

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME
KANSERİ OLAN KADINLARIN BİLGİ VE
DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN SAPTANMASI**

SAADET ANDIÇ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2011

DEU.HSI.MSc-2008970079

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME
KANSERİ OLAN KADINLARIN BİLGİ VE
DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN SAPTANMASI**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SAADET ANDIÇ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ. DR. ÖZGÜL KARAYURT

DEU.HSI.MSc-2008970079

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Saadet ANDIÇ “**Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması**” konulu Yüksek Lisans tezini 09.06.2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Jüri Başkanı
Doç. Dr. Özgül KARAYURT



Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr. Fatma VURAL



Jüri Üyesi
Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
1.3. Araştırma Soruları.....	8
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Memenin Yapısı.....	9
2.1.1. Memenin Kanlanması.....	9
2.1.2. Memenin Lenf Yolları.....	10
2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	11
2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi.....	13
2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	14
2.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	17
2.4. Meme Kanseri Belirti Ve Bulguları.....	18
2.5. Meme Kanserinden Korunma.....	18
2.5.1. Birincil Korunma.....	18
2.5.1.2. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma.....	20
2.5.2. İkincil Korunma.....	21
2.5.2.1. Risk Değerlendirme Araçları.....	21
2.5.2.2. Meme Kanseri Taramaları.....	23
2.5.2.3. Hereditör Meme Kanserinde Erken Tanı Rehberi.....	26
2.5.3. Üçüncül Koruma (Rehabilitasyon).....	27
2.6. Yüksek Riskli Kadınlarda Bilgi ve Destek Gereksiniminin Karşılmasında Hemşirenin Rolü.....	27

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Veri Toplama Araçları.....	31
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	31
3.4.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği.....	31
3.5. Araştırma Planı ve Takvimi.....	34
3.6. Veri Toplama Süreci	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.9. Araştırma Etiği.....	35

4. BULGULAR

4.1 Kadınların Tanıtıcı Bilgileri.....	36
4.2. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi Sıralaması.....	37
4.3. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılama Düzeyi.....	39
4.4. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi Kaynaklarının Dağılımı.....	41
4.5. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Destek Kaynaklarının Dağılımı.....	42
4.6. Kadınların Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları.....	43

5. TARTIŞMA

5.1. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi.....	45
5.1.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Öneminin Değerlendirilmesi.....	45
5.1.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Öneminin Değerlendirilmesi.....	46
5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılama.....	47
5.2.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Karşılama Değerlendirilmesi.....	47
5.2.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Karşılama Değerlendirilmesi.....	48
5.3. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi ve Destek Kaynaklarının Dağılımı.....	49
5.3.1. Bilgi Aldıkları ve Almak İstedikleri Kaynaklar.....	49

5.3.2. Destek Aldıkları ve Almak İstedikleri Kaynaklar.....	49
5.4. Kadınların Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	59
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	59
EK-2: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği.....	62
EK-3: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin (ISNQ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması İçin Ölçeği Geliştiren Chalmers ve Arkadaşlarından e-posta Yolu İle Alınan İzin Belgesi.....	64
EK-4: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin (ISNQ) Türkçe'ye Uyarlamasını Yapan Zorukoş'dan e-posta Yolu İle Alınan İzin Belgesi.....	66
EK-5: Etik Kurul İzni.....	67
EK-6: Kurum İzni.....	68
EK-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	72
EK-8 : Özgeçmiş	73

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada Ükelere Göre Kanser İnsidansı.....	11
Tablo 2. Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi.....	24
Tablo 3. Türkiye Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi.....	24
Tablo 4. Özgün ve Türkçe BDGÖ'nün Güvenirlik Katsayıları.....	33
Tablo 5. Kadınların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı	36
Tablo 6. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamaları Sıralaması.....	37
Tablo 7. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanma Sıralaması	39
Tablo 8. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi Kaynaklarının Dağılımı	41
Tablo 9. Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Destek Kaynaklarının Dağılımı.....	42
Tablo 10. Kadınların Son İki Yılda Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığının Dağılımı.....	43
Tablo 11. Kadınların Son İki Yılda Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Sıklığının Dağılımı.....	43
Tablo 12. Kadınların Son İki Yılda Mammografi Çektirme Sıklığının Dağılımı.....	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Memenin Yandan Görünümü.....	10
Şekil 2. Memenin Dış Görünümü ve Kadranları.....	10
Şekil 3. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri.....	12
Şekil 4. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri.....	12
Şekil 5. Amerikan Kanser Birliği Kanserden Korunma Önlemleri.....	19
Şekil 6. Araştırma Planı.....	34

KISALTMALAR

AD: Anabilim Dalı

ACS: American Cancer Society

AKB: Amerikan Kanser Birliği

ATM: Ataxia Telangiectasia Mutated

BDGÖ: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği

BRCA1: Breast Cancer-1

BRCA2: Breast Cancer-2

BSE: Breast Self Examination

CDC: Center of Disease Control

CDH1: Cadherin 1, Type 1, E-cadherin (epithelial)

CHEK2: Checkpoint Kinaze 2

DES: Diethylstilbestrol

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

ISQN: Information and Support Needs Questionnaire

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

LCIS: Lobular Karsinom in Situ

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NCI: National Cancer Institute

NHS: National Health Services

NICE: National Institute for Clinical Excellence

NCNN: National Comprehensive Cancer Network

PTEN: Phosphatase and Tensin Homolog

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

WHO: World Health Organization

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek, sabır ve anlayışıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Özgül KARAYURT'a,

Tez çalışmamı planlama, yürütme aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime DİCLE'ye, Sayın Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e,

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm kadınlara,

Destek, sabır, ilgi ve anlayışıyla her zaman yanımda olan anneme ve arkadaşlarıma en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Saadet ANDIÇ

İzmir, 2011

BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME KANSERİ OLAN KADINLARIN BİLGİ VE DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN SAPTANMASI

Saadet ANDIÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği,
saadet.andic@deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Bu araştırma birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Ağustos 2010-Şubat 2011 tarihleri arasında iki üniversite hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesinin kemoterapi üniteleri, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı ve Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma örneklemini 156 kadın oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Tanıtıcı Bilgi Formu ve Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma örneklemine alınan kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamaları (\bar{x} :3.72±0.19) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarından (\bar{x} :3.24±0.41) daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda, kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamaları (\bar{x} :2.01±0.64) destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından (\bar{x} :1.26±0.68) daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Kadınların bilgi gereksinimi açısından *çok önemli* olarak belirttikleri konular; meme kanserinin nedenleri, tedavisi, belirti ve bulguları, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve meme kanseri olmamak için yaşam biçiminde değiştirmesi gereken durumlar olarak saptanmıştır. Kadınların *çok önemli* olarak belirttikleri destek gereksinimi konuları; KKMM yapmayı öğrenme, meme kanseri ile ilgili kendisi ve yakını hakkındaki endişeleri ve bir sağlık profesyoneli tarafından memelerinin muayene edilmesi olarak bulunmuştur. Kadınların çocuklarıyla onların meme kanseri olma risklerini nasıl konuşacağı, kendi meme kanseri olma riskini ailesiyle nasıl konuşacağı ve kendisi ve çocukları için genetik danışmanlığa ilişkin bilgi gereksinimlerinin *hiç* karşılanmadığı bulunmuştur. Hemşirelerin, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, meme kanseri, nedenleri, tarama, tanılama, tedavi yöntemleri ve meme kanserinden korunma gibi konular hakkında bilgi vermesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri riski yüksek kadınlar, Bilgi ve destek gereksinimleri, Hemşirelik girişimleri

DETERMINATION of THE INFORMATION and SUPPORT NEEDS of WOMEN WITH
PRIMARY RELATIVES WITH BREAST CANCER

Saadet ANDIÇ

**Dokuz Eylul University School of Nursing Surgical Nursing Department,
saadet.andic@deu.edu.tr**

ABSTRACT

Objective: This study was performed in an attempt to determine the information and support needs of women whose first-degree relatives have breast cancer and to what extent these needs are met.

Method: Research was conducted in the chemotherapy units and Department of Radiation Oncology and Department of Hematology Oncology policlinics of two university hospitals and one training and research hospital between August 2010 and February 2011. The research sample was consisted of 156 women. Questionnaire Form and Information and Support Needs Questionnaire were used as the data collection tools. In the analysis of the data, descriptive statistics such as number, percentage, mean and standard deviation were used.

Results: In general, information need score averages (\bar{x} :3.72±0.19) of women included in the research sampling was found to be higher than their score averages of support needs (\bar{x} :3.24±0.41). Likewise, score averages (\bar{x} :2.01±0.64) of women regarding to what extent their information needs were met were found to be higher than their score averages (\bar{x} :1.26±0.68) regarding to what extent their support needs were met.

Conclusion and Recommendations: The subjects, which were indicated by women as *very important* in terms of information needs, were determined as; the reasons, treatment, symptoms and findings of breast cancer, breast self examination (BSE) and situations to be changed in the lifestyle so as not to get breast cancer. The subjects of support needs, which were indicated by women as *very important*, were found as; learning how to do BSE, concerns about the self and the relative regarding the breast cancer and examination of breasts by a health professional. It was found that the information needs, regarding how the women should talk to their children about their breast cancer risk, how they should talk to their families about their breast cancer risk and the information needs concerning the genetic consultancy for themselves and their children were *never* met. It is suggested for nurses to give information to women whose first-degree relatives have breast cancer, about the subjects such as breast cancer, its reasons, scanning, diagnosis, treatment methods and protection from breast cancer.

Keywords: Women at high risk of breast cancer, Information and support needs, Nursing intervention.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Meme sağlığı kadınlar için önemli bir sorundur (Stacey et al., 2002). Meme kanseri, kadınlar arasında en sık (%28) tanılanan kanser çeşidi olup dünyada en sık (%15) ölüme yol açan malign tümördür (ACS, 2010a). Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme kanseri olan kadın bulunmaktadır (ACS, 2010a). Türkiye'deki kanser oranlarına bakıldığında meme kanseri kadınlarda görülen ilk on kanser türünde birinci sırada (yüz binde 37.60) yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2006).

Tüm dünyada meme kanseri oranlarının yüksek olması meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığını arttırmaktadır (Stacey et al., 2002). Risk kavramının, tıbbi ve epidemiyolojik yönü kadar psikolojik ve sosyal boyutları da vardır. Kanser tüm aile bireylerini etkiler. Hastalık, tedavi ve iyileşme süreci hastalar ve aileleri için zorlayıcı olabilir (Schmid-Büchi et al., 2008). Meme kanseri kadınların yaşamlarını değiştirmektedir. Kadınlar yaşamlarını tehdit eden hastalığın fiziksel ve duygusal sonuçlarının üstesinden gelmek zorundadırlar (Arman et al., 2008). Meme kanseri olan kadınlar, bu büyük olayın duygusal etkisini yakınlarıyla beraber yoğun olarak yaşarlar (Karayurt ve Zorukoş, 2008, Gross, 2000, Vogel, 2003). Meme kanserinin önlenmesi ve erken tanılanabilmesi için yüksek riskli kadınların bilgilendirilmeleri ve yakın izlem altında tutulmaları önemlidir (Karayurt ve Zorukoş, 2008).

Cinsiyet ve yaş meme kanseri risk faktörleri arasında önemli bir yere sahiptir. Yaş arttıkça meme kanseri riski de artmaktadır (ACS, 2010a, Gross, 2000). Meme kanserinin %99'u kadınlarda görülmekte olup bunun %54'ünü 40 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmaktadır (ACS, 2010a, Smeltzer & Bare, 2010). Meme kanserinin erkeklerde görülme oranı ise %1'dir. Meme kanseri için değiştirilemeyen risk faktörleri; cinsiyeti, yaşı, genetik risk faktörleri (Breast Cancer1 (BRCA-1) ve Breast Cancer2 (BRCA-2) gen mutasyonu vb) aile öyküsü, daha önce geçirilmiş meme kanseri öyküsü, ırk, meme dokusunun yoğunluğu, benign meme hastalıkları, erken menarş, geç menapoz, daha önce göğse alınan radyasyon ve diethylstilbestrol ilacına maruz kalmaktır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise çocuk sahibi olmaması ya da ilk gebelik yaşının 30'dan büyük olması, postmenapozal hormon tedavisi, kombine östrojen ve progesteron kullanımı, emzirme, alkol kullanımı, postmenapozal obezite ve fiziksel aktivite azlığıdır (ACS, 2010b).

Risk faktörlerinin içinde aile öyküsü çok önemlidir. Genetik meme kanseri tüm meme kanserlerinin %10-15'ini oluşturmaktadır (Shienfield & Albert, 2003). Ailelerin hastalığın genetiğini daha iyi anlamaya gereksinimleri vardır. Ayrıca meme kanseri açısından yüksek genetik risk taşıyan kadınlar bu bilgiyle yaşamakta zorlanmaktadırlar (Baumann, 2006). Iredale'nin çalışmasında belirttiği gibi hastaların kanser genetiğini araştırmak için farklı

nedenleri bulunmaktadır. Fakat genellikle bireysel riskleri ve çocuklarının riskleriyle ilgili anksiyetelerini azaltacak özel bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmektedirler. Genetik test sonuçlarının alınmasının hem gen mutasyonu olanlarda hem de olmayanlarda kronik endişe ve belirsizlik açısından önemli psikolojik yararları olabilmektedir. Bununla birlikte gen testi sonuçlarını almayı bekleyen kadınlar yüksek düzeyde anksiyete yaşayabilmektedirler (Iredale et al., 2003). Speice ve arkadaşları insanların daha önce genetik test yaptırmış farklı insanlarla konuşmak için cesaretlendirilmeleri gerektiğini savunmaktadırlar. Çünkü böylelikle insanların farklı deneyimlerle karşılaşabileceklerini belirtmektedirler (Speice et al., 2002). Aile öyküsüne bağlı risk tahmini; aile üyesinin tanı sırasındaki yaşı, kadının yaşı, etkilenen akrabaların sayısı gibi birçok faktöre bağlı değişmekle beraber, birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların meme kanseri riskinin genel kadın popülasyonundan iki kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Gross, 2000, Vogel, 2000, McPherson et al., 2000, Hulka & Moorman, 2001). Bununla birlikte, Haan ve arkadaşlarının 2010 yılında Hollanda’da anne ve anneanneninin yaşının kızının/torununun meme kanseri riskine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, annenin ya da anneanneninin yaşının kızının/torununun meme kanseri riskinde önemli bir rol oynamadığı saptanmıştır.

Meme kanserinde, yüksek risk değerlendirmede kriterleri; (a) birinci derece yakınlarında (anne, kız kardeş/kız kardeşler, kızı) veya ikinci derece yakınlarında 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 (BRCA1, BRCA2 gen mutasyonu) olarak belirtilmektedir (Stacey et al., 2002, ACS, 2010a). Aile öyküsünde meme kanseri olan yüksek riskli kadınların korku, endişe, öfke, belirsizlik çaresizlik gibi duygular yaşadıkları belirtilmiştir (Chalmers & Thomson, 1996, Chalmers et al., 2003, Gross, 2000, Kristjanson et al., 2004, Cohen, 2006). 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 (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Kadınlar meme kanseri olan yakınlarının sağlığı hakkında endişelenirken erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada güçlük çekmektedir (Chalmers & Thomson, 1996). Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların risk algısının anksiyeteye yol açtığı belirtilmiştir. Chalmers ve Tahomson’un makalelerinde belirttiği gibi, yüksek kanser anksiyetesi, aşırı duyarlılıkla, sık sık kendi kendine meme muayenesi yapmayla (KKMM) ya da KKMM’den sakınmayla sonuçlanabilir (Chalmers & Thomson, 1996). Diğer yandan aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlar ile aile öyküsünde meme kanseri olmayan kadınların erken tanı uygulamalarına uyum açısından fark olmadığı saptanmıştır (Chalmers et al., 2003). Cohen’in 2006 yılında İsrail’de aile

öyküsünde meme kanseri olan ve olmayan kadınların erken tarama uygulamalarını sağlık inançlarını ve kanser endişelerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada (n:489), kadınların büyük çoğunluğunun klinik meme muayenesi yaptırmadığı ve mammografi çektiirmediği saptanmıştır. Ayrıca aile öyküsünde meme kanseri olan 40 yaş altındaki kadınların çoğunun hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı ve mammografi çektiirmediği bulunmuştur. Aile öyküsünde meme kanseri olan ve olmayan kadınların klinik meme muayenesi yaptırma oranı benzer bulunmuştur. Mammografi çektiirme oranları 40 yaş üstü kadınlar için benzer bulunurken, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların tarama programın daha düzenli katıldığı saptanmıştır. Pozitif aile öyküsü ile mamografi çektiirmenin yüksek oranda ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınların %50'sinden fazlasının KKMM'ni düzenli olarak yaptığı bulunmuştur. Ayrıca, aile öyküsünde meme kanseri olan ve olmayan kadınların KKMM yapma oranları arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Pozitif aile öyküsü ile KKMM yapma oranının önemli bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Cohen, 2006). Norman ve Brain'in 2005 yılında İngiltere'de aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların KKMM'ni uygulama durumlarını sağlık inanç modeline göre belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n:567), kadınların KKMM'ni düzensiz olarak yaptıkları belirtilmiştir. Bunu nedeni kadınların kendilerini bu konuda yeterli görmemeleri, KKMM'nin yararlarını çok iyi bilmemeleri, duygusal engelleri ve meme kanseri endişeleri olarak saptanmıştır. Sinicrope ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan kadınların kızlarının KKMM yapma, klinik meme muayenesi, mamografi çektiirme, meme kanserine yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi konularında bilgi almak istedikleri saptanmıştır.

