), 37–70. <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2017.09.012>.
- Gülezer, G. N., Unalan, D., Akyldz, H. Y.** (2009). The knowledge and practice of breast self-examination among healthcare workers in Kayseri, Turkey. *Cancer Nursing*, 32(5), E1–E7. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181a2dbd2>.
- Gürdil Yılmaz, S.** (2014). Mastektomi ameliyatı geçiren hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin anksiyete ve konfor üzerine etkisi.

(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi:
<https://platform.almanhal.com/Details/Thesis/2000235381>. Erişim
tarihi:15.01.2024.

Güzel, N., Bayraktar, N. (2019). Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 101-110.

Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS). (2024). Ulusal mamografi tarama testi nasıl yapılır bilgilendirme. Erişim adresi:
<https://hsys.saglik.gov.tr/TaramaBilgilendirme/MamografiBilgilendirmeMesaji>. Erişim tarihi:13.01.2024.

Hansen, J. (2017). Night Shift Work and Risk of Breast Cancer. *Current environmental health reports*, 4(3), 325–339.
<https://doi.org/10.1007/s40572-017-0155-y>.

Hasani, L., Aghamolaei, T. E. Y. M. O. U. R., Tavafian, S. S., Zare, S. H. (2011). Constructs of the Health Belief Model as Predicting Factors in Breast Self-Examination. *Hayat/Hayāt*, 17(1).

Heena, H., Durrani, S., Riaz, M., Alfayyad, I., Tabasim, R., Parvez, G., Abu-Shaheen, A. (2019). Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Women's Health*, 19(1), 122.
<https://doi.org/10.1186/s12905-019-0819-x>.

Hong, B. S., Lee, K. P. (2020). A systematic review of the biological mechanisms linking physical activity and breast cancer. *Physical Activity and Nutrition*, 24(3), 25–31. <https://doi.org/10.20463/pan.2020.0018>.

Htay, M. N. N., Schliemann, D., Dahlui, M., Cardwell, C. R., Loh, S. Y., Tamin, N. S. B. I., Somasundaram, S., Champion, V., Donnelly, M., Su, T. T. (2021). Validation of the Champion Health Belief Model Scale for an Investigation of Breast Cancer Screening Behaviour in Malaysia. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9311. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179311>.

International Agency for Research on Cancer (IARC), (2019). Monographs Vol 124 group. Carcinogenicity of night shift work. *The Lancet. Oncology*, 20(8), 1058–1059. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(19\)30455-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30455-3).

International Agency for Research on Cancer (IARC), (2020). Working Group on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans. *Night shift work*. PMID: 33656825 Kitaplık Kimliği: NBK568195. Erişim adresi:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33656825/>. Erişim tarihi:25.12.2023.

İlvan, Ş. (2006). Meme Karsinomu Patolojisi. İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No: 54 s.65-71.

İsal Arslan, A. (2013). *Meme neoplazilerinde rastlanan kolumnar hücre değişiklikleri ve P53, CyclinD1, Bcl2, Ki67 ve östrojen reseptör immunohistokimyasal çalışmalarda malignite açısından öneminin belirlenmesi.* (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.

- İz, F. B., Tümer, A.** (2016). Assessment of Breast Cancer Risk and Belief in Breast Cancer Screening Among the Primary Healthcare Nurses. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 31(3), 575–581. <https://doi.org/10.1007/s13187-015-0977-y>.
- Jamaludin, A., Yu, L. H., Pervin, K., K, J., Kabir, M. S., Saghir, F. S., Nazmul, M. H. M.** (2023). Knowledge of Breast Cancer and Practice of Breast Cancer Screening Among Female Healthcare Professionals. In *Obstetrics and Gynaecology Forum* (Vol. 33, No. 3, pp. 1-7). In House Publications.
- Jaspars, J. J., Posma, A. N., van Immerseel, A. A., Gittenberger-de Groot, A. C.** (1997). The Cutaneous Innervation of the Female Breast and Nipple-Areola Complex: Implications for Surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 50(4), 249–259. [https://doi.org/10.1016/s0007-1226\(97\)91155-3](https://doi.org/10.1016/s0007-1226(97)91155-3).
- Jesinger R. A.** (2014). Breast Anatomy for The Interventionalist. *Techniques in vascular and interventional radiology*, 17(1), 3–9. <https://doi.org/10.1053/j.tvir.2013.12.002>.
- Jia, T., Liu, Y., Fan, Y., Wang, L., Jiang, E.** (2022). Association of Healthy Diet and Physical Activity With Breast Cancer: Lifestyle Interventions and Oncology Education. *Frontiers in Public Health*, 10, 797794. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.797794>.
- Jirojwong, S., MacLennan, R.** (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 241–249. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02552.x>.
- John, E. M., Phipps, A. I., Knight, J. A., Milne, R. L., Dite, G. S., Hopper, J. L., Andrulis, I. L., Southey, M., Giles, G. G., West, D. W., Whittemore, A. S.** (2007). Medical radiation exposure and breast cancer risk: findings from the Breast Cancer Family Registry. *International Journal of Cancer*, 121(2), 386–394. <https://doi.org/10.1002/ijc.22668>.
- Kalaycı, Ş.** (2006). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*, (s.116). Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Kamiya, A., Hayama, Y., Kato, S., Shimomura, A., Shimomura, T., Irie, K., Kaneko, R., Yanagawa, Y., Kobayashi, K., Ochiya, T.** (2019). Genetic manipulation of autonomic nerve fiber innervation and activity and its effect on breast cancer progression. *Nature neuroscience*, 22(8), 1289–1305. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0430-3>.
- Karaman, S.** (2019). *Reiki uygulamasının kemoterapi alan meme kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve yorgunluk düzeyine etkisi*. (Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Karayurt, O., Dicle, A., Malak, AT** (2009). Akran ve grup eğitiminin Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında bilgi, inançlar ve meme öz muayenesi uygulaması üzerindeki etkileri. *Türk Tıp Bilimleri Dergisi*, 39 (1), 59-66.
- Karayurt, O., Dramali, A.** (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables

associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30(1), 69–77. <https://doi.org/10.1097/00002820-200701000-00013>.

- Kartal, A., İnci, F. H., Koştu, N., Çınar, İ. Ö.** (2017). Effect of Individual Training Given to Women in the Home Environment on Health Beliefs for Breast Self-examination. *Pamukkale Medical Journal*, 10(1), 7-13.
- Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., Şahin, A. D.** (2017). Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(1).
- Kayar, N.** (2019). *Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. 577297
- Kaymakçı Ş.** (2014). *Meme hastalıkları*. (Karadakovan A, Eti A. Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 975-987) içinde. İstanbul: Nobel Matbacılık.
- Khan, Y. S., Fakoya, A. O., Sajjad, H.** (2023). Anatomy, Thorax, Mammary Gland. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. PMID: 31613446. Bookshelf ID: NBK547666.
- Kırag, N., Kızılkaya, M.** (2019). Application of the Champion Health Belief Model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: A cross sectional descriptive study. *BMC women's health*, 19(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0828-9>
- Kim, M., Park, Y.** (2011). Knowledge, Attitude, and Practice of Obstetric Nurses in Relation to Breast Cancer and Breast Self-examination. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 17(1), 88–98. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2011.17.1.88>.
- Kim, Y., Yoo, K. Y., Goodman, M. T.** (2015). Differences in incidence, mortality and survival of breast cancer by regions and countries in Asia and contributing factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 16(7), 2857–2870. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.7.2857>.
- Koç, Z., Çelebi, P., Memiş, A., Sağlam, Z., Beyhan, F.** (2014). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri erken tanı metotlarından yararlanma durumları üzerine etkisinin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 10(3). 166-73.
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., Yalçın, B.** (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(2).
- Kokkun, M.** (2014). *Malatya İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi, Yutum ve Davranışlarının İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B., Burdan, F.** (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 24(4), 549–553. <https://doi.org/10.26444/aaem/75943>.
- Koruk, İ., Gözükara, F., Yiğitbay, E., Keklik, A. Z.** (2015). Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının Ulusal Kanser Tarama Standartları ile ilgili bilgi düzeyi. *Turkish Journal of Public Health*, 13(2), 127-136.
- Köksal, N.G.** (2022). Meme Kanseri Tarama ve Erken Tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 50-56.
- Li, Y., Ma, L.** (2020). Exposure to solar ultraviolet radiation and breast cancer risk: A dose-response meta-analysis. *Medicine*, 99(45), e23105. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023105>.
- Lundqvist, A., Andersson, E., Ahlberg, I., Nilbert, M., Gerdtham, U.** (2016). Socioeconomic inequalities in breast cancer incidence and mortality in Europe—a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 26(5), 804–813. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw070>.
- Madubogwu, C. I., Egwuonwu, A. O., Madubogwu, N. U., Njelita, I. A.** (2017). Breast cancer screening practices amongst female tertiary health worker in Nnewi. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 13(2), 268–275. <https://doi.org/10.4103/0973-1482.188433>.
- Masoudiyekta, L., Rezaei-Bayatiyani, H., Dashtbozorgi, B., Gheibizadeh, M., Malehi, A. S., Moradi, M.** (2018). Effect of Education Based on Health Belief Model on the Behavior of Breast Cancer Screening in Women. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 5(1), 114–120. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_36_17.
- McPherson, K., Steel, C. M., Dixon, J. M.** (2000). ABC of breast diseases. Breast cancer—epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal: BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7261), 624–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7261.624>.
- Meme Sağlığı Derneği.** (2016). Kendi Kendine Meme Muayenesi Nedir? Erişim adresi: <https://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendinemuayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/> Erişim tarihi: 11.01.2024.
- Mertcan, K.** (2018). *Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri Risk Düzeylerinin, Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.* (Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Konya.
- Mitra, S., Dey, P.** (2016). Fine-needle aspiration and core biopsy in the diagnosis of breast lesions: A comparison and review of the literature. *CytoJournal*, 13, 18. <https://doi.org/10.4103/1742-6413.189637>.
- Monticciolo, D. L., Newell, M. S., Moy, L., Niell, B., Monsees, B., Sickles, E. A.** (2018). Breast Cancer Screening in Women at Higher-Than-Average Risk: Recommendations From the ACR. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 15(3 Pt A), 408–414. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.11.034>.

