meme sağlığı dergisi
THE JOURNAL OF BREAST HEALTH

Meme Sağlığı Dergisi 2008 Cilt: 4 Sayı: 2

DERLEME

MEME KANSERİ RİSKİ YÜKSEK OLAN KADINLARIN YAŞADIKLARI DUYGULAR VE BİLGİ - DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN KARŞILANMASI

Özgül Karayurt[1], Sedef Nur Zorukoş[2]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Izmir, Türkiye

[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi, Izmir, Türkiye

ÖZET

Meme kanseri, geçmişte olduğu gibi, bu gün de mortalite ve morbiditeyi artıran hastalıklardan biri olmaya devam etmektedir. Dünya'da her yıl bir milyon yeni meme kanseri tanısı konmakta ve meme kanseri tüm kanser olgularının % 18'ini oluşturmaktadır. Meme kanserinin yüksek oranda görülmesi, meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığı artırmaktadır. Meme kanserinde rol oynayan major risk faktörleri, ileri yaş, kadın olmak, aile öyküsünde meme kanseri, atipik hiperplazi, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olarak bildirilmektedir. Minör risk faktörleri ise, menarş ve menapoz arasındaki intervalde uzama, hiç doğum yapmama, ilk çocuğunu 30 yaş sonrasında doğurma, günde bir bardaktan fazla alkol tüketimi ve yağlı diyet olarak belirtilmektedir. Meme kanserinde yüksek risk değerlendirmede kriterler; (a) birinci derece akrabalarında veya ikinci derece akrabalarında meme veya over kanseri öyküsü, (b) birinci veya ikinci derece yakınlarında bilateral veya premenopozal meme kanseri varlığı, (c) atipik hiperplazi, (d) lobüler karsinoma insitu ve (e) pozitif gen testi olarak gösterilmektedir. Yapılan çalışmalarda, meme kanseri yüksek kadınların korku, anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır. Hemşireler, risk değerlendirme araçları kullanılarak risk tanılama, eğitim, psikososyal destek, sağlığı koruma ve kanser risk yönetimi için danışmanlık sağlamada önemli bir role sahiptir. Hemşireler, kadınların gereksinimlerine yönelik sözlü- yazılı eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek, riski daha doğru anlamalarına yardımcı olabilir.

Anahtar sözcükler: meme kanseri riski yüksek kadınlar, bilgi ve destek gereksinimleri, hemşirelik girişimleri

FEEL OF WOMEN AT A HIGH RISK FOR BREAST CANCER AND MEETING, THEIR NEEDS FOR KNOWLEDGE AND SUPPORT

ABSTRACT

Breast cancer is still one of the most serious problems which increase morbidity and mortality among women. One million women are diagnosed with breast cancer every year and breast cancer accounts for 18% of all cancer cases. The high rate of breast cancer increases both the worries about and the awareness in the disease. The major risk factors for breast cancer are advanced age, the gender female, family history of the disease, atypical hyperplasia and mutations in BRCA-1 and BRCA-2 genes. Criteria used to evaluate the risk of breast cancer are (a) history of breast or ovarian cancer in the first degree or the second degree relatives, (b) bilateral or premenopausal breast cancer in the first degree or the second degree relatives, (c) atypical hyperplasia (d) insitu lobular carcinoma and (e) gene test positive for breast cancer. Several studies conducted so far have revealed that women at a high risk of breast cancer have such feelings as fear, anxiety, uncertainty and hopelessness. Nurses play an important role in breast cancer risk assessment by using risk evaluation tools, ,education, psycho-social support, protection of health and management of cancer risk. Nurses should offer education, in both written forms and oral, about breast cancer risks and act as advisers in order to help women to understand the severity of breast cancer risk.