Hurt ve arkadaşları 2001 yılında birinci derece yakınında meme kanseri olan 20 kadınla yaptığı çalışmada stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesinin meme kanseri riski yüksek kadınlarda kansere ilişkin sıkıntıyı azaltabileceğini göstermişlerdir. Rees ve Bath 2000 yılında yaptıkları çalışmada bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun, korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir. Chalmers ve arkadaşlarının yaptığı 2003 yılında bir çalışmada meme kanseri riski taşıyan kadınların uyumlarını; meme kanseri deneyimi ile yaşamak, bireysel risk algısının gelişmesi ve riske yönelik koruyucu davranışlar geliştirmek olarak üç boyutta tanımlanmıştır. Başka bir çalışmada Chalmers ve Thomson (1996) meme kanseri riskine uyumda bilgi, destek ve iletişimin uyumu kolaylaştırdığını saptamışlardır.

Stacey ve arkadaşları 2002 yılında meme kanseri riski yüksek kadınların destek gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada (n:97), kadınların meme kanseri taramasını, meme kanseri riskini, düşük risk için yaşam biçimi değişiklik seçeneklerini, hormon replasman tedavilerini ve ilaçla korunmayı öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

Irada ve arkadaşları 2003 yılında İngiltere’de meme ya da meme/over kanseri riski yüksek olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla kalitatif çalışma (n: 27) yapmışlardır. Çalışmanın sonunda kadınların gen bilimindeki yeni gelişmeler, meme ve over kanserinin taraması ve tedavisindeki yeni gelişmeler, hormon replasman tedavisi (HRT), yan etkilerine ilişkin bilgi ve medyada çıkan çelişkili açıklamalar için başvuracakları güvenilir bilgiye gereksinimleri olduğunu saptanmıştır. Ayrıca, Chalmers ve arkadaşlarının 2003 yılında Kanada’da birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin kimler tarafından ne kadar karşılandığını belirlemek amacıyla yaptıkları tanımlayıcı çalışmada (n: 261), kadınların KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografi taraması hakkında bilgi konularını önemli gördükleri saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların önemli buldukları destek konuları ise; sağlık personeli tarafından muayene edilmesi, KKMM yaparken kontrol edilmesi ve KKMM’ni düzenli yapmak için destek olunması şeklinde sıralanmıştır. Ayrıca kadınlar, genetik danışmanlık, çocuklarının meme kanseri olma riskini çocuklarıyla nasıl konuşacağı ve kızının meme kanseri riski gibi bilgi gereksinimi maddelerini hiç karşılanmadı olarak belirtmişlerdir.

Tunin ve arkadaşlarının 2010 yılında İsrail’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin kimler tarafından ne kadar karşılandığını belirlemek amacıyla aynı ölçekle yaptıkları tanımlayıcı çalışmada (n: 128), kadınların genellikle önemli gördükleri konunun hastalığı önleme olduğu bulunmuştur. Kadınların önemli buldukları destek konuları ise; klinik meme muayenesi, KKMM ve meme kanseri olan yakını ile nasıl bir iletişim kurması gerektiği olmuştur. Çalışmanın sonucunda bilgi ve destek gereksinimi maddelerinin çoğunun karşılanma düzeyi düşük bulunmuştur. Kadınların hiç karşılanmadığını belirttikleri bilgi gereksinimi maddeleri; kızının meme kanseri riski, kendinin ve çocuklarının meme kanseri olma riskini çocuklarıyla nasıl konuşacağı olmuştur. Hiç karşılanmadığı belirtilen destek gereksinimi maddeleri ise; ileride meme kanseri olursa nasıl bir plan yapacağı, KKMM öğrenirken kontrol edilmesi ve bir destek grubuna katılması olmuştur.

Kristjanson ve arkadaşları (2004) meme kanseri olan kadınların adölesan çocuklarında (n:31) bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada, adölesanların bilgi kaynakları, annelerinin yaşam süresi ve meme kanseri hakkında adölesanlara özel (bireysel) bilgi ile ilgili gereksinimleri olduğunu saptamışlardır. Destek gereksinimleri ise destek kaynakları, desteğin derecesi ve tipi olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda adölesanların annelerine meme kanseri tanısı konulduğunda korku, endişe, belirsizlik yaşadıklarını saptamışlardır.

Türkiye’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimleriyle ilgili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Gençtürk ve Akyolcu (2005) yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarının bilgi arama davranışlarını ölçüp, bilgi gereksinimlerini belirleyerek (n:100) bu doğrultuda verdikleri eğitimin etkinliğini (n:32) değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda eğitim programından önce olguların %62.5’nin meme kanserinden korunma yöntemlerini bilmediği, %43.7’sinin meme kanserinden korunma/erken tanı yöntemini uygulamadığını belirtmişlerdir. Meme kanserinden korunma eğitim programı değerlendirildiğinde olguların eğitimden hemen önce ile eğitimden hemen sonra ve eğitimden bir ay sonra bilgi puan ortalamalarının eğitimden sonra arttığı saptanmıştır. Ancak bu bilgiyi davranışa dönüştüremedikleri belirtilmiştir. Aslan ve Çeberi’in (2006) İzmir’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada (n: 150), kadınların bilgi gereksiniminin öneminin destek gereksiniminin öneminden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların önemli gördükleri bilgi maddelerinin; meme kanseri olan yakınıyla nasıl konuşacağı, meme kanseri olma riskini azaltmak için yapabilecekleri değişiklikler ve meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar olduğu saptanmıştır. Önemli gördükleri destek gereksinimleri maddelerinin ise; sağlık personeli tarafından memelerinin muayene edilmesi, yakınının hastalığıyla ilgili endişeleriyle nasıl baş edeceği ve KKMM’ni yaparken sağlık personeli tarafından kontrol edilmesi olduğu belirtilmiştir.

Meme kanserini önlemede kompleks bilgi ve beceriler gereklidir. Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarının bilgilendirilmesinde ve sorunlarıyla baş etmesinde hemşireye önemli görevler düşmektedir. Hemşireler kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları kullanarak meme kanseri riski yüksek kadınların, bilgi ve destek gereksinimlerini karşılamalıdır (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Bu nedenle hemşireler meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarının bilgi ve destek gereksinimlerini saptamalı ve uygun hemşirelik girişimleri planlamalıdır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Planlanan bu araştırmanın amacı, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını saptamaktır.

Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını saptamak, birinci derece yakınında meme kanseri olan yüksek riskli kadınlar için uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasına ve uygulanmasına olanak sağlayacaktır.

1.3 Araştırma Soruları

Ayrıca bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- 1.** Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların meme kanseri riskine ilişkin bilgi kaynakları nelerdir?
- 2.** Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlar meme kanserine ilişkin bilgi almak istedikleri kaynaklar nelerdir?
- 3.** Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların meme kanseri riskine ilişkin destek kaynakları nelerdir?
- 4.** Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlar meme kanserine ilişkin destek almak istedikleri kaynaklar nelerdir?
- 5.** Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini uygulama durumu nasıldır? (KKMM, klinik muayene, mammografi)

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Meme, toraks üzerinde ikinci ile altıncı kostalar arasında, sternum ile orta aksiler hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift bezdir. Meme dokusunun yaklaşık üçte ikisi pektoralis major kası üzerinde, üçte birlik bölümü ise serratus anterior kası üzerinde bulunmaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010).

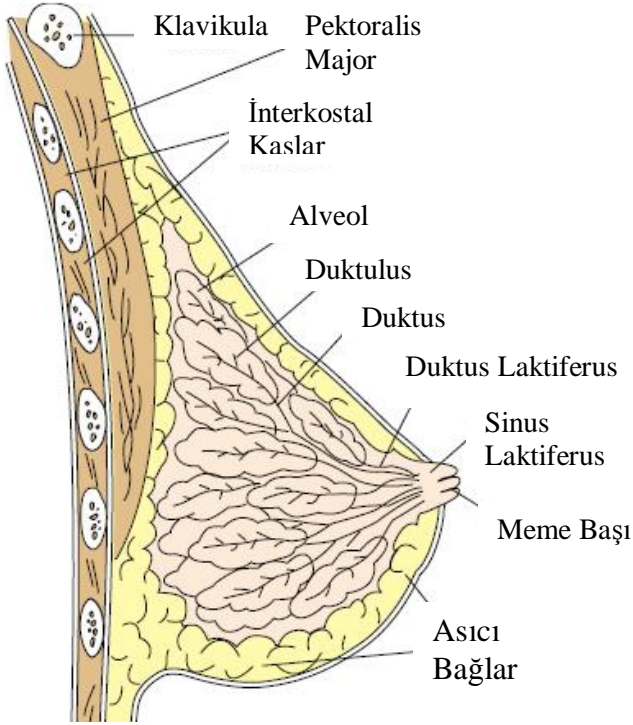
Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir. Memelerin büyüklüğü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir. Memenin şekli ve sertliği yağ dokusunun hacmine bağlıdır (Kaymakçı, 2010).

Meme dıştan içe doğru deri, derialtı yağ dokusu ve meme dokusundan oluşur. Memenin esas glandüler dokusu parankim dokusudur. Diğer destek dokular ise stroma olarak adlandırılan yağ dokusu ve fibröz bağ dokusudur. Memenin yaklaşık %85'i yağ dokusudur. Her bir meme bezi 12-20 lobdan oluşmaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010). Her lob sekresyon hücrelerinin oluşturduğu 20-40 lobülden, her lobül 10 ile 100 alveolden oluşmaktadır. Loblar, üzüm salkımı görünümünde yapılar olup kendilerine ait bir kanalla meme başına açılır. Çapları areola yakınında iki mm'yi bulan toplayıcı kanallar (duktus laktiforus) subareolar bölgede beş-sekiz mm çapında süt sinuslarına (sinus laktiforus) dönüşürler (Şekil 1) (Kaymakçı, 2010).

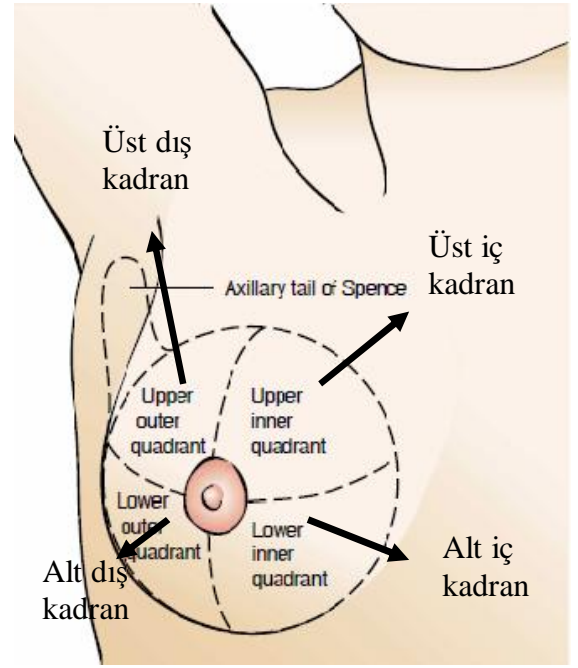
Meme başı areolanın merkezinde yer alır. Memenin yüzeyinde yağ bezleri olarak görev yapan montgomery bezleri vardır. Montgomery bezlerinin salgıları emzirme sırasında derinin kuruyup çatlamasını önlerler. Daire şeklinde olan areolanın içinde bol miktarda duyarlı sinir ucu, yağ bezleri ve ter bezleri bulunur (Şekil 2) (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010).

Meme dokusu dış yüzeyden meme ucunu yatay ve dikey olarak kesen hayali iki çizgi ile dört kadrana ayrılır. Bunlar üst dış, üst iç, alt dış ve alt iç kadranslar olarak adlandırılırlar. Meme dokusunda bulunan herhangi bir lezyon ya da kitle bu ayrıma göre saat kadranı yönünde tanımlanır.

2.1.1. Memenin Kanlanması: Memenin kanlanmasını sağlayan damarlar interkostal arter, internal torasik arter ve lateral torasik arterdir. Memenin venleri ise; torasik internal ven, aksiler ven ve interkostal vendir (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010).



Şekil 1. Memenin Yandan Görünümü



Şekil 2. Memenin Dış Görünümü ve Kadranları

(Şekil 1. ve Şekil 2. Smeltzer SC, Bare, BG., Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition kaynağından alınmıştır (2005)).

2.1.2. Memenin Lenf Yolları: Lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçasıdır. Hücreler arası aralıkta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillere geçer. Lenf kapilleri önce toplayıcı lenf damarlarına daha sonra lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişleyerek ve birleşerek venöz dolaşıma karışır. Memenin lenf yolları deri lenf yolları ve parankimal lenf yolları olmak üzere ikiye ayrılırlar. Lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mammae lenf nodüllerine olur. Meme lenf nodları altı grupta incelenir (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010).

Eksternal mammaryal lenf nodülleri: İkinci kostadan altıncı kostaya kadar lateral torasik artere yakın yerleşen lenf nodülleridir.

1. *Skapular lenf nodülleri:* Skapulayı lateral sınırı boyunca, aksillanın posterior duvarında yerleşmiş lenf nodülleridir. Çok derinde hissedilebilirler.

2. *Santral lenf nodülleri:* Pektoralis minör kasının posteriorunda yer alan lenf nodülleridir. En kolay palpe edilebilen ve metastazların en sık olduğu lenf nodlarıdır.

3. *Aksillar lenf nodülleri:* Aksiller venin medial ve posteriorunda yerleşen lenf nodülleridir.

4. *İnterpektoral lenf nodülleri*: Pektoralis major ve minör kasları arasında bulunan lenf nodülleridir. Palpe edilemezler.

5. *Subklavikular lenf nodülleri*: Aksiller venin alt yüzü boyunca yerleşen lenf nodülleridir.

Memenin lenfleri solda duktus torasikusa, sağda duktus lenfatikusa boşaldığı gibi; her iki yanda boynun lenfatiklerine bazen de doğrudan subklavien ven ve jugular venin birleşim yerine açılırlar (Kaymakçı, 2010).

2.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

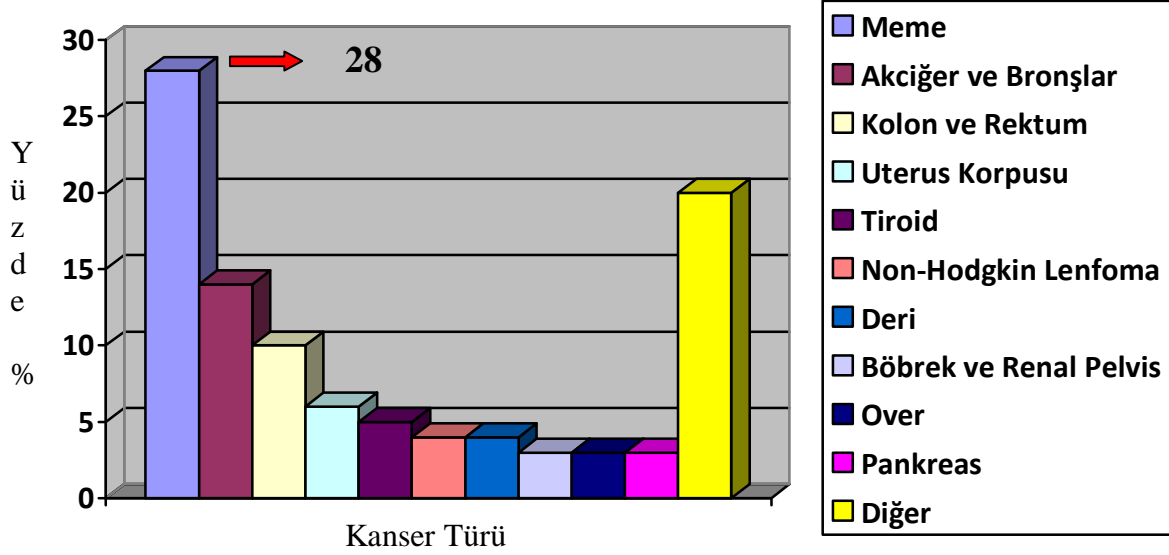
Meme kanserinin görülme sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Dünyada yaklaşık iki buçuk milyon meme kanseri tanısı olan kadın bulunmaktadır (ACS, 2010a). İnsidans, Avrupa ve Amerika'da daha yüksek, Afrika ve doğu Akdeniz ülkelerinde daha düşüktür (WHO, 2004).

Tablo. 1 Dünyada Ükelere Göre Kanser İnsidansı (binde)

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

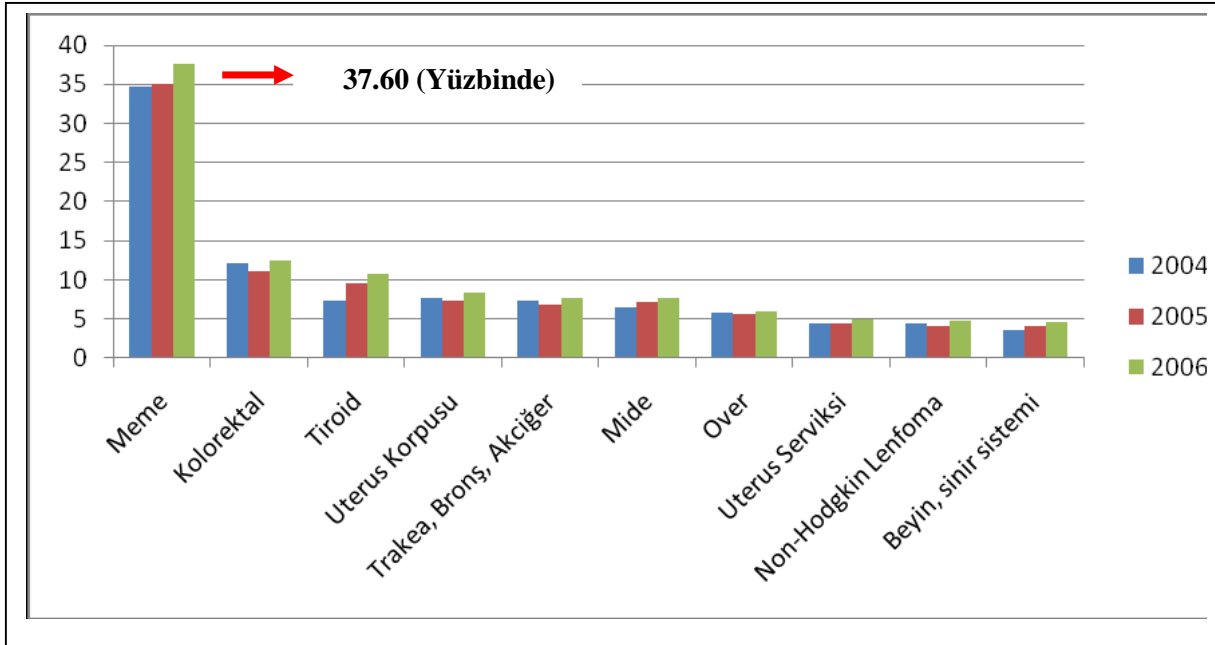
(Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program.

