

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LEFKE BÖLGESİNDE OTURAN KADINLARIN  
MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ, KORUNMA  
YÖNTEMLERİ VE UYGULAMALARI İLE İLGİLİ  
BİLGİ DURUMLARININ SAPTANMASI**

Tülin YILMAZ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

LEFKE 2019

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM, ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ



**LEFKE BÖLGESİNDE  
OTURANKADINLARIN MEME KANSERİ  
RİSK FAKTÖRLERİ, KORUNMA  
YÖNTEMLERİ VE UYGULAMALARI İLE  
İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ  
SAPTANMASI**

Tülin YILMAZ

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

LEFKE 2019

## İntihal Farkındalık Bildirimi

Öğrenci Adı & Soyadı: Tülin Yılmaz

Öğrenci Numarası: 153059

Programı: Hemşirelik

Tezsiz Y.Lisans       Tezli Y.Lisans       Doktora

Bu lisansüstü çalışmanın tez yazımında kendime ait olmayan düşünceleri ve ifadeleri tırnak içinde alıntı yaparak ve kaynak göstererek kullandığımı, aksi takdirde bunun intihal, intihalin de disiplin soruşturması sonucunda Üniversite'den uzaklaştırma ve diğer hukuki sonuçları olduğunun farkında olduğumu bildiririm.

.....  
(İmza)

# LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ

## LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM VE ARAŞTIRMA ENSTİTÜSÜ

### HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Lefke Avrupa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Tülin YILMAZ'ın “**Lefke Bölgesinde Oturan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri, Korunma Yöntemleri ve Uygulamaları ile İlgili Bilgi Durumlarının Saptanması**” başlıklı tez çalışması 2019 tarihinde savunulmuş ve jüri üyeleri tarafından başarılı bulunmuştur.

#### **Jüri Üyeleri**

Prof.Dr. Deniz ŞELİMEN(Danışman)

Lefke Avrupa Üniversitesi

\_\_\_\_\_

Yrd.Doç.Dr. Sibel Nargiz KOŞUCU

Lefke Avrupa Üniversitesi

\_\_\_\_\_

Doç.Dr. Sonay Göktaş BALTACI

Sğlık Bilimleri Üniversitesi

\_\_\_\_\_

**Prof. Dr. Özgür Cemal ÖZERDEM**

**Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Araştırma**

**EnstitüsüMüdür**

## ÖZET

### **LEFKE BÖLGESİNDE OTURAN KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ, KORUNMA YÖNTEMLERİ VE UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ SAPTANMASI**

Araştırma, kadınların meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması amacı ile planlandı.

Prospektif tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Mart 2017- Mayıs 2017 tarihleri arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bulunan Lefke merkez ilçesinde gerçekleştirilmiş olup, araştırmaya katılmayı kabul eden 1000 kadın çalışma kapsamına alındı.

Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplandı. Araştırma verilerinin istatistiksel olarak çözümlenmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 yazılımı kullanıldı. Araştırmaya dahil edilen kadınların demografik özelliklerine, sağlık durumlarına ve meme kanserine ilişkin çeşitli özelliklerine göre dağılımlarının belirlenmesinde frekans analizi kullanıldı. Araştırma kapsamına alınan kadınların demografik özelliklerine göre meme kanserine ilişkin çeşitli özelliklerinin karşılaştırılmasında her iki değişken kategorik olduğundan dolayı ki kare (Chi square) testi kullanıldı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların yaş aralığının 20-65 yaş olup, %70.7'si evli, %81.1'inin KKTC uyruklu, %44.4'ü lise mezunu, %59.6'sının sosyal güvenceye sahip ve %79'unun göç yaşadığı belirlendi.

Araştırma sonuçlarına göre; Kadınların %35.4'ünün klinik meme muayenesi, %46.3'ünün mamografi ve %59.4'ünün kendi kendine meme muayenesiyaptıkları bulundu. Kadınların %67.7'sinin kendi kendine meme muayenesi uygulama zamanı hakkında bilgilerinin olduğu ve %32.9'unun ise kendi kendine meme muayenesi

uygulama sıklığını hakkında herhangi bir bilgilerinin olmadığı belirlendi. Kadınların %59.4'ünün kendi kendine meme muayenesi uygulamasını yaptığı, %47.8'inin 40 yaş üstü klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı hakkında bilgi sahibi olduğu ve %31.8'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı saptandı.