Keywords: women at a high risk for breast cancer, knowledge and support needs, nursing interventions

Meme kanseri, kadın sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olup, dünyada kadınlarda en sık görülen ve ölüme yol açan malign tümördür (1,2). Dünya'da her yıl bir milyon yeni meme kanseri tanısı konmakta olup meme kanseri tüm kanser olgularının % 18'ini oluşturmaktadır (3). Dünya'da, her yedi kadından birinin yaşamının her hangi bir döneminde meme kanseri olabileceği öngörülmektedir (4). Türkiye'de ise meme kanseri insidansı artmakta ve mevcut verilere göre kadınlar arasında görülen kanserler içinde %24.1 ile ilk sırada yer almaktadır (5). Ayrıca, Fidaner ve arkadaşları (2001), İzmir'de kadınlarda en sık görülen kanserin % 26.7 ile meme kanseri olduğunu belirtmişlerdir (6). Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşam biçimindeki değişiklikler, tanı testleri, tarama programları ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa neden olmaktadır (2).

Meme kanserinin yüksek oranda görülmesi meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığı artırmaktadır (7). Meme kanserinin önlenmesi ve erken tanılanabilmesi için yüksek riskli kadınların bilgilendirilmeleri ve yakın gözlem altında tutulmaları önemlidir (8).

Meme kanserini önlemede kompleks bilgi ve beceriler gereklidir. Hemşireler kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları kullanarak meme kanseri riski yüksek kadınların, bilgi ve destek gereksinimlerini karşılamalıdır. Bu makalede, kadınlarda meme kanseri riski, meme

Gönderilme Tarihi: *28 Ağustos 2007* • **Kabul Tarihi:** *12 Ekim 2007*

Tablo 1. Meme kanserinde rol oynayan risk faktörleri

Faktör	*Risk Derecesi*	*Açıklama*
• Cinsiyet Kadın olmak	• Artırır	• Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür
• Yaş (50 yaş üzerinde) olmak)	• Artırır	• Yaş ilerledikçe risk artar.
• Daha önce malign yada benign meme hastalığı öyküsünün olması	• Artırır	• Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre kanser riskini 5-7 kez artırır. Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırır. Benign meme hastalığının (fibrokistik meme hastalığı) kanser riski tartışmalıdır.
• Aile öyküsü Anne veya kız kardeş veya her ikisinde meme kanseri bulunması BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olması P53 geninde mutasyon olması	• Artırır	• Aile öyküsünde meme kanseri olması, riski 2 ile 3 kez artırır. Tanı menopoz öncesinde konmuş ve kanser çift taraflı ise risk daha da artar. • Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-%30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Normalde BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin DNA tamirinde ve kopyalanmasında önemli rolleri vardır.
• Menstrual öykü (Erken menarş 12 yaştan önce) (Geç menopoz 55 yaştan sonra)	• Artırır	• Menarş ve menopoz arasındaki intervalin uzaması meme kanseri riskini yükseltir. Kısalması riski azaltır.
• Doğum öyküsü	• Artırır	• Hiç doğum yapmamış kadınlar ve ilk çocuğunu 30 yaştan sonra doğuranlar meme kanseri açısından riskli gruba girerler.
• Östrojen alımı (Oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisi)	• Tartışmalı	• Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımının, ve uzun süreli (10-15 yıl üzeri) östrojen tedavisinin riski artırdığı saptanmıştır. • Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskine etkisi hala tartışmalıdır.
• Yüksek sosyoekonomik durum (Emzirmeme)	• Artırır	• Sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda meme kanserine daha fazla rastlanmıştır. Bunun nedeninin, kadınların fazla doğum yapmamaları ve çocuklarını emzirmemeleri olduğu belirtilmektedir.
• Alkol	• Artırır	• Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. • Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması çok daha önemli bir risk faktörüdür.
• Sigara	• Tartışmalı	• Aktif sigara içenlerde meme kanseri insidansında artış görülmemiştir. Buna karşılık pasif sigara dumanına maruz kalanlarda rölatif meme kanserinin arttığına yönelik farklı çalışmalar vardır. Bunun nedeni olarak, pasif sigara içenlerin aile içinde sigara dumanına daha erken yaşta maruz kalmaları gösterilmiştir.
• Diyet	• Tartışmalı	• Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obeziteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Bazı araştırmacılarda, bunun tümör'ün büyümesini stimüle ettiğini belirtmektedir.
• Obezite	• Tartışmalı	• Meme kanseri riskini artırdığı bildirilmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır.
• Radyasyon	• Artırır	• Özellikle 30 yaş'ın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski artırır.

kanseri açısından riskli kadınların yaşadıkları duygular, bilgi ve destek gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin hemşirelik girişimleri açıklanmaktadır.