- Nahcivan, N. Ö., Seçginli, S.** (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 33-38.
- Nahleh, Z. A., Srikantiah, R., Safa, M., Jazieh, A. R., Muhleman, A., Komrokji, R.** (2007). Male breast cancer in the veterans affairs population: a comparative analysis. *Cancer*, 109(8), 1471–1477. <https://doi.org/10.1002/cncr.22589>.
- National Cancer Institute.** (2024). Breast Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version. Erişim adresi: https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq#_125. Erişim tarihi: 01.03.2024.
- National Cancer Institute.** (2024). Cancer Disparities. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/disparities>. Erişim tarihi: 01.02.2024.
- Neziroğlu, D.** (2021). *Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıklar ve Aldıkları Önlemler*. (Yüksek Lisans Tezi). İstinye Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Nicholls, R., Perry, L., Gallagher, R., Duffield, C., Sibbritt, D., Xu, X.** (2017). The personal cancer screening behaviours of nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 73(6), 1403–1420. <https://doi.org/10.1111/jan.13221>.
- Niell, B. L., Freer, P. E., Weinfurtnner, R. J., Arleo, E. K., Drukteinis, J. S.** (2017). Screening for Breast Cancer. *Radiologic clinics of North America*, 55(6), 1145–1162. <https://doi.org/10.1016/j.rcl.2017.06.004>.
- Noroozian, M., Stein, L. F., Gaetke-Udager, K., Helvie, M. A.** (2015). Long-term clinical outcomes in women with breast pain in the absence of additional clinical findings: mammography remains indicated. *Breast Cancer Research and Treatment*, 149(2), 417–424. <https://doi.org/10.1007/s10549-014-3257-3>.
- Odusanya, O. O., Tayo, O. O.** (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica*, 40(7), 844–848. <https://doi.org/10.1080/02841860152703472>. PMID: 11859984.
- Oktay, A.** (2014). Radyolojik-Patolojik Korelasyon: Yüksek Risk Lezyonlarda Ne Yapmalıyız? *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2, 217-229.
- Oladimeji, K. E., Tsoka-Gwegweni, J. M., Igbodekwe, F. C., Twomey, M., Akolo, C., Balarabe, H. S., Atilola, O., Jegede, O., Oladimeji, O.** (2015). Knowledge and Beliefs of Breast Self-Examination and Breast Cancer among Market Women in Ibadan, South West, Nigeria. *PloS One*, 10(11), e0140904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140904>.
- Orr, B., Kelley, J. L., 3rd.** (2016). Benign Breast Diseases: Evaluation and Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 59(4), 710–726. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000233>.
- Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., Boran, B.** (2014). Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama

testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Istanbul Medical Journal*, 15(3).

- Özdemir, Ö., Bilgili, N.** (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanselerlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), 605-612.
- Özmen, V.** (2013). Türkiye'de meme kanseri. *Turkiye Klinikleri General Surgery-Special Topics*, 6(2), 1-6.
- Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, N., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Müslümanoğlu, M., Utkan, Z.** (2012). *Meme hastalıkları dernekleri federasyonu meme hastalıkları kitabı*. Risk Faktörlerinin Risk Değerlendirme Modelleri Değerlendirilmeleri, Duktal Karsinoma in Situ, Meme Hastalıklarında Belirtiler, Vakum Biyopsisi. (s. 34-35-109-188-154-188-329) içinde. Güneş Tıp Kitabevleri.
- Parlar, S., Kaydul, N., Ovayolu, N.** (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 72-83.
- Pelit, P.** (2019). *Hemşirelerin Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Uygulamaları ve Sağlık İnançları*. (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. 576282.
- Peñalver-Argüeso, B., García-Esquinas, E., Castelló, A., de Larrea-Baz, N. F., Castaño-Vinyals, ..., Pérez-Gómez, B.** (2023). Smoking history and breast cancer risk by pathological subtype: MCC-Spain study. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 157. <https://doi.org/10.18332/tid/174132>.
- Phi X.-A., Tagliafico A., Houssami N., Greuter M.J.W., de Bock G.H.** (2018). Digital breast tomosynthesis for breast cancer screening and diagnosis in women with dense breasts - a systematic review and meta-analysis. *BMC Canc*:18. doi: 10.1186/s12885-018-4263-3.
- Pruitt, L. C. C., Odedina, S., Anetor, I., Mumuni, T., Oduntan, H., Ademola, A., Morhason-Bello, I. O., Ogundiran, T. O., Obajimi, M., Ojengbede, O. A., Olopade, O. I.** (2020). Breast Cancer Knowledge Assessment of Health Workers in Ibadan, Southwest Nigeria. *JCO Global Oncology*, 6, 387-394. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00260>.
- Renehan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., Zwahlen, M.** (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* (London, England), 371(9612), 569-578. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60269-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60269-X).
- Sabel, M. S.** (2009). *Essentials of breast surgery: A Volume in the surgical foundations series E-book*. Elsevier Health Sciences. DOI:10.1016/B978-0-323-03758-7.X0001-4.
- Salant, P., Dillman, DA.** (1994). *How to Conduct Your Own Survey*, John Wiley and Sons, Inc. Newyork, s. 55.
- Salzman, B., Collins, E., Hersh, L.** (2019). Common Breast Problems. *American Family Physician*, 99(8), 505-514.

