T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

HEMŞİRELERİN MEME KANSERİ RİSKİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE ALDIKLARI ÖNLEMLER

DAMLA NEZİROĞLU

DANIŞMAN
PROF. DR. NERİMAN AKYOLCU

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

İSTANBUL-2021

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum, “Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemler” adlı çalışmanın, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Damla Neziroğlu

İTHAF

Hayatımın en değerli varlıkları canım aileme ve her zaman desteği ile yanımda olan eşime ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimi ve tez çalışması süresince, engin bilgisi ve deneyimi ile yoluma ışık tutan, sabrını esirgemeyip kendimi geliştirmemde çok değerli katkıları bulunan saygıdeğer hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimimde bilgi ve deneyimiyle katkı sağlayan, içtenliği ve güler yüzlülüğü ile beni her zaman destekleyen değerli hocam Sayın Dr. Öğretim Görevlisi Sennur KULA ŞAHİN' e, ayrıca tez savunmasına katılımı ve değerli önerileri için Sayın Prof. Dr. Ayfer Özbaş'a,

Yüksek Lisans eğitimim süresince manevi desteklerini esirgemeyip, daima yanımda hissettiğim arkadaşlarım Uzm. Hemş. Şeyma Nur SERT, Öğr. Gör. Ayşegül ŞİMSEK'e,

Veri toplama sürecinde yoğun çalışma koşullarına rağmen, tez çalışmama katılıp katkı sağlayan sevgili meslektaşlarıma,

Hayatımın her anında kendi ayaklarımın üzerinde durup, hep ileriye gidebilmem için fedakârlıklarını ve emeklerini esirgemeyerek beni yüreklendiren annem Fatma ERÇOK ve babam Halil İbrahim ERÇOK ile her anımda yanımda hissettiğim, motivasyon kaynağım biricik kardeşim Çağlar ERÇOK' a,

Bu zorlu süreçte, sevgisiyle, sabrıyla her zaman yanımda olan ve motivasyonumu güçlendiren sevgili eşim Ahmet NEZİROĞLU'na, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Damla NEZİROĞLU

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**
ETİK BEYANI ..... İİ
İTHAF ..... İİİ
TEŞEKKÜR ..... İV
İÇİNDEKİLER V
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 4
1.1. Tarihsel Süreçte Meme Kanseri 4
1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 5
1.3. Meme Kanseri Etiyoloji ve Risk Faktörleri 7
1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri 7
1.3.1.1. Cinsiyet ve Yaş 7
1.3.1.2. Üreme İle İlişkili Faktörler (Menarj, Menopoz, Doğum Yaşı ve Laktasyon) 8
1.3.1.3. Aile Öyküsü / Genetik Yatkınlık 8
1.3.1.4. Bireysel Meme Kanseri Öyküsü 9
1.3.1.5. Selim (İyi Huylu) Meme Hastalıkları 10
1.3.1.5. Yoğun Meme Dokusu 10
1.3.1.6. Irk 10
1.3.2. Yaşam Tarzıyla İlişkili Risk Faktörleri 11
1.3.2.1. Beslenme / Obezite 11
1.3.2.2. Alkol ve Sigara Kullanma 12
1.3.2.3. Fiziksel Aktivite 13
1.3.2.4. Oral Kontraseptif ve Hormon Replasman Tedavisi (HRT) 14
1.3.2.5. Radyasyona Maruz Kalma 14
1.3.2.6. Gece Çalışma 14

1.3.3. Kanıtlanmamış Meme Kanseri Risk Faktörlerine ilişkin Varsayım ve Görüşler 16
1.4. Meme Kanserinden Korunma ve Hemşirenin Rolü 16
1.4.1. Birincil (Primer) Korunma 17
1.4.1.1. Risk Değerlendirmesi 17
1.4.1.2. Riskli Bireylerde Risk Azaltıcı Yaklaşımlar/Yöntemler 18
1.4.1.2.1. Sağlığı Geliştirme / Yaşam Şekli Değişiklikleri 18
1.4.1.2.2. Kemoprevansiyon 19
1.4.2. İkincil Korunma 21
1.4.2.1. Görüntüleme Yöntemleri 21
1.4.2.1.1. Mamografi 21
1.4.2.1.2. Dijital Mamografi 22
1.4.2.1.3. Ultrasonografi (USG) 23
1.4.2.1.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) 23
1.4.2.2. Meme Muayene Yöntemleri 23
1.4.2.2.1. Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) 23
1.4.3. Üçüncül Korunma 24
2. MATERYAL VE METOD 26
2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 26
2.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular 26
2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 26
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 26
2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri 27
2.6. Veri Toplama Araçları 27
2.7. Verilerin Toplanması 28
2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 28
2.9. Araştırmanın Etik Yönü 28
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 28
3. BULGULAR 29
3.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 29
3.2. Hemşirelerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi / Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular 31

3.3. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi, Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular....33
3.4. Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular....36
3.5. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması....38
3.6. Hemşirelerin Riskli Grupta Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması....44
4. TARTIŞMA....51
4.1. Hemşirelerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi / Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması....52
4.2. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi, Farkındalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması....53
4.3. Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulguların Tartışılması....58
4.4. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Yaş, Eğitim Durumu, Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme) İle Meme Kanseri Risk Grubunda Olma Durumunun, Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması....63
4.5. Hemşirelerin Riskli Grupta Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması67
5. SONUÇ....72
EKLER....89
İNTİHAL RAPORU....103
ÖZGEÇMİŞ....104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Kalıtımsal Aile Öyküsü Göstergeleri (6,7) (Akyolcu ve ark., 2019). 18
Tablo 3.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=289)..... 30
Tablo 3.2: Hemşirelerin Meme Kanseri ve KKMM İle İlgili Bilgi/Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulgular (N=289) 32
Tablo 3.3: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi ve Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular (N=289) 33
Tablo 3.4: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi ve Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular (N=289) 34
Tablo 3.5: Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular (N=289) 36
Tablo 3.6: Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular (N=289) 37
Tablo 3.7: Hemşirelerin Yaş Grupları İle Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 39
Tablo 3.8: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 41
Tablo 3.9: Hemşirelerin Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 43
Tablo 3.10: Hemşirelerin Yakın Akrabada Meme Kanseri Varlığına göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 44
Tablo 3.11: Hemşirelerin Hormon Replasman Tedavisi Alma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (n=233)* 45
Tablo 3.12: Hemşirelerin Selim Meme Hastalığı Olma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 46
Tablo 3.13: Hemşirelerin D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 47
Tablo 3.14: Hemşirelerin Gece Çalışma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)..... 48
Tablo 3.15: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289) 49

Tablo 3.16: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Sonrası Risk Düzeyine göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (n=21) 50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide) 6

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AICR : Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü

BRCA : Breast Cancer Gene

CI : Güven Aralığı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EPIC : Avrupa Prospektif Kanser ve Beslenme Araştırması

ER : Estrojen Reseptörü

GLOBOCAN : Dünya Kanser Veri Tabanı

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

IARC : International Agency For Research on Cancer- Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM : Klinik Meme Muayenesi

M.Ö : Millattan önce

M.S : Millattan sonra

MG : Mamografi

MKC : Meme Koruyucu Cerrahi

MR : Manyetik Rezonans

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

PET : Pozitron Emisyon Tomografisi

USG : Ultrasonografi

WCRF : Dünya Kanser Araştırma Fonu

ÖZET

Neziroğlu, D. (2021). Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıklar ve Aldıkları Önlemler. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, hemşirelerin meme kanseri riskine ilişkin farkındalıklarını ve meme kanseri riskine yönelik aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini oluşturan 400 hemşireden, örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan güç analizinde %80 güç ve 0.05 tip1 hata ile çalışmaya minimum 194 hemşirenin dâhil edilmesi gerektiği bulundu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler ile ilk ve acil yardım, elektronörofizyoloji teknikerliği gibi bölümlerden mezun olup, hemşire statüsünde çalışanlar, araştırmaya dâhil edilmedi. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmaya gönüllü, toplam 289 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri 4 Ekim 2019 – 30 Kasım 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Veri Toplama Formu" ile toplandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler niteliksel veriler için kişi sayısı ve yüzde olarak verildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dağılımın özelliğine göre Pearson Ki-Kare testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare testi veya Fisher'in kesin ki kare testleri kullanıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,6'sının (n=259) meme kanserine ilişkin bilgileri olduğu, %75,1'inin meme kanseri ile ilgili bilimsel bir toplantı ya da eğitim programına katılmadığı; hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine ilişkin yanıtlarının dağılımlarına bakıldığında; %79,6 - %26 aralığında risk faktörlerine doğru yanıt verdiği; hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerinden kendilerinde var olma durumlarına ilişkin verdikleri yanıtlara bakıldığında; %69,2'sinin gece vardiyasında çalıştığı, %46'sının sigara kullandığı, %35,6'sının 29 yaş üzerinde olup hiç doğum yapmadığı, %10,7'sinin yakın akrabada kanser öyküsü olduğu, %6,2'sinin HRT gördüğü, %1'inin diğer memede kanser olduğu bulundu. Hemşirelerin meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler incelendiğinde; %7,3'ünün meme kanseri risk hesaplaması yaptırdığı, %33,8'inin ayda 1 kez KKMM uyguladığı, %6,2'sinin düzenli fizik muayene yaptırdığı, %20,4'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %44,3'ünün beslenme şekline dikkat ettiği, %37,4'ünün stresle baş etmede güçlük yaşadığı, %27'sinin kilo kontrolüne özen göstermediği, %5,2'sinin tarama programlarına katıldığı, %11,1'inin mamografi çektirdiği saptandı. Risk gurubunda olan hemşirelerden, yakın akrabasında meme kanseri olanlarda, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının (%64,5), yakın akrabasında meme kanseri olmayanlardan, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$), hormon replasman tedavisi (HRT) olan hemşirelerin KKMM yapma oranının (%88,8), HRT olmayan hemşirelerden, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$), selim meme hastalığı olan hemşirelerde, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, tarama programlarına katılma ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarında gözlenen farklılığın, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Sonuç olarak; hemşirelerin meme kanseri riskine yönelik bilgisinin kısmen yeterli olduğu, farkındalıklarının ve meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin beklenen ve istenilen düzeyde olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Risk faktörleri, Koruyucu önlemler, Hemşire

ABSTRACT

Neziroglu, D. (2021). Breast Cancer Risk Awareness and Precautions Among Nurses. Istinye University Institute of Health Sciences, Department of Surgical Diseases Nursing. Master's Thesis. Istanbul.

The research was planned and carried out descriptively in order to determine nurses' awareness of breast cancer risk and the precautions they take against the risk. It was found that, from 400 nurses that make up the universe of the study, a minimum of 194 nurses should be included in the study to have 80% power and 0.05 type 1 error. Nurses who did not agree to participate in the study, and those who graduated from departments such as first and emergency aid, electroneurophysiology technician, and working in the nurse status were not included in the study. The sample of the study consisted of 289 nurses who volunteered to participate in the study. The data for the study were collected between October 4, 2019 and November 30, 2019 using the "Data Collection Form" prepared by the researcher. While evaluating the study data, descriptive statistics for qualitative data were given as the number of people and percentages. For qualitative data, depending on the characteristics of the distribution, Pearson Chi-Square test, Yates Corrected Chi-Square test or Fisher's exact chi-square tests were used. It was observed that 89.6% (n = 259) of the nurses participating in the study had knowledge about breast cancer, and 75.1% did not attend a scientific meeting or training program on breast cancer. Considering the distribution of nurses' responses to breast cancer risk factors; it was observed that the correct response rate was in the range of 79.6% - 26%. Considering the distribution of the nurses' responses regarding the presence of breast cancer risk factor in themnselves; 69.2% worked night shifts, 46% smoked, 35.6% over the age of 29 and never gave birth, 10.7% had a history of cancer in a close relative, 6.2% received Hormone Replacement Treatment, 1% found cancer in the other breast. Considering the precautions taken by nurses to prevent breast cancer; 7.3% had breast cancer risk calculation, 33.8% performed BSE (Breast Selp Examination) once a month, 6.2% had regular physical examination, 20.4% regularly exercised, 44.3% of them pay attention to their diet, 37.4% had difficulty coping with stress, 27% did not pay attention to weight control, 5.2% participated in screening programs, and 11.1% had mammography. Among the nurses in the risk group, for those with breast cancer in a close relative, the rate of referral to the physician when a change is observed in the breast (64.5%) was statistically significantly higher than for those with no breast cancer in a close relative ($p < 0.05$). Nurses with hormone replacement therapy (HRT) had a statistically significantly higher rate of BSE (88.8%) than nurses without HRT ($p < 0.05$). In nurses with benign breast disease, the differences observed in the rates of referral to a physician when a change was observed in the breast, participation in screening programs, and individual breast ultrasound or mammography were found to be statistically significant ($p < 0.05$). As a result; It was found that the nurses' knowledge of breast cancer risk was partially

sufficient, however, their awareness and the measures they took to prevent breast cancer were not at the expected and desired level.

Key Words: Breast cancer, Risk factors, Preventive Measures, Nurses

GİRİŞ

Dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, tüm kanserlerin yaklaşık %26' sını oluşturmakta ve tüm toplumlarda sıklığı giderek artmaktadır (Eti Aslan & Gürkan, 2007; Açıkgöz, 2010; Balcı, 2017). Kadın ve erkek birlikte değerlendirildiğinde akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir (Tümer ve Baybek, 2010; Dinçel ve ark., 2014; Balcı, 2017). Tüm kadın kanseri ölümlerinin %13,7' sinden meme kanseri sorumlu iken bunu %12.8 ile akciğer kanseri izlemekte; meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83 iken gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir (Eti Aslan & Gürkan, 2007; Gülten, 2008; Balcı, 2017). Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi yoluyla erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilmektedir (Açıkgöz, 2010; Dinçel ve ark., 2014; Davas, 2015).

Türkiye'de meme kanseri kadınlar arasında görülen kanserler içinde 41.6/100.000 oranı ile ilk sırada yer almakta olup, görülme yaşı giderek düşmekte; 1993 yılı verilerine göre 24/100.000 olan meme kanseri insidansının 2010 yılında yaklaşık 50.000/100.000' a çıktığı; 2015 yılında yaşa standardize edilmiş meme kanseri hızının kadınlarda yüz binde 43,8 olduğu 2017 yılında ise kanser tanısı konulan her 4 kadından birinin meme kanseri olduğu ve bu verilerin zamanla yükseleceği öngörülmektedir (Kozan ve Tokgöz, 2016; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017; Sadıç, 2019).

Meme kanserinin kadınlarda yüksek oranda görülmesi ve görülme sıklığının giderek artması, meme kanseri risk kaygısını arttırmakta, bağlı olarak meme kanseri farkındalığı ve tarama programları yaşamsal bir öneme sahip olmaktadır. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelendiği, 2017 yılında yapılan bir çalışmada; meme kanseri konusunda yeterli ya da kısmen bilgi sahibi olan katılımcıların oranı %74,4 belirlenirken, KKMM' nin gerektiğine inanma oranı ise %25,3 olarak düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada KMM yaptırma oranı %15,5, mamografi çektirenler %19,7 olarak saptanmıştır (Sohbet & Karasu, 2017).

Teknolojideki gelişmeler ve sağlık alanındaki ilerlemelere karşın yaşamı tehdit etmeye devam eden meme kanserinde erken tanı ve tedavi olanağını yakalamak için her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını yaygınlaştırması ve toplumsal farkındalığı arttıracak eğitim programlarını gerçekleştirmesi gerekmektedir (Arslan-Kapıcıbaşı, 2016; Davas, 2015;

Balcı, 2017; Yılmaz, 2018). Üniversitede çalışan kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlık inançları ve sağlık inançlarını etkileyen faktörlerin incelendiği ve çoğunluğu ön lisans ve lisans mezunu çalışanların oluşturduğu araştırmada; kadınların KKMM yapma oranı %74,04, KMM yaptırma %63,75, mamografi çektirenlerin oranı ise %57,89 olarak belirlenmiştir (Özoğul & Sucu-Dağ, 2019). Pakistan'da 2018 yılında yapılan çalışmada ise genç kadınların %71,4' ünün KKMM konusunda bilgi sahibi olmasına karşın sadece %33,1' inin KKMM yaptığı saptanmıştır (Ahmed ve ark., 2018).

Risk tanılama, eğitim, psikososyal destek, sağlığı koruma ve kanser risk yönetimi için danışmanlık sağlamada önemli bir role sahip olan hemşirelerin, öncelikle kendilerinin de bu koruma davranışlarını benimsemeleri ve içselleştirmeleri gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada, KKMM yapma durumunun eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak arttığı; sağlık meslek lisesi mezunlarında %13.9 olan düzenli KKMM yapma oranının, önlisans mezunlarında %14.4'e, lisans mezunlarında ise %29.0'a yükseldiği bulunmuştur (Uncu & Bilgin, 2011). Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği 2017 yılında yapılan bir çalışmada, örneklem grubunda yer alan aile hekimliği uzmanı veya asistanlarının %21,21' i, pratisyen hekimlerin %16,09' u, ebe ve hemşirelerin %13,63' ü, kendilerine düzenli olarak kanser tarama testi yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Kaya ve ark., 2017).

Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise meme kanseri risk yönetimine ilişkin öğrencilerin %46,7' sinin KKMM yaptığı, ancak sadece %13,4'ünün bu uygulamayı her ay düzenli olarak yaptığı; %92.2' sinin düzenli egzersiz yapmadığı, %87,8'inin kilosunu normal olarak tanımladığı, %75,6'sının beyaz et, sebze ve meyveye ağırlıklı beslendiği ve % 83,4'ü sigara ve alkol kullanmadığı belirtilmiştir (Gök-Özer ve ark., 2009).

Konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçlarında da gözlendiği gibi, gerek toplumsal düzeyde gerekse meslek üyelerinde, meme kanseri konusunda farkındalık/duyarlılık ve koruyucu önlemleri uygulama durumu beklenenin altındadır. Bu bilgiler doğrultusunda araştırma, meme kanseri risk değerlendirme çalışmalarının, kadınların farkındalık düzeyini arttırarak, tarama programlarına katılımını destekleyeceği ve toplum sağlığına önemli katkı sağlayacağı düşüncesiyle, bu bağlamda anahtar rol üstlenen hemşirelerin,

meme kanseri riskine ilişkin farkındalıkları ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla planlandı ve gerçekleştirildi.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Tarihsel Süreçte Meme Kanseri

Her zaman kadınlığın, doğurganlığın ve güzelliğin simgesi olan meme; aynı zamanda hastalıkları ile ilk çağlardan bu yana kadın sağlığı için önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. M.Ö. 3.000–2.500 yıllarına ait olan Edwin Smith Papirüsünün, meme kanseri ile ilgili ele geçen ilk yazılı kaynak olduğu; bu papirüste meme kanseri ameliyatına ilişkin bilgilerin yer aldığı; aynı kaynakta hastalığın "Meme dokunulamayacak durumda, şiş ve kanser memenin her yanına yayılmış" ise iyileştirilemez olarak kabul edildiği belirtilmektedir (Lakhtakia, 2014; Erkin & Ardahan, 2014).

M.S. 30'lu yıllarda Romalı Celsus'un meme kanserinin dört evresini; erken kanser, ülsersiz kanser, ülserli kanser, karnabahar biçiminde ülserli kanser şeklinde isimlendirdiği görülmekte; dönemin en ünlü cerrahlarından biri olan Leonides'in (M.S. 100) meme kanserini mastektomi ile tedavi eden ilk hekim olduğu bildirilmektedir (Erkin & Ardahan, 2014; Lakhtakia, 2014; Ades ve ark., 2017).

Ortaçağ'da Aegina'l Paul (M.S.625) ve Milano'lu Lanfranc'ın (M.S. 1250) yazdıkları kitaplarda meme cerrahisine ilişkin oldukça geniş bilgilere yer verilmiştir. 16. Yüzyılın sonlarında ise W. Fabry ve J. Schultes, kitaplarında meme ameliyatının teknik aşamalarını ayrıntılı bir şekilde açıklamışlardır (Ünal, 2006). 18.Yüzyıl cerrahlarından John Hunter (1728-1793) kadın memesinde, rahminde, dudaklarda ve midedeki kanserlerin cerrahisini ayrıntılı betimlerken, tümörlerin genetik olabileceğini ve kitlenin hafif şekilde palpe edilmesini, bu şekilde yapılmaz ise hastalığın aksedebileceği uyarısında bulunmuştur. Bu dönemde memenin ve aksiller lenf nodüllerinin anatomisi ve ilişkisi açıklanmış, kanser ameliyatları sırasında çıkarılması kabul görmüştür. (Erkin & Ardahan, 2014; Ades ve ark., 2017; Ünal, 2006).

18. ve 19. yüzyıllarda meme kanseri yönetiminin büyük oranda iyileştirildiği görülmektedir. 1894'te W.S. Halsted Baltimore John Hopkins Hastanesi' inde, tüm tümörün tek parça halinde pektoral kaslar, lenfatik damarlar ve aksiller lenf düğümlerinin tümünün çıkarılmasını içeren radikal mastektomi ameliyatını gerçekleştirmiştir (Lakhtakia, 2014; Ades ve ark., 2017). Londra'da D.H. Patey ve R.S. Handley tarafından tümör yayılımı olmadıkça, majör pektoral kasların çıkarılmaması gerektiği tezi ortaya atılmış ve modifiye radikal mastektomi tekniği geliştirilmiştir (Garip, 2008).

Meme kanserinde erken tanıyı sağlayan en önemli buluşlardan biri olan mamografi ile ilgili ilk denemeleri, 1913'te A. Salomon Almanya'da; S.L. Warren New York' da yapmış ancak R. Egan'ın yumuşak doku tekniğini geliştirmesinden sonra yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ultrasonografi, 1950'li yıllarda, ışın vermeden birçok lezyonun saptanmasını sağlayan bir yöntem olarak kullanılmaya başlanmış, bu gelişmeyi manyetik rezonans görüntüleme ve PET gibi yöntemler izlemiştir (Ünal 2006; Garip 2008).

20. Yüzyılın ortalarında radikal cerrahi girişime (radikal mastektomi) karşı olan, basit mastektomi ve aksiller ışınlamayı savunan görüşler ağırlık kazanmıştır. G. Crile (1864-1943/ Cleveland) geniş cerrahi girişimlerin ölüm oranlarını azaltmadığını ileri sürerek, sadece tümör ve aksiller lenf bezlerinin çıkarılmasını temel alan konservatif cerrahiyi uygulamıştır (Lakhtakia, 2014; Ades ve ark., 2017; Ünal, 2006).

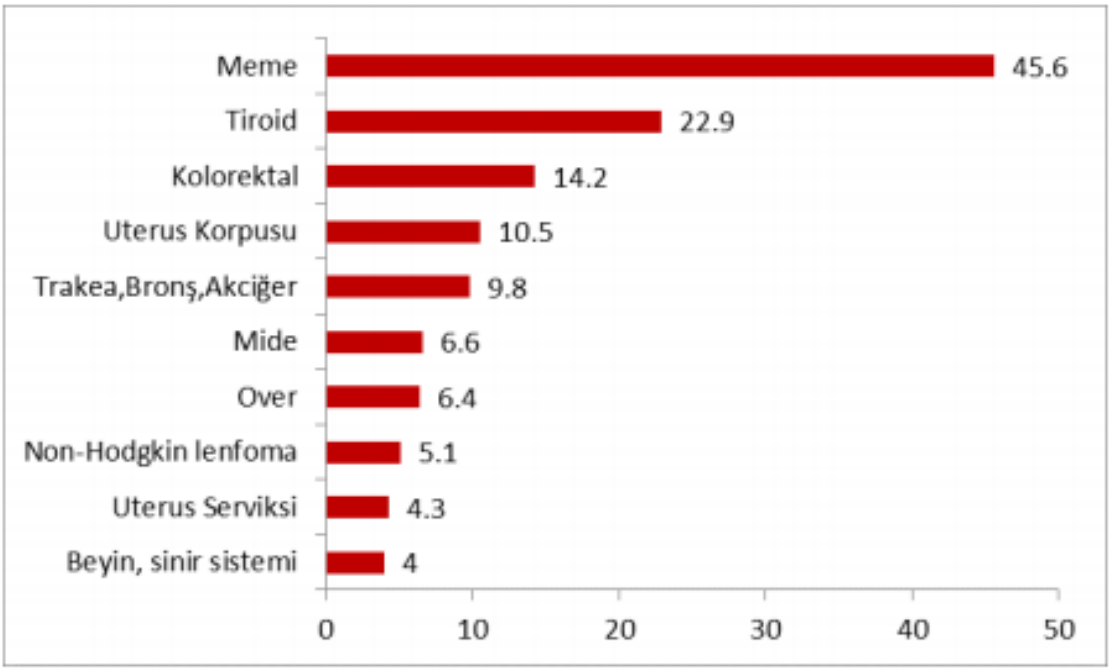
21.Yüzyılın başlarında gerçekleştirilen genetik ve moleküler araştırmalar sonucu meme kanserinin tek tip bir hastalık olmadığı, östrojen ve progesteron reseptörlerinin ve Cerb B-2 nin (+) ya da (-) olmasına göre "luminal" ve "bazal" hücreli olmak üzere 2 alt grubu olduğu ortaya koyuldu. Hastalığın moleküler ve genetik mekanizmaları, yeni meme kanseri sınıflamaları, yüksek riskli (luminal) kadınların yönetimi (kemoprevensiyon dahil), daha yeni görüntüleme teknikleri, sintimamografi, tomosentez, MRG destekli meme biyopsisi, meme koruyucu cerrahi (MKC), daha iyi kozmetik sonuçlar veren yeni mastektomi türleri (cilt koruyucu mastektomi gibi), kısmi meme ışınlanması, hedef tedaviler, tanı ve tedaviyi yeni boyutlara taşımakta bu konulara ilişkin araştırmalar devam etmektedir (Sakorafas & Safioleas, 2010).

1.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, morbidite ve mortalite oranları bakımından kadınlar arasında en sık görülen kanser türlerinden biri olup, kadın sağlığını tehdit eden en önemli sağlık sorunlarından biri olmayı sürdürmektedir (Sadıç, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada 2018 yılındaki kansere bağlı 9.6 milyon ölümün 626.679 (6.6%)' ununa meme kanserinin neden olduğunu bildirmektedir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer - IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerine göre, dünya çapında her iki cinsiyette toplam 8.1 milyon yeni kanser vakalarından 2.1 milyonuna (11.6 %) yeni meme kanseri tanısı konulacağı

bildirilmektedir. Amerikan Kanser Birliği raporlarında da Amerika'da 2019 yılında 271.270 kadına meme kanseri tanısı konulması ve 42.260 kişinin meme kanserinden yaşamını kaybetmesi beklenmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2019).

Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerinde ölüm nedenleri arasında kansere bağlı ölümlerin ikinci sırada olduğu; 2015 yılı verilerine göre ise tüm yaş gruplarında görülen kanser türleri arasında ilk sırada erkeklerde akciğer kanserinin, kadınlarda ise meme kanserinin yer aldığı görülmektedir (Muratdağı G. ve ark., 2019). Ülkemizde 2014 yılında yaşa standardize edilmiş meme kanseri hızı kadınlarda yüz binde 43.0 iken; 2015 yılında 43.8, 2016 yılında 45.6 olduğu ve 17.173 kadına meme kanseri tanısı konulduğu, tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'inin meme kanseri olduğu bildirilmektedir (Şekil 1.1) (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2018).