Meme kanseri riski

Meme kanserinde yaş major bir risk faktörüdür. Meme kanserinin %78'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, %22' si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir. Meme kanserinde diğer majör risk faktörleri, kadın olmak, aile öyküsünde meme kanseri, atipik hiperplazi, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olarak bildirilmektedir. Minör risk faktörleri ise, menarş ve menopoz arasındaki intervalde uzama, hiç doğum yapmama, ilk çocuğunu 30 yaş sonrasında doğurma, günde bir bardaktan fazla alkol alma ve yağlı diyet olarak belirtilmektedir (9,10).

Meme kanserinde rol oynayan risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir (3,9,11,12).

Genetik meme kanseri, tüm meme kanserlerinin % 10-15'ini, 30 yaş altında başlayan primer meme kanserlerinin %25 ini oluşturmaktadır (1). Aile öyküsünün değerlendirilmesi, genetik meme kanseri riskini belirlemede çok önemli bir faktördür (13,14,15). Birinci derece yakınlarında; 30 yaşın altında premenopozal meme kanseri, bilateral meme kanseri, hem meme hem de over kanseri, her yaşta erkekte meme kanseri bulunması ailesel meme kanseri riskini arttıran faktörlerdir (3,16,17). Aile öyküsüne bağlı risk tahmini; aile üyesinin tanı sırasındaki yaşı, kadının yaşı, etkilenen akrabaların sayısı gibi birçok faktöre bağlı değişmekle beraber (14,17), minimum rölatif riskin genel kadın popülasyonundan iki kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (16,17,18).

Meme kanserinde, yüksek risk değerlendirmede kriterler; (a) birinci derece akrabalarında veya ikinci derece akrabalarında meme veya over kanseri öyküsü, (b) birinci veya ikinci derece yakınlarında bilateral veya premenopozal meme kanseri varlığı, (c) atipik hiperplazi, (d) lobüler karsinoma insitu, (e) pozitif gen testi olarak belirtilmektedir (7).

Risk değerlendirme araçları

Meme kanseri riskini belirlemede yaygın olarak Gail ve Claus modeli kullanılmaktadır (19).

Gail Modeli

Gail Modeli, Gail ve arkadaşları (1989), tarafından kadınlarda meme kanseri gelişim riskini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu model, bireysel risk faktörlerini kullanarak kadının beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Model, Amerika'da 28 merkezden 280.000 kadın örneklemle gerçekleştirilen, Meme Kanseri Saptama ve Gösterme Projesi'nin (Breast Cancer Detectation and Demonstration Project) verileri kullanılarak geliştirilmiştir (20).

Model'de riski saptamada aile öyküsünden çok risk faktörleri kullanılmaktadır.

Gail Modelinde kullanılan risk faktörleri aşağıda verilmiştir.

- Kadının şu anki yaşı
- Menarş yaşı
- Canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama
- Meme kanserli birinci derece yakınının sayısı
- Önceki benign meme biyopsi sayısı
- Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi
- Irk (19,20).

Claus Modeli

Claus modeli, Claus ve arkadaşları tarafından (1994), daha çok genetik meme kanseri riskini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. On yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Çok merkezli, toplum temelli, vaka kontrol çalışması olan Kanser ve Steroid Hormon Çalışması'nın (Cancer and Steroid Hormone Study) verileri kullanılarak geliştirilmiştir. Genel olarak, meme kanseri gelişimi bakımından riske sahip olan ailelerde riski tahmin etmek amacıyla kullanılır (21).

Claus Modeli, meme kanseri riskini;

- kadının şu anki yaşı,
- meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı,
- meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşını kullanarak hesaplamaktadır (19,21).