- Sánchez-Quesada, C., Romanos-Nanclares, A., Navarro, A. M., Gea, A., Cervantes, S., Martínez-González, M. Á., Toledo, E.** (2020). Coffee consumption and breast cancer risk in the SUN project. *European Journal of Nutrition*, 59(8), 3461–3471. <https://doi.org/10.1007/s00394-020-02180-w>.
- Sarhadi, N. S., Shaw-Dunn, J., Soutar, D. S.** (1997). Nerve supply of the breast with special reference to the nipple and areola: Sir Astley Cooper revisited. *Clinical Anatomy (New York, N.Y.)*, 10(4), 283–288. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2353\(1997\)10:4<283::AID-CA12>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2353(1997)10:4<283::AID-CA12>3.0.CO;2-G).
- Sayek, İ.** (2013). *Temel genel cerrahi el kitabı*. Meme kanseri belirtileri. (s. 281-340) içinde. Güneş Tıp Kitabevi. Erişim adresi: <https://www.guneskitabevi.com/urun/temel-cerrahi-el-kitabi>.
- Schlenz, I., Kuzbari, R., Gruber, H., Holle, J.** (2000). The sensitivity of the nipple-areola complex: an anatomic study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 905–909. <https://doi.org/10.1097/00006534-200003000-00012>.
- Scurr, J., Hedger, W., Morris, P., Brown, N.** (2014). The prevalence, severity, and impact of breast pain in the general population. *The Breast Journal*, 20(5), 508–513. <https://doi.org/10.1111/tbj.12305>.
- Shiryazdi, S. M., Kholasehzadeh, G., Neamatzadeh, H., Kargar, S.** (2014). Health beliefs and breast cancer screening behaviors among Iranian female health workers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(22), 9817–9822. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.22.9817>.
- Shiyanbola, O. O., Arao, R. F., Miglioretti, D. L., Sprague, B. L., Hampton, J. M., Stout, N. K., Kerlikowske, ..., Trentham-Dietz, A.** (2017). Emerging trends in family history of breast cancer and associated risk. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: a Publication of the American Association for Cancer Research, Ccosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 26(12), 1753–1760. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0531>.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Jemal, A.** (2017). Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, 67(1), 7–30. <https://doi.org/10.3322/caac.21387>.
- Sinn, H. P., Kreipe, H.** (2013). A brief overview of the WHO classification of breast tumors, 4th Edition, Focusing on Issues and Updates from the 3rd Edition. *Breast Care (Basel, Switzerland)*, 8(2), 149–154. <https://doi.org/10.1159/000350774>.
- Soyak, R.** (2019). *Hemşirelerin Meme Kanseri, Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirtileri ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 601714.
- Spence WR.** (2000). Health EDCO. A Division of WRS Group, Inc, Waco, Texas.
- Sreedharan, J., Muttappallymyalil, J., Venkatramana, M., Thomas, M.** (2010). Breast self-examination: knowledge and practice among nurses in United

Arab Emirates. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 11(3), 651–654. PMID: 21039031.

Stachs, A., Stubert, J., Reimer, T., Hartmann, S. (2019). Benign Breast Disease in Women. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(33-34), 565–574. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0565>.

Şentüre, Ç. (2017). *Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalara Tele-Hemşirelik Yolu İle Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bireylerin Konfor Düzeyi Ve Semptom Şiddetine Etkisi.* (Doktora Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=uSNSFmpKOY79tOcLup3vGw&no=Nns4NCPibC2pi8HA_9NH4g.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2000). 14. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. 3. Baskı, Damla Matbaası, Cilt (volüm)1, (s.97). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2021). Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf. Erişim tarihi: 15.07.2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2018). Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (Ketem) Danışmanlığı. Erişim adresi: <https://shm.saglik.gov.tr/hizmetlerimiz/7-kanser-erken-teshis-tarama-ve-egitim-merkez-ketem-faaliyetleri.html>. Erişim tarihi: 25.07.2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2023). "Ekim" Meme Kanseri Farkındalık Ayı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html>. Erişim tarihi: 25.12.2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2023). Kanser İstatistikleri. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri>. Erişim tarihi: 16.01.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-45986/rehberler.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2019). Erişim adresi: saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2021. Erişim tarihi: 15.12.2023.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston.