Ulaşım Tarihi: 20.04.2011 www.cdc.gov/cancer/nbccedp 'dan alınmıştır).



Şekil 3. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri (*ACS Cancer Facts & Figures 2010’den alınmıştır*).

Türkiye’de ise meme kanseri kadınlarda görülen ilk 10 kanser türünde birinci sırada (yüz binde 37.60) yer almaktadır (Şekil 4)(T.C Sağlık Bakanlığı, 2006). Türkiye’nin batısında insidans 50/100.000, doğusunda ise 20/100.000 oranındadır. Bu oranın batılılaşan yaşam; erken menarş, geç menapoz, ilk doğumun 30 yaş üstünde olması, daha az emzirme ve diğer risk faktörleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Özmen, 2008).



Şekil 4. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri (*T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanslerle Savaş Dairesi Başkanlığı 2004-2006 Yılları Türkiye Kanser İnsidansı’ndan alınmıştır*).

2.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Meme kanserinin etyolojisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir (Dean, 2008, Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a). Hastalığın gelişiminde rol oynayan birçok faktör bulunmaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a). Hastanın yaşı ve ırkı gibi risk faktörleri değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılırken, çevresel faktörler değiştirilebilir risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Meme kanseri risk faktörleri aşağıda verilmiştir (ACS, 2010).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- § Cinsiyet (kadın olmak)
- § Yaş (40 yaş üzerinde olmak)
- § Genetik risk faktörleri (BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu vb)
- § Birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü olması (anne, kız kardeş)
- § Memede daha önceden kanser ya da atipik hiperplazi olması
- § Irk
- § Meme dokusunun yoğunluğu
- § Benign meme hastalıkları
- § Erken menarş, geç menapoz
- § Daha önce göğse alınan radyasyon
- § Diethylstilbestrol ilacına maruz kalmaktır

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

- § Çocuk sahibi olmaması ya da ilk doğumun 30 yaşın üzerinde yapılması
- § Postmenapozal hormon tedavisi
- § Kombine östrojen ve progesteron kullanımı
- § Emzirme
- § Günlük alkol alımı
- § Postmenapozal obezite
- § Fiziksel aktivite

Kesin Olmayan, Tartışmalı veya Kanıtlanmamış Risk Faktörleri

- § Diyet ve vitamin alımı
- § Antiperspirantlar
- § Sütyen
- § Kürtaj
- § Meme implantları
- § Çevredeki kimyasallar
- § Sigara kullanımı
- § Gece çalışma

(ACS Breast Cancer Facts&Figures 2010'dan alınmıştır).

2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Meme kanserinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005, Kaymakçı, 2010,). Kadın olmak meme kanseri gelişiminde en önemli risk faktörüdür (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a). Bunun nedeni kadınların erkeklerden daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların gelişimsel dönemlerindeki östrojen ve progesteron hormonlarının düzeylerinin değişim göstermesidir. (ACS, 2010a).

Yaş: Yaş faktörünün de meme kanserinin görülmesinde önemli olduğu ve yaş ilerledikçe meme kanserinin insidansında artış olduğu bilinmektedir (Gross, 2000, Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). İnvaziv meme kanserlerinin 1/8'i 45 yaşından daha küçük kadınlarda görülürken, 2/3'ü 55 yaşından büyük kadınlarda görülmektedir (ACS, 2010a).

Genetik Mutasyon: Meme kanseri olan hastaların yaklaşık %10'unda otozomal dominant geçişli kalıtsal bir neden olduğu belirtilmektedir. Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır. BRCA-1; östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusunda proliferasyona neden olan östrojeni kontrol eder. DNA hasarlarını onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-2 ise sadece DNAYı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar (Smeltzer & Bare, 2005, Edwards & Palomares, 2008, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı genlerdir (ACS, 2010a). BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların mutasyon olmayan kadınlara oranla meme ya da over kanserine yakalanma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski %80 daha fazladır (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a).

Diğer genlerdeki değişiklikler:

- Ataxia Telangiectasia Mutated (ATM): ATM geni normalde zarar gören DNA'nın onarılmasına yardım etmektedir. Bu genin iki parçasının (allel) mutasyonu ataxia-telangiectasia hastalığına neden olurken, bir parçasının mutasyonu bazı ailelerde meme kanserine neden olmaktadır (Sauven, 2004, Edwards & Palomares, 2008, ACS, 2010a).
- p53: Tümör baskılayıcı gen olan p53 gen mutasyonu Li-Fraumeni sendromuna neden olmaktadır. Bu hastalığı olan insanların lösemi, beyin tümörü, sarkoma gibi kanserlerle birlikte meme kanseri olma riski artmaktadır (Sauven, 2004, Edwards & Palomares, 2008, ACS, 2010a).

- Checkpoint Kinaze 2 (CHEK2): CHEK2 hücre döngüsü kontrol noktasında DNA onarımından sorumlu kinaz genidir (Ekmekçi ve ark 2008). Li-Fraumeni sendromu CHEK2 gen mutasyonu ile de gelişmektedir. Bu gen mutasyonu meme kanseri riskini iki kat arttırmaktadır (ACS, 2010a).
- Phosphatase and Tensin Homolog (PTEN): PTEN geni normalde hücre büyümesinin düzenlenmesine yardım etmektedir. Bu genin mutasyonu Cowden sendromuna neden olmaktadır. Bu durum sindirim sistemi, tiroid, uterus ve overlerin yanı sıra nadir olarak hem benign hem de malign meme tümörlerinin riskini attırmaktadır (Sauven, 2004, Edwards & Palomares, 2008, ACS, 2010a).
- Cadherin 1, Type 1, E-cadherin (epithelial) (CDH1): Bu genin mutasyonu kalıtsal mide kanserine neden olmaktadır. Bu gen mutasyonu olan kadınların invaziv lobüler meme kanseri riski de artmaktadır (ACS, 2010a).

Aile Öyküsü: Birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların meme kanseri riski diğer kadınlardan daha yüksektir (Smeltzer ve Bare, 2010, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). Kadınların birinci derece yakınlarından bir tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık iki kat arttırırken, birinci derece yakınlarından iki tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık üç kat arttırmaktadır (ACS, 2010a).

Atipik Hiperplazi: Memede atipik hiperplazi, meme kanseri riskini dört beş kat arttırmaktadır (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a).

İrk: Beyaz tenli kadınlarda, zenci Amerikan kadınlardan daha az meme kanseri görülmektedir. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Zenci Amerikan kadınların meme kanserinden ölme oranı daha yüksektir. Asyalı, İspanyol, ve Amerika'nın yerlisi olan kadınların meme kanseri olma ve meme kanserinden ölme oranları daha düşüktür (ACS, 2010a).

Yoğun Meme Dokusu: Yoğun meme dokusu olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusu bulunmaktadır. Bu durum meme kanseri riskini arttırmaktadır (ACS, 2010b).

Benign Meme Hastalıkları: Benign meme hastalığı olan kadınların meme kanseri olma riski artmaktadır. Bunlardan bazıları meme kanseri riskini diğerlerine göre daha çok arttırmaktadır. Bunlar riski etkileme durumlarına göre üç grupta toplanabilmektedir (ACS, 2010a).

Non-proliferatif Lezyonlar: Bunlar meme dokusunun fazla büyümesiyle ilişkili değildir. Meme kanseri riskini etkilememekte ya da çok küçük alanları etkilemektedir. Bu lezyonlar; fibrokistik hastalıklar (fibrozlar ve/veya kistler), orta dereceli hiperplaziler, yağ nekrozları mastitler gibi benign lezyonları içermektedir.

Atipik Olmayan Proliferatif Lezyonlar: Meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücreler aşırı büyümesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu durum kadınların meme kanseri olma riskini normale göre bir buçuk iki kat arttırmaktadır. Bu lezyonlar; duktal hiperplaziler, kompleks fibroadenomlar, çeşitli papillomalardır.

Atipik Proliferatif Lezyonlar: Bu durumda meme dokusundaki duktuslarda ve lobüllerdeki hücrelerin aşırı büyüme ve hücreler normalden daha büyük/uzun görünmemektedir. Kadınların meme kanseri olma riskini normale göre dört beş kat arttırmaktadır. Bu lezyonlar; atipik duktal hiperplaziler ve atipik lobüler plazilerdir (ACS, 2010a).

Hormonlar: Hormonal durum da bu hastalığın gelişmesinde rol oynayan etkili bir faktör olarak gösterilmektedir. Hiç gebe kalmamış olmak, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması ve erken menarş hastalığın gelişmesinde etkilidir (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). Genel olarak menarşın bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 oranında azaldığı kabul edilmektedir. Doğal menopozun gecikmesi önemli bir risk faktörüdür. Menopoza 45 yaşından önce giren kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra giren kadınların yarısı kadardır (ACS, 2010a). Gebelik yaşının 20 yaşından önce olması meme kanserine karşı koruyucu olmaktadır (Vogel, 2000, ACS, 2010a). İlk doğum yaşı 30 yaşından büyük olan kadınlarda kanser riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre dört kat daha fazladır. Overlerin 40 yaşından önce cerrahi olarak çıkarılmasının meme kanseri riskini %75 oranında azalttığı bildirilmektedir (ACS, 2010a).

Daha Önce Göğse Radyasyon Alınması: Çocukken ya da gençken göğüs bölgesine radyoterapi alan kadınların meme kanseri riski önemli ölçüde artmaktadır. Bu hastanın radyasyon aldığı yaşa göre değişmektedir. Adölesan dönemde meme gelişimi devam ederken göğse radyasyon alınması meme kanseri riskini daha çok arttırmaktadır. Radyasyon tedavisi 40 yaştan sonra alındığında meme kanseri riskinde artış gözlenmemektedir. Ancak tanı amacıyla uygulanan mammografinin meme kanserini arttırıcı bir risk taşımadığı gösterilmiştir (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Diethylstilbestrol İlacına Maruz Kalma: Bazı kadınlar (1940-1960 yılları arasında gebe olan) düşük riskini azaltan diethylstilbestrol (DES) ilacını kullanmıştır. Bu durum DES kullanan kadınların ve kızlarının meme kanseri riskini arttırmaktadır (ACS, 2010a).

2.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Çocuk Sahibi Olma: Çocuk sahibi olmayan ya da ilk gebelik yaşı 30'dan büyük olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır. Çocuk sahibi olma ve genç yaşta gebe kalma meme kanseri olma riskini azaltmaktadır (Güllüoğlu, 2008, ACS, 2010a). Gebelik yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltarak riski azaltmaktadır (ACS, 2010a).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Oral kontraseptif kullanan kadınların hiç kullanmayan kadınlara göre meme kanseri olma riskinin çok az arttırdığı belirtilmektedir(Güllüoğlu, 2008, ACS, 2010a). Bu risk ilaç kullanımı bittikten bir süre sonra azalmaktadır. Oral kontraseptif kullanımını 10 yıl önce bırakan kadınların meme kanseri riskleri bulunmamaktadır. Oral kontraseptif kullanan kadınların bu durumu diğer riskleriyle birlikte sağlık ekibi tarafından değerlendirilmelidir (ACS, 2010a).

Emzirme: Emzirme süresi bir buçuk iki yıl olan kadınların meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durum emzirmenin yaşam boyu toplam menstural döngüyü azaltmasıyla açıklanmaktadır (ACS, 2010a).

Alkol: Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Vogel, 2000, Smeltzer & Bare, 2005, Güllüoğlu, 2008, Edwards & Palomares, 2008, Kaymakçı 2010, ACS, 2010a). Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması çok daha önemli bir risk faktörüdür. Günlük alkol alımı 2-5 bardak olan kadınların meme kanseri riski yaklaşık bir buçuk kat artmaktadır. Amerikan Kanser Birliği (AKB) günde bir bardaktan daha fazla alkol alınmamasını önermektedir (Smeltzer & Bare, 2005, Lester, 2007, Edwards & Palomares, 2008, ACS, 2010b).

Beslenme: Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerle beslenme ve vücut ağırlığının fazla olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini arttırdığı düşünülmektedir (Vogel, 2000, Sauven, 2004, Smeltzer & Bare, 2005, Güllüoğlu, 2008, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini arttırmaktadır. Yağ dokusu östrojeni tutmakta ve bu da daha fazla endojen östrojen salınımına yol açmaktadır. Ayrıca yağ dokusu bağımsız olarak östrojen salgılamaktadır (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010b). D vitamini yetersizliği olan kadınların meme kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (Steck et al., 2010).

Fiziksel Aktivite: Egzersizin ne kadar yapılması gerektiği çok önemlidir. AKB'nin meme kanserini azaltmak için önerisi; haftada beş gün ve/veya üzeri 45-60 dakika fiziksel aktivite yapılmasıdır (Güllüoğlu, 2008, ACS, 2010b).

2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Kitle: hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. Kitle, bir iki cm büyüklüğündedir. Tek taraflı ve süreklidir. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsiz ve zor palpe edilebilir (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Ağrı: başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Meme Başı Akıntısı: bu bulguya pek sık rastlanmaz. Genellikle tek taraflıdır ve kanlıdır, seröz, seröz-kanlı da olabilir. Spontandır (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünüm (Pau d'orange): tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride ödem oluşur. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenememesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folükülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Meme Başında Retraksiyon: tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Meme Derisinde Çukurlaşma: tümör hücrelerinin deriye ulaşması ve deriyi çekmesi sonucu gelişir (Smeltzer & Bare, 2005).

Deride Ülserasyon ve Eritem: kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada m. pektoralis'e, göğüs duvarına ve deriye ulaşması sonucunda oluşur (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

Lenf Nodüllerinde Büyüme: tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması nedeniyle oluşur (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a).

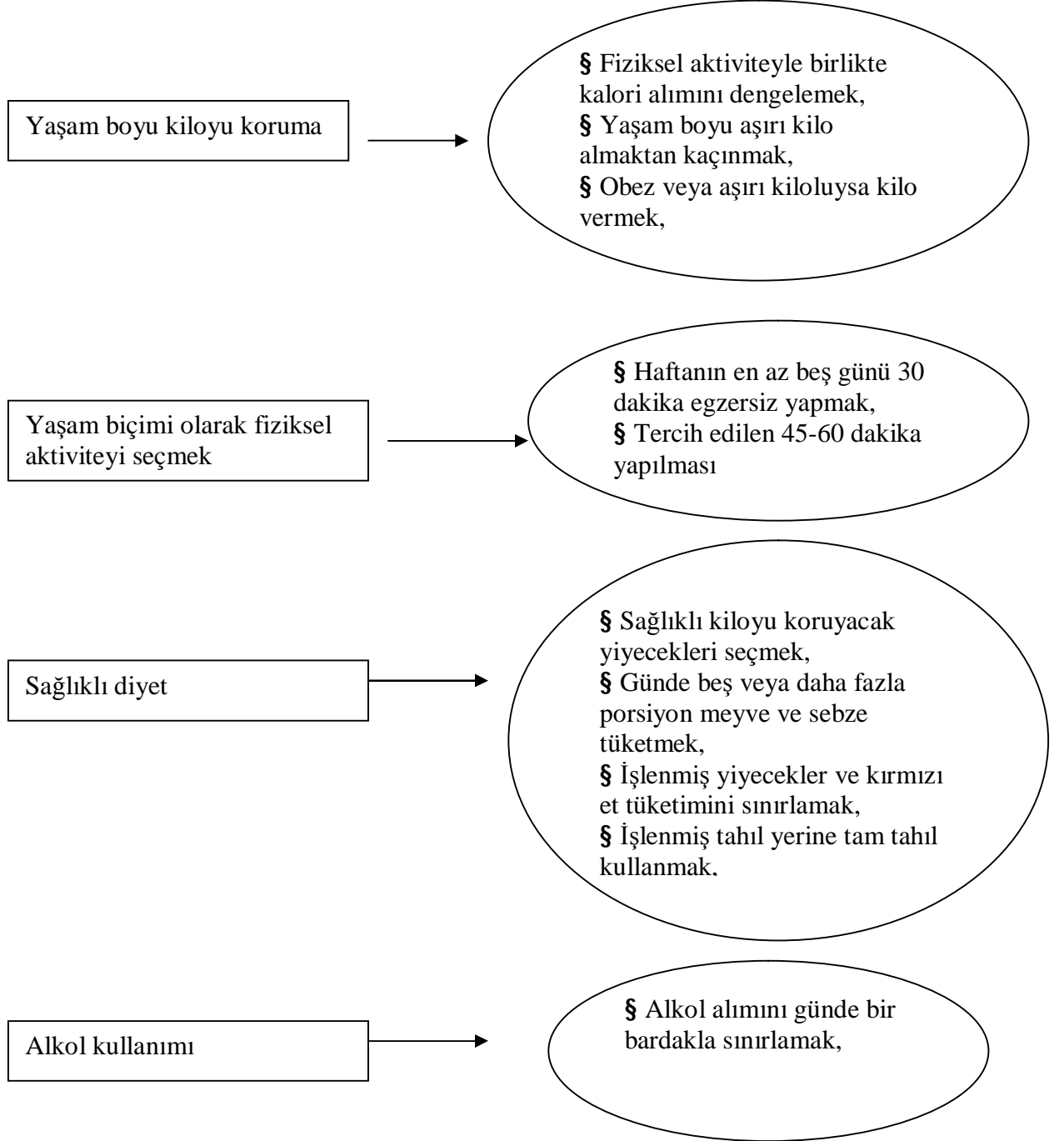
Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda %45 (fazla miktarda meme dokusu içerdiği için), meme ucu çevresinde %25, üst iç kadranda %15, alt dış kadranda %10, alt iç kadranda %5 oranındadır (Smeltzer & Bare, 2005).