Her iki modelin de eksiklikleri vardır. Gail modelinde; kişisel meme kanseri öyküsü ve genetik mutasyonlar gibi noktaları dikkate almadan risk değerlendirmesi yapıldığı için bu tip hastalarda çok uygun değildir. Bu nedenle, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların riskini düşük hesaplayabilir. Gail modelinin diğer sınırlılığı ise atipik hiperplazi olmayan biyopsilerin alınması nedeniyle risk tahminini artırabilmesidir. Claus modelinde ise risk hesaplamasında aile öyküsü dışındaki risk faktörlerinin (önceki biyopsi sayısı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı gibi) kullanılmamasıdır (22,23,24).

Meme kanseri riski yüksek kadınların yaşadıkları duygular

Risk kavramının, tıbbi ve epidemiolojik yönü kadar psikolojik ve sosyal boyutları da vardır. Meme kanseri olan kadınlar, bu büyük olayın duygusal etkisini akrabalarıyla beraber yoğun olarak yaşarlar (9,24).

Yapılan çalışmalarda, aile öyküsünde meme kanseri bulunan kadınların korku, anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır (25,26,27,28). Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları bu duygular, kanser tanısı alan kadınların duygularına benzememektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlar, durumu bir kriz olarak algılayabilir ve tedavi süreci sonunda bu kriz çözülebilir. Yüksek riskli kadınların yaşadıkları anksiyete, belirsizlik, araştırmalardaki çelişkili sonuçlar ve sağlık profesyonellerinin önerilerinde kesinlik olmaması nedeniyle süreklidir. Bu anksiyete, kadının önceki deneyimlerine, meme kanserli yakınıyla olan etkileşimine, risklerini algılamaya, meme kanseri olan aile üyelerinin durumlarına, baş etme mekanizmalarına ve destek sistemleri gibi bir çok faktöre bağlıdır (9).

Kristjanson ve arkadaşları (2004), adölesan kız çocukların, annelerine meme kanseri tanısı konduğunda korku, belirsizlik, izolasyon hissi yaşadıklarını, annelerinin hayatta kalması ile ilgili endişelendiklerini, ayrıca genetik yatkınlıktan dolayı korktuklarını saptamışlardır (27). Rees ve Bath (2000a), anneleri meme kanseri olan kız çocukların, tedavi ve iyileşme sürecinde annelerinin görevlerini üstlendiğini ve bu sorumluluğun kız çocuklarında anksiyeteye neden olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca kız çocukların, kendilerini de risk altında olduklarını kabul ettiklerinden korku yaşadıklarını belirtmişlerdir (28). Chalmers ve Thomson (1996), birinci derece yakınları meme kanseri olan kadınların, meme kanseri olan akrabalarının sağlıklarıyla ilgilenirken erken tanı uygulamalarına uyum göstermede güçlük çekebildiklerini saptamışlardır (25).

Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamalarına (mammografi, klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi) uyumlarının incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (29,30,31,32). Bazı çalışmalarda aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlar ile olmayan kadınların erken tanı uygulamalarına uyumları arasında fark olmadığı saptanmıştır (29,32). Diğer taraftan aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlarda risk algısının anksiyeteye yol açtığı ve önerilenden daha sık kendi kendine meme muayenesi yaptıkları (30), ya da yapmaktan kaçındıkları belirtilmiştir (31).

Meme kanseri için yüksek riskli kadınların, davranışları farklılıklar gösterebilir. Örneğin, bazı kadınlar düşüncelerini baskılayabilirken, bazıları meme kanseri hakkında sürekli düşünüp konuşurlar. Bazıları meme kanseri riski hakkında bilgi almak isterken, diğerleri riske ilişkin genetik test, kimyasal korunma gibi konular hakkında hiçbir şey duymak istemezler. Tedavi seçeneği arayışı da bu davranışsal faktörlere bağlıdır. Kadınların büyük bölümü, profilaktik cerrahi (bilateral mastektomi, bilateral ooferektomi) veya kimyasal korunmaya karşı olup, gözetim altında tutulmayı tercih etmektedir (9).