Tan, P. H., Schnitt, S. J., van de Vijver, M. J., Ellis, I. O., Lakhani, S. R. (2015). Papillary and neuroendocrine breast lesions: the WHO stance. *Histopathology*, 66(6), 761–770. <https://doi.org/10.1111/his.12463>.

- Tarhan Ö.R.** (2024). Meme Kanseri Tipleri. Erişim adresi: <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-kanseri/typleri-cesitleri/>. Erişim tarihi:14.01.2024.
- Teichgraeber, D. C., Guirguis, M. S., Whitman, G. J.** (2021). Breast Cancer Staging: Updates in the *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th Edition, and Current Challenges for Radiologists, From the *AJR Special Series on Cancer Staging*. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 217(2), 278–290. <https://doi.org/10.2214/AJR.20.25223>.
- Terry, M. B., Zhang, F. F., Kabat, G., Britton, J. A., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I., Gammon, M. D.** (2006). Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Annals of Epidemiology*, 16(3), 230–240. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.06.048>.
- Tesser, C. D., Norman, A. H.** (2016). Differentiating clinical care from disease prevention: a prerequisite for practicing quaternary prevention. *Cadernos de Saude Publica*, 32(10), e00012316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012316>.
- Thakur, P., Seam, R. K., Gupta, M. K., Gupta, M., Sharma, M., Fotedar, V.** (2017). Breast cancer risk factor evaluation in a Western Himalayan state: A case-control study and comparison with the Western World. *South Asian Journal of Cancer*, 6(3), 106–109. https://doi.org/10.4103/sajc.sajc_157_16.
- The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)**, (2020). Cancer Today. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/>. Erişim tarihi: 01 Ocak 2024.
- The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)**, (2024). Cancer Today. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/20-breast-fact-sheet.pdf>. Erişim tarihi: 25.02.2024.
- Trepanier, C., Huang, A., Liu, M., Ha, R.** (2023). Emerging uses of artificial intelligence in breast and axillary ultrasound. *Clinical Imaging*, 100, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.05.007>.
- Ulubay, S.** (2017). *Meme Kanserli Hastaların Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Düzeylerinin Tanı ve Tedavi Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)**. (2024). Breast cancer. Erişim adresi: <https://www.iarc.who.int/cancer-type/breast-cancer/>. Erişim tarihi:10.01.2024.
- Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC)**, 2023. Breast Cancer Awareness Month. Erişim adresi: <https://www.iarc.who.int/news-events/breast-cancer-awareness-month-2023/> Erişim tarihi:17.01.2024.
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF)**. (2023). Breast Cancer: Screening. Erişim adresi: <https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening>. Erişim tarihi:25.07.2023.
- Uraş, N.** (2017). Anne sütünün oluşumu ve içeriği. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 130-153.

- Ustaoğlu, C.** (2000). *Meme Hastalıklarında Görüntüleme Yöntemleri ve Isparta Yöresi Meme Kanseri Tarama Sonuçlarımız*. (Uzmanlık Tezi). T.C Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 91910.
- Utkan, N. Z.** (2018). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu: Ders Notları içinde Meme Kanserinde Epidemiyoloji, Risk faktörleri, Etyoloji, Tanı, Sınıflandırma, Biyomarkerler bölümü, (s.305-307). Türk Cerrahi Derneği Yayınları. Erişim adresi: <https://www.turkcer.org.tr/files/publications/93/92df9b069dd3392e431da026cb3701e7.pdf>. Erişim tarihi: 07.02.2024.
- Ünal, H.** (2001). *Selim meme hastalıkları*. Ünal G, Ünal H. (Ed.). Meme Hastalıkları. (s. 167-88) içinde. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Wagner H.** (2015). Quaternary Prevention and the Challenges to Develop a Good Practice Comment on "Quaternary Prevention, an Answer of Family Doctors to Overmedicalization". *International Journal of Health Policy and Management*, 4(8), 557–558. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.98>.
- Waller, J., DeStefano, K., Dempsey, J., Leckron, J., Tucker, A., Umair, M.** (2022). A Primer to Cost-Effectiveness Analysis in Breast Cancer Imaging: A Review of the Literature. *Cureus*, 14(8), e28356. <https://doi.org/10.7759/cureus.28356>.
- White, J., Kearins, O., Dodwell, D., Horgan, K., Hanby, A. M., Speirs, V.** (2011). Male breast carcinoma: increased awareness needed. *Breast Cancer Research: BCR*, 13(5), 219. <https://doi.org/10.1186/bcr2930>.
- Witek, P., Zieliński, G.** (2013). Management of prolactinomas during pregnancy. *Minerva Endocrinologica*, 38(4), 351–363.
- World Health Organization. (WHO).** (2018). World Health Statistics, Monitoring Health For The Sustainable Development Goals. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>. Erişim tarihi: 29.01.2024.
- World Health Organization (DSÖ),** (2022). Cancer. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>. Erişim tarihi:22.01.2024.
- Yedjou, C. G., Sims, J. N., Miele, L., Noubissi, F., Lowe, L., Fonseca, D. D., Alo, R. A., Payton, M., Tchounwou, P. B.** (2019). Health and Racial Disparity in Breast Cancer. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1152, 31–49. https://doi.org/10.1007/978-3-030-20301-6_3.
- Yılmaz Bulut, T.** (2022). *Suriyeli Kadınlara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Meme Kanseri Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançları, Mamografi Öz Etkililikleri ve Meme Kanseri Korkuları Üzerine Etkisi*. (Doktora Tezi) Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 741096.
- Yılmaz Thom, A.E.** (2022). *Kadın Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri ve Taraması konusunda Risk Düzeyi, Bilgi Düzeyi ve Davranışların*

Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Erişim adresi:
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 727902.

Yılmaz, T. (2018). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları.* (Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. Erişim adres: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> 525384.

Yin, Y., Shen, W. H. (2008). PTEN: a new guardian of the genome. *Oncogene*, 27(41), 5443–5453.
<https://doi.org/10.1038/onc.2008.241>

Yousuf, S. A., Al Amoudi, S. M., Nicolas, W., Banjar, H. E., Salem, S. M. (2012). Do Saudi nurses in primary health care centres have breast cancer knowledge to promote breast cancer awareness? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 13(9), 4459–4464.
<https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.9.4459>.

Yücel, S. C., Orgun, F., Tokem, Y., Avdal, E. U., & Demir, M. (2014). Determining the factors that affect breast cancer and self breast examination beliefs of Turkish nurses in academia. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 15(3), 1275–1280.
<https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.3.1275>.

Ek-3: Ölçek Kullanım İzni Yazışması



Ilknur Aydın

Alıcı: ben ▾

Merhaba Şerife Hanım ölçeğimizi çalışmalarınızda kullanabilirsiniz başarılar diliyorum

Ilknur AYDIN AVCI, Prof.
Ondokuz Mayıs University
Faculty of Health Sciences
Head of Public Health Nursing Department
Samsun / Türkiye



Ek-5: Kişisel Bilgi Formu

1. BÖLÜM SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLE İLGİLİ SORULAR

1. Yaşınız?

- a. () 18-24
- b. () 25-31
- c. () 32-38
- d. () 39 ve üzeri

2. Eğitim durumunuz?

- a. () Sağlık meslek lisesi
- b. () Ön lisans
- c. () Lisans
- d. () Lisans üstü

3. Medeni durumunuz?

- a. () Evli
- b. () Bekar
- c. () Boşanmış/Dul

4. Çalıştığınız klinik neresidir?

- a. () Dahili klinikler
- b. () Cerrahi klinikler
- c. () Ameliyathane
- d. () Yoğun bakımlar
- e. () Poliklinik hizmetleri
- f. () Diğer

5. Çalışma şekliniz nasıldır?

- a. () Sadece gündüz
- b. () Sadece gece
- c. () Gündüz ve gece dönüşümlü (vardiya)

6. Toplamda kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

7. Geçmişte memelerinizle ilgili sorun yaşadınız mı?

- a. () Evet b. ()

Hayır

Cevabınız evetse hangisini yaşadınız?

- a. () Memede ağrısı oldu
- b. () Meme başı akıntısı oldu
- c. () Emzirme sırasında apse, angajman (süt birikmesi)

- d. () Memede selim kitle tespit edildi
e. () Memede kanser tespit edildi
f. () Diğer (belirtiniz).....

8. Geçmişte memelerinizle ilgili herhangi bir tanısal girişim yapıldı mı?

- a. () Evet b. () Hayır

Evitse nedir?

9. Şu anda memelerinizle ilgili bir şikâyetiniz var mı? (Ağrı, ele gelen kitle, meme başı akıntısı vb)

- a. () Evet b. () Hayır

10. Birinci derece akrabalarda (anne, kız kardeş) meme kanseri öyküsü var mı?

- a. () Evet Kimde:..... b. () Hayır

11. İkinci derece akrabalarda (teyze, hala, büyükanne) meme kanseri öyküsü var mı?

- a. () Evet: Kimde:..... b. () Hayır

12. Meme kanseriyle ilgili eğitim aldınız mı?

- a. () Evet b. () Hayır

Cevabınız evet ise ne zaman ve hangi kaynaktan aldınız? Belirtiniz:

- a. () Hastane/ Aile ve Toplum Sağlığı Merkezi/ KETEM
b. () Konferans/ Seminer/ Hizmet İçi Eğitim
c. () Mesleki Eğitim (Sağlık Meslek Lisesi, Lisans, Lisans üstü)
d. () Sosyal Medya
e. () Diğer.....