2.5. Meme Kanserinden Korunma

2.5.1. Birincil Korunma

Birincil korunmanın temel hedefi hastalığın oluşma sıklığının azaltılmasıdır. Karsinogenezis sürecini başlatabilecek her türlü etkenle teması engellemektir. Meme kanserinde kadınlar yaş, cinsiyet, aile öyküsü, menstural durum gibi bazı risk faktörlerini kontrol edemezler. Ancak bu konuda bilgilendirilmeleri risk durumunun belirlenmesi açısından önemlidir. Birincil önlemlerde kontrol edilebilecek risk faktörleri ise yaşa göre önerilen kilonun korunması, fizik egzersiz ve sağlıklı beslenmedir (Smeltzer & Bare, 2005,

Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b). AKB'nin bu konuda bir takım önerileri bulunmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Amerikan Kanser Birliği Kanserden Korunma Önlemleri (ACS Cancer Facts & Figures 2010'dan alınmıştır).

2.5.1.2. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma

Meme kanserinde yüksek riskli kadınlar;

- § birinci derece yakınlarında (anne, kız kardeş/kız kardeşler, kızı) veya ikinci derece yakınlarında meme veya over kanseri öyküsü,
- § birinci veya ikinci derece yakınlarında bilateral veya premenopozal meme kanseri varlığı,
- § atipik hiperplazi, lobüler karsinoma insitu, ve pozitif gen testi (BRCA1, BRCA2 gen mutasyonu) olan kadınlardır (Stacey et al., 2002, ACS, 2010a).

Yüksek riskli kadınlarda birincil korunmada koruyucu cerrahi olarak; bilateral profilaktik mastektomi, bilateral profilaktik ooforektomi, kimyasal korunma olarak; tamoksifen, raloksifen kullanımı bulunmaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a).

Yüksek Riskli Kadınlar için Koruyucu Cerrahi

Bilateral Profilaktik Mastektomi

Bilateral profilaktik mastektomi meme kanserini önlemek için kullanılan bir yöntemdir. Meme kanseri riskini %90 oranında azaltmaktadır ve bu nedenle de “risk azaltıcı mastektomi” olarak da isimlendirilmektedir. Profilaktik mastektomide sadece meme dokusu çıkarılmaktadır. İşlem sırasında eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulanabilmektedir (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a).

Genelde ailesinde meme kanseri öyküsü olan, BRCA1-2 gen mutasyonu olan, bir memesinde kanser öyküsü olan lobular karsinom in situ (LCIS) olan ve atipik hiperplazi öyküsü olan kadınlarda uygulanan bir yöntemdir (Vogel, 2000, NHS NICE Guidance on Cancer Services, 2002a, Stacey et al., 2002, Sauven, 2004, Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a). Hastanın karar verme sürecinde multidisipliner bir yaklaşımla operasyonun tüm yarar ve zararları hastaya açıklanarak karar vermesi sağlanmalıdır (Smeltzer ve Bare, 2010, ACS, 2010a). Operasyondan sonra enfeksiyon, ağrı, üzerine yatamama, his kaybı, gibi fiziksel durumların yanı sıra psikolojik sonuçlar da ortaya çıkabilir. Normal meme dokusunun kaybı ve beden imajındaki değişikliklere bağlı olarak hastayı psikolojik yönden etkileyebilir (NCI FactSheet, 2006).

Bilateral Profilaktik Ooforektomi

Menapoz öncesi overlerin çıkarılması BRCA1-2 gen mutasyonu olan kadınlarda meme kanseri riskini %50 oranında azaltmaktadır. Çünkü bu yöntemle vücuttaki temel östrojen kaynağı ortadan kaldırılmaktadır (Sauven, 2004, Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010a). Profilaktik mastektomide olduğu gibi bu ameliyata karar verme sürecinde de hastaya tüm yarar ve zararlar (tekrar çocuk sahibi olamama vb) anlatılarak hastanın karar vermesi

sağlanmalıdır. Profilaktik ooferektomi çocuk sahibi olan premenapozal dönemdeki kadınlara önerilmektedir (Smeltzer & Bare, 2005).

Kimyasal Korunma

Tamoksifen

Tamoksifen meme kanserini önlemede kullanılan en yaygın antiöstrojen ilaçtır (Vogel, 2000, Stacey et al., 2002, NHS NICE Guidance on Cancer Services, 2002a, Nelson et al., 2009, Kaymakçı, 2010, Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a). Meme dokusundaki östrojen reseptörlerine bağlanarak östrojenin hücre içine alınmasını engeller (antagonist etki). Böylece hücre proliferasyonunu engellemiş olur. Bunun yanı sıra diğer dokular üzerinde östrojen gibi etki göstermeye devam eder (agonist etki). Tamoksifen meme kanseri riskini %49 oranında azaltmaktadır. Tamoksifenin yararları olduğu gibi bazı yan etkileri de bulunmaktadır. Gece terlemesi, sıcak basması, vajinal kaşıntı/akıntı, bulantı-kusma gibi etkilerinin yanı sıra uterus kanseri riskini (%1), derin ven trombozu, felç, pulmoner emboli riskini arttırmaktadır (Kaymakçı, 2010, Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a).

Raloksifen

Raloksifen, tamoksifen gibi östrojenin meme dokusu üzerine olan etkilerini engellemektedir ve böylece meme kanseri riskini azaltmaktadır (NHS NICE Guidance on Cancer Services, 2002a, Stacey et al., 2002, Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a). Bununla birlikte osteoporoz riskini de azaltmaktadır. Raloksifenin uterus kanseri, derin ven trombozu ve pulmoner emboli riski de daha düşüktür (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010a).

2.5.2. İkincil Korunma

İkincil korunmada hedef erken dönemde meme kanseri tanısının konulmasına yönelik uygulamalardır. Riskin değerlendirilmesi ve erken tanılama yöntemleri kullanılır. Meme kanserinde erken tanı konulması tamamen iyileşme şansını arttırmaktadır (Smeltzer & Bare, 2005, Nelson et al., 2009, Kaymakçı 2010).

2.5.2.1. Risk Değerlendirme Araçları

Meme kanseri risk değerlendirmesi için geliştirilen üç model bulunmaktadır (NCI, 2010, ACS, 2010a).

Gail Modeli

Gail ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen “Gail Modeli” kadınların bireysel risk faktörlerini kullanarak beş yıllık ve yaşam boyu risklerini hesaplamaktadır. Model, Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute) ve AKB tarafından geliştirilen

“Meme Kanseri Saptama ve Gösterme Proje”sine katılan 35 ile 74 yaşları arasındaki 280.000 kadının verileri doğrultusunda oluşturulmuştur.

Gail modelinde risk hesaplamasında, kadının aile öyküsünün yanı sıra birçok risk faktörü birlikte değerlendirilmektedir. Gail modelinde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Menarş yaşı,
- Canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama,
- Meme kanseri olan birinci derece yakınının sayısı,
- Önceki benign meme biyopsi sayısı,
- Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi olması,
- Irk’dır (NCI, 2010, Gail et al., 1989).

Kadınlar beş yıllık meme kanseri olma riski %1.7 ve üzeri ise yüksek risk grubuna girmektedir (NCI, 2010, National Comprehensive Cancer Network, 2009).

Claus Modeli

Claus ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen “Claus Modeli” daha çok genetik risk faktörleriyle kadınların on yıllık ve yaşam boyu sağ kalımlarını hesaplamaktadır. Model, “Kanser ve Steroid Hormon Çalışması”nın verileri temel alınarak geliştirilmiştir. Bu model hastanın yaşını ve aile öyküsünü temel almaktadır.

Claus modelinde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşıdır (Claus et al., 1994).

Tyrer-Cuzick Modeli

Tyrer ve Cuzick tarafından 2004 yılında geliştirilen “Tyrer-Cuzick Modeli” BRCA-1/2 gen mutasyonları ve diğer risk faktörlerini değerlendirerek kadınların meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Tyrer-Cuzick modelinde değerlendirilen risk faktörleri Gail ve Claus modeline göre daha kapsamlıdır. Modelde kullanılan risk faktörleri;

- Kadının şu anki yaşı,
- Menarş yaşı,
- Canlı ilk doğum yaşı,
- Menapoz yaşı,
- Atipik hiperplazi, lobular carcinoma in situ (LCIS) varlığı,
- Önceki benign meme biyopsi sayısı,

- Meme kanseri olan birinci derece yakınının sayısı,
- Meme kanseri olan ikinci derece akraba sayısı,
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabasının meme kanseri olma yaşı,
- Birinci derece yakınlarında bilateral meme kanseri,
- Birinci derece yakınlarında over kanseridir (Tyrer et al., 2004).

2.5.2.2. Meme Kanseri Taramaları

Meme kanserinde erken tanı hastalığın seyri ve tedavi süreci için oldukça önemlidir. AKB meme kanserinin erken tanınması için 40 yaşından itibaren yıllık mammografi ve klinik muayene önermektedir. 40 yaşından önce meme dokusu yoğunluğu fazla olduğundan ve bu nedenle kitlenin çok iyi görüntülenememesinden dolayı mammografi yaşı 40 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınlarda meme kanserinde farkındalığı sağlama için 20 yaşından itibaren KKMM yapılması önerilmektedir (ACS, 2010b). Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu (U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)) meme kanseri öyküsü olmayan kadınlar için 40 yaşından itibaren iki yılda bir mammografi taraması yapılmasını önermektedir (USPSTF, 2009). İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisi Meme Kanseri Tarama Programı mammografi taramasının 50-70 yaş arasında üç yılda bir yapılmasını önermektedir (NHS Breast Screening Programme, 2008). Amerika’da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Ulusal Meme ve Serviks Kanseri Erken Tarama Programı (Center of Disease Control and Prevention National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program) 40-49 yaşları arasındaki kadınların mammografi çektirme sıklığına doktorları ile birlikte karar vermelerini, 50-74 yaşları arasındaki kadınların da iki yılda bir mammografi çektirmesini önermektedir (CDC, 2011). Avustralya Ulusal Meme ve Over Kanseri Merkezi (National Breast and Ovarian Cancer Centre) ve Avustralya Meme Tarama Programı (BreastScreen Australia Program) 40 yaş ve üzerindeki kadınların iki yılda bir mammografi çektirmesini önermektedir. Fakat 40-49 yaşları arasında meme dokusu daha yoğun olduğu için mammografi görüntülemesinde sorunlar yaşanabileceğini, o nedenle kadınların 50 yaş üzerinde iki yılda bir mammografi çektirmesini önermektedir (BreastScreen Australia, 2008). Türkiye’de Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) meme kanserinin erken tanınması için AKB’nden farklı olarak mammografi taramasını 50 yaşından sonra iki yılda bir defa önermektedir (KETEM, 2010).

Tablo 2. Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	3 Yılda bir defa
40 ve üzeri	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	Yılda bir defa
Riskli grup	KKMM	1 defa / Her ay (isteğe bağlı)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	Yılda bir defa
	Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) (30 yaş)	Yılda bir defa

(ACS Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010'dan alınmıştır).

Tablo 3. Türkiye Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi

Yaş Aralığı	Kullanılan Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM	1 defa / Her ay (farkındalığı artırmak için)
	Klinik Muayene	3 Yılda bir defa
40-49	KKMM	1 defa / Her ay (farkındalığı artırmak için)
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
50 ve üzeri	KKMM	1 defa / Her ay
	Klinik Muayene	Yılda bir defa
	Mammografi	2 yılda bir defa

(Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Ulusal Kanser Tarama Programları'ndan alınmıştır. Ulaşım tarihi 09.01.2010)

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Meme hastalıklarının saptanmasında hastaların kendileri önemli rol oynamaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010a). KKMM hastaların farkındalıklarını arttırmada rol oynadığı için klinik meme muayenesi ve mammografi ile birlikte uygulanmaktadır (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b). KKMM ucuz, basit ve üstelik kadının mahremiyetinin korunduğu, evinde tek başına rahatlıkla uygulayabileceği bir muayenedir (Kaymakçı, 2010). Menstrual siklus, gebelik ve menapoz gibi durumlarda çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. KKMM, menstrual dönemde meydana gelen bu

değişiklikler sonucu doğru sonuçlar elde edilememesi riski nedeniyle her ay menstruasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde ya da postmenapozal dönemde her ayın belirli gününde (ör: ayın birinci günü) yapılmalıdır (Kaymakçı, 2010).

Meme muayenesinin her ay düzenli olarak yapılması, kadının kendi meme yapısını daha iyi tanımasını ve önceki aya göre meme dokusunda herhangi bir değişiklik olup olmadığını daha kolay anlamasını sağlar (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010). Ancak yapılan çalışmalarda kadınların KKMM'nin ne olduğunu ve önemini bildikleri, buna karşın sadece %25-30 oranında uygulandığı görülmüştür (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010b). KKMM yapmama nedenleri olarak; kadınların memelerinde bir kanser kitlesi saptamaktan korktukları, kendi memelerini muayene etmelerinin hoşlarına gitmemesi ve memelerinin çok yumrulu bir yapıya sahip olmasından dolayı ne hissetmesi gerektiğini bilmemeleri belirtilmiştir. Ayrıca meme kanseri riski yüksek olan kadınların KKMM uygulamasında daha isteksiz oldukları saptanmıştır (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010).

Thomas ve arkadaşlarının 1997 yılında Çin'de, Semiglazov ve arkadaşlarının 1998'de Rusya'da yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarda, düzenli olarak yapılan KKMM'nin kadınların farkındalığını arttırdığı, meme kanseri mortalite ve morbidite oranını etkilemediği ve gereksiz biyopsilere neden olduğu bulunmuştur (Thomas et al., 1997, Semiglazov et al., 1998). Bu çalışmaların sonuçları KKMM, erken tanı yöntemi olarak değil farkındalığı sağlamak için yapılması gerektiğini göstermektedir.

Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara yapılması gereken fizik muayenedir (Smeltzer & Bare, 2010, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b). AKB 20-39 yaş gurubu arasındaki kadınlarda üç yılda bir 40 yaş üstü kadınlarda da yılda bir yapılması gerektiğini belirtmiştir (Smeltzer & Bare, 2010, ACS, 2010b).

Klinik meme muayenesi, hasta oturur pozisyondayken ve yatar pozisyondayken olmak üzere iki aşamada yapılır. Kullanılan yöntemler ise inspeksiyon ve palpasyondur (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010). Yapılan bu fiziksel muayenede; memelerin şekil ve büyüklüğü, meme derisinde şişkinlik, çukurlaşma, renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı gözlenir ve palpasyonla değişiklik olup olmadığı gibi meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b).

Mammografi

Mammografi memedeki oluşumların erken tanısında oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Memenin kas, yağ ve glandüler yapılarını incelemek amacıyla kullanılır. Mammografinin, düşük enerjili röntgen ışınları ve kompresyon uygulanarak elde edilen özel bir radyografi yöntemidir. Meme kanserinin erken tanılanmasında çok önemli bir yere

sahiptir. Mammografinin meme kanserini saptamadaki duyarlılığı %63-98 oranındadır. Ancak doku yoğunluğu fazla olan memelerde bu oranın %30-48'lere düştüğü belirtilmektedir(Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010). Özellikle doku yoğunluğu fazla olan (dens) memelerde mammografik duyarlılığın az olması nedeniyle ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi ek tanı yöntemlerinin de kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b).

AKB 40 yaş üstü kadınlara yılda bir mammografi uygulanması gerektiğini belirtmiştir. Yüksek riskli kadınların ailelerindeki meme kanseri görülme yaşından 10 yıl daha erken mammografi uygulamasına başlamaları önerilmektedir (Smeltzer & Bare, 2005, ACS, 2010b).

Mammografi uygulamasında hemşirenin görevi, hastaya işlemin yapılma nedeni, nerede, nasıl, ne sıklıkta yapılacağı ve ne kadar radyasyona maruz kalacağı konusunda bilgi vermektir. Ayrıca mammografi sırasında ağrı ve rahatsızlık duymaması için hastaya memelerinin çok fazla duyarlı olmadığı dönemde mammografi çektirmesini söylemelidir. Bu dönem premenapozal dönemlerde menstrasyon başlangıcını izleyen iki haftanın sonudur (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG güçlü bir manyetik alan içinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları, diğer yapılardan net olarak ayırt etmek, sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak ve tanımlamak için kullanılan bir yöntemdir. MRG memedeki lezyonların saptanmasında en yüksek duyarlılığı olan bir görüntüleme yöntemidir. Mammografi ve ultrasonografi ile kesin değerlendirme yapılamayan durumlarda MRG kullanılmaktadır. Opere edilen memelerde rezidüel ya da nüks değerlendirmesi, neoadjuvant tedavi izlemi ve aksiler lenf bezi metastazı olan olgularda kanser araştırması MRG uygulanması için önemli endikasyonlardır. Ayrıca MRG yüksek riskli kadınların taramalarında da kullanılmaktadır (Smeltzer & Bare, 2005, Kaymakçı, 2010, ACS, 2010b).