Meme kanseri riski yüksek kadınların bilgi ve destek gereksinimleri

Araştırmalar, meme kanserli hastaların birinci derece akrabalarının, meme kanserli hastanın deneyimlerini paylaştıklarını, kendilerini de risk altında kabul ettiklerini göstermiştir (8,33). Kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (33).

Rees ve Bath (2000a), bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun, korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir (28). Yapılan çalışmalarda, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların gereksinimleri, "bilgi ve destek gereksinimleri ölçeği" kullanılarak tanımlanmıştır. Kadınların en önemli gereksinimlerinin meme kanseri bireysel riski, meme kanseri risk faktörleri, erken tanı yöntemleri ve meme kanseri riskini azaltabilecek sağlık alışkanlıkları ilgili bilgi olduğu ve kadınların bilgi gereksinimlerinin destek gereksinimlerinden daha önemli olduğu belirtilmiştir. En az derecelendirilen gereksinimin, destek gruba katılma olduğu saptanmıştır (34,35). Literatürde, meme kanseri açısından yüksek riskli kadınların genetik danışmanlık, meme kanserinin önlenmesi ve saptanması hakkında bilgi, emosyonal destek (duygularını ifade etmesini sağlamak, stres yönetimi için özel stratejiler, benzer durumdaki kadınlarla konuşma), meme kanserli aile üyelerinin kaybı ile baş etme danışmanlığı, genetik test için karar vermede destek istedikleri geliştirilmiştir (7,36,37). Stacey ve arkadaşları (2002), meme kanseri riski yüksek (birinci derece yakınlarında meme kanseri olan, atipik hiperplazi ve lobular karsinoma bulunan) 97 kadının yaş gruplarına göre bilgi ve destek gereksinimlerinin öncelik sıralamasını incelemişlerdir. Elli yaş altı kadınların öncelik sırasıyla; (1) meme kanseri taramaları, (2) meme kanseri riski, (3) riski azaltan yaşam stili seçimleri ve (4) hormon replasman tedavisi hakkında bilgi istediklerini bulmuşlardır. Daha yaşlı kadınlarınsa öncelik sırasıyla; (1) meme kanseri riski, (2) yaşam stili seçimleri, (3) meme kanseri taramaları ve (4) ilaçla koruma hakkında bilgi istediklerini bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadınların %75'inden daha fazlasının meme kanseri önleme seçenekleri, yararları ve riskleri konusunda karar vermede yardımcı olması için bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Genç kadınların, destek gereksinimi genetik danışmanlık üzerine odaklanmıştır (7). Meme kanserli kadınların adölesan kız çocukları ile yapılan kalitatif bir çalışmada, çocukların annelerinin hayatta kalımı, hastalığın ciddiyeti, tedavinin yan etkileri, alternatif tedaviler, hastalıkla ilgili tıbbi bilgi, annelerinin mücadelesine nasıl yardımcı olacakları, annelerinin duyguları ve yaşadığı değişimler hakkında bilgilendirme istedikleri saptanmıştır (27). Rees ve Bath (2000b), meme kanserli kadınların kızlarının (n:97) bilgi gereksinimini, kızlar ile anneleri ve sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi akışını tanımlamışlar; kızlar ve anneleri arasında bilgi akışının iyi olduğunu bulmuşlardır. Kızların annelerinden bilgi almalarına rağmen, çoğunun farklı bilgilendirme kaynağı arayışında olmalarını, annelerinin onların bilgilendirme gereksinimini karşılamadığının göstergesi olduğunu belirtmişlerdir (33).

Meme kanseri riski yüksek kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik girişimleri

Birey ve ailenin meme kanserinin getirdiği stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırmak için bilgi ve desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (25,26,34,35). Bu nedenle meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarına bilgi verme ve sorunlarla baş etmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (9).