Çalışmada kadınların % 32.4'ünün mamografi çektirmeye başlama yaşını doğru bildiği ve bunların %46.3'nün mamografi çektirdiği belirlendi.

Araştırma sonrasında elde edilen sonuçlara göre; kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgilerinin olduğu, fakat uygulamaya ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı, klinik meme muayenesi ile mamografi hakkında bilgilerinin olmadığı saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, Risk faktörleri, Korunma yöntemleri

## **ABSTRACT**

### **DETERMINING KNOWLEDGE ABOUT BREAST CANCER RISK FACTORS, PREVENTION METHODS AND PRACTICES FOR WOMEN LIVING IN LEFKE REGION**

The aim of this study was to determine the knowledge and awareness of women who live in Lefke region about breast cancer risk factors, prevention methods and practices.

This prospective descriptive study was conducted between March 2017 and May 2017 in central district of Lefke in the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC) on 1000 women who agreed to participate in study.

Data were collected with a questionnaire prepared in accordance with the literature. Data was statistically analyzed using Statistical Package for Social Sciences 24 (SPSS). Descriptive statistics was used in order to determine distribution of the women's demographic features, health conditions and status about breast cancer. According to type of variables categorical, Chi Square and Test were used to compare effect of demographic variables of subjects.

The age range of the women who accepted to participate in the study was 20-65 years, 70.7% of them were married, 81.1% were TRNC citizens, 44.4% were high school graduated, 59.6% had social security and 79% were migrated.

Results showed that 35.4% of the women had clinical breast examination, 46.3% had mammography and 59.4% had self-examination. It was determined that 67.7% of the women had information about the time of breast self-examination and 32.9% of them had no information about the frequency of breast self-examination. It was found that 59.4% of the women performed breast self-examination, 47.8% had information about the frequency of having a clinical breast examination above 40 years of age and among them 31.8% had clinical breast examination. Study results showed that 32.4% of

women were knowing the age of starting for mammography and 46.3% of them had done mammography.

According to the results most of women had knowledge about breast cancer and breast self examination, but they have insufficient knowledge regarding clinical breast examination and mammography.

**Key Words:** Breast cancer, Risk factor, Prevention methods.



## ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince ve tezimle ilgili çalışmalarımda yoğun temposuna rağmen titiz çalışması ile bana yol gösteren, bilgi ve desteğini her zaman hissettiğim danışmanım Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN'e,

Lefke Avrupa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına,

Eğitimimin başlangıcından sonuna kadar, bu zorlu süreçte maddi-manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her türlü sıkıntıda yanımda olduklarını hissettiren, göstermiş oldukları sabır ve anlayış için aileme ve

Bana yardımcı olan tüm çalışma arkadaşlarıma SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Tülin YILMAZ

LEFKE- 2019

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET .....	i
ABSTRACT .....	iii
ÖNSÖZ .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ .....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
GRAFİKLER LİSTESİ .....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiii

### I.BÖLÜM

1.GİRİŞ.....	1
--------------	---

### II.BÖLÜM

2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1.Meme Kanserinin Tarihçesi.....	3
2.2.Meme Kanseri.....	4
2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Meme Kanseri Belirtileri.....	6
2.5. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	7
2.5.1. Cinsiyet.....	8
2.5.2. Yaş.....	8
2.5.3. Aile hikayesi.....	9
2.5.4.İrk.....	10
2.5.5.Menarş Yaşı.....	11
2.5.6.İlk Doğum Yaşı.....	11
2.5.7. Menapoz Yaşı.....	12
2.5.8.Laktasyon.....	12
2.5.9. Oral Kontreseptif Kullanımı.....	13
2.5.10.Beslenme.....	13
2.5.11.Vücut Ağırlığı .....	14
2.5.12.Alkol kullanımı.....	15
2.5.13.Egzersiz.....	15
2.5.14.Sigara.....	15
2.5.15.Ter Önleyiciler.....	16
2.6.Meme Kanserinde Erken Tanı ve Önemi.....	16
2.7.Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri.....	17
2.7.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	18
2.7.2.Gözle Değerlendirme.....	19
2.7.3.Ayakta Elle Değerlendirme.....	19
2.7.4.Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirme.....	20