Şekil 1.1: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2016) (Dünya Standart Nüfusu, 100.000 Kişide)

(Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2018)

Türkiye'de meme kanseri tanısı konulan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş; %40,6 sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı; tanı konulanların ortalama yaşının ise 53 olduğu; vakaların %11,5'inin 4. Evrede (uzak metastaz evresinde) olduğu belirtilmektedir. (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2016; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Ülkemizde meme kanseri insidansının doğu bölgelerde 20/100.000, batı bölgelerde ise 40-50/100.000 oranında olduğu; aradaki farkın batı

toplumlarındakine benzer bir yaşamın tercih edilmesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Türkiye istatistik kurumu 2018 verilerine göre; kadınlarda 4.264, erkeklerde 60 kişi olmak üzere toplam 4.324 kişinin, meme kanseri nedeniyle yaşamını kaybettiği raporlanmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018).

1.3. Meme Kanseri Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni bilinmemekle birlikte evrensel boyutta yapılan çok sayıda çalışma sonucunda, risk faktörü olarak adlandırılan bazı özellikleri bulunduran kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Erkin & Ardahan, 2014). Meme kanserli kadınların %70'inin bilinen risk faktörlerine sahip olmadığı; genetik, hormonal, çevresel, psikolojik ya da biyokimyasal çok sayıda faktörün meme kanseri gelişimine etkili olabileceği belirtilmektedir (Akyolcu, 2018).

Meme kanseri vakalarının %5-15'inde aile öyküsü, %25'inde menstrual siklus ve üreme ile ilişkili değiştirilemeyen bu iki faktörün %30-40 oranında meme kanseri gelişiminde etkili olduğu söylenebilmektedir. Yanı sıra beslenme alışkanlıklarının %30-35 oranında, %25-35 oranında da hareketsiz yaşam, obezite metabolik faktörler (insülin direnci, diyabet, dislipidemi), psikososyal stres vd. gibi değiştirilebilir faktörlerin meme kanserinden sorumlu olduğu vurgulanmaktadır (Açıkgöz & Yıldız, 2017).

Risk faktörleri, değiştirilemeyen risk faktörleri, yaşam tarzıyla ilişkili olan faktörler, tartışmalı risk faktörleri olmak üzere üç grupta ele alınabilir.

1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

1.3.1.1. Cinsiyet ve Yaş

Meme kanseri için kadın olmak başlıca en önemli risk faktörüdür; 100 kat artmış riski ifade eder. Meme kanserinin %99 oranında kadınlarda görülürken, sadece %1 oranında erkeklerde ortaya çıkar. İlerleyen yaş ile birlikte meme kanseri riski artmaktadır; invaziv meme kanseri görülme sıklığı 50 yaş altı kadınlarda 100.000'de 44 iken, 50 yaş ve üzeri kadınlar da 100.000'de 345 olarak belirlenmiş; 50 yaş ve 70 yaş olmak üzere iki farklı dönemde meme kanseri insidansının artış gösterdiği rapor edilmiştir (Gençay, 2007; Kapıcıbaşı, 2016; Yılmaz, 2018; Akyolcu, 2018).

1.3.1.2. Üreme İle İlişkili Faktörler (Menarj, Menopoz, Doğum Yaşı ve Laktasyon)

Bir kadının meme kanseri riskinin bilinen en güçlü belirleyicilerinden birinin üreme öyküsü olduğu belirtilmektedir (Husby ve ark., 2018). Erken menarş (12 yaşından önce), geç menopoz (55 yaşından sonra), ilk doğumun 30 yaşından sonra gerçekleşmesi gibi endojen östrojene maruziyeti arttıran üreme faktörleri ve menopoz sonrası kullanılan östrojen progesteron hormonlarının kombinasyonu meme kanseri riskini arttırmaktadır (Açıkgöz & Yıldız, 2017; Husby ve ark., 2018; Akyolcu ve ark., 2019). Menarj yaşı 11 ve altında olan kadınların, 14 ve üstü olanlara göre meme kanseri riskinin %20 yüksek olduğu; menopozda ise her 1 yıllık gecikmenin, meme kanseri riskini %3 arttırdığı belirtilmektedir. Her 1 yıllık menarş gecikmesi veya her doğumda, meme kanseri riskini sırasıyla %5 veya %10 azalttığı 55 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda, 45 yaşından önce doğal menopoza giren kadınlara göre meme kanseri gelişme riskinin 2 kat arttığı; menopoz öncesi dönemde ooferektomi olan kadınların ise meme kanseri riskinin yaklaşık 2/3 oranında azaldığı bildirilmektedir. Epidemiyolojik veriler yaşam boyu östrojen maruziyetinin özellikle östrojen reseptörü pozitif [ER (+)] meme kanserli kadınlar için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. (Sun ve ark., 2017; Açıkgöz & Yıldız, 2017; Akyolcu, 2018).

Yirmi yaş öncesinde gebelik sürecinin tamamını geçiren kadınlarda, meme kanseri riskinin daha düşük olduğu; ilk doğumu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda riskin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu; 35 yaş sonrası doğum yapan kadınlarda ise hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla riskin yaklaşık %50 düşük olduğu belirtilmektedir (Kapıcıbaşı, 2016; Açıkgöz & Yıldız, 2017; Akyolcu, 2018; Yılmaz, 2018).

Emzirme de menstruasyona dönüşü geciktirdiğinden dolayı endojen östrojen miktarını azaltarak, meme kanseri riskini azaltıcı bir faktör olarak değerlendirilmekte; her 12 aylık (1 yıl) emzirmenin, riski %4,3 oranında azalttığı, her ilave doğum için bu orana %7 eklenebileceği belirtilmektedir (Açıkgöz & Yıldız, 2017).

1.3.1.3. Aile Öyküsü / Genetik Yatkınlık

Aile öyküsü, meme kanserinde bilinen risk faktörleri arasında yer almaktadır (Martin ve ark., 2010). Meme kanseri tanısı konulan kadınlarda, birinci derece akrabasında (anne, kız veya kız kardeş) meme kanseri oranı %13-15 iken, ailesinden meme kanseri olmayanlar ise %8-12 olarak belirlenmiştir. Birinci derece aile öyküsü olan

ve olmayan kadınlar karşılaştırıldığında, birinci derece akrabalardan tanı konulan akraba sayısı arttıkça, riskin 1,5 ile 4 kat kadar arttığı bildirilmiştir. Çok sayıda 1. derece akrabada meme kanserinin olması, akrabadaki kanserin görülme yaşının küçük olması (40 yaş altı) ve/veya bilateral meme kanseri olması durumlarında riskin belirgin olarak arttığı belirtilmektedir (Shiyanbola ve ark., 2017; Balcı, 2017).

Moleküler genetik alanındaki çalışmalar sonucu kansere neden olan farklı genler tanımlanmış ve bu genlerdeki mutasyonları taşıyan bireylerin yüksek riske sahip olduğu bildirilmiştir. Ailesel meme kanseri öyküsünün meme kanseri riskini iki ya da üç kat arttırdığı, özellikle BRCA1, BRCA2 ve p53 mutasyonlarının, meme kanseri için çok yüksek risk oluşturduğu; meme kanseri olgularının yaklaşık % 5-10'unun BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonundan kaynaklandığı belirtilmekte; ancak bu mutasyonların meme kanseri vakalarının büyük bir bölümünde görülmediği bildirilmektedir. Meme kanserinde daha az yaygın olan diğer genler ATM, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11, PALB2 olarak bilinmektedir (Koçak ve ark., 2011; Kamińska ve ark., 2015; Amerikan Kanser Birliği, 2019; Akyolcu ve ark., 2019).

1.3.1.4. Bireysel Meme Kanseri Öyküsü

Bir memesinde kanser öyküsü olan bireylerin, diğer memesinde ya da aynı memenin değişik kadranında kanser görülme riskinin 4-5 kat arttığı belirtilmektedir. Meme de kanser tedavisi gören ve izlemleri periyodik yapılan hastalarda, diğer kanserin tanılanması erken dönemde olmaktadır (Güllüoğlu, 2008; Yavuz ve Dolgun, 2015).

1.3.1.5. Selim (İyi Huylu) Meme Hastalıkları

Selim meme hastalıklarından nonproliferatif lezyonlar, örneğin kistler, duktal ektaziler, fibroadenomlar, meme kanserininin diğer risk faktörlerini taşıyan kadınlarda genel olarak görülürken, meme kanseri riskini arttırmadığı; proliferatif lezyonlardan atipik hiperplazi, kompleks fibroadenomlar, skleroze adenozis, epitelyal kalsifikasyonlar ve multipl küçük papillom gibi lezyonların meme kanseri riskini göreceli olarak iki ya da üç kat arttırdığı bilinmektedir (Akyolcu, 2018).

1.3.1.5. Yoğun Meme Dokusu

Kendi yaş grubuna oranla meme dokusu yoğunluğu mamografik olarak artmış olan kadınların meme kanseri gelişme riskinin normal yoğunluğa sahip olanlara göre 4-5 kat arttığı öne sürülmekte; ancak değerlendirmede, yaş (gençlerde), gebelik, genetik yapı ve bazı ilaç tedavilerine bağlı meme dokusunda yoğunluk artışı olabileceğinin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Güllüoğlu, 2008; Koçak ve ark., 2011; Yavuz ve Dolgun, 2015).

1.3.1.6. Irk

Beyaz ırkta meme kanseri riskinin daha yüksek oranda görüldüğünü bildiren sonucun, beyaz ırkın yoğun olduğu ülkelerde kanser taramalarına daha çok ilgi göstermekten kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir. 2004-2010 yılları arasında, meme kanseri tanısı konulan bireylerin %62'si beyaz iken, %52'sinin siyah ırkta olduğu; ölüm oranlarına bakıldığında ise, siyah ırkın beyaz ırka oranla daha yüksek mortalite oranına sahip olduğu belirtilmekte; neden olarak da üçlü-negatif fenotip gibi, kimi yönden olumsuz histolojik özelliklere sahip olmaları gösterilebilmektedir. Hem görülme sıklığı, hem de ölüm oranları karşılaştırıldığında, İspanyol/ Asyalı/ Pasifik Adalı kadınlarda, beyaz ve siyah kadınlara göre daha düşük oranlarda meme kanseri görüldüğü bildirilmektedir (Payne, 2007; Açıkgöz & Yıldız, 2017; Yılmaz, 2018; Güven, 2019).

1.3.2. Yaşam Tarzıyla İlişkili Risk Faktörleri

1.3.2.1. Beslenme / Obezite

Meme kanserinde %60-70 oranında etkili olan değiştirilebilir risk faktörleri arasında, en önemli faktörlerden biri olan beslenmenin, yaklaşık %30-35 riski azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (Yılmaz & Atak, 2014; Açıkgöz & Yıldız, 2017). Yağ oranı düşük, lif oranı yüksek gıdalar ile sebze, meyve ve protein içeren yiyeceklerin tüketimine yer verilip dengeli beslenmeye özen gösterilmesi, şeker ve unlu gıdalardan uzak durulması gerekmektedir (Akyolcu, 2018).

Bazı çalışmalarda, yağlı diyet alımının, meme kanseri riskini arttırdığı bazılarında ise güçlü bir nedensel ilişki bulunamadığı ancak yağdan zengin bir diyetin, kandaki östrojen düzeyini arttırarak, obezite ile birlikte, özellikle menopoz sonrası, meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (Yılmaz & Atak, 2014; Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Obezite ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı araştırmalarda menopoz öncesi dönemde beden kitle indeksi düşük olanlarda meme kanseri riskinde görülür bir azalma olduğu belirlenmiştir. Menopozdan önce overler östrojenin çoğunu, yağ dokusu ise toplam miktarın sadece küçük bir kısmını üretmektedir. Menopozdan sonra overlerin işlevselliğini yitirmesi ile östrojenin çoğu yağ dokusu tarafından üretilir. Menopozdan sonra alınan kilolar sonucu artan yağ dokusundan üretilen östrojen hormonu da artmakta ve bu durum meme kanseri riskini arttırabilmektedir. Menapoz sonrası obezitenin, meme kanseri riskini artırabileceği bu nedenle yaşamın erken döneminden itibaren sağlıklı bir kiloda olmanın, meme kanserine karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir. (Arslan ve ark., 2013; Açıkgöz & Yıldız, 2017; Akyolcu, 2018; Yıldırım, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2019; Akyolcu ve ark., 2019).

Meme kanserini önleyici diyet önerileri genellikle alkol, kırmızı et ve yağ alımının azaltılmasını ve çeşitli gıda kaynaklarından elde edilen fitoöstrojenlerin yanı sıra lif ve D vitamini alımının arttırılmasını içerir. Ek vitamin alımının diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanseri riskini de azalttığına ilişkin bilimsel veriler bulunmaktadır. Özellikle A, C ve E vitamini içeren meyve ve sebze tüketiminin kanser riskini azalttığı; A vitaminin meme epitelinde proliferasyon hızını azaltttığı ve diferansiyasyonu uyardığı bildirilmektedir (Akyolcu ve ark., 2019).

"*Meme kanseri ile kalsiyum ve D vitamini alımı arasında ilişki olduğu üzerinde durulmaktadır. Güneş ışınlarına maruz kalma ile meme kanseri arasında ters yönlü bir ilişki söz konusudur. Deney hayvanlarında yapılan çalışmalarda, yüksek yağlı diyet alan hayvanlarda oluşan düşük kalsiyum ve D vitamini alımı ile kanseri uyarıcı etkinin arttığı; ilave kalsiyum uygulaması ile bunun önlenebildiği gösterilmiştir. Yine benzer şekilde, D vitamini ve sentetik analoglarının laboratuvarda geliştirilen meme kanseri hücrelerinin ölümünü sağladığı gösterilmiştir. Literatürde, yüksek serum D vitamini düzeyinin, meme kanserinde mortaliteyi azalttığı ve meme kanseri olan tüm hastalarda serum D vitamini düzeyinin 30-80 ng/ml arasında olması gerektiği; meme kanseri tanısı konulan hastaların serum vitamin D düzeylerinin düşük olduğu ve vitamin D konsantrasyonu 20 ng/mL'den düşük olan bireylerde meme kanseri riskinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır*" (Akyolcu ve ark., 2019).

Bazı çalışmalarda kafeinin meme kanseri riskini artırabileceği ileri sürülse de iyi huylu meme hastalığı olan kadınların, kafeini diyetlerinden çıkardıktan sonra semptomların hafiflediği belirtilmiş; yapılan yeni çalışmalarda ise kadınlarda menopoz öncesi kafein tüketiminin yararlı etkisi olabileceği vurgulanmıştır. Çalışmalarda meyve ve sebze tüketiminin, meme kanseri riskini azalttığını gösteren anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Holmes & Willet, 2004; Kotepui, 2016; Akyolcu, 2018; Kanstrup ve ark., 2019).

Soya kullanımı, E-C vitamini ve beta-karoten gibi antioksidanların kanserli olmayan hücreleri reaktif oksijen hasarından koruyarak, meme kanseri riskini azalttığı; ek olarak neoadjuvan tedavi alan kişide palyatif etkisinin olabileceğine ilişkin yeni görüşler ileriye sürülmektedir (Akyolcu ve ark., 2019).

1.3.2.2. Alkol ve Sigara Kullanma

Alkol tüketiminin, östradiol serum düzeylerini yükselttiği, alkol tüketim miktarı ve süresinin meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Yılmaz & Atak, 2014; Açıkgöz, 2017; Erdal, 2018; Hiatt & Brody, 2018 Akyolcu ve ark., 2019).

Alkol ve meme kanseri arasında bir doz-yanıt ilişkisi olduğunu gösteren yeni kanıtlar bulunmakta; riskin tüketilen alkol miktarı ile arttığı belirtilmektedir (Meyer ve ark., 2019; Amerikan Kanser Birliği, 2019). Araştırmalarda, alkol tüketiminin kandaki

östrojene bağlı hormonların seviyesini yükselttiği ve östrojen reseptör yollarını tetiklediği izlenmiştir. Epidemiyolojik 53 çalışmaya dayanan bir meta-analizde, günde 35-44 gram alkol alımının, meme kanseri riskini % 32 arttırdığı; her gün en az 45 gram alkol tüketen kadınlarda ise bu riskin %46' ya yükseldiği bildirilmektedir (Sun ve ark., 2017; Açıkgöz & Yıldız, 2017). Amerikan Kanser Birliği, alkol kullanan kadınların günde 1 kadeh şaraptan fazla içmemesini önermektedir.

Sigara içme ile meme kanserinin ilişkisi tam olarak belirlenemese de genel olarak sağlığı olumsuz etkilediği ve meme kanseri gelişimi için potansiyel olarak değiştirilebilir birkaç risk faktöründen biri olduğu belirtilmektedir. Özellikle erken yaşlarda başlayan, fazla miktarda ve uzun süre sigara kullanımının, meme kanseri riskinde ılımlı bir artışın olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Açıkgöz & Yıldız, 2017; Akyolcu, 2018). Güncellenmiş IARC monografları, sigaranın meme kanseri ile pozitif bir ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Yanı sıra birkaç çalışmada sigaranın, hormon reseptörü pozitif meme kanseri insidansı artışıyla ilişkili olduğu, ancak üçlü negatif meme kanseri insidansını etkilemediği bildirilmiştir (Goldvaser ve ark., 2017).

1.3.2.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve meme kanseri riski arasında ilişkiyi irdeleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. En az aktif olanlara kıyasla, fiziksel olarak aktif kadınlar arasında meme kanseri riskinde % 20-25 azalma gözlendiği bildirilmektedir. Bu sonuçların, orta ve yüksek düzeyde fiziksel aktivitenin meme kanseri riskinde ılımlı bir azalma ile ilişkili olduğunu gösteren Avrupa Kanser ve Beslenme Üzerine Prospektif Araştırmasında (EPIC) doğrulandığı görülmektedir. Bu sonuçlara göre, Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF)' nun Meme Kanseri Raporu ve Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü (AICR), fiziksel olarak aktif kadınlarda kanser insidansını azaltma kanıtlarının muhtemel olduğunu belirtmektedir (Ferrini ve ark., 2015; Pizot ve ark., 2016).

Düzenli fiziksel aktivitenin, özellikle menopoz dönemi kadınlarda meme kanseri riskini azalttığına dair kanıtlar artmaktadır (Eliassen ve ark., 2010; Dieterich ve ark., 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2019). Çalışmalarda, haftada birkaç saat bile olsa fiziksel aktivitenin (daha fazlası daha iyi gibi görünse de) yararlı olabildiği bulunmuştur. Yetişkinlerin her hafta en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli

yoğunlukta hafta boyunca fiziksel aktivite yapması önerilmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2019).

1.3.2.4. Oral Kontraseptif ve Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Östrojen hormonuna maruz kalınan süredeki artışın, meme kanseri riskini de arttırdığı; östrojene maruz kalınan sürenin azalmasının ise koruyucu olduğu düşünülmektedir (Akyolcu, 2018).

HRT' nin 10 yıldan uzun süre kullanılan kadınlarda meme kanseri riskinde anlamlı artış olduğu gözlemlenirken; 5 yıldan daha az HRT kullananlarda ise artışın daha düşük olduğu bildirilmiştir (Açıkgöz & Yıldız, 2017; Akyolcu, 2018).

Oral kontraseptif kullanımının meme kanseri riski ile ilişkisini inceleyen çalışma sonuçları farklılık göstermekte; yapılan bazı çalışmalarda kullanım durumunun riskte artışa neden olabileceği gösterilirken; böyle bir ilişkinin saptanmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Açıkgöz & Yıldız, 2017). Ancak güçlü aile öyküsü olanlarda ve özellikle 30 yaş öncesi oral kontraseptif kullanan kadınlarda meme kanseri riskinin artabileceği ileri sürülmektedir (Akyolcu, 2018).

1.3.2.5. Radyasyona Maruz Kalma

Tıbbi tedaviler de dahil radyasyona maruz kalmanın, meme kanseri riskini arttırdığı ve maruziyet yaşının önemli olduğu; özellikle, meme dokusunun hızlı geliştiği, 10-14 yaş arasında, bazı hastalıkların (Hodgkin lenfoma vb.) tedavisi, nükleer silah kullanımı gibi nedenlerle iyonize radyasyona maruz kalmanın, meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmekte; yirmi yaş altında (çocukluk ve ergenlik döneminde) radyasyona maruz kalanların 40 yaş sonrası maruziyete göre daha yüksek riske sahip olduğu bildirilmektedir (Ronckers, 2005; Açıkgöz & Yıldız, 2017; Utkan, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

1.3.2.6. Gece Çalışma

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı, sirkadiyen bozulmayı içeren vardiyalı çalışmayı "muhtemelen insanlar için kanserojen" olarak sınıflandırdığından gece çalışmasını meme kanseri riski olarak kabul etmektedir (Hansen, 2017).

"*Gece boyunca hücre çoğalmasını baskılayan ve anti-kanser hormonu olan melatonin yüksek miktarlarda salgılanmaya başlar. Epifiz bezinden salgılanan ve meme dokusunda sentezlenen melatonin, meme kanseri hücrelerini doğrudan etkileyerek, östrojen hormonu düzeyini ve östrojen reseptörlerinin aktivitesini azaltmakta, böylece meme kanserinin gelişmesini, yayılmasını/ metastaz yapmasını baskılamaktadır.*

Gece ve gündüz ışığa maruz kalma süresinin artmasının, melatonin salgılanma süresini ve miktarını azalttığı; bağlı olarak meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir. Meme kanserinde melatonin koruyucu etkisini gösteren bulgulardan bir diğeri de görme engelli kadınların ışığa duyarlı olmamaları, kan melatonin düzeylerinde değişim görülmemesi ve bağlı olarak meme kanseri riskinin normal kadınlara göre %20-50 daha az olmasıdır" (Akyolcu ve ark., 2019).

Ortalama 12.4 yıl takip edilerek 4036 kadın nüfuslu yapılan bir çalışmada, 94 kadın takip süresi içerisinde meme kanseri tanısı konmuştur. Meme kanseri risk oranı gece çalışması olmayan vardiyalar için 1.23 (% 95 güven aralığı (% 95 CI 0.70-2.17), gece çalışması vardiyaları için ise risk oranı 2.02 (% 95 CI 1.03-3.95) bulunmuştur. Çalışmaya 60 yaşın altındaki kadınlar dahil edildiğinde gece çalışması olmayan vardiyalar için meme kanseri risk tahminleri 1.18 (% 95 CI 0.67-2.07); gece çalışması vardiyaları için ise 2.15 (% 95 CI 1.10-4.21) olarak hesaplanmış; gece vardiyası içeren vardiyalı sistemde çalışan kadınlar arasında meme kanseri riskinin arttığı görülmüştür (Knutsson ve ark., 2013).

Yapılan başka bir çalışmada gece 24.00'dan sonra başlanan vardiyalarda meme kanseri riskinin sürekli gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere göre meme kanseri riskinin 1.8 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Hansen & Stevens, 2012).

Gece vardiyasında çalışmak sirkadiyen ritimlerin veya uyku-uyanıklık döngülerinin bozulması, meme kanseri ve diğer hastalıklar riskinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, geceleri ışığa maruz kalma, meme kanseri büyümesini engelleyen nokturnal melatonin üretimini de bastırmaktadır (Dauchy ve ark., 2014).

1.3.3. Kanıtlanmamış Meme Kanseri Risk Faktörlerine ilişkin Varsayım ve Görüşler

Ter önleyiciler, antidepresan kullanımı, silikon meme implantı, balenli sütyen, uyarılı ya da spontan abortus ve meme kanseri riski ile ilgili çok az çalışma olduğundan dolayı meme kanseri riskini arttırdığına ilişkin hiçbir kanıt yoktur (Akyolcu, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2019).

Bilimsel çalışmalarla açık olarak kanıtlanamamış olsa da deodorantlarda ve antiperspiran ürünlerin içerikleri, koltukaltı cilt yüzeyinden emilerek, meme kanseri riskini arttırabileceği ve özellikle kanser kitlesinin üst dış kadranda olabileceği ileri sürülmüştür. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü ABD Gıda ve İlaç Dairesi, antiperspiran ve deodorant kullanımının, meme kanseri riskini arttırdığı yönünde bilimsel bir veriye rastlanmadığını rapor etmiştir (Aydoğan ve ark., 2013; Akyolcu ve ark., 2019).

Antioksidan özelliği bulunan A vitamini düzeyinin kanser riski üzerinde etkisi ile ilgili veriler tartışmalı olsa da, A vitamini takviyesinin meme ve uterus kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir. Selenyum düzeyinin düşük olmasının riski arttırdığı belirtilmekle birlikte, yüksek selenyum düzeylerin koruyucu etkisi belirtilmemiştir (Akyolcu ve ark., 2019).

1.4. Meme Kanserinden Korunma ve Hemşirenin Rolü

Tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmesine karşın meme kanserinin giderek artan bir halk sağlığı sorunu olduğu belirtilmekte; yüksek riskli kadınları önceden belirleyici ve hastalığı önleyici girişim ve uygulamaların daha az başarılı olduğu bildirilmektedir. Meme kanserini önlemenin kesin bir yolu bulunmasa da bazı önlem ve uygulamalar ile riski azaltabilmek mümkün olabilmektedir. Bunun için sürekli eğitim programları ile meme kanserine ilişkin farkındalığın sağlanması, yüksek riskli bireylerin belirlenmesini olanaklı kılan, fırsatçı taramadan çok ülke koşullarına uygun olarak formüle edilmiş, geniş tabanlı (toplumun %70'ine ulaşabilen), klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi uygulamalarını içeren tarama programlarının oluşturulması çok önemlidir. Bu bağlamda hekim (cerrah, radyolog, aile hekimi), hemşire ve ilgili diğer sağlık disiplinlerinin farkındalık oluşturma yönündeki eğitimleri oldukça değerlidir (Kozan & Tokgöz, 2016; Akyolcu ve ark., 2019).

Tarama yöntemleri kullanılarak meme kanserinin %63,7'si erken evrede saptanabilmekte, mamografi ile birlikte organizasyonu iyi yapılan tarama programları ile

meme kanseri ölümlerinin %21-31 oranında azaltıldığı bildirilmektedir. Ancak Türkiye' de meme kanseri taramalarının oranları %30-35 düzeyinde olduğu bilinmekte, daha fazla tarama yapılabilmesi için meme kanseri farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin arttırılması, tarama programlarının ülkemize göre düzenlenip, toplum tabanlı tarama baz alınarak daha fazla çaba gösterip aktif programlara dönüştürülmesi gerekmektedir (Kozan & Tokgöz, 2016; Akova ve ark., 2019; Akyolcu ve ark., 2019).

Meme kanserinde korunma önlemleri kapsamında; riskli bireylerde risk azaltıcı yaklaşımlar/yöntemleri içeren birincil korunma; yakın izlem/erken tanı uygulamalarını içeren ikincil korunma ve meme kanseri tedavisi sonrası hastalığın ilerlemesinin engellenmesi, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonu içeren üçüncül korunma uygulamaları yer alır (Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

1.4.1. Birincil (Primer) Korunma

Sağ kalım avantajı sağlama ve yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan birincil korunma, değiştirilebilir risk faktörlerine ilişkin risk azaltıcı yaklaşımlara yönelik; bireysel risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sağlığı geliştirme/yaşam şekli değişiklikleri ve kemoprevansiyon uygulamalarını içerir (Akyolcu ve ark., 2019).

1.4.1.1. Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirme araçları, yüksek riskli kadınlarda sağ kalım süresini arttırmak, düşük riskli kadınlarda da olası komplikasyonların ve ekonomik kayıpların azaltılmasına yönelik tüm kadınlar için risk yönetim stratejilerini bireyselleştirmek amacı ile uygulanır. Meme kanseri riskinin belirlenmesinde çoğunlukla kullanılan Gail ve Claus modellerindeki risk faktörlerine, test sonuçlarının da eklenmesi ile riski belirleyen farklı paket programlar (BRCA-PRO, MYRIAD II, BOIDICEA, Tyrer-Cuzick Model/IBIS vb.) geliştirilmiştir. Bu modellerden herhangi biri kullanılarak, kişilerde mutasyon varlığı ya da kanser gelişme riski hesaplanabilmektedir. Günümüzde sıklıkla kullanılan BRCA-PRO modelinde (otomozal dominant kalıtım temeline dayanır), Meme Kanseri Duyarlılık 1 ve 2 (BRCA1 ve BRCA2) gen mutasyon riski, kalıtımsal aile öyküsü göstergelerine göre hesaplanarak, üç kuşak aile ağacı çıkarılmakta ve tüm ailenin kanser öyküsü değerlendirilmektedir (Tablo 1.1) (Akyolcu ve ark., 2019).