Wellısch ve arkadaşları (1999), yaptıkları araştırmada birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara (n=33) verilen destek grup danışmanlığının kadınların, anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağladığını bulmuşlardır (38). Rees ve Bath (2000a) bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun, korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir (28). Chalmers ve arkadaşları (1996), birinci derece yakınlarında meme kanseri olan 55 kadınla yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınların meme kanseri riskine uyumlarını; meme kanseri deneyimi ile yaşamak, bireysel risk algısının gelişmesi ve riske yönelik koruyucu davranışlar geliştirmek olarak üç

Tablo 2. Yüksek riskli kadınlar için tedavi seçenekleri ve hemşirelik girişimleri

Tedavi Seçenekleri	*İlgili Hemşirelik Girişimleri*
• Uzun Süreli Gözlem	• Her kadının risk değerlendirme araçları kullanarak riskini tanılama, • Genetik yatkınlığı belirleme, • Genetik test öncesi eğitim verme, • Gereksinimlerini belirlemesi için kadınları güçlendirme, • Kanıta dayalı bilgi sağlama, • Bilgilendirme seçeneklerini seçmelerine olanak sağlama, • Karar vermelerine rehberlik etme, • Kanıta dayalı klinik uygulamalar önerme, • Toplumun kültürüne uygun eğitim kaynakları geliştirme, • Kendine yeterliliği sağlama, • Tarama aktiviteleri düzenleyerek meme kanseri riskleri hakkında farkındalığı artırma, • Doğru değerlendirme ve eğitimle risk algılamasını azaltma, • Taramalar hakkında eğitim (mammografi, klinik meme muayenesi, KKMM), • Davranış değişikliği sağlayarak riski azaltma üzerine eğitim (sebze ve meyve tüketimi, az yağlı beslenme, düzenli egzersiz, alkol tüketilmemesi veya tüketiminin azaltılması), • Menopoz belirtilerinin, hormonal olmayan yöntemlerle yönetimi konusunda eğitim, • Genetik danışmanlığa, beslenme, ruh sağlığı ve jinekoloji uzmanlarına, diğer tarama programlarına (kolon, over) yönlendirme, • Kadınların duygularını ifade etmesinin sağlanması ve aktif dinleme gibi metodlarla anksiyeteyi yönetme, • Kimyasal korunma, genetik test, veya profilaktik cerrahi için karar vermede rehberlik etmedir.
• Proflaktik Cerrahi (Bilaterel Mastektomi, Bilaterel Ooferektomi)	• Kadın için cerrahinin uygunluğunun saptanmasında yardımcı olma, işlemin gerekçelerini açıklama, • Genetik danışmana, plastik cerraha, ruh sağlığı uzmanına yönlendirme, • Mastektomi, ooferektomi, rekonstriksiyon gibi cerrahi işlemlere ilişkin preoperatif eğitim vermedir.
• Kimyasal Korunma (tamoksifen, raloksifen)	• Kimyasal korunmanın olumlu ve olumsuz yönlerini açıklama, • Kimyasal korunmaya ilişkin oluşabilecek belirtileri sağlık profesyonellerine hemen bildirilmesi hakkında eğitim (vaginal kanama, bacak ağrısı veya rahatsızlık, görme bozuklukları), • Sıcak basması, vaginal kuruluk gibi yan etkilerin yönetimi hakkında eğitim, • Beş yıllık tedavi sırasında uyumuna yardımcı olmadır.

boyutta tanımlamışlardır (26). Başka bir çalışmada riske uyumda bilgi ve desteğin, uyumu kolaylaştırdığı saptanmıştır (25).

Hemşire, bu kadınlar için bir bilgi ve destek kaynağı olarak hareket edebilir. Yüksek riskli kadınlar, sağlıklı bir toplum oldukları için girişimler eğitim ve psikososyal destek, taramanın sağlanması, anksiyetenin yönetilmesi ve tedavi seçeneklerine ilişkin karar verme sürecinde yardımcı olmayı içermektedir.

Her tedavi seçeneği için hemşirelik girişimleri Tablo 2'de verilmiştir (7,9).