2.5.2.3. Herediter Meme Kanserinde Erken Tanı Rehberi

Kalıtsal meme kanserinin %5-10'u direk olarak gen mutasyonuna çoğunlukla da BRCA1-2 gen mutasyonuna bağlıdır (ACS, 2010a). Genetik yatkınlığı olan kadınlar için;

- 25 yaş altında yılda bir klinik meme muayenesi yapılması,
- 25 yaşından sonra altı 12 ayda bir klinik meme muayenesi yapılması,
- 25 yaşından sonra altı 12 ayda bir mammografi çektirilmesi,
- 25 yaşından sonra yılda bir MRG taraması yaptırılması,

- Aile öyküsünde en erken meme kanseri tanısı konulma yaşından beş 10 yıl önce klinik meme muayenesi ve mammografi taramasına başlanması önerilmektedir (National Comprehensive Cancer Network, 2011)

2.5.3. Üçüncül Koruma (Rehabilitasyon)

Üçüncül korumanın hedefi kanser hastasının tedavi ve rehabilitasyonunu yaparak, gelişebilecek komplikasyonları engellemektir (Kaymakçı, 2010). Bununla birlikte yeni oluşabilecek kanserler için erken taramayı kapsar. Tarama için testlerin yapılması ve yeni kanser gelişimini engellemek için kimyasal ajanların kullanımını içermektedir (Mahon, 2005).

2.6. Yüksek Riskli Kadınlarda Bilgi ve Destek Gereksiniminin Karşılmasında Hemşirenin Rolü

Kanser tüm aile bireylerini etkiler. Hastalık, tedavi ve iyileşme süreci hastalar ve aileleri için zorlayıcı olabilir (Schmid-Büchi et al., 2008). Meme kanseri kadınların yaşamlarını değiştirmektedir. Kadınlar yaşamlarını tehdit eden hastalığın fiziksel ve duygusal sonuçlarının üstesinden gelmek zorundadırlar (Arman et al., 2008). Meme kanseri olan kadınlar, bu büyük olayın duygusal etkisini yakınlarıyla beraber yoğun olarak yaşarlar (Karayurt ve Zorukoş, 2008, Gross, 2000, Vogel, 2003). Meme kanserinin önlenmesi ve erken tanılanabilmesi için yüksek riskli kadınların bilgilendirilmeleri ve yakın izlem altında tutulmaları önemlidir (Karayurt ve Zorukoş, 2008).

Aile öyküsünde meme kanseri olan yüksek riskli kadınlar değişik duygular (korku, endişe, öfke, belirsizlik çaresizlik vb.) yaşamaktadırlar. (Chalmers & Thomson, 1996, Chalmers et al., 2003, Gross, 2000, Kristjanson et al., 2004). Ayrıca, yüksek riskli kadınların risk algısının anksiyeteye yol açtığı belirtilmiştir. Yüksek kanser anksiyetesi, aşırı duyarlılıkla, sık sık KKMM yapmayla ya da KKMM yapmamakla sonuçlanabilmektedir. (Chalmers et al., 2003). Bazı kadınlar meme kanseri riski ile ilgili yaşadıkları bu duyguları baskılayabilirken bazı kadınlar da sürekli olarak birileriyle görüşerek bu duyguların üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Aynı şekilde kadınların bir kısmı meme kanseri riski ve önlemeye ilişkin seçenekler hakkında bilgi almak isterken bir kısmı da sadece gözetim altında kalmayı tercih etmektedir (Gross, 2000).

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 (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Kadınlar meme kanseri olan yakınlarının sağlığı hakkında endişelenirken erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada güçlük çekmektedir (Chalmers & Thomson, 1996). Hurt ve

arkadaşları (2001) birinci derece yakınında meme kanseri olan 20 kadınla yaptığı çalışmada, psikolojik girişimin meme kanseri riski yüksek kadınlarda kansere ilişkin sıkıntıyı azaltabileceğini göstermişlerdir. Rees ve Bath (2000) yaptıkları çalışmada bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun, korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir. Chalmers ve arkadaşlarının yaptığı (1996) bir çalışmada meme kanseri riski taşıyan kadınların uyumlarını; meme kanseri deneyimi ile yaşamak, bireysel risk algısının gelişmesi ve riske yönelik koruyucu davranışlar geliştirmek olarak 3 boyutta tanımlanmıştır. Başka bir çalışmada Chalmers ve Thomson (1996) meme kanseri riskine uyumda bilgi, destek ve iletişimin uyumu kolaylaştırdığını saptamışlardır. Yüksek riskli kadınlara danışmanlık sağlamak anksiyete düzeylerini azaltmaktadır (NHS NICE Guidance on Cancer Services, 2002b).

Ailelerin hastalığın genetiğini daha iyi anlamaya gereksinimleri vardır. Ayrıca meme kanseri açısından yüksek genetik risk taşıyan kadınların bu bilgiyle yaşamakta zorlandıkları belirtilmektedir (Baumann, 2006). Speice ve arkadaşları insanların daha önce genetik test yaptırmış farklı insanlarla konuşmak için cesaretlendirilmeleri gerektiğini savunmaktadırlar. Çünkü böylelikle insanların farklı deneyimlerle karşılaşabileceklerini belirtmektedirler (Speice et al., 2002).

Sinicrope ve arkadaşlarının (2009) Amerika'da yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan kadınların kızlarının KKMM yapma, klinik meme muayenesi, mammografi çektirme, meme kanserine yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi konularında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Stacey ve arkadaşları (2002) meme kanseri riski yüksek kadınların destek gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada (n:97), kadınların meme kanseri taramasını, meme kanseri riskini, düşük risk için yaşam biçimi değişiklik seçeneklerini, hormon replasman tedavilerini ve ilaçla korunmayı öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir.

Kristjanson ve arkadaşları (2004) meme kanseri olan kadınların adölesan çocuklarında (n:31) bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla yaptıkları kalitatif çalışmada, adölesanların bilgi kaynakları, annelerinin yaşam süresi ve meme kanseri hakkında adölesanlara özel (bireysel) bilgi ile ilgili gereksinimleri olduğunu saptamışlardır. Destek gereksinimleri ise destek kaynakları, desteğin derecesi ve tipi olarak tanımlanmıştır. Aynı zamanda adölesanların annelerine meme kanseri tanısı konulduğunda korku, endişe, belirsizlik yaşadıklarını saptamışlardır.

Hemşireler kanıta dayalı bilgi ve uygulamaları kullanarak meme kanseri riski yüksek kadınların, bilgi ve destek gereksinimlerini karşılamalıdır (Karayurt ve Zorukoş, 2008). Yüksek riskli kadınlar için hemşirelik girişimleri;

- Taramalar (KKMM, klinik meme muayenesi, mammografi, MRG)hakkında eğitim verme,
- Risk tanılama araçları kullanılarak riskini tanımlama,
- Genetik yatkınlığı belirleme,
- Genetik test öncesi eğitim verme
- Genetik danışmanlığa, beslenme, ruh sağlığı, jinekoloji uzmanlarına ve diğer tarama programlarına yönlendirme,
- Meme kanseri riskini azaltmaya yönelik davranış değişiklikleri (az yağlı beslenme, sebze-meyve tüketimi, egzersiz, sınırlı alkol tüketimi), hakkında eğitim verme,
- Kanıta dayalı bilgi sağlama ve uygulamaları önerme,
- Kadınların kültürel farklılıklarına göre gereksinimlerini belirleyerek uygun eğitimi verebilme,
- Kimyasal korunma, genetik test veya profilaktik cerrahi için karar vermede rehberlik etme,
- Menapoz belirtilerini hormonal olmayan yöntemlerle yönetebilmesi için eğitim verme,
- Kendi gereksinimlerini belirlemede kadınları güçlendirme,
- Bilgilendirilme seçeneklerini seçmelerine olanak sağlama,
- Karar vermelerine rehberlik etme,
- Kadınların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin farkında olarak onlara destek olma,
- Duygularını ifade etmelerini sağlama ve anksiyetelerini azaltma
- Kadın eğer profilaktik cerrahi yöntemini seçtiyse cerrahi işlemlere ilişkin bilgi verme,
- Kimyasal korunmanın yarar ve zararlarına ilişkin bilgi vermedir. (Gross, 2000, Stacey, 2002, Dean, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı polikliniği ve kemoterapi ünitesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı (AD) polikliniği ve Genel Cerrahi AD meme polikliniğinde, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesi ve Radyasyon Onkolojisi AD polikliniği ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kemoterapi ünitesi ve Radyasyon Onkolojisi AD polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı polikliniği ve kemoterapi ünitesi, Radyasyon Onkolojisi AD polikliniği ve Genel Cerrahi AD meme polikliniği, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi kemoterapi ünitesi ve Radyasyon Onkolojisi AD polikliniği ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kemoterapi ünitesi ve Radyasyon Onkolojisi AD polikliniğine başvuran meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınları oluşturmuştur.

Araştırmada olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ağustos 2010 - Şubat 2011 tarihleri arasında yukarıda sözü geçen merkezlere başvuran meme kanseri olan kadınların ulaşılabilen ve aşağıdaki örneklem özelliklerini karşılayan toplam 156 birinci derece yakını oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine dahil edilme ölçütleri;

1. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve istekli olan,
2. Bir ya da daha fazla birinci derece yakınında (annesi, kız kardeşi/kız kardeşleri, kızları, hem annesi hem de kız kardeşi / kız kardeşleri) meme kanseri olan,
3. Kendisinde meme kanseri ve jinekolojik kanser olmayan,
4. 18 yaşından büyük olan,
5. Türkçe konuşan ve yazan,
6. İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmayan.

3.4 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında kadınlara ait bilgileri içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-I)

Tanıtıcı bilgi formu; araştırmaya katılan kadınların yaşını, eğitim durumunu, mesleğini, gelir durumunu, medeni durumunu, meme kanseri olan birinci derece yakınının sayısını, meme kanseri olan birinci derece yakınının kim olduğunu, birinci derece yakını meme kanseri tanısı aldığında kaç yaşında olduğunu, birinci derece yakınının meme kanseri tanısı aldığında kendisinin kaç yaşında olduğunu, daha önce meme kanseri riskine ilişkin nereden bilgi aldığına, daha önce meme kanseri riskine ilişkin kimden destek aldığına, bilgiyi ve desteği nereden almak istediğini ve meme kanseri erken tanısı ve farkındalığına yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla 21 maddelik bir form hazırlanmıştır.

3.4.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (Ek- II)

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği, Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek gelecekteki çalışmalarda girişimlerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir.

Bu ölçek; **Gereksinimlerin Önemi ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçek’lerini** içermektedir.

1. Gereksinimlerin Önemi Ölçeği: 29 maddeden oluşan; 18 maddesi bilgi gereksinimine, 11 maddesi destek gereksinimine yöneliktir. Bu ölçekte gereksinimlerin önem sırası belirlenmektedir (Chalmers ve ark 2001, Chalmers ve ark 1996, Cahalmers ve Tahomson 1996).

2. Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği: Bu ölçekte Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nde yer alan maddeler kullanılır. Fakat bu bölümde gereksinimlerin ne derece karşılandığı belirlenmektedir (Chalmers ve ark 2001, Chalmers ve ark 1996, Cahalmers ve Tahomson 1996).

Ölçekler likert tipindedir. **Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nde** “1=önemli değil”, “2=az önemli”, “3=biraz önemli”, “4=çok önemli”; **Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nde** “1=hiç karşılanmadı”, “2=az karşılandı”, “3=biraz karşılandı”, “4=tamamen karşılandı” şeklinde değerlendirilmektedir. Ayrıca her madde tüm katılımcılar açısından uygulanabilir olmadığından “0=uygulanabilir değil” seçeneği de bulunmaktadır. Kadınlar öncelikle bilgi ve destek gereksinimlerinin önemini; daha sonra da ne derece karşılandığını

seçerler. Ölçeklerden toplam puan elde edilmemekte, her bir madde için puan ortalaması belirlenerek **“gereksinimlerin önemi”** ve **“gereksinimlerin karşılanması”** öncelik sıralaması yapılmaktadır (Chalmers ve ark 2001).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin içerik geçerliği mevcuttur. Ölçek birinci derece yakınları meme kanseri olan kalitatif çalışmalarda kadınlarla derinlemesine görüşmeler sonucunda geliştirilmiştir (Chalmers ve ark 2001). Ölçek sonunda açık uçlu bir soru kullanılmıştır. Kadınlardan ölçekte yer almayan gereksinimleri varsa eklemeleri istenmiştir. Ancak ek gereksinim gelmemiştir. Bu sonuç Chalmers ve arkadaşları tarafından içerik geçerliğini destekleyen bir bulgu olarak yorumlanmıştır (Chalmers ve ark 2001, Chalmers ve ark 1996, Cahalmers ve Tahomson 1996).

Özgün Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin iç tutarlılık Cronbach Alfa, Spearman – Brown testi yarılama, test – tekrar test güvenilirlik katsayıları Tablo 4'te verilmiştir. Ayrıca, ölçeğin iç tutarlılığı madde – toplam puan korelasyonu ile sınanmış olup tüm maddelerin madde – toplam puan katsayıları 0.33'ün üzerinde bulunmuştur (Chalmers ve ark. tarafından gönderilen e-mail; Ek-3).

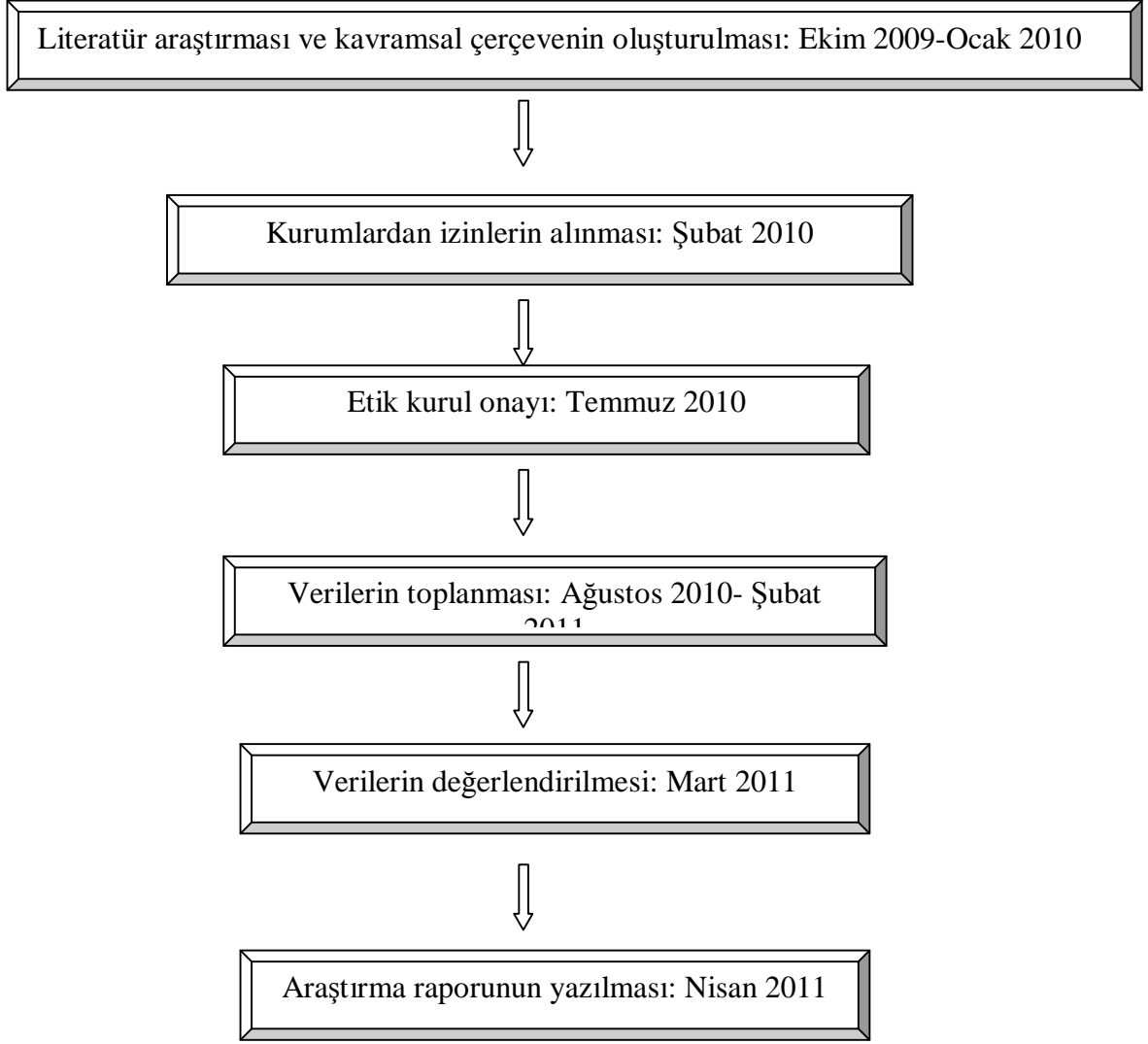
Ölçek Zorukoş ve Karayurt tarafından (2010) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında dil geçerliği geri çeviri tekniğiyle, içerik kapsam geçerliği uzman görüşlerinin test edildiği Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile gerçekleştirilmiştir. Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin iç tutarlılık Cronbach Alfa, Spearman – Brown testi yarılama, test – tekrar test güvenilirlik katsayıları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Özgün ve Türkçe BDGÖ'nün Güvenirlik Katsayıları

Ölçekler	İç Tutarlık				Zamana Karşı Değişmezlik	
	Cronbach Alfa Katsayısı		Test Yarılanma Güvenirliği		Test – Tekrar Test Güvenirliği	
	Özgün	Türkçe	Özgün	Türkçe	Özgün	Türkçe
Gereksinimlerin Önemi Ölçeği	0.95	0.81	0.79 (p<.001)	0.80 (p=.000)	0.79 (p<.001)	0.94 (p=.000)
Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	0.92	0.83	0.74 (p<.001)	0.80 (p=.000)	0.73 (p<.001)	0.96 (p=.000)

Bu çalışma da BDGÖ' nin gereksinimlerin önemi ölçeği iç tutarlılık Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.84, gereksinimlerin karşılanması ölçeği Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 6. Araştırma Planı

3.6. Veri Toplama Süreci

Rutin kontrolü ya da tedavisi nedeniyle polikliniğe gelen, belirtilen birimlere başvuran, örnekleme dahil etme ölçütlerine uyan, meme kanseri hastalarının birinci derece yakınlarına uygun oldukları bir zamanda görüşmenin amacı anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alınarak anket formları uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Anlaşılmayan durumlarda, araştırmacı tarafından açıklama yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma rneklemine alınan hastaların büyük bir çoğunluğunun hastaneye eşiyle birlikte gelmesi, kızları ya da kız kardeşleriyle birlikte gelmemesi örneklem grubuna ulaşmayı gcleştirmiş, veri toplama zamanını uzatmıştır. Ayrıca 2010-2011 akademik yılı bahar döneminde etik kurulların çalışmasının durdurulması da veri toplama sürecini uzatmıştır.