Tablo 1.1: Kalıtımsal Aile Öyküsü Göstergeleri (6,7) (Akyolcu ve ark., 2019).

- Herhangi bir akrabada meme kanseri öyküsü,
- Herhangi bir akrabada BRCA1 ya da BRCA2 gen mutasyonu,
- Meme kanseri görülme yaşı 40/50 yaş altı en az 1 adet birinci derece akrabada meme kanseri görülmesi,
- Ailede birden fazla kişide meme kanseri öyküsü (özellikle aynı tarafta),
- Derecesi ve yaşı ne olursa olsun aynı akrabada meme ve over kanseri görülmesi,
- Yaşı ne olursa olsun, birinci derece akrabada eş zamanlı çift taraflı meme kanseri görülmesi,
- Derecesi ve yaşı ne olursa olsun erkek akrabada meme kanseri görülmesi,
- Ailede etkilenmeyen bireylerin sayısıdır (Etkilenmemiş birçok akrabası olan büyük ailelerin, yüksek riskli bir gen mutasyonuna yatkın olma olasılığı düşüktür).

Multidisipliner ekip çalışmasını gerektiren risk değerlendirmesinde, başvuran bireyleri ve ailelerini konuyla ilgili yeterli düzeyde bilgilendirme ve uygun iletişim kurma önemlidir. Uygulama öncesi birey, bireysel kanser riski, mutasyon riski, genetik test seçenekleri, genetik testin sınırları, pozitif/negatif test sonuçları, sonuç alınamama olasılıkları, olası bir mutasyon durumunda bir sonraki kuşağa aktarım riski, sonuçların olası psikolojik etkileri, test sonuçlarının risk altındaki aile bireyleri ile paylaşımının önemi, destek kaynakları ve bireysel riske dayalı inceleme ve korunma seçenekleri konusunda bilgilendirilir ve bilgilendirilmiş izin alınır.

Risk değerlendirmesi sonrası mutasyon saptanması halinde, bu durumun %100 kanser olacağı ya da mutasyonun çıkmamasının kanser olmayacağı anlamına gelmediği ve yaşam boyu risk değerlendirmesi yaptırması gerektiği birey ve ailesine açıklanmalı; mutasyonu olan bireylere risk azaltıcı önlem ve uygulamalara ilişkin sözel ve yazılı bilgi verilmelidir (Güllüoğlu, 2008; Koçak ve ark., 2011).

1.4.1.2. Riskli Bireylerde Risk Azaltıcı Yaklaşımlar/Yöntemler

1.4.1.2.1. Sağlığı Geliştirme / Yaşam Şekli Değişiklikleri

Amaç, kadınları özellikle risk gurubunda olanları, sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesine ve yaşam kalitesinin arttırılmasına olumlu etkisi olan davranışlar

konusunda bilinçlendirme ve değişimi sağlamaktır. Bu amaca yönelik bilgilendirme kapsamında; düzenli egzersiz (haftada 5 gün en az yarım saat tempolu yürüyüş şeklinde), yeterli ve dengeli beslenme, özellikle menopozdan sonra kilo kontrolü (Beden kitle indeksi >30kgr/m^2), 30 yaşından önce ilk gebeliğin gerçekleştirilerek, östrojen hormonuna maruz kalınan sürenin azaltılması, emzirmeyi teşvik etme, özellikle ergenlik dönemi ve 30 yaş altı radyasyon maruziyetinden ve sağlığı olumsuz etkileyen davranışlardan (sigara, alkol, stres vb.) kaçınma gibi önlem ve uygulamalar yer alır (Bilal 2012; Akyolcu 2018; Utkan, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2019; Akyolcu ve ark., 2019).

1.4.1.2.2. Kemoprevansiyon

Orta ya da yüksek riskli kadınlarda önleyici ya da koruyucu ilaç tedavisi ile seçilmiş yüksek riskli kadınlar (ailede meme kanseri öyküsü olanlar, BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu taşıyıcısı olanlar ve daha önce geçirilmiş meme kanseri öyküsü olanlar) için önleyici cerrahi girişimleri kapsar.

Risk Azaltıcı İlaç Tedavisi; Orta ve yüksek riskli kadınlarda, östrojen antagonisti olarak reaksiyon gösteren tamoksifen (Nolvadex) menapoza girmemiş kadınlarda, raloksifen (Evista) ise menapoza girmiş kadınlarda meme kanseri riskini azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Antiöstrojenik reaksiyon gösteren Raloksifen ve Tamoksifenin, memede epitel hücre çoğalmasını önleyerek, meme kanseri riskini azalttığı; raloksifenin daha az endometriyal yan etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Sağlık profesyonellerinin, her iki ilacın da 5 yıldan uzun süre kullanılmaması yanı sıra ilaç tedavisinin yararları ve olası yan etkileri konusunda açıklama yapması gerektiği vurgulanmakta; trombozu ve endometrium kanseri olanlarda ilaç tedavisinin uygun olmadığı belirtilmektedir (Yavuz ve Dolgun, 2015; Sun ve ark., 2017; Akyolcu 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Randomize kontrollü yapılan araştırmalarda tamoksifen kullanımı invaziv meme kanseri riskini %49 azalttığı; ancak gece terlemesi, sıcak basması, vajinal kaşıntı/akıntı, bulantı-kusma gibi etkilerinin olduğu ayrıca derin ven trombozu, pulmoner emboli, trombotik vasküler olayları ve endometrial kanser gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir (Al-Amri, 2005; Andıç, 2011; A. Kapıcıbaşı, 2016; Akyolcu, 2018). Tamoksifenden daha az yan etkisi olan raloksifen, postmenopozal kadınlarda invaziv

meme kanserinin yanı sıra osteoporoz ve kalp hastalığının tedavisi için kullanımına izin verilmiştir. Raloksifen ile ilgili yapılan araştırmalarda endometrial kanser riskinde artış görülmediği ve menopoz sonrası osteoporozlu kadınlarda invaziv meme kanseri gelişimini de azalttığı belirtilmektedir (Advani & Moreno-Aspitia, 2014; A. Kapıcıbaşı, 2016; Sun ve ark., 2017; Akyolcu, 2018).

Meme kanseri gelişiminin önlenmesi amacıyla kullanılan bu ajanların olası yan etkileri, riskleri ve yararları konusunda hemşireler, ilacı alanlara bilgilendirme yaparak yardımcı olabilirler (Akyolcu, 2018).

Risk Azaltıcı Cerrahi Tedavi; Profilaktik mastektomi ve ooferektomi, yüksek meme kanseri riski olan kadınlarda, riski azaltmak amacı ile uygulanır (Akyolcu ve ark., 2019).

Profilaktik Mastektomi; Meme kanseri görülme riski yüksek kadınlarda, morbiditenin düşük olduğu riski azaltabilecek birincil korunma uygulamalarından biri olan profilaktik mastektomi, BRCA 1 ve BRCA2 pozitif genlere sahip kadınlara ve BRCA bakılamayan ya da sonucu negatif olan, ailede meme kanseri öyküsü güçlü, bir memesinde meme kanseri olan, tekrarlayan biyopside atipik hiperplazi görülen kadınlarda bilateral mastektomi önerilmektedir. Meme dokusunun çıkarılması sonrası genellikle meme rekonstrüksiyonu yapılan bu yöntemin %100 koruma sağlamakla birlikte, riski %90 azalttığı belirtilmektedir (Rebbeck ve ark., 2004; Metcalfe, 2004; Gençtürk, 2007; Koçak ve ark., 2011; Advani & Moreno-Aspitia, 2014; Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Kadınlar da organın kaybedilmesi, kadınların depresyon ve duygulanım bozuklukları, cinsel istek kaybı, beden imajında bozulma, dişilik özelliklerini kaybetme gibi sıkıntı ve zorluklar yaşamasına neden olmakta bu nedenle özellikle cerrahi girişim öncesinde anksiyete, depresyon, beden imajında değişim gibi fiziksel ve psikolojik yansımaları nedeniyle işlemin nasıl uygulanacağı, yararları ve riskleri konusunda hastaya danışmanlık verilmeli daha sonra işlem yapılmalıdır. Hastanın genetik uzmanı, psikiyatr, onkolojik cerrah, onkolog, plastik cerrah, jinekolog ve hemşireden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından ele alınması gerekir. İşlem öncesi, sırası ve sonrası hastanın gereksinimleri temelinde bakımından sorumlu olan hemşire; ayni zamanda karar verme aşamasında da, hastayı destekleme ve bilgilendirmede önemli bir danışmanlık rolü üstlenir (Metcalfe, 2004; Gençtürk, 2007; Koçak ve ark., 2011; Serel ve ark. 2013; Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Profilaktik Ooferektomi; BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonu, dünyada ve ülkemizde kanserler arasında önemli bir yer tutan meme ve over kanserlerinde risk faktörü olarak bilinmektedir. Ooferektomide, risk altındaki over dokusunun çıkarılarak, over kanseri riskinin azaltılması ve bu cerrahi girişim ile over hormonlarının salgılanmasının durmasına bağlı olarak, meme kanseri riskinde belirgin azalma sağlanması amaçlanır (Akyolcu ve ark., 2019). Bu işlem BRCA1 ve BRCA2 mutasyonunu taşıyan kadınlarda meme kanseri riskini %46-50 azaltırken aynı zamanda over kanseri riskini de %96-98 azaltmaktadır (Koçak ve ark., 2011; Öztürk ve ark., 2016; Amerikan Kanser Birliği, 2019).

Cerrahi girişimi geçirecek olan kadınlara işlemle ilgili bilgilendirme yapılırken, profilaktik ooferektominin tamamen koruyucu olmadığı, işlem sonrası menopoza giren kişilerde kalp sağlığının korunması, osteoporozun önlenmesine yönelik HRT' ne karar verilmesi konularında danışmanlık verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Hemşirelerin, hasta ve ailesini profilaktik ooferektominin yararları, riskleri konusunda bilgilendirme, ameliyat öncesi, sırası ve sonrası bakım gereksinimlerini karşılama ve izleyen dönemde yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmelerini sağlamaya yönelik eğitim ve önerilerde bulunma gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Öztürk ve ark., 2016).

1.4.2. İkincil Korunma

Meme kanserinde ikincil (sekonder) korunma önlemleri içeriğinde yer alan yakın izlem ve erken tanıya yönelik bu uygulamalarda, üst düzeyde tarama ve meme kanserinin erken dönemde saptanıp morbidite ve mortalite oranının azaltması, yaşam kalitesinin ve süresinin arttırılması hedeflenir. Bu bağlamda meme görüntüleme ve meme muayene yöntemleri (Kendi Kendine Meme Muayenesi-KKMM ve Klinik Meme Muayenesi-KMM) kullanılmaktadır (Gençtürk, 2007; Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

1.4.2.1. Görüntüleme Yöntemleri

1.4.2.1.1.Mamografi

Meme hastalıklarının tanısında öncelikli ve en sık kullanılan görüntüleme yöntemlerinden biri olan mamografi (MG) tarama amaçlı, tanı konulmuş hastalarda tedaviyi planlama ve tedavi sonrası izlem için kullanılmaktadır. Tarama için kullanılan MG'de, meme kanserinin olabildiğince erken dönemde belirlenmesi ve bağlı olarak iyi

bir prognozu sağlayabilmek amaçlanır. MG ile ilgili, Küresel Meme Sağlığı Girişimi (Breast Health Global Initiative) ve DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelerde çok yaygın kullanılmadığı ve henüz giriş aşamasında olduğunu belirterek, bu ülkelerde kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayenesinin (KMM) rutin meme kanseri taramasının önemli bir bileşeni olduğunu vurgulamıştır (Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Amerika'da yapılan konsensus toplantısında, 40-49 yaşlarında meme kanseri riski olan kadınlarda, 1 ya da 2 yılda bir düzenli yapılan mamografinin, meme kanseri ölümlerini yaklaşık %17-20 oranında azalttığı bildirilmiştir (Akyolcu, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2019).

Amerikan Kanser Birliği, yüksek riskli olmayıp ortalama risk taşıyan kadınların, 40-44 yaş arasında her yıl mamografi ile taramayı başlatma seçeneğine sahip olduğunu; 45-54 yaş aralığında her yıl mamografi çektirmesi gerektiğini, 55 yaş ve üstü kadınlar için her iki yılda bir mamografi çektirmesi ya da her yıl çektirdikleri mamografiye devam etmesini önermekte; ayrıca yapılan taramaların sağlığın sürdürülmesi ve yaşaması beklenilen sürece (en az 10 yıl) devam ettirilmesini vurgulamaktadır. Ayrıca meme kanseri riski yüksek kadınlarda 30 yaşından başlayıp, yılda bir kez yapılan mamografi ile birlikte MR kullanılmasını önermektedir (Akyolcu, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2019).

Ülkemizde TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir tarama mamografisinin (MG) yapılmasını önermektedir (Akyolcu ve ark., 2019).

1.4.2.1.2.Dijital Mamografi

Son yıllarda kullanımı giderek yaygınlaşan dijital mamografi, bilgisayar yardımıyla memedeki lezyonların daha iyi görüntülendiği ve yoğun meme dokusu olan kadınlarda taramaya yardımcı olan bir görüntüleme yöntemidir. Yapılan çalışmalarda dijital mamografi ile film mamografi karşılaştırıldığında, meme kanserini saptama oranında dijital mamografi lehine % 7'lik bir artış olduğu; 50 yaşın altında meme dokusu yoğun olan, menopoz öncesi kadınlarda dijital mamografinin daha yararlı olduğu bildirilmektedir (Akyolcu, 2018).

1.4.2.1.3.Ultrasonografi (USG)

USG, mamografide ya da elle muayenede kuşkulu bir bulguya rastlandığında, memedeki kitlenin solid ya da kistik ayrımının yapılmasında, yoğun meme dokusuna sahip genç kadınlarda mamografiye ek olarak uygulanır. Ek olarak girişimsel radyolojide rehberlik amacıyla da kullanılmaktadır (Akyolcu, 2018).

1.4.2.1.4.Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG, özellikle mamografinin etkinliğinin düşük olduğu 40 yaş ve altı gurupta meme kanserinin erken evrede saptanmasında etkili olabilen, mamografi ve ultrasonografiye ek olarak kullanılan duyarlılığı yüksek bir yöntemdir.

Maliyeti yüksek bir teknik olması nedeniyle yaygın olarak yapılamaması, değerlendirebilecek yeterli uzman olmaması ve hastada klostrofobi olasılığı MRG'nin dezavantajlı yönleridir. Bu nedenle sadece yüksek risk grubundaki hastalara önerilir (Koçak ve ark., 2011; Akyolcu, 2018).

1.4.2.2. Meme Muayene Yöntemleri

1.4.2.2.1.Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KMM ve KKMM meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde yaygın olarak önerilen tarama yöntemlerindendir. Ancak kanser kitlesinin palpasyonda hissedilebilmesi için en az 1 cm büyüklüğe ulaşması gerektiği göz önüne alındığında, bu yöntemle kitlenin çok küçük olduğu dönemde belirlenmesinin mümkün olmadığı görülmektedir. Buna karşın görüntüleme yöntemlerinin yaygın olarak kullanılamadığı, meme kanserinin çoğunlukla ileri evrede saptandığı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınların kendi memelerini düzenli olarak muayene etmesi önerilmekte; bu yaklaşımın hastalığın ileri evreye geçmeden ortaya çıkmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

KKMM ve hekim tarafından yapılan klinik meme muayenesi ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, meme kanserine bağlı ölümleri azalttığı ile ilgili kanıtların yetersiz olduğu; ancak kadınların KKMM yapmalarının, meme kanseri riskine ilişkin

farkındalıklarını arttıracak olması yönünden belirgin yararı olduğu belirtilmektedir (Akyolcu & Altun-Uğraş, 2011; Kozan & Tokgöz, 2016).

T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı, tarama programı kapsamında 20 yaşından itibaren ayda bir KKMM yapılması için danışmanlık hizmeti verilmesi ve 2 yılda bir KMM; 40-69 yaş arası kadınlara ayda bir KKMM, yılda bir KMM ve 2 yılda bir mamografi çekimini önermektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017).

Kadınların meme kanseri risklerine ilişkin farkındalıklarının arttırılması, erken tanı ve tarama yöntemlerinin düzenli olarak uygulanmalarını sağlamak için değişimleri izleyip, kadınları bilinçlendirmesi ve danışmanlık hizmeti vermesi hemşirelerin görevlerindendir. Yapılan çalışmalar, planlı sağlık eğitimlerinin kadınlarda meme kanseri farkındalık oranlarını, erken tanı ve tarama programlarına katılım oranlarını yükselttiğini göstermektedir (Ürkmez, 2009; Erdal, 2018; Güzel ve Bayraktar, 2019).

1.4.3. Üçüncül Korunma

Üçüncül korunma, meme kanseri tanısı konulan hastalarda tedavi ve iyileştirme aktiviteleri ile hastalığın ilerlemesinin engellenmesi, oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonu içermektedir (Sezen, 2017).

Meme ameliyatı sonrası uygun hemşirelik girişimleri ile lenfödem önlenebilmekte ya da azaltılabilmektedir. Araştırmalarda, lenfödem oluşmadan önce bireylerin lenfödem hakkında bilgilerinin olmadığı, belirtilerini göremedikleri ve korunmak için istenilen düzeyde uygulama yapmadıkları belirtilmektedir.

Meme ameliyatı sonrası lenfödemin gelişmemesi için öncelikle enfeksiyon gelişimini önleme, uygun pozisyon ve kol egzersizleri gibi koruyucu önlemlerin uygulanması önemlidir. Hastanın sağlıklı kilo aralığı, ekstremite uzunlukları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu, daha önceki tıbbi öyküsü ve radyoterapi alıp almama durumu ve mevcut olan hastalıklarının belirlenmesi lenfödem için risk oluşturabilecek durumların tanımlanmasında etkili olmaktadır (Gürsoy ve ark., 2006; Yıldız & Karayut, 2011).

Hastalarla birebir iletişim kuran, bakımın yanı sıra eğitici, destekleyici rolleri de bulunan hemşirelerin, görülme sıklığı %6-%70 gibi geniş bir aralıkta olan lenfödeme ilişkin, risk faktörleri, belirtileri, koruyucu davranışlar ve hastanın öz bakım yönetimi hakkında hastayı bilinçlendirme konusunda önemli sorumlulukları vardır. Lenfödem riski

bulunan hastalara lenfödem gelişimini önlemeye yönelik; ameliyatlı koldan tansiyon ölçtürmemesi, kol ve koltukaltı tüylerinin temizliği için elektrikli aletler kullanması, yaralanma ile sonuçlanabilecek ev işlerinde eldiven kullanması, ameliyatlı kolu ile ağır eşya taşımaması, tırnaklarını düzenli kesmesi, ancak tırnak kenarındaki dokuları aldırmaması, dinlenirken kolunu kalp seviyesinin üstünde tutması ve yaralanmalardan (yanık, kesik, hayvan ısırmaları vb.) koruması, herhangi bir yaralanma durumunda cildi su ve sabunla yıkayıp, antiseptik uygulaması konusunda bilgi verilir (Gürsoy ve ark., 2006; Akyolcu, 2018).

Hemşirelerin, hastalara gereksinim duyduğu eğitimi vermesinin, lenfödem gelişme riskini azalttığı belirtilmekte; yapılan araştırmalarda, meme ameliyatı olan hastalara kendi kendine lenfödem yönetiminin öğretilmesi ve hastanın öz yönetiminin zamanla arttırılması, lenfödem görülme sıklığının azalmasına ve hastanın yaşam kalitesinin artmasına katkı sağladığı bildirilmektedir (Yıldız & Karayut, 2011; Temur & Kapucu, 2018).

Ameliyat sonrası kanserin ayni memede nüks, diğer memede de görülebilme olasılığı nedeniyle hastanın kontrol muayenelerini aksatmaması, fiziksel aktivite sağlıklı beslenme ve kilo kontrolüne özen göstermesi gerekmektedir. Hemşire sözü edilen koruyucu önlemlere ilişkin açıklama yaparak hastayı bilgilendirir; gereksinim duyulduğunda meme protezinin elde edilmesi ve meme rekonstrüksiyonu gibi beden imajını iyileştirmeye yönelik hastaya rehberlik eder (Runowicz ve ark., 2016; Akyolcu, 2018).

2. MATERYAL VE METOD

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hemşirelerin meme kanseri riskine ilişkin farkındalıklarını ve meme kanseri riskine yönelik aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

2.2. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

1. Hemşirelerin meme kanseri riski konusunda bilgileri var mıdır?

2. Hemşirelerin meme kanseri riski konusunda farkındalıkları var mıdır?

3. Hemşirelerin meme kanseri riski konusunda aldıkları önlemler nelerdir?

4. Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile risk gurubunda olma durumunun, meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlere ilişkin tutum ve davranışlarında etkisi var mıdır?

2.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinde bulunan özel sektöre bağlı 2 tanesi üniversite hastanesi olan 4 hastanede gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri 4 Ekim 2019 – 30 Kasım 2019 tarihleri arasında toplandı.

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihlerde özel sektöre bağlı 2 tanesi üniversite hastanesi olan 4 hastanede, 4 Ekim 2019 – 30 Kasım 2019 tarihleri arasında çalışan 400 hemşire oluşturdu.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan güç analizi yönteminde, %80 güç ve 0.05 tip1 hata ile çalışmaya minimum 194 hemşirenin dahil edilmesi gerektiği bulundu. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler ile ilk ve acil yardım, elektronörofizyoloji teknikerliği gibi bölümlerden mezun olup, hemşire statüsünde çalışanlar, araştırmaya dahil edilmedi. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmaya gönüllü, toplam 289 hemşire oluşturdu.

2.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olması,
- Hemşirelik bölümünden mezun olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak (Gülten, 2008; Güney, 2009; Açıkgöz, 2010; Tümer & Baybek, 2010; Dinçel ve ark., 2014; Balcı, 2017) geliştirilen "Veri Toplama Formu" ile toplandı (Ek B). Üç bölümden oluşan veri toplama formu, 82 soru içermektedir.

Birinci bölümde; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuğu olma durumu, eğitim durumu, mesleki deneyim yılı, çalıştığı vardiya sistemi, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ve beden kitle indeksi vb.) 9 soru bulunmakta idi.

İkinci bölümde; hemşirelerin meme kanseri ve risk faktörlerine ilişkin bilgi ve farkındalık durumları, meme kanseri ve KKMM eğitimi alma durumları, meme kanseri hastasıyla karşılaşma ve bakım verme durumları ve meme kanseri risk hesaplaması yaptırma durumlarına ilişkin 57 soruya yer verildi.

Üçüncü bölümde; hemşirelerin KKMM yapma, düzenli fizik muayeneye gitme, düzenli egzersiz yapma, beslenme şeklinde dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, stres ile baş etme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme durumlarını kapsayan korunma önlemlerine ilişkin 16 soru yer aldı.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Veri Toplama Formu" ile hemşirelerin birbirinden etkilenmelerini önlemek amacıyla yüz yüze görüşülerek toplandı. Formun yanıtlanma süresi 10-20 dakika aralığında değişti; bu farklılıkta hemşirelerin çalışma koşulları ve eğitim düzeyinin etkili olduğu gözlendi.

2.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında istatistik programında yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler niteliksel veriler için kişi sayısı ve yüzde olarak verildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dağılımın özelliğine göre Pearson Ki-Kare testi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare testi veya Fisher'in kesin ki kare testleri kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

(Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları).

2.9. Araştırmanın Etik Yönü

İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 13.06.2019 tarihli yazılı izin alındı (Ek C). Çalışmanın verilerinin toplanacağı tüm hastanelerden kurum izni alındı (Ek D). Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler, anket formunda bulunan tüm bilgilerin araştırmacı tarafından saklanacağına, verilen yanıtların gizli kalacağına ve yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağına yönelik bilgilendirildi ve sözlü izinleri alındıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu (Ek A) ile de yazılı izinleri alındı.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma sonuçları, araştırmanın yapıldığı örneklem ile sınırlıdır ve genellenemez

- Örneklem grubundaki hemşirelerin, değişik eğitim düzeylerindeki (sağlık meslek lisesi, önlisans,lisans ve yüksek lisans) programlardan mezun olması.

3. BULGULAR

Hemşirelerin, meme kanserine riskine ilişkin farkındalıkları ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, örneklemi oluşturan 289 hemşireden elde edilen bulgular 5 başlık altında ele alındı.

Bölüm 1: Hemşirelerin tanıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

Bölüm 2: Hemşirelerin meme kanseri ile ilgili bilgi / eğitim alma durumuna ilişkin bulgular,

Bölüm 3: Hemşirelerin meme kanseri risk faktörleri ile ilgili bilgi, farkındalık durumuna ilişkin bulgular,

Bölüm 4: Hemşirelerin meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlere ilişkin bulgular,

Bölüm 5: Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim durumu, meme kanseri hastasına bakım verme) ile meme kanseri risk grubunda olma durumunun, meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablolar şeklinde verildi.

3.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer aldı. (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=289)

Tanıtıcı Özellikler			
Cinsiyet		n	%
	Kadın	**233**	**80,6**
	Erkek	56	19,4
Yaş		n	%
	18 ve 28 yaş	**234**	**81**
	29 ve 39 yaş	37	12,8
	40 ve 50 yaş	17	5,9
	51 yaş ve üzeri	1	0,3
Medeni Durum		n	%
	Evli	55	19
	Bekar	**228**	**78,9**
	Boşanmış / Dul	6	2,1
Çocuk Sahibi		n	%
	Evet	37	12,8
	Hayır	**252**	**87,2**
Eğitim Durumu		n	%
	Sağlık Meslek Lisesi	**152**	**52,6**
	Ön Lisans	61	21,1
	Lisans	69	23,9
	Lisansüstü	7	2,4
Hemşire Olarak Çalışma Süresi		n	%
	1 yıldan az	46	15,9
	1-3 yıl arası	**140**	**48,4**
	4-5 yıl arası	30	10,4
	6-7 yıl arası	17	5,9
	8-10 yıl arası	16	5,5
	11 yıl ve üzeri arası	40	13,8
Hemşirelerin Vardiya Tipleri		n	%
	Yalnızca gündüz	94	32,5
	Yalnızca gece	2	0,7
	Gece ve gündüz	**193**	**66,8**
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu		n	%
	Evet	**164**	**56,7**
	Hayır	125	43,3
Beden Kitle İndeksi Durumu		n	%
	18.5 kg/m^2'nin altında *(Zayıf)*	29	10
	18.5-24.9 kg/m^2 arasında *(Normal)*	**216**	**74,7**
	25-29.9 kg/m^2 arasında *(Fazla Kilolu)*	36	12,5
	30-34.9 kg/m^2 arasında *(1.Derece Obez)*	6	2,1
	Yanıtsız	2	0,7
Meme Kanseri Hastasıyla Karşılaşma Durumu		n	%
	Evet	**220**	**76,1**
	Hayır	69	23,9
Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme Durumu		n	%
	Evet	**107**	**37,0**
	Hayır	182	63,0
Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme Süreci (n=107)		n	%
	Cerrahi Girişim/ Pre op-post	**59**	**55,1**
	Cerrahi Girişim/ Pre op-post op, Kemoterapi, Terminal Dönem	8	7,5
	Cerrahi Girişim/Pre op-post op, Terminal Dönem	5	4,7
	Kemoterapi, Radyoterapi	**7**	**6,5**
	Terminal Dönem	28	26,2

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin %80,6'sının (n=233) kadın; %81' inin (n=234) 18-28 yaşında; %78,9'unun (n=228) bekar; %87,2' sinin (n=252) çocuk sahibi olmadığı; %52,6'sının (n=152) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu; %48,4'ünün (n=140) 1-3 yıl arasında hemşirelik deneyiminin olduğu; %66,8'inin (n=193) gece ve gündüz vardiyasında çalıştığı; %56,7'sinin (n=164) düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı; %74,7'sinin (n=216) normal kiloda olduğu; %76,1'nin (n=220) meme kanseri hastasıyla karşılaştığı; %37'sinin (n=107) meme kanseri hastasına bakım verdiği belirlendi; meme kanseri hastasına bakım veren hemşirelerin %55,1'inin (n=59) cerrahi girişim/ pre op-post op süreçte; %6,5'inin (n=7) kemoterapi-radyoterapi sürecinde bakım verdiği saptandı (Tablo 3.1).