Hemşireler, meme kanseri riski yüksek kadınların gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasıyla kadınların riski daha doğru anlamalarına yardımcı olabilir, güven vererek rahatlatabilir, bakımlarına ilişkin memnuniyet sağlayabilir. Ayrıca bu kadınlara verilen danışmanlık, onların tarama rehberlerine uyumunu ve meme kanseri riski nedeniyle yaşadıkları anksiyeteyi azaltır (39).

Kaynaklar

1. Sheinfeld Gorin S, Albert SM. The meaning of risk to first degree relatives of women with breast cancer. Women Health 2003; 37(3): 97-117. (PMID: 12839310)
2. Topuz E, Aydıner A, Dinçer. Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevi, 2003
3. McPherson K, Steel C, Dixon JM. Breast cancer -Epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal 2000; 321: 624–628.
4. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures, htpp://www.cancer.org/docroot/STT/content/STT Ix Cancer Facts Figures 2006.asp. Ulaşım Tarihi:10.11.2006.
5. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, organlara göre kanser sıklığının dağılımı ve kadınlarda en sık görülen 10 kanser, http://www.saglik.gov.tr/extras/statistics 2001. Ulaşım Tarihi:07.04.2007.

6. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir cancer registry. Eur J Cancer 2001; 37:83-92. (PMID: 11165134)
7. Stacey D, DeGrasse C, Johnston L. Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: evidence-based care by advanced practice nurses. ONF 2002; 29(6): 77–84. (PMID: 12096298)
8. Gençtürk N, Akyolcu N. Meme kanserli kadınların, birinci derece akrabalarının bilgi alma davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 13, 55, 1-19.
9. Gross RE. Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. Seminars in Oncology Nursing 2000; 16: 176–184.
10. Vogel VG. Breast cancer prevention: A review of current evidence, CA: A Cancer Journal for Clinicians 2000; 50: 156–170.
11. Ignatavicius DD, Wormen MN, Mishler MA. Medical Surgical Nursing, A Nursing Process Aproach, Second Edition, W.B. Saunder Company, Phidelphia, 1995.
12. Dozier KJ, Mahon SM. Cancer prevention, detection, and control: a nursing perspective. Oncology Nursing Society, Pitsburg PA, 2002; 389-443.
13. Frank TS, Deffenbaugh AM, Hulick M, Gumpper K. Hereditary susceptibility to breast cancer: significance of age of onset in family history and contribution of BRCA1 and BRCA2. Disease Markers 1999; 16: 89–92. (PMID: 10595259)
14. Magnusson C, Colditz G, Rosner B, Bergström R, Persson I. Association of family history and other risk factors with breast cancer risk. Cancer Causes and Control 1998; 9: 259–267.
15. Ziogas A, Gildea M, Cohen P, Bringman D, Taylor TH, Seminara D, Barker D, Casey G, Haile R, Liao S, Thomas D, Noble B, Kurosaki T, Anton-Culver H. Cancer risk estimates for family members of a population-based family registry for breast and ovarian cancer. Cancer Epidemiological Biomarkers Prevention 2000; 9: 103–111. (PMID: 10667470)
16. McCredie M, Skegg DC, Williams S. Family history and risk of breast cancer in New Zealand. International Journal of Cancer 1997; 73: 503–507. (PMID: 9389563)
17. Negri E, Braga C, La Vecchia C, Franceshi S, Parazzini F. Family history of breast cancer and risk of breast cancer. International Journal of Cancer 1997; 72: 735–738.
18. Sellers TA, King RA, Cerhan JR, Chen P, Grabrick DM, Kushi LH, Oetting WS, Vierkant RA, Vachon CM, Couch FJ, Therneau TM, Olson JE, Pankratz VS, Hartmann LC, Anderson VE. Fifty-year follow-up of cancer incidence in a historical cohort of Minnesota breast cancer families. Cancer Epidemiological Biomarkers Prevention 1999; 8: 1051–1057. (PMID: 10613336)
19. National Cancer Institute, Genetics of Breast and Ovarian Cancer, Characteristics of the Gail and Claus Models (http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breast-and-ovarian/HealthProfessional/Table1).Ulaşım Tarihi 13-05.2007