3.9. Araştırma Etiği

Bilgi ve Destek Gereksinimleri lği'ni katılımcılara uygulayabilmek için lğin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Zorukoş ve Karayurt'tan izin alınmıştır (EK-4). Araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır (EK-6). Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eyll Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'nun 28.07.2010 tarih ve 35-İO/2010 protokol numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-5). Çalışmaya alınacak kadınlara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alınmıştır (EK-7).

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örnekleme alınan kadınların tanıtıcı bilgileri ve bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi ve karşılanmasına ilişkin madde puan ortalamaları yer almaktadır.

4.1 Kadınların Tanıtıcı Bilgileri

Araştırma örnekleminde yer alan kadınların tanıtıcı bilgilerine göre dağılımları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Kadınların Tanıtıcı Bilgilerinin Dağılımı (n:156)

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	41.02 ± 12.22
Yakınına meme kanseri tanısı koyulduğunda kadının yaşı	51.64 ± 11.21
Yakınının meme kanseri tanısı koyulduğundaki yaşı	37.69 ± 13.01
	Sayı (%)
Eğitim Durumu	
İlkokul	26 (16.7)
Orta okul	24 (15.4)
Lise	74 (47.4)
Üniversite ve üzeri	32 (20.5)
Meslek	
Ev hanımı	85 (54.5)
Memur	22 (14.1)
İşçi	15 (9.6)
Emekli	16 (10.3)
Serbest meslek	6 (3.8)
Üniversite öğrencisi	12 (7.7)
Gelir durumu	
Gelir giderden az	26 (16.7)
Gelir gidere denk	128(82.1)
Gelir giderden fazla	2 (1.3)
Medeni Durumu	
Evli	125 (80.1)
Bekar	31 (19.9)
Meme kanseri olan birinci derece yakın sayısı	
1	150 (96.2)
2	6 (3.8)
3	—
4 ve üzeri	—
Meme kanseri olan birinci derece yakını	
Anne	75 (48.1)
Kız kardeş / kız kardeşler	79 (50.6)
Hem anne hem de kız kardeş / kız kardeşler	2 (1.3)

Örneklem grubuna alınan kadınların yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 41.02 ± 12.22 'dir. Kadınların %47.4'ü lise mezunu, %54.5'i ev hanımı ve %80.1'i evlidir. Kız kardeşi/kız kardeşlerinde meme kanseri olanlar %50.6'dır. Ayrıca %82.1'inin geliri gidere denktir.

4.2. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi Sıralaması

Araştırma örneğine alınan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi madde puan ortalamaları (4:çok önemli, 1:hiç önemli değil) en yüksekten en düşüğe doğru sıralanarak Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamaları Sıralaması (n: 156)

Madde	Gereksinimler	$\bar{X} \pm SS$
3	Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.).	4 \pm 0.00
2	Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi	3.99 \pm 0.08
14	Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs).	3.99 \pm 0.08
15	Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	3.99 \pm 0.08
17	Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	3.97 \pm 0.15
24	*Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi.	3.97 \pm 0.19
7	Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	3.96 \pm 0.21
16	Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).	3.95 \pm 0.23
11	Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	3.94 \pm 0.22
9	Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	3.87 \pm 0.47
5	Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi	3.81 \pm 0.46
18	Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	3.78 \pm 0.49
4	Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) hakkında bilgi.	3.76 \pm 0.51
1	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi	3.73 \pm 0.66
28	*İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	3.70 \pm 0.45
13	Meme kanseri olan yakınımın nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	3.57 \pm 0.49

22	*Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	3.44±0.82
6	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3.32±0.79
29	*Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	3.30±0.53
21	*Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşiresi vs).	3.27±0.71
12	Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	3.21±0.53
8	Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3.12±0.63
25	*Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	3.10±0.60
23	*Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	3.08±0.52
10	Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3.07±0.94
27	*Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması.	3.02±0.76
26	*Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.	2.97±0.66
20	*Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	2.89±1.06
19	*Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	2.87±1.13

* Destek gereksinimi maddeleri

Ölçekte toplam 29 madde bulunmaktadır ve bunların ilk 18'i bilgi gereksinimi, diğer 11'i de destek gereksinimi maddeleridir. Araştırma örneklemine alınan kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamaları (\bar{x} :3.72±0.19) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarından (\bar{x} :3.24±0.41) daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlar tarafından **çok önemli** olarak belirtilen bilgi gereksinim maddeleri; birinci sırada “meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi” (\bar{x} :4±0.00), ikinci sırada aynı puan ortalamasına sahip üç madde “meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi” (\bar{x} :3.99±0.08), “meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi” (\bar{x} :3.99±0.08), “kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi” (\bar{x} :3.99±0.08) ve üçüncü sırada “daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” (\bar{x} :3.97±0.15) olmuştur (Tablo 6).

Destek gereksinimi maddeleri arasında kadınlar tarafından **çok önemli** olarak belirtilen ilk üç madde sırasıyla; “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” (\bar{x} :3.97±0.19), “ileride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması” (\bar{x} :3.70±0.45) ve “kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” (\bar{x} :3.44±0.82) olmuştur (Tablo 6).

4.3. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılama Düzeyi

Araştırma örneklemine alınan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinin dağılımları en yüksek ortalamadan en düşük ortalamaya doğru sıralanarak Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılama Sıralaması

Madde	Gereksinimler	$\bar{x} \pm SS$
3	Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.).	3.31±0.76
16	Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).	3.10±1.03
7	Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	3.00±1.00
5	Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi	2.69±0.66
2	Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi	2.66±0.90
9	Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	2.16±0.90
15	Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	2.14±1.03
11	Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	2.10±0.83
17	Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	2.02±0.92
4	Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) hakkında bilgi.	1.90±1.88
14	Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs).	1.88±0.88
29	*Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	1.41±0.89
12	Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	1.40±0.96
13	Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	1.37±0.92
1	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi	1.35±0.85
8	Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1.34±0.85
6	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1.33±0.81
27	*Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımın baş etmemde bana destek olunması.	1.32±0.88
22	*Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	1.31±0.78
23	*Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	1.30±0.88
28	*İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	1.30±0.79
18	Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	1.29±0.73

25	*Meme kanseri olan yakınımla ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	1.28±0.74
10	Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1.26±0.74
21	*Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşiresi vs).	1.25±0.74
24	*Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	1.23±0.72
20	*Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	1.17±0.63
19	*Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	1.16±0.66
26	*Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.	1.16±0.66

* Destek gereksinimi maddeleri

Araştırma örneklemine alınan kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamaları (\bar{x} :2.01±0.64), destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından (\bar{x} :1.26±0.68) daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların **tamamen** karşılandığını belirttikleri ilk üç bilgi gereksinimi maddesi; “meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi” (\bar{x} :3.31±0.76) “mammografi taraması hakkında bilgi” (\bar{x} :3.10±1.03) ve “kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi” (\bar{x} :3.00±1.00)dir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından **hiç karşılanmadığını** belirttikleri bilgi gereksinimi maddeleri; “çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi” “kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların **tamamen karşılandığını** belirttikleri ilk üç destek gereksinimi maddesi; “meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması” (\bar{x} :1.41±0.89), “meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularıyla baş etmemde bana destek olunması” (\bar{x} :1.32±0.88) ve “kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” (\bar{x} :1.31±0.78) dir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından **hiç karşılanmadığı** belirtilen destek gereksinimi maddeleri; “mammografi randevularımın bana hatırlatılması”, “bana destek olabilecek bir gruba katılmam” “kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması”, “kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” ve “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” olmuştur.

4.4. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan kadınların meme kanseri riskine ilişkin aldıkları ve almak istedikleri bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

Bilgi Kaynakları	Bilgi Aldıkları Kaynaklar Sayı (%)	Bilgi Almak İstedikleri Kaynaklar Sayı (%)
Onkolog	44 (28.2)	78 (50)
Cerrah	23 (14.7)	37 (23.7)
Televizyon	22 (14.1)	—
Aile	5 (3,2)	—
Hemşireler	3 (1.9)	8 (5.1)
Aile hekimi	3 (1.9)	31 (19.9)
Kitaplar	2 (1.3)	—
Broşür / Kitapçık	1 (0.6)	2 (1.3)
Gazete	1 (0.6)	—
Arkadaşlar	—	—
Dergi	—	—

Örneklem grubuna alınan kadınlar birinci sırada bilgi aldıkları kaynağı “onkolog” %28.2 (n:44), ikinci sırada “cerrah” %14.7 (n:23), üçüncü sırada “televizyon” %14.1 (n:22) ve beşinci sırada “hemşire” %1.9 (n:3)’ olarak belirtmişlerdir. Kadınlar birinci sırada bilgi almak istedikleri kaynağı “onkolog” %50 (n:78), ikinci sırada “cerrah” %23.7 (n:37), üçüncü sırada “aile hekimi” %19.9 (n:31) ve dördüncü sırada “hemşire” %5.1 (n:8) olarak bildirmişlerdir.

4.5. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Destek Kaynaklarının Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan kadınların meme kanseri riskine ilişkin destek alınan ve almak istenilen destek kaynaklarının dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Destek Kaynaklarının Dağılımı

Destek Kaynakları	Destek Aldıkları Kaynaklar Sayı (%)	Destek Almak İstedikleri Kaynaklar Sayı (%)
Aile	48 (30.8)	14 (9.0)
Onkolog	13 (8.3)	29 (18.6)
Arkadaşlar	11 (7.1)	1 (0.6)
Hemşire	2 (1.3)	44 (28.2)
Aile hekimi	—	30 (19.2)
Destek grupları / gönüllüler	—	30 (19.2)
Doktor	—	8 (5.1)

Örnekleme grubuna alınan kadınlar birinci sırada destek aldıkları kaynağı “aile” %30.8 (n:48), ikinci sırada “onkolog” %8.3 (n:13), üçüncü sırada “arkadaşlar” %7.1 (n:11) ve dördüncü sırada “hemşire” %1.9 (n:3) olarak belirtmişlerdir. Kadınlar birinci sırada destek almak istedikleri kaynağı “hemşire” %28.2 (n:33), ikinci sırada “aile hekimi” %19.2 (n:30), “destek grupları/gönüllüler” %19.2 (n:30) ve üçüncü sırada “onkolog” %18.6 (n:29) olarak bildirmişlerdir.

4.6. Kadınların Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları

Araştırma örnekleme alınan kadınların erken tanı yöntemlerini uygulama durumlarına göre dağılımları Tablo 10-11-12’de gösterilmiştir.

Tablo 10. Kadınların Son İki Yılda Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığının Dağılımı

Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığı	Sayı (%)
Ayda bir kez (ayın herhangi bir günü)	6 (3.8)
Düzenli olarak her ay	57 (36.5)
Yılda birkaç kez	48 (30.8)
Yılda bir kez	4 (2.6)
Hiç yapmadım	5 (3.2)

Örnekleme alınan kadınların %36.5 (n:57)’i KKMM’ni düzenli olarak her ay, %30.8 (n:48)’i yılda birkaç kez ve %3.8 (n:6)’i ayda bir kez (ayın herhangi bir günü) yaptığını belirtmiştir.

Tablo 11. Kadınların Son İki Yılda Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Sıklığının Dağılımı

Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Sıklığı	Sayı (%)
Yılda bir kez	37 (23.7)
İki yılda bir kez	15 (9.6)
Hiç yaptırmadım	11 (7.1)

Örnekleme grubuna alınan kadınların %23.7 (n:37)’si yılda bir kez, %9.6 (n:15)’si iki yılda bir kez klinik meme muayenesi yaptırdığını ve %7.1 (n:11)’i hiç yaptırmadığını belirtmiştir.

Tablo 12. Kadınların Son İki Yılda Mammografi Çektirme Sıklığının Dağılımı

Mammografi Çektirme Sıklığı	Sayı (%)
Altı ayda bir kez	2 (1.3)
Yılda bir kez	58 (37.2)
İki yılda bir kez	10 (6.4)
Hiç çektirmedim	21 (13.5)

Örnekleme grubuna alınan kadınların %37.2 (n:58)'si yılda bir kez, %6.4'ü (n:10) iki yılda bir kez, %1.3 (n:2)'ü altı aysa bir kez mammografi çektirdiğini %13.5 (n:21)'i hiç mammografi çektirmediğini belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölüm; “bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi”, “bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanması”, “kadınların meme kanseri riskine ilişkin aldıkları ve almak istedikleri bilgi ve destek kaynaklarının dağılımı” ve “kadınların erken tanı yöntemlerini uygulama durumları” olmak üzere dört başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi

Araştırma örneğine alınan kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamaları (\bar{x} :3.72±0.19) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarından (\bar{x} :3.24±0.41) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

5.1.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Öneminin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından *çok önemli* olarak belirtilen bilgi gereksinim maddeleri; birinci sırada “meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi”, ikinci sırada yer alan üç madde; “meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi”, “meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi”, “kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi” ve üçüncü sırada “daha sağlıklı olabilmek için davranışlarını değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” olmuştur (Tablo 6).

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) Kanada’da aynı ölçeği kullanarak yaptıkları tanımlayıcı çalışmada, kadınların *çok önemli* olarak belirttikleri ilk üç madde; “kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi”, “konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” ve “mammografi taraması hakkında bilgi”dir. Tunin ve arkadaşlarının 2010 yılında İsrail’de aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada, kadınlar tarafından *çok önemli* olarak belirtilen ilk üç madde; “mammografi taraması hakkında bilgi”, “kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi”, “meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi” olmuştur.

Stacey ve arkadaşlarının (2002) Kanada’da yaptıkları tanımlayıcı çalışmada, kadınların meme kanseri taramasını, meme kanseri riskini, düşük risk için yaşam biçimi değişiklik seçeneklerini, hormon replasman tedavilerini ve ilaçla korunmayı öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir. Sinicope ve arkadaşlarının (2009) Amerika’da yaptıkları çalışmada, meme kanseri olan kadınların kızlarının KKMM yapma, klinik meme muayenesi, mamografi çekirme, meme kanserine yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi konularında bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Iradale ve arkadaşları 2003 yılında İngiltere’de yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınların gen bilimindeki yeni gelişmeler, meme ve over kanserinin taraması ve tedavisindeki yeni gelişmeler, hormon replasman tedavisi (HRT), yan etkilerine ilişkin bilgi ve medyada çıkan çelişkili açıklamalar için başvuracakları güvenilir kaynağa gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmada, kadınların çoğunun **çok önemli** olarak belirttikleri maddeler diğer çalışmalaradaki maddelerle benzer bulunmuştur. Bu durum ülkemizdeki riskli kadınların korunma, erken tanı uygulamalarıyla birlikte hastalığı ve tedavisini de önemsediklerini fakat tedaviye ilişkin bilgiyi daha çok önemsediklerini göstermektedir.

5.1.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Öneminin Değerlendirilmesi

Destek gereksinimi maddeleri arasında kadınlar tarafından **çok önemli** olarak belirtilen ilk üç madde; “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi”, “ileride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması” ve “kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” olmuştur (Tablo 6).

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kadınların **çok önemli** olarak belirttikleri ilk üç madde; “konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” ve “kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” olmuştur. Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınlar tarafından **çok önemli** olarak belirtilen ilk üç madde; “konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” ve “meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması” olmuştur.

Araştırmamızda kadınların destek gereksinimlerinin öneminin sıralaması diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Kadınların KKMM öğrenirken ve yaparken bilgili bir sağlık profesyonelinin desteğine gereksinim duymasının; KKMM’ni yanlış yapma ve olabilecek bir kitleyi saptayamama kaygısı nedeniyle olabileceği düşünölmüştür. Yapılan bir çalışmada, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların meme kanseri olma kaygısı ve duygusal engeller nedeniyle KKMM’ni düzensiz yaptıkları gösterilmiştir (Norman & Brain, 2005).

5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşlanması

Araştırma örneğine alınan kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamaları (\bar{x} :2.01±0.64), destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından (\bar{x} :1.26±0.68) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

5.2.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Karşlanması Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların **tamamen karşılandığını** belirttikleri ilk üç madde; “meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi”, “mammografi taraması hakkında bilgi” ve “kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi”dir (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından **hiç karşılanmadığı** belirtilen ilk üç madde; “çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi”, “kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” olmuştur.

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, kadınların **tamamen karşılandığını** bildirdikleri ilk üç madde; “kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi”, “mammografi taraması hakkında bilgi” ve “daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” olmuştur. Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınların **tamamen karşılandığını** bildirdikleri ilk üç madde; “mammografi taraması hakkında bilgi”, “kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi” ve “meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi” olmuştur.