3.2. Hemşirelerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi / Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve eğitim alma durumlarına ilişkin yanıtların dağılımına yer verildi (Tablo 3.2).

Tablo 3.2: Hemşirelerin Meme Kanseri ve KKMM İle İlgili Bilgi/Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulgular (N=289)

Meme Kanseri Hakkın Bilgi	n	%
Var	**259**	**89,6**
Yok	30	10,4
Meme Kanseri ile ilgili Bilgi Aldıkları Kaynak (n=259)	n	%
Aile/ Toplum Sağlığı Merkezi/ KETEM	**5**	**1,9**
Hizmet İçi Eğitim	95	36,7
İnternet/ Medya	22	8,5
Mesleki ve Bireysel Deneyim	33	12,7
Örgün Eğitim (Sağlık Meslek Lisesi, Önlisans, Lisans, Yüksek Lisans)	**104**	**40,2**
Meme Kanseriyle İlgili Bilimsel Eğitime Katılma Durumu	n	%
Evet	71	24,6
Hayır	**217**	**75,1**
Yanıtsız	1	0,3
Meme Kanseriyle İlgili Katıldıkları Eğitim Programı (n=71)	n	%
Hatırlamıyorum	**16**	**22,5**
Hizmet içi Eğitim	8	11,3
Meme Kanseri Farkındalık Eğitimi	**44**	**62,0**
Meme Kanseri Hemşireliği Sertifika Programı	2	2,8
Onkoloji Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı	1	1,4
Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitimi Alma Durumu	n	%
Evet	**206**	**71,3**
Hayır	83	28,7
KKMM Eğitimi Aldığı Kaynak (n=206)	n	%
Aile/ Toplum Sağlığı Merkezi/ KETEM	8	3,9
Hizmet içi Eğitim	73	35,4
İnternet/ Medya	**6**	**2,9**
Örgün Eğitim (Sağlık Meslek Lisesi, Önlisans, Lisans, Yüksek Lisans)	**118**	**57,3**
Yanıtsız	1	0,5

Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,6'sının (n=259) meme kanserine ilişkin bilgileri olduğu; meme kanserine ilişkin bilgisi olduğunu belirten 259 hemşirenin %40,2'sinin (n=104) bu eğitimi, örgün eğitim sırasında aldığı; %1,9'unun (n=5) ise aile ya da toplum sağlığı merkezlerinden aldığı belirlendi (Tablo 3.2).

Meme kanseri ile ilgili bilimsel bir toplantı ya da eğitim programına hemşirelerin %75,1'i (n=217) katılmazken, sadece %24,6'sının (n=71) katıldığı, bilimsel toplantı ya da eğitim programına katıldığını belirten 71 hemşirenin %62'sinin (n=44) meme kanseri farkındalık eğitimine katıldığı; %22,5'inin (n=16) katıldığı eğitimin ismini hatırlamadığı belirlendi (Tablo 3.2).

Örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin %71,3'ünün (n=206) kendi kendine meme muayenesi eğitimi aldığı; eğitim alan hemşirelerin %57,3' ünün (n=118) bu eğitimi, örgün eğitimde aldığı; %2,9'unun (n=6) internet ya da medya aracılığı ile öğrendiği saptandı (Tablo 3.2).

3.3. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi, Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerini bilme ve bu faktörlerden kendilerinde var olma durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı yer aldı (Tablo 3.3 ve Tablo 3.4).

Tablo 3.3: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi ve Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular (N=289)

Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi ve Farkındalık Durumu				
	Risk Faktörü		Farkındalık Durumu	
	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)	Evet (n) (%)	Hayır (n) (%)
İleri Yaş (65 Yaş ve Üzeri)	**182 (%63,0)**	107 (%37,0)	0 (%0,0)	289 (%100,0)
Diğer Memede Kanser	**210 (%72,7)**	79 (%27,3)	3 (%1,0)	286 (%99,0)
Yakın Akrabada Kanser (Anne, kardeş,teyze,kız,hala)	**230 (%79,6)**	59 (%20,4)	31 (%10,7)	258 (%89,3)
Erken Menarj (11 Yaşından Önce)	**75 (%26,0)**	214 (%74,0)	6 (%2,1)	283 (%97,9)
***Geç Menarj (15 Yaşından Sonra)**	73 (%25,3)	**216 (%74,7)**	18 (%6,2)	271 (%93,8)
***Erken Menopoz**	147 (%50,9)	**142 (%49,1)**	1 (%0,3)	288 (%99,7)
Geç Menopoz	**96 (%33,2)**	193 (%66,8)	0 (%0,0)	289 (%100,0)
Hiç Doğum Yapmama	**137 (%47,4)**	152 (%52,6)	16 (%35,6)	29 (%64,4)
***Çok Doğum Yapma (3 - 5 Çocuk)**	59 (%20,4)	**230 (%79,6)**	1 (%0,3)	288 (%99,7)
İlk Çocuğunu 30 Yaşından Sonra Yapma	**93 (%32,2)**	196 (%67,8)	2 (%0,7)	287 (%99,3)
***Çocuğunu Emzirme**	24 (%8,3)	**265 (%91,7)**	28 (%90,3)	3 (%9,7)
Çocuğunu Emzirmeme	**151 (%52,2)**	138 (%47,8)	3 (%9,7)	28 (%90,3)
Hareketsiz Yaşam	**172 (%59,5)**	117 (%40,5)	9 (%3,1)	280 (%96,9)
***Hareketli Yaşam**	26 (%9,0)	**263 (%91,0)**	124 (%42,9)	165 (%57,1)
Selim Meme Hastalığı (Epitelyal Hiperplazi Papillom)	**149 (%51,6)**	140 (%48,4)	11 (%3,8)	278 (%96,2)
Hormon Replasman Tedavisi (Doğum Kontrolü/Menopoz)	**143 (%49,5)**	146 (%50,5)	18 (%6,2)	271 (%93,8)
Daha Önce Toraks Bölgesinde Radyoterapi Uygulanması	**139 (%48,1)**	150 (%51,9)	4 (%1,4)	285 (%98,6)
Gece Çalışma	**104 (%36,0)**	185 (%64,0)	200 (%69,2)	89 (%30,8)
D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması	**123 (%42,6)**	166 (%57,4)	76 (%26,3)	213 (%73,7)
***D Vitamini Düzeyinin Yüksek Olması**	28 (%9,7)	**261 (%90,3)**	3 (%1,0)	286 (%99,0)
Sigara Kullanımı	**221 (%76,5)**	68 (%23,5)	135 (%46,7)	154 (%53,3)
Alkol Kullanımı	**166 (%57,4)**	123 (%42,6)	70 (%24,2)	219 (%75,8)

*Risk faktörü olmayan seçenekler

Hiç Doğum Yapmama Farkındalık Durumu 29 Yaş Üstü Kadın Hemşireler ile n = 45 olarak ele alınmıştır.

Çocuğunu Emzirme Farkındalık Durumu Doğum Yapan Kadın Hemşireler ile n = 31 olarak ele alınmıştır.

Çocuğunu Emzirmeme Farkındalık Durumu Doğum Yapan Kadın Hemşireler ile n = 31 olarak ele alınmıştır.

Yakın Akrabada Kanser Durumu, Çocuğunu Emzirme Süresi, Gece Çalışma Süresi, Sigara ve Alkol Kullanım Sürelerine ilişkin Farkındalık Durumuna verilen cevapların detayları aşağıdaki tabloda (Tablo 3.4) olarak belirtilmiştir.

Tablo 3.4: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi ve Farkındalık Durumuna İlişkin Bulgular (N=289)

Farkındalık Durumu			
Yakın Akrabada Meme Kanseri Öyküsü(Anne, kardeş,teyze,kız,hala) (n=31)		n	%
	2 Teyze, Anneanne	1	3,2
	Anne	**4**	**12,9**
	Anne, Teyze	1	3,2
	Anneanne	5	16,1
	Babaanne	1	3,2
	Hala	7	22,6
	Kuzen	1	3,2
	Teyze	**10**	**32,3**
Çocuğunu Emzirme Süresi (n=28)		n	%
	00 - 06 Ay	5	17,9
	06 - 12 Ay	**13**	**46,4**
	18 - 24 Ay	8	28,6
Gece Çalışma Süresi (n=200)		n	%
	0 - 1 Yıl / Haftada 12-48 Saat	48	24,0
	1 - 5 Yıl / Haftada 12-48 Saat	**118**	**59,0**
	6 - 9 Yıl / Haftada 24-48 Saat	14	7,0
	10 Yıl ve Üzeri Haftada 24-48 Saat	20	10,0
Sigara Kullanımı Miktarı -Günde- (n=135)		n	%
	00 - 10 Adet	**70**	**51,9**
	10 - 20 Adet	62	45,9
	20 Adet Üzeri	**3**	**2,2**
Alkol Kullanımı Miktarı - Ayda- (n=70)		n	%
	00 - 02 Defa	**44**	**62,9**
	02 - 04 Defa	15	21,4
	04 Defa Üzeri	**11**	**15,7**

Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine ilişkin yanıtlarının dağılımlarına bakıldığında; %79,6'sının (n=230) yakın akrabada kanser olması (Anne, kardeş, teyze, kız, hala); %76,5'inin (n=221) sigara kullanımı olması; %72,7'sinin (n=210) diğer memede kanser olması; %63'nün (n=182) ileri yaş (65 yaş üzeri); %59,5'inin (n=172) hareketsiz yaşam; %57,4'ünün (n=166) alkol kullanımı olması; %52,2'sinin (n=151) hiç doğum yapmama; %52,2'sinin (n=151) çocuğunu emzirmeme; %51,6'sının (n=149) selim meme hastalığı (epitelyal hiperplazi papillom) olması; %49,5'inin (n=143) hormon replasman tedavisi (doğum kontrolü/menopoz); %48,1'inin (n=139) daha önce toraks bölgesinde radyoterapi uygulanması; %42,6'sının (n=123) d vitamini düzeyinin düşük olması; %36'sının (n=104) gece çalışma olması; %33,2 'sinin (n=96) geç menopoz; %32,2'sinin (n=93) ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurma; %26'sının (n=75) erken menarj (11 yaşından önce) olmanın risk faktörlerinden olduğunu belirterek doğru yanıt verdiği; %91,7'sinin (n=265) çocuğunu emzirme; %91'inin (n=263) hareketli yaşam; %90,3'ünün (n=261) d vitamini düzeyinin yüksek olması; %79,6'sının (n=230) çok doğum yapma (3-5 çocuk); %74,7'sinin (n=216) geç menarj (15 yaşından sonra);

%49,1'inin (n=142) erken menopoz olmasının risk faktörlerinden olmadığını ifade ederek doğru yanıt verdiği belirlendi (Tablo 3.3).

Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerinden kendilerinde var olma durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımlarına bakıldığında; %69,2'sinin (n=200) gece vardiyasında çalıştığı (gece vardiyasında çalışan 200 hemşirenin %59'unun (n=118) 1-5 yıldır / haftada 12-48 saat arasında gece çalıştığı belirlendi); %46'sının (n=134) sigara kullandığı (Sigara kullanan 134 hemşirenin %51,9' unun (n=70) günde 0-10 adet arasında kullandığı belirlendi); %35,6'sının (n=16) 29 yaş üzerinde olup hiç doğum yapmadığı; %26,3'ünün (n=76) D vitaminin düşük olduğu; %24,2'sinin (n=70) alkol kullandığı (alkol kullanan hemşirelerin %62,9'unun (n=44) ayda 0-2 defa kullanmakta); %10,7'sinin (n=31) yakın akrabada kanser öyküsü olduğu (31 hemşirenin %32,3'ünün (n=10) teyzesinde %12,9'unun (n=4) annesinde olduğu belirlendi); %6,2'sinin (n=18) hormon replasman tedavisi gördüğü; doğum yapan 31 kadından %9,7'sinin (n=3) çocuğunu emzirmediği; %3,8'inin (n=11) selim meme hastalığı (Epitelyal Hiperplazi Papillom) olduğu; %3,1'inin (n=9) yaşamının hareketsiz olduğu; %2,1'inin (n=6) erken menarj olduğu; %1,4'ünün (n=4) daha önce toraks bölgesinde radyoterapi uygulandığı; %1'inin (n=3) diğer memede kanser olduğu; %0,7'sinin (n=2) ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurduğunu ifade ettiği saptandı (Tablo 3.3 ve Tablo 3.4).

3.4. Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlere ilişkin verdikleri yanıtların dağılımı verildi (Tablo 3.5 ve Tablo 3.6).

Tablo 3.5: Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular (N=289)

Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Durumu	n	%
Evet	**21**	**7,3**
Hayır	268	92,7
Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Yeri (n=21)	n	%
Sağlık Kuruluşu	**8**	**38,1**
Bireysel	7	33,3
Yanıtsız	6	28,6
Meme Kanseri Risk Hesaplaması Sonucu Risk Durumu (n=21)	n	%
Düşük	**14**	**66,7**
Orta	7	33,3
Yüksek	0	0,0
Hemşirelerin Kendilerini Meme Kanseri Açısından Riskli Bulma Durumu	n	%
Evet	**101**	**34,9**
Hayır	188	65,1
Kendisini Riskli Bulan Hemşirelerin Risk Değerlendirmeleri (n=101)	n	%
Düşük	45	44,6
Orta	**51**	**50,5**
Yüksek	5	5,0
KKMM Yapma Durumu	n	%
Evet	**151**	**52,2**
Hayır	138	47,8
KKMM Yapan Hemşirelerin Uygulamayı Yapma Sıklıkları (n=151)	n	%
01 Ayda 1	**51**	**33,8**
02 Ayda 1	14	9,3
06 Ayda 1	24	15,9
12 Ayda 1	8	5,3
Aklıma Geldikçe	54	35,8
KKMM Yapan Hemşirelerin Uygulamayı Yapma Zamanları (n=151)	n	%
Aklıma Geldikçe	37	24,5
Duş Sırasında	23	15,2
Duştan Önce	18	11,9
Duştan Sonra	20	13,3
Regl Döneminde	6	4,0
Regl Döneminden Önce	7	4,6
Regl Döneminden Sonra	**39**	**25,8**
Yanıtsız	1	0,7
Düzenli Fizik Muayene Yaptırma Durumu	n	%
Evet	**18**	**6,2**
Hayır	271	93,8
Düzenli Fizik Muayene Yaptırma Sıklıkları (n=18)	n	%
03 Ayda 1 kere	3	16,7
06 Ayda 1 kere	**13**	**72,2**
12 Ayda 1 kere	2	11,1
Hemşirelerin Memelerinde Değişiklik Gördüklerinde Hekime Başvuru Durumları	n	%
Evet	125	43,3
Hayır / Değişiklik Görmedim	**154**	**53,3**
Hayır / Umursamıyorum	5	1,7
Yanıtsız	5	1,7

Tablo 3.6: Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulgular (N=289)

Egzersiz Yapma Durumları		n	%
	Evet	59	20,4
	Hayır	107	37,0
	Bazen	**123**	**42,6**
Beslenme Şekline Dikkat Etme Durumu		n	%
	Evet	**128**	**44,3**
	Hayır	161	55,7
Beslenme Şekline Dikkat Eden Hemşirelerin Beslenme Şekli (n=128)		n	%
	Dengeli/ Sağlıklı Beslenme	**93**	**72,7**
	Diğer (Herbalife, Zayıflamaya yönelik diyet programı, Ameliyat sonrası diyet programı	4	3,1
	Protein Ağırlıklı	16	12,5
	Sebze Ağırlıklı	15	11,7
Kilo Kontrolüne Özen Gösterme Durumları		n	%
	Evet	211	73,0
	Hayır	**78**	**27,0**
Kilo Kontrolüne Özen Göstermeyen Hemşirelerin Nedenleri (n=78)		n	%
	Aşırı İştahlı Olmak	4	5,1
	Çalışma Şekli ve Ortamı (Düzensiz ve uzun çalışma saatleri, gece nöbeti/ vardiya)	**54**	**69,2**
	Düzensiz Yeme Alışkanlığı (Abur cubur, Sigara ve Alkol Kullanma)	4	5,1
	Genetik Yatkınlık (Kilo alamama)	2	2,6
	Kilo Sorunu Olmaması	14	17,9
Stresle Baş Etme Durumları		n	%
	Evet	180	62,3
	Hayır	**108**	**37,4**
	Yanıtsız	1	0,3
Stresle Baş Etmede Güçlük Çekme Nedenleri (n=108)		n	%
	İş Hayatı	**78**	**72,2**
	Özel Hayat	17	15,7
	Sosyal Etkenler	1	0,9
	Yorgunluk	6	5,6
	Yanıtsız	6	5,6
Tarama Programlarına Katılım Durumu		n	%
	Evet	**15**	**5,2**
	Hayır	274	94,8
Tarama Programına Katılan Hemşirelerin Katılım Yerleri (n=15)		n	%
	Aile Sağlığı Merkezi	2	13,3
	Hastane	**13**	**86,7**
Tarama Programına Katılan Hemşirelerin Katılım Sıklıkları (n=15)		n	%
	Yılda 1 kere	**13**	**86,7**
	Yılda 2 kere	2	13,3
Mamografi Çektirme Durumları		n	%
	Evet	**32**	**11,1**
	Hayır	256	88,6
	Yanıtsız	1	0,3
Mamografi Çektirme Nedenleri (n=32)		n	%
	Ağrı	4	12,5
	Akıntı	1	3,1
	Ele Gelen Kitle	**8**	**25,0**
	Fibroadenom Nedeniyle	6	18,8
	Kontrol Amaçlı	**13**	**40,6**
Mamografi Çektirme Sıklıkları (n=32)		n	%
	Yılda 1 kere	**24**	**75,0**
	Yılda 2 kere	6	18,8
	Yılda 3 kere	1	3,1
	Yılda 4 kere	1	3,1

Hemşirelerin risk hesaplaması yaptırma ve risk düzeylerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında; %92,7'isinin (n=268) meme kanseri risk hesaplaması yaptırmadığı, sadece %7,3'ünün risk hesaplaması yaptırdığı, risk

hesaplaması yaptıranların %38,1'inin sağlık kuruluşundan yararlandığı ve risk hesaplamasına göre %66,7'sinin düşük riskte olduğu görüldü (Tablo 3.5).

Hemşirelerin %65,1'i (n=188) kendisini meme kanseri açısından riskli bulmazken, %34,9'unun (n=101) riskli bulduğu; "risk derecenizi belirtir misiniz?" sorusuna %50,5'inin (n=51) orta düzeyde riskli buluyorum yanıtını verdikleri belirlendi (Tablo 3.5).

Hemşirelerin %52,2' sinin (n=151) KKMM uyguladığı; KKMM uygulayan 151 hemşirenin %33,8' inin (n=51) ayda 1 kez uyguladığı; %25,8'inin (n=39) menstruasyondan sonra uyguladığı; %93,8'i (n=271) düzenli fizik muayene yaptırmazken, %6,'sının (n=18) yaptırdığı; düzenli fizik muayeneye gidenlerin %72,2'sinin (n=13) 6 ayda 1 kez gittiği; % 43,3'ünün ise (n=125) memesinde değişiklik gördüğünde hekime başvurduğu saptandı (Tablo 3.5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %42,6 sının (n=123) bazen egzersiz yaptığı, %37,0'ının ise yapmadığı; %52,2'sinin beslenme şekline dikkat etmediği, %44,3'ünün (n=128) beslenme şekline dikkat ettiği; beslenme şekline dikkat eden hemşirelerin %72,7'sinin (n=93) dengeli/sağlıklı beslendiği; %12,5'inin (n=16) protein ağırlıklı beslendiği; %73,9'unun (n=211) kilo kontrolüne özen gösterdiği, %27'sinin (n=78) kilo kontrolüne özen göstermediği; kilo kontrolüne özen göstermeyen hemşirelerin %69,2'sinin (n=54) neden olarak çalışma şekli ve ortamını (düzensiz ve uzun çalışma saatleri, gece nöbeti/ vardiya) neden olarak gösterdikleri; %62,3'ü stresle baş edebildiğini belirtirken, %37,5'ine (n=108) baş edemediği, baş edemeyenlerin %76,5'inin (n=78) iş hayatını neden olarak gösterdikleri belirlendi (Tablo 3.6).

Örneklemi oluşturan hemşirelerin %94,8'inin (n=274) tarama programına katılmadığı, %88,6'sının (n=256) mamografi çektirmediği, sadece %11,1'inin (n=32) mamografi çektirdiği; mamografi çektiren hemşirelerin %40,6'sının (n=13) kontrol amaçlı; mamografi çektirme sıklıkları sorulduğunda %75'inin (n=24) yılda bir kere yanıtını verdikleri belirlendi (Tablo 3.6).

3.5. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması

Yaş gruplarına göre meme kanserinden korunmaya yönelik alınan önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.7'de sunuldu.

Tablo 3.7: Hemşirelerin Yaş Grupları İle Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Yaş Grubu						Test ve Anlamlılık*
		18- 28		29- 39		40 ve Üzeri		
		n	%	n	%	n	%	
Meme kanseri risk hesaplaması yaptırma	Evet	15	71.4	3	8.3	3	8.3	x^2=2.654 p=0.265
	Hayır	219	28.6	34	91.7	11	91.7	
Meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu (n=21)	Düşük	10	66.7	2	66.7	2	66.7	x^2=0.000 p=1.000
	Orta	5	33,3	1	33.3	1	33.3	
KKMM yapma	Evet	110	47.0	27	73.0	14	77.8	x^2=13.647 p=**0.001**
	Hayır	124	53.0	10	27.0	4	22.2	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	11	4.7	3	8.1	4	22.2	x^2=9.042 p=**0.011**
	Hayır	223	95.3	34	91.9	14	77.8	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	91	39.6	20	55.6	14	77.8	x^2=12.121 p=**0.002**
	Hayır	139	60.4	16	44.4	4	22.2	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	46	19.7	11	29.7	2	11.1	x^2=4.451 p=0.348
	Hayır	84	35.9	14	37.8	9	50.0	
	Bazen	104	44.4	12	32.4	7	38.9	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	97	41.5	21	56.8	10	55.6	x^2=4.020 p=0.134
	Hayır	137	58.5	16	43.2	8	44.4	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	165	70.5	33	89.2	13	72.2	x^2=5.661 p=0.059
	Hayır	69	29.5	4	10.8	5	27.8	
Tarama programlarına katılma	Evet	11	4.7	1	2.7	3	16.7	x^2=5.397 p=0.067
	Hayır	223	95.3	36	97.3	15	83.3	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	19	8.2	5	13.5	8	44.4	x^2=22.528 p=**0.000**
	Hayır	214	91.8	32	86.5	10	55.6	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	144	61.8	27	73.0	9	50.0	x^2=2.980 p=0.225
	Hayır	89	38.2	10	27.0	9	50.0	

*Bu tabloda Yates düzeltmesine ihtiyaç olacak bir p değeri farklılığı saptanmadı, Pearson Ki-Kare testi uygulandı.

Hemşirelerin yaş grupları ile meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; 18-28 yaş grubunda olanların, 29-39 yaş, 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerden KKMM' yi daha az uyguladıkları, daha az düzenli fizik muayeneye gittikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3.7).

Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarının ise 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerde, 18-28 ve 29-39 yaş grubunda olanlardan daha fazla olduğu; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 3.7).

Tablo 3.7’de görüldüğü gibi, hemşirelerin yaş gruplarına göre meme kanseri risk hesaplaması yaptırma, risk hesaplaması sonucu risk durumu, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.7).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.8’da sunuldu.

Tablo 3.8: Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Eğitim Düzeyi						Test ve Anlamlılık
		Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans ve Üzeri		
		N	%	n	%	n	%	
Meme kanseri risk hesaplaması yaptırma	Evet	7	4.6	4	6.6	10	13.2	x^2=5.558 p=0.062
	Hayır	145	95.4	57	93.4	66	86.8	
Risk hesaplaması yaptırma yaptırma sonucu risk durumu (n=21)	Düşük	5	71.4	3	75	6	60	x^2=0.396 p=0.820
	Orta	2	28.6	1	25	4	40	
KKMM yapma	Evet	67	44.1	30	49.2	54	71.1	x^2=15.067 p=**0.001**
	Hayır	85	55.9	31	50.8	22	28.9	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	6	3.9	3	4.9	9	11.8	x^2=5.634 p=0.060
	Hayır	146	96.1	58	95.1	67	88.2	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	59	39.9	22	36.1	44	58.7	x^2=9.133 p=**0.010**
	Hayır	89	60.1	39	63.9	31	41.3	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	31	20.4	12	19.7	16	21.1	x^2=2.345 p=0.673
	Hayır	56	36.8	19	31.1	32	42.1	
	Bazen	65	42.8	30	49.2	28	36.8	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	63	41.4	28	45.9	37	48.7	x^2=1.157 p=0.561
	Hayır	89	58.6	33	54.1	39	51.3	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	107	70.4	44	72.1	60	78.9	x^2=1.911 p=0.385
	Hayır	45	29.6	17	27.9	16	21.1	
Tarama programlarına katılma	Evet	6	3.9	2	3.3	7	9.2	x^2=3.426 p=0.180
	Hayır	146	96.1	59	96.7	69	90.8	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	12	7.9	7	11.5	13	17.1	x^2=4.304 p=0.116
	Hayır	139	92.1	54	88.5	63	82.9	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	95	62.9	33	54.1	52	68.4	x^2=2.985 p=0.225
	Hayır	56	37.1	28	45.9	24	31.6	

*Bu tabloda Yates düzeltmesine ihtiyaç olacak bir p değeri farklılığı saptanmadı, Pearson Ki-Kare testi uygulandı.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; sağlık meslek lisesi mezunlarının, ön lisans, lisans ve üzeri eğitimi olanların KKMM uygulama oranlarının daha düşük olduğu; gözlenen farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 3.8).

Eğitim düzeylerine göre memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının ise ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarında, lisans ve üzeri mezunlardan düşük; ön lisans mezunlarında da sağlık meslek lisesi mezunlarından daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3.8).

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre meme kanseri risk hesaplaması yaptırma, meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu, düzenli fizik muayeneye gitme, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.8).

Hemşirelerin meme kanseri hastasına bakım verme durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.9'de sunuldu.

Tablo 3.9: Hemşirelerin Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme				
		Evet		Hayır		Test ve Anlamlılık*
		n	%	n	%	
Meme kanseri risk hesaplaması yaptırma	Evet	13	12.1	8	4.4	x^2=6.012 p=**0.014**
	Hayır	94	87.9	174	95.6	
Meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu (n=21)	Düşük	8	61.5	6	75	x^2=0.404 p=0.656
	Orta	5	38.5	2	25	
KKMM yapma	Evet	63	58.9	88	48.4	x^2=2.993 p=0.084
	Hayır	44	41.1	94	51.6	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	8	7.5	10	5.5	x^2=0.453 p=0.501
	Hayır	99	92.5	172	94.5	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	48	44.9	77	43.5	x^2=0.050 p=0.823
	Hayır	59	55.1	100	56.5	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	26	24.3	33	18.1	x^2=1.980 p=0.372
	Hayır	40	37.4	67	36.8	
	Bazen	41	38.3	82	45.1	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	58	54.2	70	38.5	x^2=6.769 p=**0.009**
	Hayır	49	45.8	112	61.5	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	84	78.5	127	69.8	x^2=2.603 p=0.107
	Hayır	23	21.5	55	30.2	
Tarama programlarına katılma	Evet	6	5.6	9	4.9	x^2=0.060 p=0.806
	Hayır	101	94.4	173	95.1	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	15	14.0	17	9.4	x^2=1.457 p=0.227
	Hayır	92	86.0	164	90.6	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	65	60.7	115	63.5	x^2=0.223 p=0.637
	Hayır	42	39.3	66	36.5	

* Pearson Ki-Kare testi uygulandı.