2.8. Klinik Meme Muayenesi.....	20
2.9.Ultrasonografi.....	20
2.10.Manyetik Rezonans Görüntülemesi.....	21
2.11.Mamografi.....	21
2.12.Meme Kanserinde Tedavi.....	23
2.12.1. Cerrahi Tedavi.....	24
2.12.2.Radyoterapi .....	24
2.12.3.Kemoterapi .....	24
2.12.4.Sistematik Terapi .....	25
2.12.5.Hormon Tedavisi .....	25
2.13. Meme KanserindenKoruma.....	26
2.13.1. Birincil Korunma.....	26
2.13.2. İkincil Korunma.....	27
2.13.3. Üçüncül Korunma.....	27
2.14.Türkiye’de ve KKTC’de Meme Kanserinin Tarama ve Kayıt Programı.....	27
2.15. Meme Kanserinin Belirlenmesinde Hemşirelerin Rolü.....	28

### **III.BÖLÜM**

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30
3.4. Verilerin Toplanması.....	30
3.5. Veri Toplama Formu.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı.....	31
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	31

### **IV.BÖLÜM**

4.BULGULAR.....	32
-----------------	----

### **V.BÖLÜM**

5.TARTIŞMA.....	54
-----------------	----

### **VI.BÖLÜM**

6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75
6.1.Sonuç.....	75
6.2.Öneriler.....	71
7.KAYNAKLAR .....	83
8.EKLER.....	105

**TABLolar LİSTESİ**

Sayfa No

<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	32
<b>Tablo4.2.</b> Kadınların Kronik Hastalık Varlığı Durumlarına Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.3.</b> Kadınların Sigara-Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.4.</b> Kadınların Ailelerinde Ve Kendilerinde Meme Kanseri Öyküsü Bulunma DurumlarınaGöreDağılımı.....	35
<b>Tablo 4.5.</b> Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınların Memedeki Sorunu İlk Farkeden Kişiye Göre Dağılımı.....	35
<b>Tablo 4.6.</b> Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınların Tanıyı Öğrenildiğinde Hissettikleri Duygu Dağılımı.....	35
<b>Tablo 4.7.</b> Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınların Hekime Başvurma Nedenlerine Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.8.</b> Kadınların Çocuk Sahibi Olma, Doğum Şekli Ve İlk Gebelik Yaşlarına GöreDağılımı.....	36
<b>Tablo 4.9.</b> Çocuk Sahibi Olan Kadınların Çocuklarını Emzirme Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.10.</b> Kadınların Adet Görmeye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.11.</b> Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 4.12.</b> Kadınların Hormon Replasman Tedavisi Alma Durumlarına.....	37
<b>Tablo 4.13.</b> Kadınların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.14.</b> Kadınların Düzenli Spor Yapma Durum ve Yaptıkları Spor Türüne Göre Dağılımı.....	39
<b>Tablo 4.15.</b> Kadınların Koltuk Altı İçin Ter Önleyici (Kimyasal) Kullanım Durumları ve Kullandıkları Ter Önleyici Kimyasala Göre Dağılımı.....	40

<b>Tablo 4.16.</b> Kadınların Meme Kanseri Ve KKMM Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
<b>Tablo 4.17.</b> Kadınların KKMM Yapılma Sıklığına İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı.....	41
<b>Tablo 4.18.</b> Kadınların Mamografi Tetkikini Duyma Ve Mamografiye İlişkin GörüşlerineGöre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.19.</b> Kadınların KKMM Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.20.</b> Kadınların KMM Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	43
<b>Tablo 4.21.</b> Kadınların mamografi çekirme durumlarınaGöre Dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.22.</b> Kadınların yaş gruplarına göre KKMM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 4.23.</b> Kadınların Medeni Durumlarına Göre KKMM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.24.</b> Kadınların Uyruklarına Göre KKMM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 4.25.</b> Kadınların Eğitim Durumlarına Göre KKMM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 4.26.</b> Kadınların Yaş Gruplarına Göre ve Medeni Duruma Göre Mamografi ÇektirmeDurumlarınınKarşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 4.27.</b> Kadınların Uyruklarına Göre Mamografi Çektirme Durumları ile KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 4.28.</b> Kadınların Eğitim Durumlarına Göre KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 4.29.</b> Kadınların Aylık Gelirlerine Göre Mamografi Çektirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.30.</b> Kadınların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Mamografi Çektirme DurumlarıİleKKMDurumlarınınKarşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 4.31.</b> Kadınların Yaş Gruplarına Göre KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması.....	51