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kadınların **hiç karşılanmadığını** belirttikleri ilk üç madde; “kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi”, “çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi”dir. Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınlar tarafından **hiç karşılanmadığı** belirtilen ilk üç madde; “kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi”, “çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi” olmuştur.

Araştırmamızda kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi sıralaması diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Kadınların kendilerinin ve çocuklarının meme kanseri olma risklerini nasıl konuşmaları gerektiği ve genetik danışmanlık hakkında bilgi gereksinimlerinin karşılanmaması; sağlık personellerinin daha çok hastalık ve tedavisi hakkında bilgi verdiklerini, hasta ve ailesinin iletişimi hakkında bilgi vermediğini düşündürmektedir. Bunun sonucunda; iletişim gibi konuların sağlık profesyonelinin önceliği olmadığı, bu konuların birincil sorunlar olarak görülmediği düşünülmektedir. Ülkemizde genetik danışmanlığın sınırlı olmasının da bu sonucu etkilediği düşünülmüştür.

5.2.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Karşılanmasının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların **tamamen karşılandığını** belirttikleri ilk üç madde; “meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması”, “meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması” ve “kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” dır (Tablo 7).

Araştırmaya katılan kadınlar tarafından **hiç karşılanmadığı** belirtilen ilk üç maddede; “birinci sırada “bana destek olabilecek bir gruba katılmam” ve “mammografi randevularımın bana hatırlatılması”, ikinci sırada “kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması”, üçüncü sırada “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” yer almaktadır.

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, kadınların **tamamen karşılandığını** bildirdikleri ilk üç madde; “konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “KKMM’ni düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” ve “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” olmuştur. Bununla birlikte Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınların **tamamen karşılandığını** bildirdikleri ilk üç madde; “konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “mammografi randevularımın bana hatırlatılması” ve “kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” olmuştur.

Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınların **hiç karşılanmadığını** belirttikleri ilk üç madde; “ileride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması”, “bana destek olabilecek bir gruba katılmam” ve “KKMM’ yapmamın bana hatırlatılması” dır. Iradale ve arkadaşlarının 2003 yılında İngiltere de yaptıkları kalitatif çalışmada kadınların destek gereksinimleri olduğu belirtilmiş ve destek grupların kadınların duygusal desteğini karşılamada uygun bir seçenek olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırmadaki kadınların destek gereksinimleri mamografi randevularının ve KKMM yapmanın hatırlatılması konusunda diğer çalışmalardan farklı bulunmuştur. Türkiye’de sağlık sistemi içinde kadınların mammografi randevularının ve KKMM yapmasının hatırlatılmasına ilişkin uygulamaların bulunmaması, bu gereksinimlerinin karşılanmamasının nedeni olarak düşünülmüştür.

5.3. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Aldıkları ve Almak İstedikleri Bilgi ve Destek Kaynaklarının Dağılımı

5.3.1. Bilgi Aldıkları ve Almak İstedikleri Kaynaklar

Bu çalışmadaki kadınların %28.2'si bilgi aldıkları kaynağı "onkolog", %14.7'si "cerrah", %14.1'i "televizyon" ve %1.9'u beşinci sırada "hemşire" olarak belirtmiştir. Kadınların %50'si bilgiyi "onkolog" dan, %23.7'si "cerrah" dan, %19.9'u "aile hekimi"nden ve %5.1'i dördüncü sırada "hemşire" den almak istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 8).

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kadınların bilgi aldıkları kaynak birinci sırada "broşür", dokuzuncu sırada "hemşire", bilgi almak istedikleri kaynak da birinci sırada "aile hekimi", üçüncü sırada "hemşire" olarak saptanmıştır. Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ise kadınların bilgi aldıkları kaynak birinci sırada "doktor" ikinci sırada "hemşire", bilgi almak istedikleri kaynak da yine birinci sırada "doktor", ikinci sırada ise "hemşire" olarak belirtilmiştir.

Bu araştırmadaki kadınların bilgi aldıkları kaynak sıralamasında hemşireyi beşinci sırada belirtmeleri; kadınların hemşireyi bilgi kaynağı olarak görmediklerini düşündürmüştür. Dünyada Avustralya, İrlanda, Amerika gibi birçok ülkede meme bakım hemşireleri görev yapmakta ve tanıdan itibaren rehabilitasyona kadar geçen sürede hasta ve yakınlarına bilgi ve destek vermektedir (Jiwa 2010, Eicher 2006, EONS 2009). Türkiye'de tanı aşamasından başlayıp tüm tedavi sürecinde hastalara bilgi-destek sağlayan, danışmanlık hizmeti veren meme bakım hemşiresi ve meme bakım hemşiresine ilişkin sertifika programları yoktur. Bu nedenle hasta ve yakınları genel cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ünitelerinde çalışan farklı hemşirelerden bilgi ve destek almaktadır. Araştırmamızda hemşirenin bilgi kaynağı olarak görülmemesi, bu birimlerde çalışan hemşirelerin tüm kanser hastalarına hizmet vermesinden dolayı, hasta yoğunluğu nedeniyle eğitimlerin sınırlı zamanda yapılması, her zaman hasta ve yakınlarına gereksinimi olan zamanın ayrılabilmesi ile açıklanabilir.

5.3.2. Destek Aldıkları ve Almak İstedikleri Kaynaklar

Çalışmadaki kadınların %30.8 (n:48)'i destek aldıkları kaynağı "aile", %8.3 (n:13)'ü "onkolog", %7.1 (n:11)'i "arkadaşlar" ve %1.3 (n:2)'ü dördüncü sırada "hemşire" olarak belirtmiştir. Kadınların %28.2 (n:33)'si desteği birinci sırada "hemşire"den, %19.2 (n:30)'si "destek grupları/gönüllüler" den ve "aile hekimi"nden almak istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 9).

Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kadınların birinci sırada destek aldıkları kaynak "aile hekimi", dördüncü sırada "hemşire", destek almak istedikleri kaynak da yine birinci sırada "aile hekimi" ve beşinci sırada "hemşire" olarak saptanmıştır. Tunin ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada ise kadınların destek aldıkları kaynak birinci sırada

“doktor”, ikinci sırada “hemşire”, destek almak istedikleri kaynak da birinci sırada “doktor”, ikinci sırada ise “hemşire” olarak belirtilmiştir. Davis ve arkadaşlarının (2004) Avustralya’da yaptıkları çalışmada meme kanseri olan kadınların ve ailelerinin destek aldıkları kaynakların çoğunlukla sağlık personelleri (cerrah, aile hekimi, onkolog, meme hemşiresi vb) olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada “aile”nin destek kaynağı olarak görülmesinin; Türk toplumunda aile bireylerinin birlikte yaşamaları, aile içinde dayanışma ve bağların güçlü olması gibi kültürel özellikleri nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin diğer çalışmalardan farklı olarak destek alınan kaynaklarda dördüncü sırada olması ülkemizdeki hemşirelerin yoğun çalışma ortamında hasta ve yakınlarına destek sağlayamadıklarını göstermektedir. Kadınların destek almak istedikleri kaynağı “hemşire” olarak belirtmeleri bu sonucu desteklemektedir. İngiltere’de yapılan bir araştırmada, meme bakım hemşirelerinin meme kanseri olan kadınların bilgi gereksinimlerini karşıladığını ve uzun süreli izlemde kadınlara ve ailelerine duygusal destek sağladığı gösterilmiştir (Carnwell & Baker, 2003). Bu bağlamda ülkemizde de meme bakım hemşiresi sertifika programının geliştirilmesi ve meme bakım hemşirelerinin görev, rol ve sorumluluklarının saptamasına gereksinim vardır.

5.4. Kadınların Erken Tanı Yöntemlerini Uygulama Durumları

Bu çalışmada, kadınların %36.5’inin KKMM’ni düzenli olarak her ay, %30.8’inin yılda birkaç kez yaptığı, %3.2’sinin hiç yapmadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların %3.8’i KKMM’ni ayda bir kez yaptığını fakat bu uygulamanın düzensiz olduğunu, aklına gelen herhangi bir gün yaptığını bildirmiştir (Tablo 10). Kadınların %23.7’si yılda bir kez, %9.6’sı iki yılda bir kez klinik meme muayenesi yaptırdığını, %7.1’i hiç yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 11). Ayrıca kadınların %37.2’si yılda bir kez mammografi yaptırdığını, %13.5’i hiç mammografi yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 12).

Literatürde birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların KKMM yapma oranı %10-40 arasında, klinik meme muayenesi yaptırma oranı %9-35 arasında, mamografi çekirme oranı ise %8-40 arasında değişmektedir (Chalmers et al., 2003, Norman & Brain, 2006, Cohen, 2006, Rees & Bath, 2000, Sinicrope, 2009). Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamalarına ilişkin farklı sonuçlar elde edilmiştir (Chalmers & Thomson, 1996, Chalmers et al., 2003, Norman & Brain, 2006, Cohen, 2006, Rees & Bath 2000). Chalmers ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada kadınların %39.8’inin KKMM’ni düzenli olarak her ay yaptıkları saptanmıştır. Kadınlar meme kanseri olan yakınlarının sağlığı hakkında endişelenirken erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada güçlük çekmektedir (Chalmers & Thomson, 1996). Norman ve Brain’in (2005) yaptıkları

çalışmada, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların KKMM'ni düzensiz olarak yaptıkları belirtilmiştir. Bunu nedeni kadınların kendilerini bu konuda yeterli görmemeleri, KKMM'nin yararlarını çok iyi bilmemeleri, duygusal engelleri ve meme kanseri olma endişeleri olarak gösterilmiştir. Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların risk algısının anksiyeteye yol açtığı belirtilmiştir. Chalmers ve Tahomson'un makalelerinde belirttiği gibi, yüksek kanser anksiyetesi, sık sık KKMM yapmayla ya da KKMM'den sakınmayla sonuçlanabilir (Chalmers & Thomson, 1996). Diğer yandabaska bir çalışmada da an aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlar ile aile öyküsünde meme kanseri olmayan kadınların erken tanı uygulamalarına uyum açısından fark olmadığı saptanmıştır (Chalmers et al., 2003). Bunun yanı sıra Cohen'in 2006 yılında yaptığı çalışmada, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların düzenli olarak KKMM yapma oranının aile öyküsünde meme kanseri olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların büyük bir çoğunluğunun klinik meme muayenesi yaptırmadığı ve mammografi çekmediği bulunmuştur. Bununla birlikte, aile öyküsünde meme kanseri olan 40 yaş altındaki kadınların çoğunun hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı ve mammografi çekmediği ve aile öyküsünde meme kanseri olan ve olmayan kadınların klinik meme muayenesi yaptırma oranı benzerdir.

Bu araştırmadaki kadınların erken tanı yöntemlerini uygulama oranlarının düşük olması; literatürde de belirtildiği gibi kadınların KKMM yaparak olası bir meme kanserini tanılamaktan, bir kitleyle karşılaşmaktan korkmaları nedeniyle olabilir. Kadınlara KKMM'nin ne amaçla yapıldığının açıkça anlatılıp nasıl yapıldığının gösterilmesi kadınların kendi meme dokularını tanımalarını kolaylaştırabilir ve korkularını azaltıp onların meme kanseri riskli davranışların yönetimine uyumunu kolaylaştırabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını saptamak amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- § Kadınların bilgi gereksinimlerinin, destek gereksinimlerinden daha önemli olduğu,
- § Kadınların bilgi gereksiniminin karşılanma düzeyi, destek gereksiniminin karşılanma düzeyinden daha yüksek olduğu,
- § Kadınların bilgi gereksinimi açısından **çok önemli** olarak belirttikleri maddelerin; meme kanserinin nedenleri, tedavisi, belirti ve bulguları, KKMM ve meme kanseri olmamak için yaşam biçiminde değiştirmesi gereken durumları olduğu,
- § Kadınların destek gereksinimi açısından **çok önemli** olarak belirttikleri maddelerin; kendi kendine meme muayenesi yapmayı öğrenme, meme kanseri ile ilgili kendisi ve yakını ve hakkındaki endişeleri, bir sağlık profesyoneli tarafından memelerinin muayene edilmesi olduğu,
- § Kadınların meme kanserinin tedavisi, mammografi taraması ve meme kanseri olma riskine ilişkin bilgi gereksinimlerinin **tamamen** karşılandığı saptanmıştır.
- § Kadınların çocuklarıyla onların meme kanseri olma risklerini nasıl konuşacağı, kendi meme kanseri olma riskini ailesiyle nasıl konuşacağı ve kendisi ve çocukları için genetik danışmanlığa ilişkin bilgi gereksinimlerinin **hiç** karşılanmadığı,
- § Kadınların daha çok “onkolog” dan bilgi aldıkları ve yine “onkolog” dan bilgi almak istedikleri,
- § Kadınların daha çok ailelerinden destek aldıkları, fakat “hemşire”den destek almak istedikleri saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Ø Hemşirelerin, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, meme kanseri, nedenleri, tarama, tanılama ve tedavi yöntemleri ve meme kanserinden korunma gibi konular hakkında bilgi vermesi,
- Ø Hemşirelerin, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, kendine meme muayenesi yapmayı öğretme, meme kanserine ilişkin kendisi ve yakını ve hakkındaki endişelerini azaltmaya yönelik destek vermesi,
- Ø Kadınların en fazla desteği aileden alıyor olmaları ve hemşireden destek almak istemeleri aileye verilecek desteğin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Meme

kanseri olan hastalara bakım veren hemşirelerin hastayla birlikte ailesine de destek vermesinin sağlaması,

- Ø Kadınların mamografi randevularının ve KKMM yapmalarının hatırlatılması,
- Ø Meme bakım hemşireliği rollerinin belirlenmesi ve meme bakım hemşireliği sertifika programlarının hazırlanması,
- Ø Türkiye’de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması amacıyla kalitatif çalışmalar yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- American Cancer Society, Breast cancer facts & figures 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010.
- American Cancer Society, Cancer facts & figures 2010. Atlanta, American Cancer Society, 2010.
- Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, The face of suffering among women with breast cancer—being in a field of forces. *Cancer Nurs* 2002; 25 (2): 96-103.
- Aslan G, Çeber E. Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer. *Breast J* 2011; 7(1): 15-21.
- Baumann SL. Family Systems Genetic Illness Model—Breast Cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2006; 10 (3): 377- 381.
- BreastScreen Australia. National accreditation standards. BreastScreen Australia quality improvement program. Australia, 2008.
- Centers for Disease Control and Prevention: 1-800-CDC-INFO. Ulaşım Tarihi: 20.04.2011 www.cdc.gov/cancer/breast/
- Centers for Disease Control and Prevention. National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Ulaşım Tarihi: 20.04.2011 www.cdc.gov/cancer/nbcedp
- Carnwell R, Baker SA. A patient-focused evaluation of breast care nursing specialist services in North Wales. *Clin Eff Nurs* 2003; 7: 18-29.
- Chalmers K, Thomson K, Degner L. Information and support communication needs of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nurs* 1996; 19: 204-213.
- Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scott-Findlay S et al. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Eng)* 2003; 12: 81-90.
- Chalmers K, Luker KA, Leinster S, Ellis I, et al. Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the information and support needs questionnaire. *J Adv Nurs* 2001; 34: 497-507.
- Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer. Implications for risk prediction. *Cancer* 1994; 73: 643-651.
- Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. *Behav Med*. 2002 Spring; 28(1): 15-22.
- Davis C, Williams P, Parle M, Redman S & Turner J. Assessing the support needs of women with early breast cancer in Australia. *Cancer Nurs* 2004; 27: 169–174.

- Dean A. Primary breast cancer: risk factors, diagnosis and management. *Nurs Stand* 2008; 22(40): 47-55.
- Edwards QT, and Palomares MR. Assessment of risk for breast cancer utilizing history & quantitative models in primary care. *J Nurse Pract* 2008; 5(4): 361-369.
- Ekmekçi A, Konaç E, Önen Hİ. Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık. *Marmara Medical Journal* 2008; 21(3): 282-295.
- Eicher MRE, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer* 2006; 42: 3117-3126.
- EONS Post-basic Curriculum for Breast Cancer Nursing. 2009;7-17.
- Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1879 – 86.
- Gençtürk N, Akyolcu N. Meme kanserli kadınların, birinci derece akrabalarının bilgi alma davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 13, 55, 1-19.
- Gross RE. Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. *Semin Oncol Nurs* 2000;16: 176-184.
- Güllüoğlu MB. Meme hastalıklarına yaklaşım: “meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2008; 12(1): 9-17.
- Haan MC, Michels KB, Peeters PHM, Noord PAH et al. Age of mother and grandmother in relation to a subject’s breast cancer risk. *Br J Cancer* 2010; 102: 1400 – 1404.
- Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: Hormones and other risk factors. *Maturitas* 2001; 38(1): 103-113.
- Hurt GJ, McQuellon RP, Michielutte R, Conrad DM et al. Risk assesment of first-degree relatives of women with breast cancer: a feasibility study, *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(7):1097-1104.
- Iredale R, Brain K, Edwards L, Gray J et al. The information and support needs of women at high risk of familial breast and ovarian cancer: how can cancer genetic services give patients what they want? *Fam Cancer* 2003; 2 (2): 119-121.
- Jiwa M, Halkett G, Deas K, Ward P et al. How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up? *Collegian* 2010; 17: 143-149.
- Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Ulusal Kanser Tarama Programları, Ulaşım tarihi 09.01.2010. http://ketem.org/hangi_tarama.php

- Karayurt Ö, Zorukoş S. Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi – destek gereksinimlerinin karşılanması, Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2): 56-61.
- Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları, In: Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 1. Basım, Adana, Nobel Kitabevi. 2010; 977-1002.
- Kristjanson LJ, Chalmers KI, Woodgate R. Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 2004; 31(1): 111-119.
- Lester J. Breast cancer in 2007: Incidence, risk assesment, and risk reduction strategies. Clin J Oncol Nurs 2007; 11(5): 619-622.
- Mahon SM. Tertiary revention: implication for improving the quality of life of long-term surviovers of cancer. Semin Oncol Nurs 2005; 21(4): 260-270.
- McPherson K, Steel C, Dixon Jm. Breast cancer – Epidemiology, risk factors, and genetics. British Medical Journal 2000; 321: 624-628.
- National Cancer Institute, Breast Cancer Risk Assessment Tool, Ulaşım Tarihi: 09.03.2010
<http://www.cancer.gov/bcrisktool/>
- Natioanal Cancer Institute Fact Sheet 7.5. Preventive Mastectomy. 2006 Ulaşım Tarihi: 20.04.2011. http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Therapy/Fs7_5.pdf
- National Comprehensive Cancer Network. (V.1. 2009). NCCN Clinical practice guidelines in oncology: breast cancer risk reduction. Retrieved July 20, 2009,from
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast_risk.pdf
- National Comprehensive Cancer Network. (Version I.). NCNN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast cancer screening and diagnosis. 2011.
- Nelson HD, Fu R, Griffin JC, Nygren P, et al. Systematic review: comparative effectiveness of medications to reduce risk for primary breast cancer. Ann Intern Med 2009; 151(10): 703-715.
- NHS Breast Screening Programme. Breast screening a pocket guide. 2008. Ulaşım Tarihi: 20.04.2011. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp-pocket-guide-2008.pdf>
- NHS National Institute for Clinical Excellence Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in breast cancer research evidence fort he manual update. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination University York, 2002a; 7-17.
- NHS National Institute for Clinical Excellence Guidance on Cancer Services. Improving outcomes in breast cancer manual update. York, NICE 2002b; 19-24.
- Norman P, Brain K. An aplication of an extended helth belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. Br J Health Psychol, 2005; 10: 1-16.