2. BÖLÜM MEME KANSERİ VE TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ ANKETİ

1. Meme kanseri belirtisi olabileceğini düşündüğünüz şıkları işaretleyiniz (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. () Göğüste ağrısız kitle ya da yumru Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

- b. () Meme derisinde kızarıklık veya renk değişikliği Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

- c. () Meme derisinde çukurlaşma, çekilme Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

d. () Meme derisinde yara Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

e. () Memenin boyutunda veya şeklinde değişiklik Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

f. () Meme başı akıntısı Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

g. () Meme başında şekil değişiklikleri (İçe çökme, çarpılma)

Evet () Hayır () Bilmiyorum ()

h. () Meme başında kabuklanma/pullanma/kuruma Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

ı. () Aksiller lenf nodu büyümesi (Ele gelen yumru) Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

i. () Şiddetli kilo kaybı Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

**2. Meme kanseri ile ilgili olduğunu düşündüğünüz risk faktörlerini işaretleyiniz.
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)**

a. () Artan yaş—35 yaş ve üstü kadınlar Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

b. () İlk doğumu geç yaşta (30 yaş üstü) yapmak Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

c. () Erken menarj (İlk adetin erken olması) Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

d. () Menopoza geç girmek Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

e. () Emzirmeyen kadınlar Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

f. () Obezite Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

g. () Ailede meme kanseri öyküsü Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

h. () Fiziksel aktivite eksikliği Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

ı. () Sigara içmek/alkol tüketimi Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

i. () Hormon tedavisi Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

3. Meme kanseri tanısı ile ilgili olduğunuzu düşündüğünüz girişimleri işaretleyiniz

a. () Mamografi Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

b. () Ultrasonografi Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

c. () İİB (İnce iğne biyopsisi) Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

d. () Diğer:

4. Kendi Kendine Meme Muayenesine (KKMM) başlamak için gerekli yaş aralığı nedir?

a. () Doğumdan itibaren

b. () Ergenlikten itibaren

c. () 20 yaşından itibaren

d. () 30 yaşından itibaren

e. () Menopozdan sonra

f. () Emin değilim

5- Kendi Kendine Meme Muayenesine (KMMM) ne sıklıkla yapılmalıdır?

a. () Günlük

b. () Haftalık

c. () Aylık

- d. () Yıllık
e. () Emin değilim

6. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapmak için en uygun zaman nedir?

- a. () Adet sırasında
b. () Adetten bir hafta sonra
c. () Hamilelik sırasında
d. () Emzirme döneminde
e. () Emin değilim
f. () Her ay herhangi bir zamanda

7. Kendi Kendine Meme Muayenesinde (KKMM) yapılması gerekenler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilirsiniz.)

- a. () Ayna karşısında memeleri gözlelemek Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()
b. () Her iki memeyi elle muayene etmek Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()
c. () Koltuk altlarını elle muayene etmek Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()
d. () Boyun çevresini elle muayene etmek Evet () Hayır ()
Bilmiyorum ()

8. Ulusal kanser tarama programına göre Klinik Meme Muayenesine (KMM) ne zaman başlanmalıdır?

- a. () Adet görmeye başlayınca
b. () 20 yaşında
c. () 30 yaşında
d. () Herhangi bir yaşta
e. () Evlenince
f. () Menopozdan sonra
g. () Bilmiyorum

9. Ulusal kanser tarama programına göre klinik meme muayenesi (KMM) ne sıklıkta yaptırılmalıdır?

- a. () 20 yaşından itibaren 2 yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir
- b. () 20 yaşından itibaren 2 yılda bir , 50 yaşından itibaren yılda bir
- c. () 30 yaşından itibaren yılda bir, 50 yaşından itibaren 2 yılda bir
- d. () 20 yaşından itibaren yılda bir
- e. () 40 yaşından itibaren yılda bir
- f. () Bilmiyorum

10. Klinik meme muayenesi nasıl ya da hangi araç kullanılarak yapılmaktadır?

- a. () Ultrasonografi
- b. () Mamografi
- c. () El
- d. () Yukarıdakilerin üçlü kombinasyonları
- e. () Emin değilim/Bilmiyorum

11. Ulusal Kanser tarama programına göre mamografi görüntülemesine başlama yaşı ve sıklığı nedir?

- a. () 40 yaşından sonra iki yılda bir
- b. () 50 yaşından sonra yılda bir
- c. () 65 yaşından sonra yılda iki
- d. () Emin değilim/Bilmiyorum

12. Ulusal Kanser tarama programına göre meme kanseri taramalarının sonlanma yaşı nedir?

- a. () 55
- b. () 65
- c. () 69
- d. () 70
- e. () Bilmiyorum

13. Ülkemizde meme kanserine yönelik ulusal taramaların yapıldığı kurum/kuruluşlar nereleridir? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

- a. () Kamu hastaneleri (Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
- b. () KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi)
- c. () Aile Sağlığı Merkezleri
- d. () Kamu Sağlıklı Yaşam Merkezleri

- e. () Özel hastane veya klinikler
f. () Diğer: Belirtiniz:.....