20. Gail MH, Berinton LA, Byar DP, Corle DK, Gren SB, Schairer C, Mulvihill JJ. Projecting individualized probabilities of developing breast cancet for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst. 1989; 81: 1879-1886.
21. Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer: Implications for risk prediction. Cancer 1994; 73:643–651. (PMID: 8299086)
22. Euhus DM. Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. Breast Journal 2001; 7: 224–232. (PMID: 11678799)
23. McTiernan A, Kuniyuki A, Yasui Y, Bowen D, Burke W, Culver JB, Anderson R, Durfy S. Comparisons of two breast cancer risk estimates in women with a family history of breast cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention 2001; 10: 333–338.
24. Vogel WH. The Advanced Practice Nursing Role in a High-Risk Breast Cancer Clinic. ONF 2003; 30(1): 115–122. (PMID: 12515989)
25. Chalmers K, Thomson K. Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. Qualitative Health Research 1996; 6: 256–282.
26. Chalmers K, Thomson K, Degner L. Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. Cancer Nursing 1996; 19: 204–213.
27. Kristjanson LJ, Chalmers KI, Woodgate R. Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. ONF 2004; 31(1): 111–119. (PMID: 14722595)
28. Rees CE, Bath PA. Meeting the information needs of daughters of women with early breast cancer: patients and health care professionals as providers. Cancer Nursing 2000a; 23: 71–79. (PMID: 10673810)
29. Drossaert CC, Boer H, Seydel ER. Perceived risk, anxiety, mammogram uptake, and breast cancer selfexamination of women with a family history of breast cancer: the role of knowing to be at increased risk. Cancer Detection and Prevention 1996; 20: 76–85.
30. Brain K, Norman P, Gray J, Mansel R. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. Psychosomatic Medicine 1999; 61: 181–187.
31. Benedict S, Goon G, Hoomani J, Holder P. Breast cancer detection by daughters of women with breast cancer. Cancer Practice 1997; 5: 213–219. (PMID: 9250077)
32. Vogel VG, Schreiber-Graves D, Vernon SW, Lord JA, Winn RJ, Peters GN. Mammographic screening of women with increased risk of breast cancer. Cancer 1990; 66: 1613–1620.
33. Rees CE, Bath PA. The information needs and source preference of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. Journal of Advanced Nursing 2000b; 31: 833–841.
34. Chalmers K, Luker KA, Leinster S, Ellis I, Booth K. Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the Information and Support Needs Questionnaire. Journal of Advanced Nursing 2001; 34: 497–507. (PMID: 11529948)
35. Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scott-fındlay S, Serfas K. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. European Journal of Cancer Care 2003; 12: 81–90 (PMID: 12641560)
36. Audrain J, Rimer B, Cella D, Garber J, Peshkin BN, Ellis J, Schildkraut J, Stefanek M, Vogel V, Lerman C. Genetic counseling and testing for breast-ovarian cancer susceptibility: what do women want? J Clin Oncol 1998; 16:13-3138 (PMID: 9440734)
37. Hopwood P, Keeling F, Long A, Pool C, Evans G, Howell A. Psychological support needs for women at high genetic risk of breast cancer: some preliminary indicators. Psycho-Oncology 1998; 7: 402–412 (1998) (PMID: 9809331)
38. Wellısch DK, Hoffman A, Goldman S, Hammerstein J, Klein K, Bell M. Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group ıntervention. Am J Psychiatry 1999; 156: 1644–1645.(PMID: 10518180)
39. Hurt GJ, McQuellon RP, Michielutte R, Conrad DM, Carter S, Anderson H. Risk assessment of first-degree relatives of women with breast cancer: A Feasibility Study. ONF 2001; 28 (7): 1097–1104. (PMID: 11517843)

İletişim

Özgül Karayurt
Tel : 02324124785
Faks : 02324124798
E-Posta : ozgul.kyurt@deu.edu.tr