Hemşirelerin meme kanseri hastasına bakım verme durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; meme kanserli hastaya bakım veren hemşirelerde; meme kanseri risk hesaplaması yaptırma ve beslenmesine dikkat etme oranının bakım vermeyenlerden daha yüksek olduğu; aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3.9).

Tablo 3.9'de görüldüğü gibi meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu, KKMM' yi uygulama, düzenli fizik muayeneye gitme, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, düzenli egzersiz yapma, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi

çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir (p>0.05) (Tablo 3.9).

3.6. Hemşirelerin Riskli Grupta Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması

Hemşirelerin yakın akrabada kanser varlığına göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.10'de sunuldu.

Tablo 3.10: Hemşirelerin Yakın Akrabada Meme Kanseri Varlığına göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Yakın Akrabada Kanser Varlığı				
		Evet		Hayır		Test ve Anlamlılık
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	18	58.1	133	51.6	x^2=0.471 p=0.493
	Hayır	13	41.9	125	48.4	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	3	9.7	15	5.8	p=0.423
	Hayır	28	90.3	243	94.2	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	20	64.5	105	41.5	x^2=5.936 p=**0.015**
	Hayır	11	35.5	148	58.5	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	7	22.6	52	20.2	x^2=0.715 p=0.700
	Hayır	13	41.9	94	36.4	
	Bazen	11	35.5	112	43.4	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	12	38.7	116	45.0	x^2=0.438 p=0.508
	Hayır	19	61.3	142	55.0	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	20	64.5	191	74.0	x^2=1.271 p=0.259
	Hayır	11	35.5	67	26.0	
Tarama programlarına katılma	Evet	4	12.9	11	4.3	p=0.064*
	Hayır	27	87.1	247	95.7	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	6	19.4	26	10.1	p=0.132*
	Hayır	25	80.6	231	89.9	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	17	54.8	163	63.4	x^2=0.870 p=0.351
	Hayır	14	45.2	94	36.6	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Yakın akrabasında meme kanseri olan hemşirelerin, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının, yakın akrabasında meme kanseri olmayanlardan, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 3.10).

Hemşirelerin yakın akrabada meme kanseri varlığına göre KKMM' yi uygulama, düzenli fizik muayeneye gitme, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranları istatistiksel olarak farklı bulunmadı (p>0.05) (Tablo 3.10).

Hemşirelerin hormon replasman tedavisi alma durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.11'de sunuldu.

Tablo 3.11: Hemşirelerin Hormon Replasman Tedavisi Alma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (n=233)*

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Hormon Replasman Tedavisi Alma				Test ve Anlamlılık
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	15	88.2	129	59.7	x^2=5.427 p=**0.020**
	Hayır	2	11.8	87	40.3	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	3	17.6	11	5.1	p=0.071**
	Hayır	14	82.4	205	94.9	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma (n=232)	Evet	11	64.7	104	48.4	x^2=1.681 p=0.195
	Hayır	6	35.3	111	51.6	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	1	5.9	38	17.6	x^2=3.728 p=0.155
	Hayır	5	29.4	88	40.7	
	Bazen	11	64.7	90	41.7	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	8	47.1	96	44.4	x^2=0.044 p=0.835
	Hayır	9	52.9	120	55.6	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	12	70.6	161	74.5	p=0.774**
	Hayır	5	29.4	55	25.5	
Tarama programlarına katılma	Evet	3	17.6	11	5.1	p=0.071*
	Hayır	14	82.4	205	94.9	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	5	29.4	27	12.5	p=0.065**
	Hayır	12	70.6	189	87.5	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	11	64.7	134	62.0	x^2=0.048 p=0.827
	Hayır	6	35.3	82	38.0	

* Sadece kadınlar analize dahil edilmiştir. * Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulanmıştır.

Hormon replasman tedavisi (HRT) olan hemşirelerin KKMM yapma oranının, HRT olmayan hemşirelerden, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p<0.05) Hormon replasman tedavisi (HRT) olma durumu ile diğer korunma önlemleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05) (Tablo 3.11).

Selim meme hastalığı olma durumuna göre hemşirelerin meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.12'de sunuldu.

Tablo 3.12: Hemşirelerin Selim Meme Hastalığı Olma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Alınan Önlemler	Yönelik	Selim Meme Hastalığı Olma Durumu				Test ve Anlamlılık
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	8	72.7	143	51.4	x^2=1.922 p=0.166
	Hayır	3	27.3	135	48.6	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	2	18.2	16	5.8	p=0.144*
	Hayır	9	81.8	262	94.2	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	9	81.8	116	42.5	p=**0.013***
	Hayır	2	18.2	157	57.5	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	2	18.2	57	20.5	x^2=1.604 p=0.448
	Hayır	6	54.5	101	36.3	
	Bazen	3	27.3	120	43.2	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	8	72.7	120	43.2	p=0.066*
	Hayır	3	27.3	158	56.8	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	8	72.7	203	73.0	p=1.000*
	Hayır	3	27.3	75	27.0	
Tarama programlarına katılma	Evet	3	27.3	12	4.3	p=**0.015***
	Hayır	8	72.7	266	95.7	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	9	81.8	23	8.3	p=**0.000***
	Hayır	2	18.2	254	91.7	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	7	63.6	173	62.5	p=1.000*
	Hayır	4	36.4	104	37.5	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Selim meme hastalığı olan hemşirelerde memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, tarama programlarına katılma ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarında gözlenen farklılığın, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) Selim meme hastalığı olanların, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranları daha yüksek; selim meme hastalığı olmayanlarda ise tarama programlarına katılma ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarının daha düşük olduğu görüldü (Tablo 3.12).

Tablo 3.12'de görüldüğü gibi, selim meme hastalığı olma durumuna göre diğer korunma önlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.12).

Hemşirelerin D Vitamini düzeyinin düşük olması durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.13'de sunuldu.

Tablo 3.13: Hemşirelerin D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması Durumu				
		Evet		Hayır		Test ve Anlamlılık
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	42	55.3	109	51.2	x^2=0.375 p=0.540
	Hayır	34	44.7	104	48.8	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	7	9.2	11	5.2	p=0.267*
	Hayır	69	90.8	202	94.8	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	34	44.7	91	43.8	x^2=0.022 p=0.882
	Hayır	42	55.3	117	56.3	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	17	22.4	42	19.7	x^2=0.459 p=0.795
	Hayır	29	38.2	78	36.6	
	Bazen	30	39.5	93	43.7	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	26	34.2	102	47.9	x^2=4.246 p=**0.039**
	Hayır	50	65.8	111	52.1	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	52	68.4	159	74.6	x^2=1.102 p=0.294
	Hayır	24	31.6	54	25.4	
Tarama programlarına katılma	Evet	7	9.2	8	3.8	p=0.076*
	Hayır	69	90.8	205	96.2	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	8	10.5	24	11.3	x^2=0.036 p=0.850
	Hayır	68	89.5	188	88.7	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	41	53.9	139	65.6	x^2=3.222 p=0.073
	Hayır	35	46.1	73	34.4	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Tablo 3.13'de, hemşirelerin D vitamini düzeyinin düşük olması durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; D vitamini düzeyi düşük olanların beslenme şekline dikkat etmeyenlerin oranının (65,8) daha yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$) saptandı.

Hemşirelerin gece çalışma durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.14'de sunuldu.

Tablo 3.14: Hemşirelerin Gece Çalışma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Alınan Önlemler	Yönelik	Gece Çalışma Durumu				
		Evet		Hayır		Test ve Anlamlılık
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	90	45.0	61	68.5	x^2=13.679 p=**0.000**
	Hayır	110	55.0	28	31.5	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	12	6.0	6	6.7	x^2=0.058 p=0.810
	Hayır	188	94.0	83	93.3	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	73	36.9	52	60.5	x^2=13.548 p=**0.000**
	Hayır	125	63.1	34	39.5	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	44	22.0	15	16.9	x^2=1.171 p=0.557
	Hayır	74	37.0	33	37.1	
	Bazen	82	41.0	41	46.1	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	78	39.0	50	56.2	x^2=7.367 p=**0.007**
	Hayır	122	61.0	39	43.8	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	144	72.0	67	75.3	x^2=0.336 p=0.562
	Hayır	56	28.0	22	24.7	
Tarama programlarına katılma	Evet	10	5.0	5	5.6	p=0.781*
	Hayır	190	95.0	84	94.4	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	22	11.0	10	11.4	x^2=0.008 p=0.928
	Hayır	178	89.0	78	88.6	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	123	61.5	57	64.8	x^2=0.279 p=0.597
	Hayır	77	38.5	31	35.2	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Hemşirelerin gece çalışma durumuna göre, korunma önlemlerini uygulama durumu karşılaştırıldığında; gece çalışmayan hemşirelerde KKMM uygulama (%68,5), memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma (%60,5) ve beslenme şekline dikkat etme oranlarının (%56,2) gece çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3.14).

Hemşirelerin meme kanseri risk hesaplaması yaptırma durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.15'de sunuldu.

Tablo 3.15: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Durumuna göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (N=289)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Durumu				
		Evet		Hayır		Test ve Anlamlılık
		n	%	n	%	
KKMM yapma	Evet	19	90.5	132	49.3	x^2=13.264 p=**0.000**
	Hayır	2	9.5	136	50.7	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	4	19.0	14	5.2	p=**0.032***
	Hayır	17	81.0	17	94.8	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	16	76.2	109	41.4	x^2=9.528 p=**0.002**
	Hayır	5	23.8	154	58.6	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	7	33.3	52	19.4	x^2=3.930 p=0.140
	Hayır	9	42.9	98	36.6	
	Bazen	5	23.8	118	44.0	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	12	57.1	116	43.3	x^2=1.516 p=0.218
	Hayır	9	42.9	152	56.7	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	17	81.0	194	72.4	x^2=0.725 p=0.395
	Hayır	4	19.0	74	27.6	
Tarama programlarına katılma	Evet	7	33.3	8	3.0	p=**0.000***
	Hayır	14	66.7	260	97.0	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	8	38.1	24	9.0	p=**0.001***
	Hayır	13	61.9	243	91.0	
Stres ile baş etmekte başarılı olma (n=288)	Evet	12	57.1	168	62.9	x^2=0.277 p=0.598
	Hayır	9	42.9	99	37.1	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Tablo 3.15'de görüldüğü gibi, meme kanseri risk hesaplaması yaptıran hemşirelerle yaptırmayanlar karşılaştırıldığında; yaptıranlarda KKMM yapma (%90,5) ve memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının (%76,2) daha yüksek olduğu; meme kanseri risk hesaplaması yaptırmayanlarda ise düzenli fizik muayeneye gitmeme (%94,8), tarama programlarına katılmama (%97,0) ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirmeme oranlarının (%91,0) risk hesaplaması yaptıran hemşirelerden daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Tablo 3.15).

Hemşirelerin meme kanseri risk hesaplaması sonrası risk düzeyine göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin karşılaştırılması Tablo 3.16'da sunuldu.

Tablo 3.16: Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Sonrası Risk Düzeyine göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılması (n=21)

Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemler		Meme Kanseri Risk Hesaplaması Sonrası Risk Düzeyi				
		Düşük		Orta		Test ve Anlamlılık
		n	%	N	%	
KKMM yapma	Evet	13	92.9	6	85.7	p=1.000*
	Hayır	1	7.1	1	14.3	
Düzenli fizik muayeneye gitme	Evet	2	14.3	2	28.6	p=0.574*
	Hayır	12	85.7	5	71.4	
Memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma	Evet	10	71.4	6	85.7	p=0.624*
	Hayır	4	28.6	1	14.3	
Düzenli egzersiz yapma	Evet	5	35.7	2	28.6	x^2=0.171 p=0.918
	Hayır	6	42.9	3	42.9	
	Bazen	3	21.4	2	28.6	
Beslenme şekline dikkat etme	Evet	8	57.1	4	57.1	p=1.000*
	Hayır	6	42.9	3	42.9	
Kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme	Evet	11	78.6	6	85.7	p=1.000*
	Hayır	3	21.4	1	14.3	
Tarama programlarına katılma	Evet	3	21.4	4	57.1	p=0.156*
	Hayır	11	78.6	3	42.9	
Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme	Evet	5	35.7	3	42.9	p=1.000*
	Hayır	9	64.3	4	57.1	
Stres ile baş etmekte başarılı olma	Evet	11	78.6	1	14.3	p=**0.016***
	Hayır	3	21.4	6	85.7	

* Fisher'in Kesin Ki-Kare testi uygulandı.

Hemşirelerin meme kanseri risk hesaplaması sonrası risk düzeyine göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; sadece meme kanseri risk hesaplaması sonrası risk düzeyi düşük olanlarda stresle baş edenlerin oranı yüksek (%78,6) iken, orta derecede riskli olanlarda, stres ile baş etmekte başarılı olmayanların oranlarının (%85,7) daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 3.16).

Risk grubunda olan hemşireler, risk gurubunda olmayan hemşirelerle karşılaştırıldığında; diğer memede kanser varlığı, yirmi dokuz yaş ve sonrası doğum yapma (n=45), sigara kullanma ve kendini riskli bulma (n=101) gibi risk faktörlerine yönelik meme kanserinden korunmaya ilişkin aldıkları önlemlerde anlamlı farklılık olmadığı gözlendi ($p>0.05$).

4. TARTIŞMA

Dünyada morbidite ve mortalite nedenleri açısından kadınlar arasında en sık görülen kanser türlerinden biri olan meme kanseri, kadın sağlığını olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarından biri olmayı sürdürmekte; bağlı olarak meme kanseri farkındalığı ve alınan koruyucu önlemlerin önemi de aynı ölçüde artmaktadır (Kozan & Tokgöz, 2016; Akyolcu, 2018; Sadıç, 2019). Meme kanseri risklerini ortaya koyulması, risk gruplarının belirlemesi, tarama programlarının yaygınlaştırılması ve toplumsal farkındalığın artması için eğitim programlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda danışman ve uygulayıcı olarak önemli role sahip olan hemşirelerin, öncelikle bu koruyucu davranışları benimsemeleri ve içselleştirerek davranışa dönüştürmeleri yaşamsal önem taşımaktadır (Eti Aslan & Gürkan, 2007; Uncu & Bilgin, 2011; Kozan & Tokgöz, 2016; Akyolcu, 2018).

Hemşirelerin meme kanseri riskine ilişkin farkındalıkları ve aldıkları önlemlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular 4 başlık altında tartışıldı.

- Hemşirelerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi / Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi, Farkındalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Yaş, Eğitim Durumu, Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme) İle Meme Kanseri Risk Grubunda Olma Durumunun, Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

4.1. Hemşirelerin Meme Kanseri İle İlgili Bilgi / Eğitim Alma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Meme kanseri, tanı ve tedavisinde gözlenen çok sayıdaki gelişmeye karşın, oluşumundaki etken henüz kesin olarak belirlenemediği için kadınların sağlığını ciddi düzeyde tehdit edici özelliğini ne yazık ki hala sürdürmektedir (Akyolcu ve ark., 2019). Günümüzde artmakta olan meme kanseri görülme hızını azaltmaya yönelik meme kanseri konusunda kadınların bilgilendirilmesi, edindikleri bilgiyi yaşama geçirmeleri için rehberlik edilmesi ve kolaylaştırıcı sağlık politikalarının uygulanmasına gereksinimi vardır. Toplumdaki diğer kadınlara örnek olan, meme kanserli risk grubunda olan kadınların bakımında sorumluluk alan hemşirelerin, meme kanserinin önlenmesi ve erken tanısında eğitici ve klinik rollerinin farkında ve bilgili olmaları; kadınlara rehberlik etmeleri gerekmektedir (Koç ve ark., 2014; Prolla ve ark., 2015).

Gülten'in (2008) yaptığı çalışmada, kadınların meme kanseri bilgi düzeylerinin yetersiz, %7,2'sinin çok iyi olduğu; erken tanı yöntemlerini öğrenme kaynaklarının % 41,4 ile hekim, % 37,1 ile medya ve %14.8 ile hemşire olduğu belirlenmiştir. Özen ve ark. (2013) bir üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerde yapmış olduğu çalışmada; kız öğrencilerin, %50,2' sinin meme kanseri hakkında bilgisi olduğu ve bu bilgiyi %29'unun medyadan %11,8' inin hemşireden öğrendiği; %86,4'ünün KKMM' nin ne olduğunu bildiği, %5,4'ünün bu bilgiyi medyadan %3,9'unun hemşireden öğrendiği bulunmuştur.

2014 yılında hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri erken tanı yöntemlerinden yararlanma durumları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların meme kanseri ile ilgili bilgilerinin %67,8'inin kısmen yeterli, %18,6'sının yetersiz olduğu, %32,2' sinin meme kanserini önlemeye yönelik eğitim aldığı bulunmuştur (Koç ve ark., 2014). Pakistan'da kadınlarda meme kanseri taraması uygulaması ile ilgili bilgi ve tutumu değerlendirmek için yapılan çalışmada, kadınların %68' inin meme kanseri risk faktörlerine ilişkin doğru bilgi sahibi olmadıkları, %48' inin tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu ve farkındalıklarının düşük olduğu görülmüştür (Khan ve ark., 2019).

Bu çalışmada, hemşirelerin %89,6' sının meme kanserine ilişkin bilgileri olduğu, meme kanseri bilgisi olduğunu belirten 259 hemşirenin %40,2' sinin bu eğitimi, örgün eğitim sırasında aldığı, %24,6' sının meme kanseri ile ilgili bilimsel bir toplantı ya da

eğitim programına katıldığı; meme kanseri ile ilgili bilimsel toplantı ya da eğitim programına katıldığını belirten 71 hemşirenin %62'sinin meme kanseri farkındalık eğitimine katıldığı; hemşirelerin %71,3' ünün KKMM eğitimi aldığı; eğitim alan hemşirelerin %57,3'ünün bu eğitimi, örgün eğitimde aldığı; %2,9'unun internet ya da medya aracılığı ile öğrendiği belirlendi (Tablo 3.2). Bu çalışmada, hemşirelerin meme kanserine ilişkin bilgi düzeylerinin, kadınlar üzerinde yapılan önceki çalışma sonuçlarından daha yüksek olması doğal ve beklenen bir durum olmakla birlikte Koç ve ark. (2014) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında da aynı durum gözlenmektedir. Sonuç üzerinde, çalışma bulgularında da görüldüğü gibi örgün eğitim ve hizmet içi eğitim programlarının ya da herhangi bir ölçme aracı olmaksızın sadece hemşirelerin kendi bildirimlerinin belirleyici olmasının etkili olduğu söylenebilir.

4.2. Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi, Farkındalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı oldukça fazla olan ve kadınlarda görülen kanser türleri içinde ilk sırada yer alan meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte evrensel boyutta yapılan çok sayıda çalışma sonucunda, risk faktörü olarak adlandırılan bazı özellikleri (genetik, hormonal, çevresel, psikolojik ya da biyokimyasal faktörler) bulunduran kadınlarda, meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Eti Eti Aslan & Gürkan, 2007; Erkin & Ardahan, 2014; Akyolcu, 2018).

Meme kanseri vakalarının %5-15'inde aile öyküsü, %25'inde menstrual siklus ve üreme ile ilişkili değiştirilemeyen bu iki faktörün %30-40 oranında meme kanseri gelişiminde etkili olabileceği bildirilmektedir. Yanı sıra %30-35 oranında beslenme alışkanlıklarının, %25-35 oranında da hareketsiz yaşam, obezite metabolik faktörler (insülin direnci, diyabet, dislipidemi), psikososyal stres vd. gibi değiştirilebilir faktörlerin meme kanserinden sorumlu olabileceği vurgulanmaktadır (Açıkgöz & Yıldız, 2017).

Yılmaz ve Özkan' ın (2005) çalışmasında, hemşirelerin %90,6'sının ailede meme kanseri öyküsü olması, %90'ının radyasyona maruz kalma, %83,9'unun doğum yapmama, %68,3'ünün selim meme hastalığını, daha düşük oranlarda da ilk gebeliğin 30 yaş sonrası yaşanması, alkol kullanmayı, erken menarj/geç menopozu meme kanseri risk

faktörü olarak belirtmiştir. Hemşirelerin meme kanseri risk faktörleri bilgilerinin ölçüldüğü farklı bir çalışmada; en yüksek oranda risk faktörü olarak %86,4'i yakın akrabalarda (anne, hala, kız kardeş, teyze) meme kanseri bulunmasını, %69,5'i alkol ve sigara kullanımı, %66.1'i radyasyona maruz kalmayı belirtirken, %65,7'si diğer memede kanser olmasını; daha düşük oranlarda hiç doğum yapmamayı; şişmanlık ve yağlı beslenmeyi, HRT görme, selim meme hastalığı olma, erken menarjı, ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapma, en düşük oranda ise (%28) geç menopozu, meme kanseri risk faktörü olarak belirtmiştir (Koç ve ark., 2014).

Hemşirelerin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmış olan çalışmada, sigara kullanma (%78,61) ve ailede meme kanseri öyküsü olması (%68,99), ileri yaş (%66,35) ve alkol kullanma (%62,74) risk faktörü olarak ilk sıralarda gösterilirken, daha düşük oranda, %52,64-%25 arasında sırasıyla doğum kontrol hapı kullanılması, ilk gebeliği 30 yaş üzerinde yaşama, geç menapoz, erken menarj ve ileri yaşın meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmiştir (Andegiorgish ve ark., 2018). Hemşirelerde yapılan diğer bir çalışmada ise ilk sıralarda %84,2'isi ileri yaşı, %79,1'i yakın akrabada meme kanseri olması, %78,1'i sigara kullanmayı, %68,8'i her gün düzenli alkol kullanmayı, %67'si ilk doğumun 30 yaşından sonra olması, %65,1'i doğum kontrol hapı kullanmayı, %52,6'ı geç menopozu, %49,1' i erken menarjı, meme kanseri risk faktörü olarak göstermişlerdir (Soyak, 2019).

2019 yılında Hindistan'da birinci basamak sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmada katılımcıların yaklaşık %43,3'ünün risk faktörleri hakkında çok iyi bilgiye, %31,7'sinin mükemmel bilgiye, %20'sinin iyi bilgiye ve %5'inin yetersiz bilgiye sahip olduğu bulunmuştur (Fotedar ve ark., 2019). Pakistan'da kadınlarda meme kanseri taraması uygulaması ile ilgili bilgi ve tutumu değerlendirmek için yapılan çalışmada ise kadınların %68'inin meme kanseri risk faktörleri ile ilgili doğru bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır (Khan ve ark., 2019).

Bu çalışmada hemşireler, meme kanseri risk faktörü olarak; yakın akrabada kanser varlığı (%76,9), sigara kullanımı (%76,5), diğer memede kanser olmasına (%72,7) ilk üç sırada yer verirken, ileri yaş (%63), hareketsiz yaşam (%59,5) daha düşük oranlarda da hiç doğum yapmama, çocuğunu emzirmeme, selim meme hastalıkları, HRT görme, toraks bölgesine radyoterapi uygulanması, D vitamini düzeyinin düşük olması, gece çalışma, geç menopoz, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurma, erken menarj gibi risk faktörlerini bildirmişlerdir (Tablo 3.3).

Bu çalışmada değiştirilemez risk faktörlerinden "ailede meme kanseri olması" durumunun hemşirelerin çoğunluğu tarafında ilk sırada gösterilmesine ilişkin elde edilen bulgu, Yılmaz ve Özkan (2005) ile Koç ve ark. (2014) çalışma sonucunu desteklemekte; risk faktörlerine ilişkin elde edilen diğer bulgular, daha önce yapılan çalışma bulgularına (Yılmaz & Özkan, 2005; Koç ve ark., 2014; Andegiorgish ve ark., 2018; Soyak, 2019; Fotedar ve ark., 2019; Khan ve ark., 2019) benzerlik göstermektedir. Diğer çalışmalarda gözlenmeyen son yıllarda risk faktörleri arasında sayılan D vitamini düzeyinin düşük olması (%42,6) ve gece çalışma (%36) gibi risk faktörlerinin, kısmen düşük oranda da olsa bu çalışmada hemşireler tarafından biliniyor olması, hemşirelerin güncel literatür / bilgileri takip ettiklerini gösteren olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan örneklem gurubunu oluşturan hemşirelerin %50,9 gibi, hiç de azımsanmayacak bir oranda erken menopozu, daha düşük oranlarda çok doğum yapma (%20,4), D vitamini düzeyinin yüksek olması (%9,7), hareketli yaşam (%9) ve çocuğunu emzirme (8,3) seçeneklerini de risk faktörü olarak belirtmeleri (Tablo3.3), bu konudaki bilgilerinin yanlış ya da yetersiz olduğunu göstermesi açısından kayda değer bulundu.

Meme kanserinin erken tanısında önemli ve etkin bir role sahip hemşirelerin, öncelikle kendi sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek, yanı sıra toplumu bilinçlendirerek farkındalığı arttıracak eğitim programlarının amacına ulaşmasını sağlamak için meme kanseri risk faktörlerine yönelik yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları ve bireyleri risk hesaplaması yaptırmaya ve tarama programlarına yönlendirmeleri gerekmektedir.

1999 yılında hemşireler ve öğretmenlerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine bakıldığında, %53,8'inin sigara kullandığı; %46,2'sinin emzirmediği; %36,5'inin selim meme hastalığı; %15,4'ünün aile öyküsünde meme kanseri; %9,6'sının 25-39 yaş aralığında ilk doğumunu yaptığı belirlenmiştir (Petralia ve ark., 1999). Kadınların meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada %8,3'ünde yakın akrabada meme kanseri olduğu; % 0,2'sinde kişisel meme kanseri öyküsü olduğu; %3,8'inin 30 yaş sonrası ilk doğum yaptığı; %35,3'ünün çocuğunun olmadığı; %18,7'inin erken menarj olduğu; %4,9'unun çocuğunu emzirmediği belirtilmiştir (Eti Aslan ve Gürkan, 2007).

Durmuş'un 2010 yılında sağlık çalışanlarında ayni amaca yönelik yaptığı çalışmada; %51,4'ü 24 yaş üzerinde ilk doğumunu yaptığı; %22,7'si erken menarj olduğu; %1.9'unda ailede meme kanseri öyküsü olduğu belirlenmiştir. Kırsal kesimde yaşayan 20 yaş ve üzerindeki kadınlarda KKMM yapma durumlarının ve risk

faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, %19,8'inin HRT gördüğü; %12,2'sinin erken menarj olduğu; %9,9'u selim meme hastalığı olduğu; %9,2'sinin çocuğunu emzirmediği; %5,8'inin yakın akrabasında kanser olduğu; %3,8'inin ilk doğumu 30 yaş üzerinde yaptığı bulunmuştur (Yılmazel 2013). Farklı bir çalışmada hemşirelerin %36,4'ünün sigara kullandığı; %13,6'sında yakın akrabada kanser olduğu; %11'inin HRT gördüğü; ilk doğum yaş ortalamaları 26,08±0,28, toplam emzirme süresi ortalamaları (ay olarak) 12,51±0,72 ve menarj yaş ortalamaları 13,04±0,09 olarak belirtilmiştir (Koç ve ark., 2014).