3. BÖLÜM MEME KANSERİ TARAMALARINA YÖNELİK UYGULAMALAR

1. Hiç meme muayenesi oldunuz mu? a. () Evet b. () Hayır

Evetse; Ne için muayene oldunuz?

- a. () Şikâyetim vardı
b. () Doktor gönderdi
c. () Kendim genel kontrol ve tarama için gittim

2. Kaç kez muayene oldunuz?

3. En son ne kadar zaman önce muayene oldunuz?

- a. () 1 yıl b. () 2 yıl c. () 3 yıl ve üstü d. () Hatırlamıyorum

4. En son nerede muayene olduğunuz kurum/kuruluşlar nereleridir? Birden fazla işaretleyebilirsiniz.

- a. () Kamu hastanesi (Devlet Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi)
b. () Aile Sağlığı Merkezi
c. () Özel Hastane
d. () Toplum Sağlığı Merkezi / KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi)
e. () Özel Muayenehane
f. () Özel Görüntüleme Merkezi
e. () Diğer:.....

5. Size hiç mamografi çektirmeniz önerildi mi?

- a. () Evet b. () Hayır

Evetse kim tarafından önerildi?

- a. () Aile hekimi
b. () Kadın doğum hekimi
c. () Genel cerrahi hekimi
d. () Hemşire/ebe
e. () Diğer:

6. Hiç meme filmi (mamografi) çektirdiniz mi?

- a. () Evet Kaç kez:.....
b. () Hayır

Evetse ne için çektirdiniz?

- a. Şikayetim vardı/hekim önerdi
- b. Rutin tarama için
- c. Diğer.....

Evitse en son ne zaman çekirttiniz?

- a. () 1 yıl
- b. () 2 yıl
- c. () 3 yıl ve üstü
- d. () Hatırlamıyorum

7. Kendiniz memelerinizi düzenli olarak kontrol ediyor musunuz?

- a. () Evet her ay düzenli yapıyorum
- b. () Evet ama düzenli yapmıyorum
- c. () Hayır

8. Siz Kendi Kendine Meme Muayenesine (KKMM) ne zaman yapıyorsunuz?

- a. () Duş Sırasında
- b. () Duştan Önce
- c. () Duştan Sonra
- d. () Regl Döneminde
- e. () Regl Döneminden Önce
- f. () Regl Döneminden Sonra
- g. () Yapmıyorum

Ek-6: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duyarlılık					
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.	()	()	()	()	()
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.	()	()	()	()	()
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum	()	()	()	()	()
Önemseme/ciddiyet					
1. Meme kanserini düşünmek beni korkutur	()	()	()	()	()
2. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım	()	()	()	()	()
3. Meme kanserini düşünmekten korkarım	()	()	()	()	()
4. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek	()	()	()	()	()
5. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkimi tehdit eder.	()	()	()	()	()
6. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek	()	()	()	()	()
Sağlık motivasyonu					
1. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.	()	()	()	()	()
2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	()	()	()	()	()
3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.	()	()	()	()	()
4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
5. Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
KKMM yararları					
1. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.	()	()	()	()	()
2. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.	()	()	()	()	()
3. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.	()	()	()	()	()
4. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulsam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.	()	()	()	()	()
KKMM öz-etkililiği					
1. KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum	()	()	()	()	()
2. KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.	()	()	()	()	()
3. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.	()	()	()	()	()
4. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	()	()	()	()	()
5. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	()	()	()	()	()
6. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	()	()	()	()	()
7. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum	()	()	()	()	()
8. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim	()	()	()	()	()
9. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim	()	()	()	()	()
10. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.	()	()	()	()	()
Mamografi yararları					
1. Mamografi çektirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.	()	()	()	()	()
2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.	()	()	()	()	()
3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.	()	()	()	()	()
4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.	()	()	()	()	()
5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.	()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2011, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
- **Yüksek Lisans** : 2024 (devam ediyor), İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Programı

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- 1998-2003 Hanönü Merkez Sağlık Ocağı. Hanönü / Kastamonu
- 2003-2004 1.nolu Merkez Sağlık Ocağı / Kastamonu
- 2004-2007 Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi / Kastamonu (Yetişkin acil ve göğüs hastalık servisi)
- 2007-2013 Şerife Bacı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi /Kastamonu (Kan alma ve doğumhane servisi)
- 2013-2017 Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi / Kastamonu (Genel cerrahi polikliniği)
- 2017-...Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Kastamonu (Günübirlik, covid, genel cerrahi, ortopedi servisleri, eğitim birimi)

Ödüller: Prof. Dr. Feriha Öz 2021 pandemi ödülleri kapsamında yılın hemşiresi ödülü