- Özmen V. Breast Cancer in the world and Turkey. *Breast J* 2008; 4(2): 7-12.
- 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. *J Adv Nurs* 2000b; 31: 833-841.
- Sauven P. Guidelines for the management of women at increased familial risk of breast cancer. *Eur J Cancer* 2004; 40: 653–665.
- Schmid-Büchi S, Halfens RJG, Dassen T, Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *J Clin Nurs* 2008; 17: 2895–2909
- Semiglazov V, Moiseyenko V, Protsenko R, Manihas A. Russia (St.Petersburg)/ WHO Randomized prospective study of the role of BSE in reduction of breast cancer mortality [abstract], *Eur J Cancer* 1998; 34:92.
- Sheinfeld GS, Albert SM. The meaning of risk to first degree relatives of women with breast cancer. *Women & Health* 2003; 37(3): 97-117.
- Sinicrope PS, Patten CA, Clark LP, Brockman TA et al. Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. *Psychooncology*. 2009 Feb; 18(2): 169-78.
- Smeltzer SC, Bare, BG., Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2005; 1445-1484.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 12th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2010; 1471-1502.
- Speice J, McDaniel SH, Rowley PT, Loader S. Family issues in a psychoeducation group for women with a BRCA mutation. *Clin Gen* 2002; 62(2): 121-127.
- 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. *Oncol Nurs Forum* 2002; 29(6): 77-84.
- Steck S, Rosling R, Murphy EA, Davis JM, et al. "Vitamin D status and breast cancer aggressiveness among African-American and European-American women in South Carolina" *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* October 2010; 19(10) Supplement 1: Abstract A79.
- T.C Sağlık Bakanlığı Kanserve Savaş Dairesi Başkanlığı, 2004-2006 yılı Türkiye kanser istatistikleri, 2006 Ulaşım Tarihi:09.01.2010 <http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=11>

- Thomas DB, Gao DL, Ray M.R. Wang WW, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results, *J Natl Cancer Inst* 1997; 89: 355-365.
- Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble AC. First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology* 2010; 19: 423-430.
- Tyrer J, Duffy SW, Cuzick J. A breast cancer prediction model incorporating familial and personal risk factors. *Stat Med* 2004; 23:1111-1130.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. preventive services task force recommendation statement, *Ann Intern Med* 2009; 151(10): 716-726.
- Vogel VG. Breast cancer prevention: A review of current evidence. *CA Cancer J Clin* 2000; 50: 156-170.
- Vogel WH. The advanced practice nursing role in a high-risk breast cancer clinic. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30(1): 115-122.
- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. The global burden of disease: 2004 update. Switzerland, 2008.
- Zorukoş S, Karayurt Ö. Adaptation of the information and support needs questionnaire into Turkish to use in women with primary relatives with breast cancer, *Cancer Nurs* 2010; 33 (2); 119-126.

EKLER

EK -1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız:.....

Adresiniz:.....

Telefon Numaranız:.....

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz:

- a. İlkokul mezunu b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu d. Üniversite
ve üzeri

3. Mesleğiniz:

- a. Ev hanımı b. Memur c. İşçi d. Emekli e. Serbest meslek f. Diğer

4. Gelir Durumunuz:

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

5. Medeni Durumunuz:

- a. Evli b. Bekar

6. Meme kanseri olan kaç tane birinci derece yakınınız (anne, kız kardeş) vardır?

- a. 1 b. 2 c.3 d.4 ve üzeri

7. Meme kanseri olan birinci derece yakınınızı işaretleyiniz.

- a. Anne
b. Kız kardeş / kız kardeşler
c. Hem anne hem de kız kardeş / kız kardeşler

8. Yakınınız meme kanseri tanısını aldığı anda kaç yaşındaydı?

9. Yakınınız meme kanseri tanısını aldığı anda siz kaç yaşındaydınız?

10. Daha önce meme kanseri riskine ilişkin bilgi aldınız mı?

- a. Evet b. Hayır

11. (Yanıtınız evet ise) bilgiyi nereden aldınız?

- a. Broşür/kitapçık b. Dergi
c. Aile hekimi d. Kitaplar
e. Televizyon f. Gazete
g. Aile h. Arkadaşlar
ı. Hemşireler i. Onkolog
k. Diğer:.....

20. Son iki yılda mammografi ektirdiniz mi?

- a. Evet b. Hayır

21. (Yanıtınız evet ise) Mammografiyi ne sıklıkta ektirdiniz?

- a. Altı ayda bir kez
b. Yılda bir kez
c. İki yılda bir kez
d. Hiç yaptırmadım

EK -2: BİLGİ ve DESTEK GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (BDGÖ)

Açıklama: Aşağıda yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini içeren ifadeler verilmiştir. Kadınlar, bazı gereksinimlerini diğer gereksinimlerine göre daha önemli ve bazı gereksinimleri daha önemsiz bulurlar. Sizin bu konuda görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup gereksiniminizin önemini en iyi şekilde tanımlayan sayıyı işaretleyiniz. Sonra her ifade için gereksiniminizin ne derece karşılandığını belirten uygun sayıyı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen boş bırakmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Gereksinimin Önemi	Gereksinimin Karşılanma Düzeyi
4= Çok önemli	4= Tamamen
3= Biraz önemli	3= Biraz
2= Az önemli	2= Az
1= hiç önemli değil	1= Hiç
0= Uygulanabilir değil	0= Uygulanabilir değil

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.). | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs) nasıl konuşacağım hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10. Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

12. Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
13. Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
16. Mamografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
19. Mamografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
20. Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşiresi vs).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0

1. Yukarıdaki ifadelerde yer almayan başka bilgi ya da destek gereksinimleri var mı? Varsa lütfen aşağıdaki boş alana yazınız.

EK-3: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin (ISNQ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması için ölçeği geliştiren Chalmers ve arkadaşlarından e-posta yolu ile alınan izin belgesi

From: Karen Chalmers

To: Özgül Karayurt

Sent: Wednesday, November 08, 2006 8:04 PM

Subject: Re: I have a request

Dear Dr. Karayurt:

You have my permission to use the Information and Support Needs questionnaire (attached) and adapt it for your own research as needed. I have also included the reliability coefficients which were not published in the article in the Journal of Advanced Nursing.

I wish you every success with your research,

Best wishes,

Dr. Karen Chalmers

ISNQ: Internal Consistency Reliability

Cronbach's coefficient alpha was used to assess the scales for internal consistency reliability. The alphas on the scales at Times 1 and 2 ranged from .87 to .93 well above the minimum of .70 recommended by Nunnally (1978) for new scales.

The item-to-total correlations were also examined to assess for redundancy and low item-to-total correlations. Acceptable item-to-total correlation had been pre-set between .40 and .70 (Nunnally, 1978). On the Importance Scale, 22 items (76%) met the criterion between .40 and less than .70 suggesting that they contributed to the construct under study. All of the other 7 items approached the minimum standard correlation above .33. There were no items scoring .70 or above suggestive of redundancy. The findings suggest that all items contributed appropriately to the Importance scale.

ISNQ: Stability Over Time

Of the 261 subjects who completed the *Information and Needs Met Scales Questionnaire* at Time 1, 241 (92%) completed the measures at the second time period. The length of time between completing the two measures was a minimum of two weeks. The exact time frame is likely inaccurate as not all women included the dates they completed the mailed questionnaire). Test-retest reliability using Pearson's correlation coefficient for the Importance Scale was .79 ($p < .001$) and the Needs Met Scale .73 ($p < .001$) ($N=239$). Using Spearman's correlation coefficient, the test-retest reliability for the Importance Scale was .80 ($p < .001$), for the Needs Met Scale .74 ($p < .001$) ($p < .001$) ($N=239$). These values are all above the preset criterion of .70 for acceptability for new scales (Nunnally, 1978) indicating that the scale was able to elicit similar responses to items at Times 1 and 2.

Reliability Coefficients for Scales

Scales	Cronbach's Coefficient Alphas	
	Time 1	Time 2
<i>Importance of Information and Support Needs Scale</i> (29 items)	.92 (N=261)	.93 (N=241)
<i>Needs Met Scale</i> (29 items)	.92 (N=261)	.93 (N= 239)

Content validity

The questionnaire items were developed from in-depth, qualitative interviews of women with primary relatives with breast cancer (Chalmers & Thomson, 1996; Chalmers, Thomson & Degner, 1996). This provides some confidence as to the content validity of the new measure. As well, no additional needs were suggested by women in response to open ended prompting during data collection (Chalmers et al, 2003).

References

- Chalmers, K. I.**, Marles, S., Tataryn, D., Scott-Findlay, S. & Seras, K. (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. European Journal of Cancer Care, 12, 81-9
- Chalmers, K.**, Thomson, K. & Degner, L. (1996). Information, support and communication needs in women with a family history of breast cancer. Cancer Nursing, 19(3), 204-213.
- Chalmers, K. I.** & Thomson, K. (1996). Coming to terms with the risk of breast cancer: Perceptions of women with primary relatives with breast cancer. Qualitative Health Research, 6(2), 256-281.

EK-4: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin (ISNQ) Türkçe'ye uyarlamasını yapan Zorukoş'dan e-posta yolu ile alınan izin belgesi

Kimden: Sedef Zorukoş

Kime: Saadet Andıç

Tarih: 20 Ocak 2010, Çarşamba, 13:14

Konu: Ynt: Bilgi Ve Destek Gereksinimleri Ölçeği

Sayın Saadet Andıç,

Yard. Doç. Özgül Karayurt ile geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'ni kullanmak için izin isteğiniz beni memnun etti. Bilgi ve Destek Gereksinimi Ölçeğini kullanmanıza izin veriyoruz ve sonuçlarını da paylaşırsanız seviniriz.

Ayrıca "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması" başlıklı araştırmamız Cancer Nursing de kabul edildi ve yayın sırasını bekliyor. Bu konuda da bilginiz olsun.

İyi çalışmalar.

Yardıma ihtiyacınız olduğu konularda yardım için arayabilirsiniz.

Sevgi ve saygılarımla

Sedefnur Zorukoş TOKKAYA

EK-5: Etik Kurul İzni

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/08-26	Tarih:28.07.2010
	Doç.Dr.Özgül Karayurt'un proje yöneticisi olduğu Saadet Andıç sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Ecz.İskender INCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D. Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hülya ELLIDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç Dr. Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK-6: Kurum İzni



**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ**

**SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 - 113
KONU:**

**BALÇOVA-İZMİR
2010**

03.02.2010-061027

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İLGİ: 25.01.2010 tarihli B.30.2.DEÜ.0.42.72.00/500 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Saadet Andıç'ın "Birinci Derece Yakınlarda Menenjeom Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması" isimli tezini hastahemşirelikte uygulaması uygundur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

**Prof. Dr. Mustafa ASTARCIOĞLU
Başhekim**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
SALYANI CAD. 35340 İZMİR
KURUM NO: 01 52 2010
538**

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/İZMİR
Tel: 190(222)12 23 15 Faks: 190(222) 239 97 23
E-posta: ehis@yucel.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için lütfen:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREKÇİ
Elektronik: www.deu.edu.tr

03.02.2010
04.02
BK

İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
EĞİTİM

13.09.2010 16:18:51 / 75890

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/
KONU: Saadet ANDIÇ
Tez Çalışması.

Kayıt yapan: M.ÖZÜN F.ÖZ



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saadet ANDIÇ "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması" konulu tez çalışmasını ilimiz Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemekte ise de, adı geçen tez çalışmasını yapacağı kurumun tek olması nedeniyle çalışma iznini ilgili kurundan alması gerekmektedir.

Bilgilerinizi ve ilgili personele tebliği hususunda gereğini rica ederim.

Şenol SARIACI
Müdür
Sağlık Müdür Yardımcısı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 30.9.2010
Kayıt No :
Dosya No : 3340

2010.09.30
2010



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : B.30.2.DEÜ.0.Y3.00.01/1007
Konu :

24/08/2010

İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Saadet Andıç'ın, "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması" isimli tezinin verilerini, Hastanemiz Kemoterapi Ünitesi ve Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde toplayabilmesi için gereğini arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Hatice MERT
Müdür Vekili

EK: 1

*Dr. Dr. Oly Perkin
onay alınmıştır
25/08/2010
E. Oly Perkin*

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	
KAYIT	TARİH 25/08/2010
	SAYI 26156
HAVALİ	GÖREĞİ

İ.Ş. SAĞLIK BAKANLIĞI
ZAHİR ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HAST.
Dr. H. H. KAHRAMAN
Dip No: 5202 Sic No: 113274
GASTALP KLİNİĞİ

Tel : (0.232) 278 46 19 Faks : (0.232) 412 47 98
Adres : D.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı - İZMİR (35340)
<http://www.deu.edu.tr>

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

Sayı : B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H- 1715
Konu :

13.10.2010

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İLGİ: 1006 sayılı ve 24.08.2010 tarihli yazınız.

Yüksekokulunuz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Saadet ANDIÇ'ın; "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması" konulu tez çalışmasını İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Erişkin Onkoloji Bilim Dalında ve Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim

*Özül Kalkan
Ameliyathane Sorumlusu*

3

13.10.10

EK-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı.

Söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

EK-8: Özgeçmiş**ÖZGEÇMİŞ**

TC Kimlik No:	28666898182
Doğum Yılı:	1985
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR 35340 İzmir/Türkiye
Telefon:	232 4124794
Faks:	232 4124798
e-posta:	saadet.andic@deu.edu.tr saadet.andic@yahoo.com.tr

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
SGK Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi	Türkiye	İzmir	Geriatri Birimi	Hemşire	2008-2009
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Türkiye	Burdur	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2009-2010
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşirelik	Araştırma Görevlisi	2010-

BİLİMSEL YAYIN

Yer	Ülke	Şehir	Yayın	Konu	Yıl
17. Ulusal Cerrahi Kongresi	Türkiye	Ankara	Poster	Meme Bakım Hemşireliği	2010
Meme Sağlığı Dergisi	Türkiye	Ankara	Derleme	Meme Bakım Hemşireliği	2011 (Basımda)

KATILDIĞI BİLİMSEL ETKİNLİKLER

Kongre/Toplantı	Ülke	Şehir	Program/Kurs	Yıl
1. Avrupa Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Kongre	2006
Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Katılımcı)	Türkiye	Gaziantep	Kongre	2007
Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Kursu (Katılımcı)	Türkiye	Gaziantep	Kurs	2007
Cerrahi El Yıkama Kursu (Katılımcı)	Türkiye	Gaziantep	Kurs	2007
Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği "İnfertilite" Konulu Bilimsel Toplantısı (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Bilimsel Toplantı	2007
DEÜTF ALAUM Bahar Günleri, Çocuk İstismarı ve İhmaline Bütüncül Yaklaşım (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Kongre	2008
Ulusal Cerrahi Kongresi 2008 (Katılımcı)	Türkiye	Antalya	Kongre	2008
Sıvı ve Elektrolit Tedavisi ve Transfüzyon Kursu (Katılımcı)	Türkiye	Antalya	Kurs	2008
6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi (Katılımcı)	Türkiye	Kuşadası	Kongre	2009
Ameliyathanede Atık Yönetimi Kursu (Katılımcı)	Türkiye	Kuşadası	Kurs	2009
Hasta Güvenliği Kursu (Katılımcı)	Türkiye	Kuşadası	Kurs	2009
X. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Hemşirelikte Yenilikler Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	Çeşme	Sempozyum	2009
16. Dezenfeksiyon Sterilizasyon Eğitim Semineri (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Eğitim Semineri	2010
17. Ulusal Cerrahi Kongresi (Poster Bildiri)	Türkiye	Ankara	Kongre	2010
Ameliyathane Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	2010
Mobbing Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	2010
Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği Sonbahar Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	2010
I. Ulusal Tıp Günleri Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	2010
Tıbbi Uygulama Hataları Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Sempozyum	2011
2. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu (Katılımcı)	Türkiye	İstanbul	Sempozyum	2011
Kanser Biyolojisinde Güncel Konular (Katılımcı)	Türkiye	İzmir	Kurs	2011