Kullberg ve ark. (2016) hemşireler ve öğretmenler ile yapmış olduğu çalışmada, %20,8'inin ileri yaşta olduğu; %18,5'inin HRT gördüğü; %16,3'ünün günde 15 gramdan fazla (1 bardak şarap 22 gram alkol içerir) alkol kullandığı; %12,8'inin 30 yaş sonrası ilk doğumunu yaptığı belirtilmiştir. Konu ile yapılan farklı bir çalışmada hemşirelerin %51'inin risk faktörlerinden hiçbirine sahip olmadıklarını, %18,8' inin sadece bir risk faktörüne sahip olduğunu bildirdikleri, % 8,2' sinin iki risk faktörüne sahip olduğu ve % 4,8'inin üç veya daha fazla riske sahip olduğu belirlenmiştir (Andegiorgish ve ark., 2018). Çehreli ve ark. (2019) yaptığı araştırmada kadınların, %67,7'sinin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı; %41,9'unun erken menarj olduğu; %39,4'ünün sigara kullandığı; %24,5'inin hiç doğum yapmadığı; %22,6'sının alkol kullandığı; %9,7'sinde yakın akrabada kanser olduğu; %3,4'ünün ilk doğumunu 30 yaşın üzerinde gerçekleştirdiği bulunmuştur. En son 2020 yılında Vieira ve ark. tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin %69,3'ünün vardiyalı çalıştığı; %24,9'unun erken menarj olduğu; %24,2'sinin HRT gördüğü; %20'sinin selim meme hastalığı; %15,9'unun 30 yaş ve sonrası ilk doğumunu yaptığı; %11,6'sının aile öyküsünde meme kanseri olduğu belirtilmiştir (Vieira ve ark. 2020).

Bu çalışmada meme kanseri risk faktörlerinin kendilerinde var olma durumlarına bakıldığında hemşirelerin, en yüksek oranda (%69,2) gece vardiyasında çalışma; %46'sında sigara içme; %35,6'sında 29 yaş üzerinde olup hiç doğum yapmama gibi risk faktörlerine sahip olduğu; daha düşük oranlarda D vitamini düzeyinin düşük olması (%26); alkol kullanma (%24,2); yakın akrabada kanser öyküsü olması (%10,7) ve tabloda yer alan diğer risk faktörlerine (hormon replasman tedavisi %6,2; çocuğunu emzirmeme %9,7; selim meme hastalığı-Epitelyal Hiperplazi Papillom %3,8; yaşamının hareketsiz yaşam %3,1; erken menarj %2,1; daha önce toraks bölgesinde radyoterapi uygulanan

%1,4; diğer memede kanser %1; ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurma %0,7) sahip olduğu görüldü (Tablo 3.3).

Çalışma bulguları, önceki çalışma bulguları ile karşılaştırıldığında; hemşirelerin kendilerinde var olan risk faktörleri arasında ilk sırada yer alan gece/vardiyalı çalışmaya ilişkin elde edilen bulgunun, Vieira ve ark. (2020) çalışma sonucunu desteklediği; bu çalışmada, güçlü ve değiştirilemez risk faktörlerinden biri olan yakın akrabada meme kanser olma (%10,7) durumunun, Petralia ve ark. (1999), Eti Aslan ve Gürkan (2007), Koç ve ark. (2016), Çehreli ve ark. (2019) ile Vieira ve ark. (2020), çalışma bulgularına benzerlik gösterdiği, daha düşük oranlara sahip Durmuş (%1.9) ve Yılmazel'in (%5,8) çalışma sonucundan farklı olduğu gözlendi. Bu ve benzerlik gösterdiği diğer çalışma sonuçlarında da gözlendiği gibi yakın akrabada meme kanseri olması ile ilgili oranın %10'un altına düşmemesi, meme kanserinin kadınlarda en sık görülen kanser türü olduğunu bildiren literatür bilgisini doğrulayıcı ve kayda değer bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bir diğer değiştirilemez risk faktörlerinden olan ve bu çalışmada %2,1 olarak belirlenen erken menarj oranının, %41,9 ile %12,2 aralığında değişiklik gösteren önceki çalışma sonuçlarına (Durmuş, 2010; Eti Aslan & Gürkan 2007; Yılmazel, 2013; Çehreli ve ark., 2019; Vieira ve ark., 2020) benzerlik göstermediği, farklılıklarda erken menarj yaş eşiğinin farklı tutulması ya da yanlış algılama/yorumlamadan kaynaklanmış olabileceği söylenebilir.

Risk faktörlerinden HRT kullanımına yönelik ise, Yılmazel'in (2013) çalışmasında %19,8; Koç ve ark. (2014) çalışmasında %11,4; Kullberg ve ark. (2016) çalışmasında %18,5; Vieira ve ark. (2020) çalışmasında %24,2 gibi yüksek oranda iken bu çalışmada %6,4 gibi düşük oranda olduğu gözlendi. Yurt dışında yapılmış çalışmalardan farklı olarak bu çalışma sonucunda da gözlendiği gibi, yıllar dikkate alındığında Türkiye'de yapılan çalışmalarda HRT kullanımının giderek azalan bir oranda olması, ülkemizde bu konuda daha kontrollü bir sağlık politikası uygulandığı ya da kadınların / sağlık çalışanlarının giderek HRT kullanımı konusunda bilinçli bir tutum sergiledikleri izlenimini vermektedir.

Önceki çalışmalardaki bulgulara benzer ya da kısmen benzerlik gösteren diğer risk faktörlerinde, önemli farklılıklar gözlenmedi (Tablo 3.3).

4.3. Hemşirelerin Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Evrensel boyutta insan sağlığını tehdit eden en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almakta, meme kanseri ise kadınlarda en fazla ölüme neden olan kanser türü olma özelliğini sürdürmektedir. Bu nedenle sağ kalım avantajını sağlamaya yönelik bireysel risk değerlendirmeleri, sağlığı geliştirme ve yaşam şekli değişiklikleri, yakın izlem / erken tanıya yönelik uygulamalar ile üst düzey tarama ve meme kanserinin erken dönemde belirlenip morbidite ve mortalite oranının azaltılması; kilo kontrolü, yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz ve stres yönetimi ile yaşam kalitesinin ve süresinin arttırılması hedeflenmektedir (Akyolcu ve ark., 2019).

Meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada kadınların %98,5' inde meme kanseri risk düzeyinin düşük, %0,7' sinin orta ve %0,8' inin yüksek olduğu belirlenmiştir (Eti Aslan & Gürkan, 2007). Kim ve ark. (2008) kadınların kendilerini meme kanseri riski açısından %29,2'sinin düşük risk, %21,9'unun çok düşük risk, %20,7' sinin risk taşımadığını belirtirken, %9,1'i ise yüksek veya çok yüksek riskli olduğunu ifade etmişlerdir. Gail risk modeli ile risk taraması yapılan çalışmada, kadınların %94,2' sinin meme kanseri açısından düşük riske, %5,8' inin meme kanseri açısından yüksek riske sahip olduğu belirlenmiştir (Ürkmez, 2009). Eroğlu ve ark. (2010) çalışmasında kadınların %94,4' ünün düşük, %4,92' sinin orta, %0,38'inin yüksek ve %0,28' inin çok yüksek riske sahip olduğu; Tümer & Baybek'in, (2010) aynı konuda yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Mermer'in (2010) çalışmasında, 50-70 yaş arası kadınlara meme kanseri açısından algıladıkları risk durumu sorulduğunda; %42,7'sinin bilmiyorum, %29,3'ünün düşük risk, %14,6'sının yüksek risk, %13,4'ünün hiç risk yok yanıtlarını verdikleri meme kanseri risk düzeyleri hesaplandığında ise %79,2'sinin düşük riskli, %11,0'nın orta riskli, %9,8'nin yüksek riskli grubunda oldukları belirtilmiştir. Aynı amaçla yapılan iki farklı çalışmadan ilkinde kadınlar kendilerini %66 oranında düşük riskli, %34 oranında yüksek riskli bulurken, Gail modeli ile risk hesaplaması yapıldığında %16'sı yüksek riskli %84'ü düşük riskli olarak ifade etmiş (Açıkgöz ve Ergör, 2013); diğer çalışmada ise kadınların %93,10'nun düşük riskli, %6,27'sinin orta riskli, %0,63'ünün çok yüksek riskli olduğu belirlenmiştir (Arslan-Kapıcıbaşı, 2016). Gail Risk Modeli ve Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu olmak üzere iki farklı ölçek kullanılarak yapılan çalışmada;

kadınların risk düzeyleri sırası ile %11,6 ve %9,8' inin yüksek riskli, %13,3 ve %26'sının düşük riskli, %75,1 ve %64,2'sinin orta riskli olduğu; kendilerinin risk algısına bakıldığında ise %39,6'sının yüksek risk, %38,2'sinin düşük risk, %12,7'sinin orta risk, %9,5'inin hiç risk taşımadığını düşündükleri belirtilmiştir (Yüksel ve ark., 2017).

Bu çalışmada; hemşirelerin %7,3' ünün meme kanseri risk hesaplaması yaptırdığı; risk hesaplaması yaptıranların kendilerinin %66,7'si düşük riskli, %33,3'ü orta riskli bulunduğunu belirttikleri; hemşirelerin %34,9'unun kendilerini meme kanseri açısından riskli bulduğu, riskli bulan hemşirelerin risk derecelerini %50,5'inin orta, %44,6'sının düşük ve %5'inin de yüksek riskli olarak ifade ettikleri belirlendi (Tablo 3.5). Bu çalışmada hemşirelerin risk hesaplama sonucu, çoğunluğu düşük riskli gruptaki kadınların oluşturduğu önceki çalışma sonuçlarına kısmen benzerlik göstermekle birlikte çalışmaların tümünde çoğunluğu oluşturan düşük risk gurubunda ilerleyen yıllarda kısmi bir azalma, bu çalışmada %50,5 oranında olan orta risk grubunda ise artış (Eti Aslan & Gürkan, 2007, %0.7; Mermer, 2010, %11,0; Yüksel ve ark., 2017, Gail Risk Modeli ve Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu %75,1'lik eşit oranlarda) olduğu gözlenmektedir. Meme kanseri riskinde artış olduğunu gösteren ve kadın sağlığı açısından oldukça düşündürücü olan bu durum, aynı zamanda erken tanıya yönelik risk taraması ve farkındalığı arttıracak programların yaygınlaştırılması ve etkin bir şekilde uygulanması gereğini de ortaya koymaktadır.

Bireysel meme kanseri risk algılamaları yapılan çalışmalarda, kadınların kendilerini %39,6 ile %9,1 aralığında yüksek riskli, %38,2 ile %29,2 aralığında düşük riskli, %21,9 ile %12,7 aralığında orta riskli olarak gördükleri saptanmıştır (Kim ve ark., 2008; Mermer, 2010; Açıkgöz & Ergör, 2013; Yüksel ve ark., 2017). Bu çalışmada önceki çalışma bulgularından farklı olarak yüksek risk algısının daha düşük düzeyde (%5) olduğuna ilişkin sonuç, hemşirelerin çoğunluğunun 18-28 yaş aralığında genç olması, kilo kontrolüne özen göstermeleri, erken menarj ve HRT görme oranlarının düşük olması gibi faktörlerle açıklanabilir.

Dişçigil ve ark. (2007) çalışmasında, kadınların KKMM yapanların (%67,2) %17,9'unun düzenli olarak her ay yaptığı, %42,7'sinin KMM yaptırdığı, %40,6'sının mamografi çektirdiği mamografi çektirenlerin %48,9'unun düzenli aralıklarla çektirdiği belirtilmiş; Gülten (2008) çalışmasında, kadınlarda KKMM yapma oranını %86,2 her ay düzenli KKMM yapma oranı %9,5; mamografi çektirme oranı ise %34,7 olarak bulmuştur. Fabrikada çalışan kadınlarda yapılan bir çalışmada, %23,4'ünün KKMM

yaptığı, %12,6'sının KMM yaptırdığı, 40 yaş ve üzerinde olan kadınların %4,8'inin son bir yıl içerisinde mamografi çektirdiği belirtilmiştir (Güney, 2009). Kadınlarda 2009 yılında yapılan çalışmada, %35'inin KKMM yaptığı, %22,9'unun her ay düzenli olarak KKMM yaptığı, %24'ünün KMM yaptırdığı, %14'ünün mamografi çektirdiği saptanmıştır (Koç ve Sağlam, 2009).

Mermer'in (2010) çalışmasında, kadınların %59,8'inin KKMM yaptığı, %30,6'sının her ay düzenli olarak KKMM yaptığı; %48,8'inin KMM yaptırdığı, %82,5'inin kontrol amaçlı KMM yaptırdığı, %17,5'inin memede ağrı ya da şüpheli kitle hissettikleri için KMM yaptırdığı; %53,7'sinin mamografi çektirdiği, %14,6'sının düzenli olarak 2 yılda 1 mamografi çektirdikleri belirtilmiş; daha sonra yapılan bir çalışmada benzer şekilde kadınların %55,9'unun mamografi çektirdiği; mamografi çektirenlerin %23,7'si düzenli olarak yılda bir kez, %16,4'ü düzenli olarak 2 yılda 1 kez çektirdiği belirtilmiştir (Açıkgöz ve ark., 2011).

Birinci derece yakın akrabalarında meme kanseri olan kadınlarda yapılan bir çalışmada %73,7'sinin KKMM yaptığı, %36,5'inin düzenli olarak her ay KKMM yaptığı, %33,3'ünün KMM yaptırdığı, %23,7'sinin düzenli olarak yılda bir kez KMM yaptırdığı, %44,9'unun mamografi çektirdiği, %6,4'ünün iki yılda bir düzenli olarak mamografi çektirdiği belirtilmiştir (Andıç, 2011). Khoshravesh ve ark. (2016) ailesinde meme kanseri olan 50 yaş ve üzeri kadınlarda yapmış olduğu çalışmada %22,1'inin KKMM yaptığı ve %8'inin düzenli olarak KKMM yaptığı, %22,3'ünün KMM yaptırdığı, tamamının (%100) mamografi çektirdiği, 5 yıl süren izlemde %1,7'sinin düzenli olarak mamografi çektirdiği belirlenmiştir.

Balcı'nın (2017) çalışmasında, kadınların %71,3'ünün KKMM yaptığı ve %11'inin düzenli olarak her ay bu uygulamayı yaptığı, %30,7'sinin KMM yaptırdığı, %19'u memesinde değişiklik gördüğünde hekime gittiği; %31,7'sinin memeye yönelik inceleme amacı ile mamografi, %33'ünün ultrasonografi, %4,7'sinin de meme biyopsisi yaptırdığı saptanmıştır. Aynı yıl Hindistan'ın kırsal kesiminde yaşayan kadınlarda yapılan çalışmada, sadece %18'inin KKMM yaptığı %5'inin ise KKMM'ni düzenli yaptığı belirtilmiştir (Kumarasamy ve ark., 2017).

Son yıllarda Çehreli ve ark. (2019) kadınlarda yapmış olduğu çalışmada, %47,7'sinin KKMM yaptığı, %30,3'ünün KMM yaptırdığı, %31'inin mamografi çektirdiği bulunmuş; aynı yıl yapılan diğer bir çalışmada, KKMM yapan (%50,6) kadınların %7,5'inin düzenli olarak yaptığı, KMM yaptırdığını belirten (%29,7)

kadınların bu muayeneyi %2,8'inin düzenli yaptırdığı, %43,1'inin mamografi çektirdiği, %9,4'ünün ise düzenli olarak çektirdiği saptanmıştır (Sadıç, 2019).

Canbulat'ın (2006) sağlık çalışanlarının meme kanseri, KKMM ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarını incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, %81,3'ünün KKMM yaptığı %21,9'unun her ay düzenli olarak yaptığı; %15'inin meme muayenesi için düzenli olarak hekime gittiği; %12,5'inin mamografi çektirdiği belirlenmiş; Karayurt ve ark. (2008) hemşirelerde yaptığı çalışmada ise her ay düzenli KKMM yapma oranı %32 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin meme kanseri ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmada, %60,2'sinin düzenli olarak KKMM yaptığı, %18,8'inin düzenli KMM yaptırdığı, %7,3'ünün düzenli mamografi çektirmiş olduğu saptanmıştır (Özdemir & Bilgili, 2010). Sağlık çalışanları ile yapılan diğer bir çalışmada da çoğunluğun (% 81,3) KKMM yaptığı, yapanların sadece % 27,3'ünün ayda bir veya adet döngüsü başına bir kez yaptığı, %24,8'sinin KMM yaptırdığı, %10,1'inin mamografi çektirdiği saptanmıştır (Akpınar ve ark., 2011).

Çalışan kadın sağlık profesyonellerinde yapılan çalışmada, %26,3'ünün KKMM yaptığı, %19,7' sinin her ay düzenli olarak KKMM yaptığı, %10,5'inin KMM yaptırdığı, %2,6'sının yılda bir kez %7,9'unun yılda en az iki kez KMM yaptırdığı, %13,2'sinin mamografi çektirdiği, %1,3' ünün yılda bir kez mamografi çektirdiği saptanmıştır (Gençtürk, 2013). Hemşireler de yapılan çalışmalardan Andsoy ve Gül (2014)'ün çalışmasında, %81'inin KKMM yaptığı yapanların %10,2'sinin düzenli olarak her ay yaptığı; diğerinde %76,7'sinin KKMM yaptığı düzenli olarak her ay uygulayan hemşirelerin %26 oranında olduğu, %25,8'inin KMM yaptırdığı, %2,5'inin mamografi çektirdiği (Koç ve ark., 2014) belirtilmiştir.

Konuyla ilgili son yıllarda meme kanseri tarama uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmış bir çalışmada, kadın sağlık çalışanların %98,75'inin KKMM yaptığı %35,9'unun düzenli olarak KKMM yaptığı; %79,4'ünün KMM yaptırdığı, bu muayeneyi %22,5'inin düzenli olarak yaptırdığı; %90'ının mamografi çektirdiği %1,9'unun bu uygulamayı düzenli yaptırdığı belirtilmiş (Madubogwu ve ark., 2017); diğer bir çalışmada kadın akademisyenlerin, %33,5'inin son 6 ayda meme kanseri taraması yaptırdığı, %41,5'inin düzenli KKMM yaptığı, %48,5'inin KMM yaptırdığı, %33,5'inin mamografi çektirdiği saptanmıştır (Kırag ve Kızılkaya, 2019). Yurt dışında kadın sağlık çalışanları arasında yapılmış olan çalışmada da %74,7'sinin KKMM yaptığı, %24,1'inin KMM yaptırdığı ve %18,7'inin mamografi çektirdiği bildirilmiştir (Heena ve ark., 2019).

Bu çalışmada hemşirelerin %52,2' sinin KKMM yaptığı; KKMM uygulayan hemşirelerin %33,8' inin ayda 1 kez uyguladığı %25,8' inin menstruasyondan sonra uyguladığı; %93,8' inin düzenli fizik muayene yaptırmadığı, %6,2' sinin yaptırdığı; hemşirelerin %43,3' ünün memesinde değişiklik gördüğünde hekime başvurduğu; %11,1'inin mamografi çektirdiği; %94,8'inin tarama programına katılmadığı, belirlendi (Tablo 3.5 ve Tablo 3.6). Bu çalışmada, hemşirelerin düzenli KKMM (ayda 1 kez), KMM, mamografi çektirme ve tarama programına katılma durumuna ilişkin elde edilen ve beklenenin altında olan sonuç, konuyla ilgili yukarıda yer alan çoğu çalışma sonucuna kısmen benzerlik gösterirken, daha iyi sonuçların alındığı, Madubogwu ve ark. (2017); Kırag & Kızılkaya (2019) ile Heena ve ark. (2019)'nın çalışma sonuçlarından ise farklı olduğu görülmektedir. Sonuç üzerinde örneklemi oluşturan hemşirelerin %81 gibi büyük çoğunluğunun 18-28 yaş gurubunda ve genç olmalarının nedeniyle kendilerini risk grubunda görmemelerinin etkili olduğu söylenebilir.

Meme kanseri gelişimini önlemeye yönelik, sağlıklı beslenme, normal BKİ' ni sürdürme, fiziksel aktivite, erken doğum yapma, emzirme, HRT yaptırmama, alkol ve sigara kullanmama vb. riski azaltabilen ya da en aza indirgeyebilen tutum ve davranışlardır (Akyolcu ve ark., 2019).

Yılmaz ve ark. (2010) kadınların %10,9'unun düzenli egzersiz yaptığı, %56,7'sinin sebze ve meyve ağırlıklı beslendiği, %74,1'inin beden kitle indeksinin normal olduğu saptanmış; Vidrine ve ark. (2013) çalışmasında ise kadınların %87,9'unun günde 3 porsiyondan az sebze ve meyve tükettiği, %68,5'inin haftada 150 dakikadan az egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

Meme kanseri olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapılmış çalışmada, kadınların tedavi sırasında ve tedaviden sonraki 6 ay boyunca %13-31 aralığında düzenli egzersiz yaptığı, %36-39 aralığında DSÖ'nün önerdiği 5 porsiyon meyve ve sebze kuralını uyguladığı, %52-61 aralığında kadının kilo kontrolüne özen gösterdikleri izlenmiştir (Denysschen ve ark., 2014). Hemşirelerin meme kanseri bilgilerini değerlendirmek amacıyla yapılmış çalışmada, %69'unun bazen egzersiz yaptığı %18,6'sının hiç egzersiz yapmadığı, %51,3'ünün meyve ve sebze ağırlıklı beslendiği, %48,7'sinin düşük lif yüksek protein ve yağlı beslendikleri bulunmuştur (Andsoy & Gül, 2014).

Brezilyalı sağlık profesyonellerinde yapılan çalışmada hemşirelerin, %45,5'inin günde 2-4 porsiyon meyve ve sebze tükettiği, %28,8'inin 5 porsiyon ve üzeri meyve ve

sebze tükettiği; %40,3'ünün düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır (Hidalgo ve ark., 2016). Kırag ve Kızılkaya'nın (2019) kadın akademisyenlerle yapmış olduğu çalışmada %60'ının bazen egzersiz yaptığı, %31,5'inin hiç egzersiz yapmadığı; %62'sinin normal kiloda olduğu, %53'ünün dengeli ve sağlıklı beslendiği; %64'ünün stres kontrolü yapabildiği bulunmuştur. Konuyla ilgili diğer bir çalışmada da, kadınların %32,3'ünün düzenli egzersiz yaptığı; %63,9'unun BKİ' sinin yüksek olduğu; %65,8'inin haftada 1-2 gün balık, %52,3'ünün kırmızı et, %81,3'ünün kuru baklagil tükettiği, sebze ve meyveleri her gün tüketenlerin sıklığı %95,5 ve %89 olduğu saptanmıştır (Çehreli ve ark., 2019).

Bu çalışmada hemşirelerin %42,6 sının bazen egzersiz yaptığı, %37,0'ının ise yapmadığı; %44,3'ünün beslenme şekline dikkat ettiği, beslenme şekline dikkat eden hemşirelerin %72,7'sinin dengeli/sağlıklı beslendiği %12,5'inin protein ağırlıklı beslendiği; %73,9'unun kilo kontrolüne özen gösterdiği, %27'sinin kilo kontrolüne özen göstermediği; kilo kontrolüne özen göstermeyen hemşirelerin %69,2'sinin neden olarak çalışma şekli ve ortamını (düzensiz ve uzun çalışma saatleri, gece nöbeti/ vardiya) neden olarak gösterdikleri; %62,3'ünün stresle baş edebildiğini belirttikleri, baş edemeyenlerin %76,5'inin iş yaşamını neden olarak gösterdikleri belirlendi (Tablo 3.6). Önceki çalışma sonuçlarına (Yılmaz ve ark., 2010; Denysschen ve ark., 2014; Hidalgo ve ark., 2016; Çehreli ve ark., 2019) kısmen benzerlik gösteren ve hemşirelerin sağlıklı ve dengeli beslendiğini, kilo kontrolü sağladığını ve stresle baş ettiklerini belirtenlerin çoğunlukta, kilo kontrolü ve stres yönetiminde çalışma koşullarının engel olduğunu belirtenlerin yaklaşık %25-%38 aralığında, fiziksel aktivite yapanların ise yarıya yakın bir oranda olduğuna ilişkin elde edilen çalışma sonucu, istenilen düzeyde olmasa da hemşirelerin sağlıklı yaşam şekline özen gösterdiklerini ancak çalışma koşullarının da iyileştirilmesi gerektiğini göstermesi açısından kayda değer bulundu.

4.4. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri (Yaş, Eğitim Durumu, Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme) İle Meme Kanseri Risk Grubunda Olma Durumunun, Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaş Gruplarına Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gülten'in (2008) kadınlarla yapmış olduğu çalışmada yaş durumu ile KKMM ve KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken, mamografi çektirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu; 50 yaş üzerindeki kadınların mamografi çektirme oranlarının, 50 yaş altındaki kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Güney'in (2009), kadınlarla yapmış olduğu çalışmada, 42 yaş ve üzeri kadınların KKMM uygulama, düzenli fizik muayeneye gitme oranlarının anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur; bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ancak mamografi çektirmede yaşın farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir çalışmada ise daha büyük yaş grubunda olanların KMM ve mamografi uygulama oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bununla birlikte daha genç yaşta ise KKMM yapma oranlarının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Banegas ve ark., 2012). Amasha'nın (2013) hemşirelerle olan çalışmasında da KKMM ile yaş özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Güzel ve Bayraktar'ın (2019) çalışmasında da kadınların yaşı ile meme kanseri erken tanısına yönelik uygulamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Açıkgöz ve ark., (2015) hastanede çalışan sağlık personeli olmayan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada, yaşın KKMM yapmayı etkilemediğini ancak 40 yaşın üzerinde KMM ve mamografi çektirenlerin 40 yaşın altındaki kadınlara oranlara anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada 18-28 yaş grubunda olanların, 29-39 yaş, 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerden KKMM' yi daha az uyguladıkları, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime daha az başvurdukları, daha az düzenli fizik muayeneye gittikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı. Bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarının ise 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerde, 18-28 ve 29-39 yaş grubunda olanlardan daha fazla olduğu; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 3.7). Örneklem grubunda 18-28 yaş genç hemşirelerin, erken tanıya yönelik uygulamaları (KKMM yapma, memede değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, düzenli fizik muayeneye gitme) 29yaş-40 yaş ve üzerindekilerden, anlamlı olarak daha az yaptığına ilişkin bulgu, Güney'in (2009) çalışma sonucuna benzerlik göstermekte; bu durum, genç hemşirelerin kendilerini risk grubunda görmediğini düşündürmektedir. 40 yaş ve üzerindeki hemşirelerin diğer yaş gruplarından bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarının anlamlı olarak fazla ve

önceki çalışma (Gülten, 2008; Açıkgöz ve ark., 2015) sonuçlarını destekleyen çalışma bulgusu, olması gereken ve beklenen bir durum olarak açıklanabilir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre meme kanseri risk hesaplaması yaptırma, meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasa da 29-39 yaş grubunda olanların daha fazla düzenli egzersiz yaptığı, beslenme şekline dikkat ettiği, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterdikleri ve stresle baş etmede daha başarılı oldukları; 40 yaş ve üzeri hemşirelerin ise diğer yaş gruplarından daha fazla tarama programlarına katıldıkları saptandı ($p>0.05$) (Tablo 3.7).

Eğitim Düzeylerine Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Alınan Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Dişligil ve ark. (2007) ve Yılmazel'in (2013) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitim düzeyi düşük olanlara göre KKMM uygulama oranları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Dişligil'in çalışmasında eğitim düzeyi ile KMM ve mamografi anlamlı şekilde ilişkilendirilememiştir. Nijerya'da yapılan farklı bir çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeyinin tarama yöntemlerini uygulamalarını etkilemediği saptanmıştır. (Odusanya & Tayo, 2001). Gülten'in (2008) ve Açıkgöz ve ark. (2015) çalışmalarında da eğitim durumu ile KKMM, KMM ve mamografi çektirme arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı saptanmıştır. Diğer yapılan çalışmalarda ise (Banegas ve ark., 2012; Güzel & Bayraktar, 2019) eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, KKMM, KMM ve mamografi uygulama oranlarının eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu anlamlı bulunmuştur.

Bu çalışmada sağlık meslek lisesi mezunlarının, ön lisans, lisans ve üzeri eğitim alanlardan KKMM uygulama oranlarının daha düşük olduğu; gözlenen farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 3.8). Önceki çalışma (Dişligil ve ark., 2007; Banegas ve ark., 2012; Yılmazel, 2013; Güzel & Bayraktar, 2019) sonuçlarına benzerlik gösteren sonuç, eğitimin bireylerin farkındalık düzeylerini olumlu yönde etkilediğini gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarında, lisans ve üzeri mezunlardan düşük; ön lisans mezunlarında da sağlık meslek lisesi mezunlarından

daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3.8). Sonuç, her ne kadar eğitimin bilinçli ve duyarlı tutum almada etkili olduğunu gösterse de, bireysel, sosyal ve eğitim kurumlarındaki farklılıkların da etkili olabildiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile meme kanseri risk hesaplaması yaptırması, meme kanseri risk hesaplaması sonucu risk durumu, düzenli fizik muayeneye gitme, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.8). Sonuç, konu ile ilgili önceki çalışma (Odusanya & Tayo, 2001; Dişligil ve ark., 2007; Gülten, 2008; Açıkgöz ve ark., 2015) sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Meme Kanseri Hastasına Bakım Verme Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin meme kanseri hastasına bakım verme durumuna göre meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; meme kanserli hastaya bakım veren hemşirelerde; meme kanseri risk hesaplaması yaptıranların ve beslenmesine dikkat edenlerin oranının, bakım vermeyen hemşirelerden daha yüksek olduğu; aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3.9).

Sonuç, iki parametre ile sınırlı olsa da meme kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin hiç değilse sadece meme kanseri gelişiminde değil diğer sağlık sorunlarının oluşumunda da önemli olan beslenme konusunda duyarlı olduklarını ve meme kanseri riski taşıyıp taşımadıklarına dair önlem aldıklarını göstermesi açısından sevindiricidir.

KKMM' yi uygulama, düzenli fizik muayeneye gitme, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, düzenli egzersiz yapma, kilo kontrolünü sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 3.9).

4.5. Hemşirelerin Riskli Grupta Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Hemşirelerin Yakın Akrabada Meme Kanseri Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Güçlü bir aile öyküsü olan veya genetik yatkınlığı olan 25 yaş ve üzeri kadınlar için, ailedeki en genç meme kanseri teşhisinden beş ile on yıl önce başlayan yıllık mamografileri dikkate alınması gerektiği, aynı zamanda yüksek riskli kadınlarda MRI gibi ek görüntüleme yöntemleri de önerilmektedir. 6 ile 12 aylık aralıklarla KMM ve KKMM de periyodik bir şekilde yapılması gerekmektedir (Payne, 2007).

Amasha'nın (2013) hemşirelerle yaptığı çalışmada KKMM ile ailede meme kanseri öyküsü arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığını gösterilmiştir. Gençtürk'ün (2013) kadın sağlık profesyonelleri ile Açıkgöz ve arkadaşlarının (2015) kadınlarla yapmış olduğu çalışmada da ailede meme kanseri öyküsü olma durumu ile KKMM, KMM ve mamografi uygulama durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, Farklı bir çalışmada ise mamografi çektirme durumunda ailesinde meme kanseri öyküsü olanların daha duyarlı olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu fakat KKMM ile KMM uygulamaları için aynı durumun geçerli olmadığı görülmektedir (Dişligil ve ark., 2007).

Bu çalışmada, yakın akrabasında meme kanseri olan hemşirelerin, memede bir değişiklik gördüğünde hekime başvurma oranlarının, yakın akrabasında meme kanseri olmayanlardan, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0.05$); KKMM'ni uygulama oranlarında ise yakın akrabasında meme kanseri olanların oranında sayısal olarak gözlenen farklılığın istatiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), bulundu (Tablo 3.10). Ailesinde meme kanseri olan hemşirelerin memelerinde bir değişiklik gördüklerinde hekime başvurma oranlarının anlamlı derecede yüksek olması, beklenen ve olması bir gereken bir durum olarak değerlendirildi. Sayısal olarak fazla olan ancak anlamlı olmayan KKMM ile ilgili bulgu ise önceki çalışma bulgularını (Amasha, 2013; Gençtürk, 2013; Açıkgöz ve ark., 2015) desteklemektedir.

Hemşirelerin yakın akrabada meme kanseri olma durumuna göre düzenli fizik muayeneye gitme, düzenli egzersiz yapma, beslenme şekline dikkat etme, kilo kontrolünü

sağlamaya özen gösterme, tarama programlarına katılma, bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme ve stres ile baş etmekte başarılı olma oranları istatistiksel olarak farklı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.10). Anlamlı farklılığın saptanmadığı bu sonuçlar, önceki çalışma sonuçlarına (Amasha, 2013; Gençtürk, 2013; Açıkgöz ve ark., 2015) benzerlik göstermekle birlikte hemşirelerin sağlıkla ilgili bir mesleğin üyesi ve risk grubunda olmaları nedeniyle kendi sağlıklarına yönelik daha duyarlı olmaları ve özenli davranmaları gerektiğine ilişkin beklentimizin dışındadır.

Hemşirelerin Hormon Replasman Tedavisi Alma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hormonal kontraseptifler ve menopoz sonrası HRT alma durumu, koroner kalp hastalığı, osteoporoz ve olası bilişsel gerileme veya demansa karşı koruma sağlasa da, artan meme kanseri riski ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Amadou ve ark., 2013; Dietrich ve ark., 2014). Menopoz sonrası HRT'nin meme dokusunda neden olduğu artışın gecikmiş meme kanseri tanısına da yol açabildiği, tarama mamografisinin hassasiyetini azalttığı belirtilmektedir (Caan ve ark., 2008; Dietrich ve ark., 2014). Chlebowski ve ark. (2009) menopoz sonrası kadınlarda yapmış olduğu çalışmanın ilk 2 yılında östrojen artı progestin alan grupta plasebo grubuna göre daha az meme kanseri tanısı olduğu, ancak 5,6 yıl müdahale süresi boyunca tanı sayısının arttığı, benzer sıklıkta mamografi yapmalarına rağmen her iki gruba da ilaç almayı bıraktırdıklarında; plasebo grubuna kıyasla menopoz hormonu alan grupta başlangıçta iki kat daha yüksek olan riskin, yaklaşık 2 yılda azaldığı görülmüştür. Bununla birlikte HRT alımında, yıldan yıla azalmaya bağlı olarak insidansın azaldığı da görülmüştür. Bir başka çalışmada menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda serum östrojen düzeylerini azaltmak için; yağlı beslenmeyi azaltarak kilo kontrolünün sağlanması ve düzenli egzersiz yapılmasının meme kanseri riskini azaltacağı bildirilmektedir (Ghavami, 2015).

Bu çalışmada, HRT olan hemşirelerin KKMM yapma oranının, HRT olmayan hemşirelerden, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). HRT olma durumu ile diğer korunma önlemleri arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 3.11). Tek bir korunma önleminde anlamlı farklılık görüldüğüne ilişkin elde edilen bu çalışma bulgusu, literatür ve çalışma sonuçlarını destekleyici ancak çok

sayıda yapılması gereken korunma önlemleri dikkate alındığında, yetersiz bir uygulama olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin Selim Meme Hastalığı Olma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gençay'ın (2007) hasta ve sağlık çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada, bening meme hastalığı olanların KMM yaptırma, ultrason/ mamografi çektirme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, selim meme hastalığı olan hemşirelerde memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, tarama programlarına katılma ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarında gözlenen farklılığın, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Diğer korunma önlemlerinde anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.12). Gençay' ın (2007) çalışma sonuçlarına benzerlik gösteren ve memesinde selimde olsa bir kitle olan hemşireleri daha duyarlı davrandıklarını gösteren çalışma bulguları, olması gereken ve olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde ve D vitamini ile meme kanserinin ilişkisinin incelendiği çalışmalarda D vitamininin meme kanseri riskini azaltabileceği ve koruyucu bir rolü olduğu; eksikliğinde ise meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (Koli & Keski, 2000; Ooi ve ark., 2010; Akyolcu, 2018; Akyolcu ve ark., 2019).

Akyolcu ve ark. (2019) makalesinde yer verdikleri farklı iki çalışmadan birinde meme kanseri tanısı konulan hastaların, serum vitamin D düzeylerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu ve vitamin D konsantrasyonu 20 ng/mL'den düşük olan bireylerde meme kanseri riskinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiş; diğer metaanaliz çalışmasında ise yüksek serum D vitamini düzeyinin, meme kanserinde mortaliteyi azalttığı ve meme kanseri olan tüm hastalarda serum D vitamini düzeyinin 30-80ng/ml arasında olması gerektiği vurgulanmıştır.

Bu çalışmada D vitamini düzeyi düşük olan hemşirelerin beslenme şekline dikkat etmeme oranlarının daha yüksek, farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$) saptandı (Tablo 3.13).

Hemşirelerin Gece Çalışma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, gece vardiyasında çalışma ile meme kanseri arasında bir ilişki olduğu; gece çalışanların, alkol kullanan ve geç doğum yapan grupla aynı risk derecesine sahip olduğu vurgulanmıştır (Akyolcu ve ark., 2019).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2007 yılında vardiyalı çalışmayı sirkadiyen ritmi bozduğu için olası bir kanserojen olduğunu ilan etmiştir. Wegrzyn ve ark. (2017) Hemşirelerin sağlık çalışmaları adlı 2 kohort çalışmayı incelemiş ve uzun süreli dönüşümlü gece vardiyasında çalışmanın, özellikle genç yetişkinlik döneminde vardiyalı çalışma yapan kadınlar arasında, daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir. Danimarka İş Kazaları Kurulu 2007-2011 yılları arasında olan meme kanseri vakalarına gece vardiyasına bağlı meslek hastalığı olarak nitelendirmiş ve işverenler çoğunluğu hekim, hemşire ve hemşire yardımcıları olmak üzere tazminat ödemişlerdir (Davas, 2015).

Bu çalışmada gece çalışmayan hemşirelerde KKMM uygulama, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma ve beslenme şekline dikkat etme oranlarının gece çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 3.14). Sonuç, vardiyalı çalışmanın yaşam tarzı özelliklerini etkileyerek, düzensiz beslenme, fiziksel aktivitede azalma ve dışarıda geçirilen zamanın azalmasıyla ilişkilendiren Dietrich ve ark. (2014) görüşünü doğrulayıcı özellik göstermektedir.

Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Yaptırma Durumuna Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada meme kanseri risk hesaplaması yaptıran hemşirelerle yaptırmayanlar karşılaştırıldığında; yaptıranlarda KKMM yapma (%90,5) ve memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının (%76.2) daha yüksek olduğu; meme kanseri risk hesaplaması yaptırmayanlarda ise düzenli fizik muayeneye gitmeme

(%94.8), tarama programlarına katılmama (%97.0) ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirmeme oranlarının (%91.0) risk hesaplaması yaptıran hemşirelerden daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$); diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) saptandı (Tablo 3.15). Risk taraması yaptıran hemşirelerin KKMM yapma ve memede bir değişiklik gördüğünde hekime başvurmaları, bu konuda kısmen de olsa duyarlı olduklarının bir göstergesidir. Risk hesaplaması yaptırmayanlardan elde edilen bulgular ise, bu konuda duyarsız olduklarına ilişkin önemli bir eksikliği göstermesi açısından kayda değer bulundu.

Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Hesaplaması Sonrası Risk Düzeylerine Göre Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Aldıkları Önlemler Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, hemşirelerin meme kanseri risk hesaplaması sonrası sadece risk düzeyi düşük olanlarda stresle baş edenlerin oranı yüksek iken, orta derecede riskli olanlarda, stres ile baş etmekte başarılı olmayanların oranlarının daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Diğer korunma önlemlerinde anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3.16).

5. SONUÇ

Hemşirelerin meme kanseri riskine ilişkin farkındalıklarını ve meme kanseri riskine yönelik aldıkları önlemleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışma sonucunda;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin %89,6'sının meme kanserine ilişkin bilgisi olduğu, bilgisi olan hemşirelerin %36,7'sinin bu bilgiyi hizmet içi eğitim programlarından aldığı; hemşirelerin %24,6'sının meme kanseri ile ilgili bilimsel bir toplantı ya da eğitim programına katıldığı, bu kapsamda hemşirelerin %62'sinin meme kanseri farkındalık eğitime katıldığı; hemşirelerin %71,3'ünün KKMM eğitimi aldığı, hemşirelerin %57,3'ünün bu eğitimi örgün eğitimde aldığı,

- Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine ilişkin yanıtlarının dağılımlarına bakıldığında; %79,6'sının yakın akrabada kanser olması (Anne, kardeş, teyze, kız, hala); %76,5'inin sigara kullanımı olması; %72,7'sinin diğer memede kanser olması; %63'nün ileri yaş (65 yaş üzeri); %59,5'inin hareketsiz yaşam; %57,4'ünün alkol kullanımı olması; %52,2'sinin hiç doğum yapmama; %52,2'sinin çocuğunu emzirmeme; %51,6'sının selim meme hastalığı (epitelyal hiperplazi papillom) olması; %49,5'inin hormon replasman tedavisi (doğum kontrolü/menopoz); %48,1'inin daha önce toraks bölgesinde radyoterapi uygulanması; %42,6'sının d vitamini düzeyinin düşük olması; %36'sının gece çalışma olması; %33,2 'sinin geç menopoz; %32,2'sinin ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurma; %26'sının erken menarj (11 yaşından önce) olmanın risk faktörlerinden olduğunu belirterek doğru yanıt verdiği;

- Hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerinden kendilerinde var olma durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımlarına bakıldığında; %69,2'sinin gece vardiyasında çalıştığı (gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %59'unun 1-5 yıldır / haftada 12-48 saat arasında gece çalıştığı belirlendi); %46'sının sigara kullandığı (Sigara kullanan hemşirelerin %51,9' unun günde 0-10 adet arasında kullandığı belirlendi); %35,6'sının 29 yaş üzerinde olup hiç doğum yapmadığı; %26,3'ünün D vitaminin düşük olduğu; %24,2'sinin alkol kullandığı (alkol kullanan hemşirelerin %62,9'u ayda 0-2 defa kullanmakta); %10,7'sinin yakın

akrabada kanser öyküsü olduğu (yakın akrabasında meme kanseri olan hemşirelerin %32,3'ünün teyzesinde %12,9'unun annesinde olduğu belirlendi); %6,2'sinin HRT gördüğü; doğum yapan 31 kadından %9,7'sinin çocuğunu emzirmediği; %3,8'inin selim meme hastalığı (Epitelyal Hiperplazi Papillom) olduğu; %3,1'inin yaşamının hareketsiz olduğu; %2,1'inin erken menarj olduğu; %1,4'ünün daha önce toraks bölgesinde radyoterapi uygulandığı; %1'inin diğer memede kanser olduğu; %0,7'sinin ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurduğunu ifade ettiği,

- Hemşirelerin meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlere ilişkin sorulara verdikleri yanıtlara bakıldığında; %7,3'ünün meme kanseri risk hesaplaması yaptırdığı, risk hesaplaması yaptıran hemşirelerin %66,7'sinin düşük riskte olduğu, kendilerini meme kanseri açısından %34,9' unun riskli bulduğu, riskli bulan hemşirelerin %50,5'inin orta düzeyde riskli bulduklarını,

  %52,2'sinin KKMM uyguladığı, KKMM uygulayan hemşirelerin %33,8'inin ayda 1 kez uyguladığı; %25,8'inin menstruasyondan sonra uyguladığı; %6,2'sinin düzenli fizik muayene yaptırdığı; %43,3'ünün memelerinde değişiklik gördüklerinde hekime başvurduğu; %20,4'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %44,3'ünün beslenme şekline dikkat ettiği, %27'sinin kilo kontrolüne özen göstermediği, kilo kontrolüne özen göstermeyen hemşirelerin nedenlerine bakıldığında %69,2'sinin çalışma şekli ve ortamı (düzensiz ve uzun çalışma saatleri, gece nöbeti/vardiya) olarak ifade ettiği; %37,4'ünün stresle baş etmede güçlük yaşadığı, stresle baş etmede güçlük çekme nedenlerinin %72,2'sinin iş hayatı neden gösterdiği, %5,2'sinin tarama programlarına katıldığı, %11,1'inin mamografi çektirdiği, mamografi çektirenlerin %40,6'sının kontrol amaçlı bu işlemi yaptırdığı,

- Hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri ile meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; **yaş grupları temel alındığında,** 18-28 yaş grubunda olanların, 29-39 yaş, 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerden KKMM' yi daha az uyguladıkları, daha az düzenli fizik muayeneye gittikleri ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$); bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranları ise 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerde, 18-28 ve 29-39 yaş grubunda olanlardan anlamlı derecede daha

fazla olduğu (p<0,05); **eğitim düzeylerine göre;** sağlık meslek lisesi mezunlarının, ön lisans, lisans ve üzeri eğitim alanlardan KKMM uygulama oranlarının daha düşük olduğu; gözlenen farkın istatistiksel açıdan da anlamlı olduğu (p<0,05); memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının ise ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarında, lisans ve üzeri mezunlardan düşük; ön lisans mezunlarında da sağlık meslek lisesi mezunlarından daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0.05); **meme kanseri hastasına bakım verme durumuna göre** meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemler karşılaştırıldığında; meme kanserli hastaya bakım verenlerde, meme kanseri risk hesaplaması yaptırma ve beslenmesine dikkat edenlerin oranının daha yüksek olduğu; aralarındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,05),

- Risk gurubunda olan hemşirelerden, yakın akrabasında meme kanseri olanlarda, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının (%64,5), yakın akrabasında meme kanseri olmayanlardan, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0,05); hormon replasman tedavisi (HRT) olan hemşirelerin KKMM yapma oranının (%88,8), HRT olmayan hemşirelerden, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0,05); selim meme hastalığı olan hemşirelerde, memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma, tarama programlarına katılma ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirme oranlarında gözlenen farklılığın, istatistiksel olarak da anlamlı olduğu (p<0,05); D vitamini düzeyi düşük olan hemşirelerin beslenme şekline dikkat etmeyenlerin oranının (%65,8) daha yüksek olduğu, aradaki farkın anlamlı olduğu (p<0.05), gece çalışmayan hemşirelerde KKMM uygulama (%68,5), memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma (%60,5) ve beslenme şekline dikkat etme oranlarının (%56,2) gece çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0.05), Meme kanseri risk hesaplaması yaptıran hemşirelerde KKMM yapma (%90,5) ve memede bir değişiklik görüldüğünde hekime başvurma oranlarının (%76,2) daha yüksek olduğu; meme kanseri risk hesaplaması yaptırmayanlarda ise düzenli fizik muayeneye gitmeme (%94,8), tarama programlarına katılmama (%97,0) ve bireysel meme ultrasonu ya da mamografi çektirmeme oranlarının (%91,0) risk hesaplaması yaptıran

hemşirelerden daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$); hemşirelerin meme kanseri risk hesaplaması sonrası risk düzeyi düşük olanlarda stresle baş edenlerin oranı yüksek (%78,6) iken, orta derecede riskli olanlarda, stres ile baş etmekte başarılı olmayanların oranlarının (%85,7) daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sonuç olarak; hemşirelerin meme kanseri riskine yönelik bilgisinin kısmen yeterli olduğu, farkındalıklarının ve meme kanserinden korunmaya yönelik aldıkları önlemlerin beklenen ve istenilen düzeyde olmadığı saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Meme kanserinden korunma, erken tanı, tedavi ve bakım girişimlerinde anahtar rol üstlenen hemşirelerin konuya ilişkin bilgi ve farkındalıklarını arttırmaya yönelik;

- Meme kanseri risk faktörleri, risk hesaplaması, koruyucu önlemler ve erken tanı ile ilgili bilgi ve deneyimlerin geliştirmeye ve farkındalıklarını arttırmaya yönelik örgün eğitim dışında düzenli ve belirli aralıklarla güncel bilgilerin paylaşıldığı, hizmet içi eğitim programları, bilimsel toplantılara (sempozyum, kurs v.d.) katılımlarının sağlanması bu konuda yönlendirilmesi, hemşirelerin bu programlarda aktif rol alması,
- Meme kanserinin özellikle kadınlarda büyük bir sıklıkla görülmesi ve bu çalışmada da olduğu gibi, hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması dikkate alındığında, ülke genelinde var olan meme kanseri tarama programlarının (KETEM) daha da yaygınlaştırılması ve bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi, katılım koşullarının iyileştirilmesi ve risk gruplarında olan kadınların düzenli kontrolünü sağlayacak düzenlemelerin ve yaptırımların hayata geçirilmesi,
- Özellikle risk grubunda olan hemşirelerin, meme kanserine yönelik aldıkları koruyucu önlemlere ilişkin çok fazla çalışma bulunmaması nedeniyle, hemşirelerin bu konuya dikkatlerini çekme ve eksikliklerini saptamaya yönelik daha fazla çalışma yapılması, önerilebilir.

Kaynakça

Açıkgöz, A. (2010). Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Açıkgöz, A., & Ergör, G. (2013). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Algısını Etkileyen Etmenler Ve Gaıl Modeli İle Risk Düzeyinin Karşılaştırılması. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 9(3), 156-162.

Açıkgöz, A., & Yıldız, E. A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(1), 45-56.

Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2011). Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(3), 145-154.

Açıkgöz, A., Çehreli, R., & Ellidokuz, H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 11(1), 31-38.

Ades, F., Tryfonidis, K., & Zardavas, D. (2017). The Past and Future of Breast Cancer Treatment-From The Papyrus to İndividualised Treatment Approaches. Ecancermedicalscience, 11, 746. doi:10.3332/ecancer.2017.746

Advani, P., & Moreno-Aspitia, A. (2014). Current strategies for the prevention of breast cancer. Breast Cancer: Targets and Therapy, 6, 59.

Ahmed, A., Zahid, I., Ladiwala, Z., Sheikh, R., & Memon, A. S. (2018). Breast Self-Examination Awareness and Practices İn Young Women İn Developing Countries: A Survey of Female Students İn Karachi, Pakistan. Journal of Education and Health Promotion, 7, 90. Https://Doi.Org/10.4103/Jehp.Jehp_147_17

Akova, İ., Hasdemir, Ö., & Türkoğlu, H. (2019). Bir İlde 40-69 Yaş Kadınlarda Meme Kanseri Taramalarının Değerlendirilmesi Evaluation of Screening for Breast Cancer in Women of Age 40-69 in a Province. Bozok Tıp Dergisi, 9(1), 89-92.

Akpınar, Y. Y., Baykan, Z., Naçar, M., Gün, İ., & Çetinkaya, F. (2011). Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. Asian Pac J Cancer Prev, 12(11), 3063-3068.

Akyolcu N., Özhanlı Y., Kandemir D., (2019). Recent Developments in Breast Cancer. Journal of Health Science and Profession, 6(3), 583-94.

Akyolcu, N., & Uğraş, G. A. (2011). Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli? Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 7(1), 10-14.

Akyolcu, N., (2018). Memenin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. İçinde G. Aksoy (Ed.), N. Akyolcu (Ed.), N. Kanan (Ed.), Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri, ss. 327-379.

Al-Amri A. M. (2005). Prevention of breast cancer. Journal of family & community medicine, 12(2), 71–74.

Amadou, A., Fabre, A., Torres-Mejía, G., Ortega-Olvera, C., Angeles-Llerenas, A., McKenzie, F., ... & Romieu, I. (2013). Hormonal therapy and risk of breast cancer in Mexican women. PloS one, 8(11), e79695.

Amasha, H. A. R. (2013). Breast self-examination and risk factors of breast cancer: Awareness of Jordanian nurses. Health science journal, 7(3), 303-314.

American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2019. Erişim Tarihi, 29.11.2019 http://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf

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(1), 33.

Andıç, S. (2011). Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Andsoy, I. I., & Gul, A. (2014). Breast, cervix and colorectal cancer knowledge among nurses in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev, 15(5), 2267-2272.

Arslan, E., Özçelik, F., & Demirbaş, Ş. (2013). Obezite İle İlişkili Kanser Türleri. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 7(3), 176-184.

Aslan, F. E., & Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi, 3, 63-68.

Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S., & Kapan, S. (2013). Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi, 9, 176-182.

Balcı, H.D. (2017). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Değerlendirme Araştırması. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

Banegas, M. P., Bird, Y., Moraros, J., King, S., Prapsiri, S., & Thompson, B. (2012). Breast cancer knowledge, attitudes, and early detection practices in United States-Mexico border Latinas. Journal of Women's Health, 21(1), 101-107.

Bilal, S. (2012). Doğurganlık Ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Ve Jinekolojik Kanserlerden Korunma Davranışları İle İlişkisi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Caan, B., Habel, L., Quesenberry, C., Kushi, L., & Herrinton, L. (2008). Re: Declines in invasive breast cancer and use of postmenopausal hormone therapy in a screening mammography population. Journal of the National Cancer Institute, 100(8), 597-598.

Canbulat, N. (2006). Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mammografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Chlebowski, R. T., Kuller, L. H., Prentice, R. L., Stefanick, M. L., Manson, J. E., Gass, M., Aragaki, A. K., Ockene, J. K., Lane, D. S., Sarto, G. E., Rajkovic, A., Schenken, R., Hendrix, S. L., Ravdin, P. M., Rohan, T. E., Yasmeen, S., Anderson, G., & WHI Investigators (2009). Breast cancer after use of estrogen plus progestin in postmenopausal women. The New England journal of medicine, 360(6), 573–587.

Çehreli, R., Açıkgöz, A., & Ellidokuz, H. (2019). Kadınların Meme Kanseri Bilgisinin Beslenme Durumu ve Yaşam Biçimlerine Olan Etkisinin Risk Analizi ile İncelenmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 47(3), 56-66.

Dauchy, R. T., Xiang, S., Mao, L., Brimer, S., Wren, M. A., Yuan, L., ... & Blask, D. E. (2014). Circadian and melatonin disruption by exposure to light at night drives intrinsic resistance to tamoxifen therapy in breast cancer. Cancer research, 74(15), 4099-4110.

Davas, A. (2015). Kadın Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilebilir Mi? Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), 15(57).

Denysschen, C., Brown, J. K., Baker, M., Wilding, G., Tetewsky, S., Cho, M. H., & Dodd, M. J. (2015). Healthy lifestyle behaviors of breast cancer survivors. Clinical nursing research, 24(5), 504-525.

Dieterich, M., Stubert, J., Reimer, T., Erickson, N., & Berling, A. (2014). Influence of lifestyle factors on breast cancer risk. Breast care (Basel, Switzerland), 9(6), 407–414

Dieterich, M., Stubert, J., Reimer, T., Erickson, N., & Berling, A. (2014). Influence of lifestyle factors on breast cancer risk. Breast care, 9(6), 407-414.

Dinçel, O., Başak, F., Pektaş, B., & Kınacı, E. (2014). Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. J Kartal TR, 25(3), 181-186.

Dişcigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., & Söylemez, A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal, 20(1), 29-36.

Durmuş, T. (2010). Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi Ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Eliassen, A. H., Hankinson, S. E., Rosner, B., Holmes, M. D., & Willett, W. C. (2010). Physical activity and risk of breast cancer among postmenopausal women. Archives of internal medicine, 170(19), 1758-1764.

Erdal, S. (2018). Çalışan Kadınlara Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Ve Sağlık Okuryazarlığının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karabük.

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.

Eroğlu, C., Eryilmaz, M. A., Civcik, S., & Gurbuz, Z. (2010). Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararasi Hematoloji Onkoloji Dergisi, 20(2), 27-33.

Ferrini, K., Ghelfi, F., Mannucci, R., & Titta, L. (2015). Lifestyle, nutrition and breast cancer: facts and presumptions for consideration. Ecancermedicalscience, 9. DOI: 10.3332/ecancer.2015.557

Fotedar, V., Fotedar, S., Thakur, P., Vats, S., Negi, A., & Chanderkant, L. (2019). Knowledge of breast cancer risk factors and methods for its early detection among the

primary health-care workers in Shimla, Himachal Pradesh. Journal of education and health promotion, 8, 265. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_234_19

Garip, M. (2008). Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler Ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul

Gençay, T. (2007). Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Gençtürk, N. (2007). Meme kanserinde korunma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4), 72-82.

Gençtürk, N. (2013). Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 9(1), 5-9.

Ghavami, H. (2015). Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Tarzı Müdahalelerinin Fiziksel Ve Psikolojik Sağlık Durumu Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Goldvaser, H., Gal, O., Rizel, S., Hendler, D., Neiman, V., Shochat, T., Sulkes, A., Brenner, B., & Yerushalmi, R. (2017). The association between smoking and breast cancer characteristics and outcome. BMC cancer, 17(1), 624.

Güllüoğlu, B. M. (2008). Approach to common breast diseases: risk evaluation and screening strategies for breast cancer. Turkish Journal of Family Practice, 12(1), 9-17.

Gülten, N. (2008). İzmir Balçova Bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Güney, E. (2009). İzmir'de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Gürsoy, A. A., Erdöl, H., & Okuyan, M. (2006). Lenfödem. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(4), 82-90.

Güven, E. (2019). Meme Kanseri Tanısı Alan Kadınlarda Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

Güzel, N., & Bayraktar, N. (2019). Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing, 6(2), 101-110.

Hansen, J. (2017). RE: Night shift work and breast cancer incidence: three prospective studies and meta-analysis of published studies. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 109(4).

Hansen, J., & Stevens, R. G. (2012). Case–control study of shift-work and breast cancer risk in Danish nurses: impact of shift systems. European journal of cancer, 48(11), 1722-1729.

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.

Hiatt, R. A., & Brody, J. G. (2018). Environmental determinants of breast cancer. Annual review of public health, 39, 113-133.

Hidalgo, K. D., Mielke, G. I., Parra, D. C., Lobelo, F., Simões, E. J., Gomes, G. O., ... & Pratt, M. (2016). Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health, 16(1), 1114.

Holmes, M. D., & Willett, W. C. (2004). Does diet affect breast cancer risk? Breast cancer research: BCR, 6(4), 170–178.

Husby, A., Wohlfahrt, J., Øyen, N., & Melbye, M. (2018). Pregnancy duration and breast cancer risk. Nature communications, 9(1), 1-7.

IARC (The International Agency for Research on Cancer) 2018. Erişim Tarihi, 29.11.2019 http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf

Jayant S. Vaidya, Re: Declines in Invasive Breast Cancer and Use of Postmenopausal Hormone Therapy in a Screening Mammography Population, JNCI: Journal of the National Cancer Institute, Volume 100, Issue 8, 16 April 2008, Pages 598–599.

Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan, K., Miotła, P., & Starosławska, E. (2015). Breast cancer risk factors. Przeglad menopauzalny= Menopause review, 14(3), 196.

Kanstrup, C., Teilum, D., Rejnmark, L., Bigaard, J. V., Eiken, P., Kroman, N., ... & Mejdahl, M. K. (2020). 25-Hydroxyvitamin D at time of breast cancer diagnosis and breast cancer survival. Breast Cancer Research and Treatment, 179(3), 699-708.

Kapıcıbaşı, E.A. (2016). Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık İnançları. Doktor Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kocaeli.

Karayurt, Ö., Coşkun, A., & Cerit, K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 4(1), 15-20.

Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., Şahin, A. D. (2017) Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 17(1), 73-83.

Khan, E., Khalıd, A. B., Anwar, A., & Safeer, N. (2019). Knowledge Attitude and Practice Regarding Screening of Breast Cancer Among Women in Karachi, Pakistan. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 301-314.

Khoshravesh, S., Taymoori, P., & Roshani, D. (2016). Evaluation of the relationship between family history of breast cancer and risk perception and impacts on repetition of mammography. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(S3), 135-141.

Kim, S. E., Pérez-Stable, E. J., Wong, S., Gregorich, S., Sawaya, G. F., Walsh, J. M., & Kaplan, C. P. (2008). Association between cancer risk perception and screening behavior among diverse women. Archives of internal medicine, 168(7), 728-734.

Kirag, 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

Knutsson, A., Alfredsson, L., Karlsson, B., Åkerstedt, T., Fransson, E. I., Westerholm, P., & Westerlund, H. (2013). Breast cancer among shift workers: results of the WOLF longitudinal cohort study. Scandinavian journal of work, environment & health, 170-177.

Koç, Z., & Sağlam, Z. (2009). Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi, 5(1), 25-33.

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 Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health, 10(3), 166-173.

Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A., & Yalçın, B. (2011). Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensüs Raporu. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 7(2).

Koli, K., & Keski-Oja, J. (2000). 1aa, 25-Dihydroxyvitamin D3 and its analogues down-regulate cell invasion-associated proteases in cultured malignant cells. Cell Growth and Differentiation-Publication American Association for Cancer Research, 11(4), 221.

Kotepui M. (2016). Diet and risk of breast cancer. Contemporary oncology (Poznan, Poland), 20(1), 13–19.

Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 4:185-188.

Kullberg, C., Selander, J., Albin, M., Borgquist, S., Manjer, J., & Gustavsson, P. (2017). Female white-collar workers remain at higher risk of breast cancer after adjustments for individual risk factors related to reproduction and lifestyle. Occupational and environmental medicine, 74(9), 652-658.

Kumarasamy, H., Veerakumar, A. M., Subhathra, S., Suga, Y., & Murugaraj, R. (2017). Determinants of awareness and practice of breast self examination among rural women in Trichy, Tamil Nadu. Journal of mid-life health, 8(2), 84-88.

Lakhtakia, R. (2014). A Brief History of Breast Cancer: Part I: Surgical Domination Reinvented. Sultan Qaboos University Medical Journal, 14(2), E166–E169.

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.

Martin, L. J., Melnichouk, O., Guo, H., Chiarelli, A. M., Hislop, T. G., Yaffe, M. J., ... & Boyd, N. F. (2010). Family history, mammographic density, and risk of breast cancer. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 19(2), 456-463.

Mermer, G. (2010). Kemalpasa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

Metcalfe, K. A. (2004). Prophylactic bilateral mastectomy for breast cancer prevention. Journal of Women's Health, 13(7), 822-829.

Meyer, S. B., Foley, K., Olver, I., Ward, P. R., McNaughton, D., Mwanri, L., & Miller, E. R. (2019). Alcohol and breast cancer risk: Middle-aged women's logic and recommendations for reducing consumption in Australia. PloS one, 14(2), 1-20.

Muratdağı, G., Kibar, F. A., Aşıcı, N., Keskin, M., Oturak, G., Ekerbiçer, H. Ç., & Berberoğlu, U. Medyada Yer Alan Kanser Haberlerinin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 9(4), 619-625.

O. Odusanya, Olufemi O. Tayo, O. (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. Acta oncologica, 40(7), 844-848.

Ooi, L. L., Zhou, H., Kalak, R., Zheng, Y., Conigrave, A. D., Seibel, M. J., & Dunstan, C. R. (2010). Vitamin D deficiency promotes human breast cancer growth in a murine model of bone metastasis. Cancer research, 70(5), 1835-1844.

Özdemir, Ö. & Bilgili, N. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kanserlerinin Erken Tanısındaki Bilgi ve Uygulamaları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(6), 605-612.

Özen, B., Zincir, H., Erten, Z. K., Özkan, F., & Elmalı, F. (2013). Knowledge and attitudes of women about breast cancer, self breast examination and healthy life style behaviours. J Breast Health, 9, 200-204.

Özer, F. G., & Özbay, C. (2009). Hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri ve meme muayenesini uygulama durumları. Pamukkale Tıp Dergisi, (1), 15-19.

Özoğul, E., & Dağ, G. S. (2019). Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlık İnançları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12(4), 264-273.

Öztürk, R., Güner, Ö., & Sevil, Ü. Meme ve Over Kanseri Riskinin Azaltılmasında Proflaktik Ooferektomi Gerekli mi? Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 13(2), 88-94.

Payne, R. (2007). Breast Cancer Screening Recommendations: A Review for Primary Care Nurse Practitioners. Washıngton State Unıversıty-Vancouver Intercollegiate College of Nursing, Master of Nursing, Washington.

Petralia, S. A., Vena, J. E., Freudenheim, J. L., Michalek, A., Goldberg, M. S., Blair, A., ... & Graham, S. (1999). Risk of premenopausal breast cancer and patterns of established breast cancer risk factors among teachers and nurses. American journal of industrial medicine, 35(2), 137-141.

Pizot, C., Boniol, M., Mullie, P., Koechlin, A., Boniol, M., Boyle, P., & Autier, P. (2016). Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. European Journal of Cancer, 52, 138-154.

Prolla, C. M. D., Silva, P. S. D., Netto, C. B. O., Goldim, J. R., & Ashton-Prolla, P. (2015). Knowledge about breast cancer and hereditary breast cancer among nurses in a public hospital. Revista latino-americana de enfermagem, 23(1), 90-97.

Rebbeck, T. R., Friebel, T., Lynch, H. T., Neuhausen, S. L., van't Veer, L., Garber, J. E., ... & Daly, M. B. (2004). Bilateral prophylactic mastectomy reduces breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. Journal of Clinical Oncology, 22(6), 1055-1062.

Ronckers, C. M., Erdmann, C. A., & Land, C. E. (2004). Radiation and breast cancer: a review of current evidence. Breast Cancer Research, 7(1), 21.

Runowicz, CD, Leach, CR, Henry, NL, Henry, KS, Mackey, HT, Cowens - Alvarado, RL, ... ve Hurria, A. (2016). Amerikan kanser toplumu / Amerikan klinik onkoloji toplumu meme kanseri kurtulan bakım kılavuzu. CA: klinisyenler için bir kanser günlüğü, 66 (1), 43-73.

Sadıç, E. (2019). Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı, Bilgi ve Davranışları İle Meme Kanseri Korkusu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Sakorafas, G. H., & Safıoleas, M. (2010). Breast Cancer Surgery: An Historical Narrative. Part III. From The Sunset of The 19th To The Dawn of The 21st Century. European Journal of Cancer Care, 19(2), 145–166.

Serel, S., Alpat, S. E., Çerkez, C., Can, Z., & Gültan, S. (2013). Profilaktik Mastektomide Meme Rekonstrüksiyonu.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 66(3), 120-123.

Sezen, S., (2017). Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin (Mddsö) Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Shiyanbola, O. O., Arao, R. F., Miglioretti, D. L., Sprague, B. L., Hampton, J. M., Stout, N. K., ... & Newcomb, P. A. (2017). Emerging trends in family history of breast cancer and associated risk. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 26(12), 1753-1760.

Sohbet, R., & Karasu, F. (2017). Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış Ve Uygulamalarının İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 113-121.

Soyak, R. (2019). Hemşirelerin Meme Kanseri, Meme Kanseri Risk Faktörleri, Belirtileri Ve Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. (2017). Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. International Journal of Biological Sciences, 13(11), 1387.

T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 2018. Erişim Tarihi, 29.11.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2016-yili-turkiye-kanser-i-statistikleri.html

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı. Ankara 2016 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. Erişim tarihi, 29.11.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2018. Erişim Tarihi, 29.11.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2015.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2017). Kanser Taramaları. Erişim: 29.11.2019 https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari

Temur, K., & Kapucu, S. (2018). Meme Kanseri İlişkili Lenfödem Gelişimini Önlemede Ve Yaşam Kalitesini Yükseltmede Etkin Yöntem: Kendi Kendine Lenfödem Yönetimi. Osmangazi Tıp Dergisi, 40(1), 121-129.

Tümer A, Baybek H. (2010). Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi Journal Breast Health, 6(1), 17-21.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2018. Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Tarihi, 29.11.2019 http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083

Uncu, F., & Bilgin, N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 7(3).

Utkan, N. Z. (2018). Meme Kanseri. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Türk Cerrahi Derneği Yayınları.

Ünal, H. (2006). Meme Kanserinin Tanı ve Tedavisinin Tarihsel Gelişimi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi (54), 9-13.

Ürkmez, E. (2009). Eskişehir' de 40-69 yaş arası kadınlarda Gail Model'i ile meme kanseri risk taraması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Vidrine, J. I., Stewart, D. W., Stuyck, S. C., Ward, J. A., Brown, A. K., Smith, C., & Wetter, D. W. (2013). Lifestyle and cancer prevention in women: knowledge, perceptions, and compliance with recommended guidelines. Journal of women's health, 22(6), 487-493.

Vieira, V. M., VoPham, T., Bertrand, K. A., James, P., DuPré, N., Tamimi, R. M., ... & Hart, J. E. (2020). Contribution of socioeconomic and environmental factors to geographic disparities in breast cancer risk in the Nurses' Health Study II. Environmental Epidemiology, 4(1), 1-7.

Wegrzyn, L. R., Tamimi, R. M., Rosner, B. A., Brown, S. B., Stevens, R. G., Eliassen, A. H., ... & Schernhammer, E. S. (2017). Rotating night-shift work and the risk of breast cancer in the nurses' health studies. American journal of epidemiology, 186(5), 532-540.

Yavuz, M., & Dolgun, E. (2015). Meme kanserinde risk faktörleri ve korunma. Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 1(1), 1-6.

Yıldırım, N. (2018). Obezite ve Kanser. Fırat Tıp Dergisi/Firat Med J, 23, 61-67.

Yıldız, A., & Karayurt, Ö. (2011). Meme kanserli kadınların lenfödem nedeniyle yaşadıkları güçlükler. Meme Sağlığı Dergisi, 7(3), 154-162.

Yılmaz, E. & Özkan, S. (2005). Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 22(Özel Sayı), 403-416.

Yılmaz, M. S., & Atak, N. (2014). Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. Turk J Public Health, 12(1), 51-60.

Yılmaz, T. (2018). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi ve Davranışları. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

Yılmazel, G. (2013). Determining practising of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Corum. J Breast Health, 9, 82-87.

Yüksel, S., Uğraş, G. A., Cavdar, I., Bozdoğan, A., Gürdal, S. Ö., Akyolcu, N., ... & Özmen, V. (2017). A risk assessment comparison of breast cancer and factors affected to risk perception of women in turkey: A cross-sectional study. Iranian journal of public health, 46(3), 308-317.

EKLER

EK - A : Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu

EK - B : Veri Toplama Formu

EK - C : Etik Kurul Onay Formu

EK - D : Kurum İzin Yazısı

EK-A: Bilgilendirilmiş Gönüllü İzin Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın **Katılımcı**;

Sizi İstinye Üniversitesi'nde yürütülen *"***Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemler***"* başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri birkez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.
Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Araştırma Sorumluları
Prof. Dr. Neriman AKYOLCU
Hemş. Damla ERÇOK

Araştırmanın Amacı
*Bu araştırma "***Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır.**
Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

- Araştırma İstinye Üniversitesi Liv , İstinye Üniversitesi Gaziosmanpaşa , Pendik Medical Park ve Fatih Medical Park hastanelerinde hemşireler üzerinde yapılacaktır.
- Araştırma tez danışmanı Prof. Dr. Neriman AKYOLCU ve İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Damla ERÇOK tarafından yürütülecektir.
- Araştırma süresi 1 Temmuz-31 Ekim tarihleri arasında yapılacaktır.
- Araştırmaya İstinye Üniversitesi Liv , İstinye Üniversitesi Gaziosmanpaşa , Pendik Medicalpark ve Fatih Medicalpark hastanelerinde hemşirelerin katılması planlanmaktadır.
- Araştırma için hazırlanan veri toplama formunu gönüllülerin yaklaşık 20 dakikalık sürede doldurmaları planlanmaktadır.
- Araştırma verileri tez öğrencisi tarafından yüz yüze görüşülerek toplanacaktır.

Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

- Araştırmanın size getirebileceği herhangi bir risk yoktur.

Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

- Bu araştırma ile meme kanseri risk değerlendirme çalışmalarının, kadınların farkındalık düzeyini arttırarak, tarama programlarına katılımını destekleyeceği ve toplum sağlığına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

- Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal temsilciniz bilgilendirilecektir.

- Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda Belirtilen Hususlar Dışında Sorularınız Var İse, Bu Bölüme Eklenerek Cevaplandırılacaktır.

☐ **Gönüllünün sorduğu ek sorular ve cevapları**
☐ **Ek bir soru bulunmamaktadır.**

RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.
Bu koşullarda;

1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
3) Çalışmada elde edilen bigilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)	***Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin*** (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İletişim	İletişim:
Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:
Tercüme Yapanın (kendi el yazısı ile)	***Varsa Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişi*** (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İletişim:	İletişim:
Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:

Gönüllünün Dil / İletişim Problemi var ise;
Gönüllüye ….. tarafından yapılan tüm açıklamaları tercüme ettim. Gönüllüye toplam … sayfadan, bilgilendirme ve rıza bölümlerinden oluşan bu formun tüm sayfalarını okuyarak tercüme ettim. Tercüme ettiğim bilgiler gönüllü tarafından anlaşılmış ve uygun bulunmuştur.

Yukarıda ismi yazılı gönüllüye / yasal temsilcisine tarafımdan araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, fayda ve riskleri, gönüllüye ait haklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca gönüllünün / yasal temsilcisinin işbu formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):…/…./…..

Toplam 2 sayfadan oluşan işbu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 2 nüsha olarak hazırlanmış olup, bir nüshası gönüllüye teslim edilmiştir.

EK - B: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcılar,
Bu çalışma, kadınların meme kanseri ve meme kanseri riski konusunda farkındalıkları ile aldıkları önlemleri belirlemek amacıyla planlandı. Anketimize katılmayı kabul ederseniz, meme kanseri risk faktörleri ve koruyucu davranışlarla ilgili size çok özel olmayan sorular sorulacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında sizden gelecek bilgiler, bilimsel amaçla kullanılacak ve özenle korunacaktır. Lütfen isim belirtmeyiniz. Gönüllü katılımınız için teşekkür ederim.

Hem. Damla ERÇOK

1.Bölüm :

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

1. Cinsiyetiniz?

   a. ( )Kadın
   b. ( )Erkek

2. Yaşınız?

   a. ( )18 – 28
   b. ( )29 – 39
   c. ( )40 – 50
   d. ( )50 yaş ve üzeri

3. Medeni Durumunuz?

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

4. Çocuğunuz var mı?

   a. ( )Var
   b. ( )Yok

5. Eğitim durumunuz?

   a. ( )Sağlık Meslek Lisesi
   b. ( )Önlisans
   c. ( )Lisans
   d. ( )Lisansüstü

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

   a. ( )1 yıldan az
   b. ( )1-3 yıl
   c. ( )4-5 yıl
   d. ( )6-7 yıl
   e. ( )8-10 yıl
   f. ( )10 yıl ve üzeri

7. Hangi vardiya sisteminde çalışıyorsunuz?

   a. ( )Yalnızca gündüz
   b. ( )Yalnızca gece
   c. ( )Gece ve gündüz

8. Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumunuz

   a. ( )Evet
   b. ( )Hayır

9. Beden kitle indeksiniz (BKİ) ?

a. 18.5 kg/m^2'nin altında ise	Zayıf
b. 18.5-24.9 kg/m^2 arasında ise	Normal Kilolu
c. 25-29.9 kg/m^2 arasında ise	Fazla Kilolu
d. 30-34.9 kg/m^2 arasında ise	1.Derece Obez

2.Bölüm :

Hemşirelerin Meme Kanseri / Risk Faktörlerine İlişkin Bilgi ve Farkındalıkları

A.Meme Kanseri

1.Meme kanserine ilişkin bilginiz var mı?

a.( )Evet b.( )Hayır

2. Yanıtınız ***'evet'*** ise bilgiyi nereden aldınız?

.....
.....
.....

3.Meme kanseri ile ilgili bilimsel bir toplantıya ya da eğitim programına katıldınız mı?

a.( )Evet b.( )Hayır

4.Yanıtınız ***'evet'*** ise lütfen katıldığınız etkinliğin isim ve tarihlerini belirtiniz.

.....
.....
.....

5.Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) eğitimi aldınız mı?

a.( )Evet b.( )Hayır

6. Yanıtınız ***'evet'*** ise bu eğitimi nereden aldınız, belirtiniz.

.....
.....
.....

7.Daha önce meme kanseri hastasıyla karşılaştınız mı?

a.( ) Evet

b.( ) Hayır

8.Daha önce meme kanseri hastasına bakım verdiniz mi?

a.( )Evet

b.( )Hayır

9.Yanıtınız 'evet' ise hangi süreçte bakım uyguladınız?

.....
.....
.....

Aşağıdaki tabloda ilk sütunda; meme kanseri risk faktörü olarak bildiklerinizi (+) ile işaretleyiniz. İkinci sütunda ise; ilk sütunda bulunan önceliklerden herhangi biri kendinizde bulunuyorsa (+) ile işaretleyiniz.

B. Meme Kanseri Risk Faktörleri	**/ Kendinizde Var olan durumu (+)**
( )İleri Yaş (65 Yaş Üzeri)	( )
( )Diğer Memede Kanser	( )
( )Yakın Akrabada Kanser (Anne,kardeş, kız, teyze/hala ya da büyükanne)	( ) Yakınlık derecesini ve kanserin türünü belirtiniz.
( )Erken Menarj *(11 Yaşından önce)*	( )
( )Geç Menarj (15 Yaşından sonra)	( )
( )Erken Menapoz	( )
( )Geç Menapoz	( )yaşınızı belirtiniz.
( )Hiç Doğum Yapmama	( )
( )Çok Doğum Yapma (3-5 Çocuk)	( )
( )İlk Çocuğunu 30 Yaşından Sonra Yapma	( )
( )Çocuğunu Emzirme	( )süreyi belirtiniz.
( )Çocuğunu emzirmeme	( )
( )Hareketsiz Yaşam	( )
( )Hareketli Yaşam	( )
( )Selim Meme Hastalığı (*Epitelyal Hiperplazi Papillom)*	( )
( )Hormon Replasman Tedavisi *(Doğum Kontrolü / Menapoz)*	( )
( )Daha Önce Toraks Bölgesine Radyoterapi uygulanması / Hodking	( )
( )Gece Çalışma	( )Haftada kaç saat, kaç yıldır çalışıyorsunuz belirtiniz.
( )D Vitamini Düzeyinin Düşük Olması	( )

( )D Vitamini Düzeyinin Yüksek Olması	( )
( )Sigara Kullanma	( ) günde ne kadar ve kaç yıldır kullanıyorsunuz, belirtiniz.
( )Alkol Kullanma	( )belirtiniz.

1.Daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda ya da bireysel olarak meme kanseri risk hesaplaması yaptırdınız mı/ yaptınız mı?

a. ( )Evet Sağlık Kuruluşu ( ) Bireysel ( )

b. ( )Hayır

2.Yanıtınız 'evet' ise risk dereceniz nasıl çıktı ?

a. ( )Düşük

b. ( )Orta

c. ( )Yüksek

3.Kendinizi meme kanseri açısından riskli buluyor musunuz?

a. ( )Evet
b. ( )Hayır

4.Yanıtınız 'evet' ise risk derecenizi belirtir misiniz?

a. ( )Düşük

b. ( )Orta

c. ( )Yüksek

3.Bölüm :

Hemşirelerin Uyguladıkları Korunma Önlemleri

1.Kendi kendine meme muayenesi(KKMM) yapıyor musunuz?

a.( )Evet

b.( )Hayır

2.Yanıtınız *'evet'* ise hangi sıklıkta ve ne zaman yapıyorsunuz?

.....
.....
.....

3.Düzenli fizik muayeneye gidiyor musunuz?

a.( )Evet

b.( )Hayır

4.Yanıtınız *'evet'* ise hangi sıklıkta gidiyorsunuz, açıklayınız?

.....
.....
.....

5.Memenizde bir değişiklik gördüğünüzde, hekime başvuruyor musunuz / başvurdunuz mu?

a.( )Evet

b.( )Hayır - Nedenini açıklayınız.

6.Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

a.( )Evet

b.( )Hayır

c.( )Bazen

7.Beslenme şeklinize dikkat ediyor musunuz?

a.( )Evet

b.( )Hayır

8.Yanıtınız *'evet'* ise nasıl besleniyorsunuz, belirtiniz.

.....
.....
.....

9.Kilo kontrolünüzü sağlamaya özen gösteriyor musunuz?

a.( )Evet

b.( )Hayır

10.Yanıtınız 'hayır' ise nedenini açıklayınız.

.....
.....
.....

11.Tarama programlarına katıldınız mı?

a.( )Evet

b.( )Hayır

12. Yanıtınız *'evet'* ise nerede ve hangi sıklıkla katıldınız, belirtiniz.

.....
.....
.....

13.Bireysel meme ultrasonu ya da mamagrofi çektirdiniz mi?

a.( )Evet

b.( )Hayır

14. Yanıtınız *'evet'* ise hangi nedenle ve sıklıkla çektirdiniz, belirtiniz.

.....
.....
.....

15.Stres ile baş etmede başarılı mısınız?

a.( )Evet

b.( )Hayır

16. Yanıtınız *'hayır'* ise sizde en çok stres oluşturan nedenleri belirtiniz.

.....

.....

.....

EK - C: Etik Kurul Onay Formu

İSÜ | İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemler					
Sorumlu Araştırmacı: Damla ERÇOK					
Toplantı Tarihi:	13.06.2019	**Toplantı Sayısı:**	2019/07	**Karar No:**	02

SONUÇ

☒ Uygun
☐ Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

İmza Gizlenmiştir.
Prof. Dr. Mesut Hakkı CAŞIN
Etik Kurul Başkanı

EK - D : Kurum İzin Yazısı



MLPCARE

04.10.2019

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

Sayı : 4211
Konu : Tez Çalışma İzni

İstinye Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği (Tezli) Yüksek Lisans Programı 172251001 numaralı öğrencisi Damla Erçok " Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemler " isimli çalışmasını, Fatih Medicalpark, Pendik VM Medicalpark, İstinye Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi ve İstinye Üniversitesi Liv Hastaneleri Hemşireleri ile 04.10.2019- 30.11.2019 tarihleri arasında yapması uygundur.

Bilginize sunulur.

Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü
Adı ve Soyadı: Emel Gümüş
Tarih ve İmza:
04.10.2019

İmza Gizlenmiştir.

İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü
Adı ve Soyadı: Şehnaz Bulak
Tarih ve İmza: 04.10.2019

İmza Gizlenmiştir.

Fizoflo, Haliç, Defterdar, Otakçılar Cad. No:78, 34050 Eyüp / İstanbul
T. +90 212 227 55 55 F. +90 212 227 23 28
www.mlpcare.com

MEDICALPARK | HOSPITAL | VM MEDICALPARK

İNTİHAL RAPORU

Hemşirelerde meme kanseri

Yazar Damla Neziroğlu

Gönderim Tarihi: 14-Nis-2021 09:58PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1559267495
Dosya adı: DAMLA._NT_HAL_RAPORU_DAMLA_NEZ_RO_LU.docx (312.58K)
Kelime sayısı: 20679
Karakter sayısı: 136356

Hemşirelerde meme kanseri

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%13	%8	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad **: Damla Neziroğlu**

ÖĞRENİM DURUMU **:**

Lisans **:** 2016, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

MESLEKİ DENEYİM **:**

- Bağcılar Medilife Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Ağustos 2016 – Aralık 2016
- Koç Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Aralık 2016 – Mayıs 2017
- Şişli Memorial Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Ekim 2017 – Şubat 2018
- T.C. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi (Yarı zamanlı) / Mart 2018 – Mayıs 2020
- T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi, Yeni Doğan Yoğun Bakım Hemşiresi / Ocak 2021 – Halen