<b>Tablo 4.32.</b> Kadınların Medeni Durum ve Aylık Gelirlerine Göre KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması.....	52
---	----

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

**American Cancer Society**:Amerikan Kanser Enstitüsü

**DSÖ**: Dünya Sağlık Örgütü

**KKTC**: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

**KKMM**:Kendi Kendine Meme Muayenesi

**KMM**:Klinik Meme Muayenesi

**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences

**TC**:Türkiye Cumhuriyeti

**WHO**: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### 1. GİRİŞ

Günümüzde kanser insan yaşamını tehdit eden sağlık sorunları sıralamasında en üst sırada yer almaktadır (Şahin ve Özdemir, 2015). Amerikan Kanser Derneğinin 2019 verilerinde 1,762,450 yeni kanser vakasının olacağı ve kansere bağlı 606,880 ölüm yaşanacağı bildirilmektedir (WHO, 2018; Siegel, 2019; American Cancer Society, 2019).

Ülkelerin meme kanseri insidanslarına bakıldığında farklılıklar dikkati çekmektedir. Yapılan araştırma sonuçları ABD’de ortalama her 8 kadından birinin, Avustralya’da 13 kadından birinin, Japonya’da ise ortalama 50 kadından birinin meme kanseri olma riski taşıdığını göstermektedir (Uncu ve Bilgin, 2011). Avrupa ülkelerindeki görülme sıklığına bakıldığında, coğrafi konumların önemli yer teşkil ettiği, insidanslardaki yüksek artış ile dikkatleri çeken ülkelerin kuzey yarımküredeki ülkeler olduğu bildirilmektedir. (Eti, Aslan ve Gürkan, 2007).

Yapılan araştırmalarda kadınlarda meme kanseri oluşumuna etki eden çeşitli faktörlerin bulunduğunu belirtilmektedir. Bunlar: ailede var olan genlerin yatkın oluşu, ileri yaşlardaki hamilelikler, yapılan çocuk sayısı, hormonal etkenler, çok erken başlayan adet dönemleri, adet kesilmelerinin gecikmesi, emzirmenin uzun sürmemesi gibi faktörlerdir. Ayrıca kullanılan alkol, sigara ve yağ içeriği yüksek besinlerin memede oluşabilecek kanserlerin gelişimine yol açtığı düşünülmektedir. (Erkoç ve Oran 2011; Keten, 2014; Who, 2018). Bilinen risk faktörlerini kontrol ederek oluşmadan önlemek, kanserle savaş sürecinde en iyi yöntem olarak değerlendirilse de, meme kanserinde durumun bu kadar basit olmadığı düşünülmektedir. (Yüksel, 2013).

Meme kanserinin sık görülmesi sağlıklı ve riskli bireylerin bir takım endişeler yaşamalarının neden olmaktadır. Meme kanseri belirtileri çoğunlukla elle fark edilen şişlik yada yumrular ile kendini belli etmektedir. Kadınların aylık olarak yaptıkları meme muayeneleri şüphe uyandıran kitleleri kolayca farketmelerini, tanının erken



dönemde konulmasını ve yaşam süresi ile yaşam kalitesini artırmaktadır. (Kılıç ve vd., 2009; Dolgun vd., 2009; Balaman vd., 2010; Kiraz, 2015).

Erken tanı için yapılan meme kontrollerinin; kadınların meme dokularını tanımalarını, sağlık bilinci oluşturmalarını ve koruyucu olarak oluşturulan davranışları kabullenip bunları devam ettirmeleri açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Gölbaşı vd., 2007; Altuncan vd., 2008).

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) 20 yaşından sonra her ay olmak üzere adet bitiminin 5. ve 7. günde, menopoz dönemindeki kadınlar için ise ayın belirli bir gününde uygulanması gerekmektedir. Meme başında meydana gelen çöküklük, akıntı, asimetri, portakal kabuğuna benzer görünümü gibi şüphe yaratandır durumlarda sağlık çalışanlarına başvurması önerilmektedir. Kendi kendine meme muayenesi, uygulanması kolay, ekonomik olan bir girişim olmasıyla birlikte ve hiç bir yardımcı materyal kullanmayı gerektirmeyen bir yöntemdir (Aydiner ve Topuz 2007).

Dünyada ve Türkiyede benzer çalışmaların yapılmış olduğu görülmekte olup KKTC'de kadınların meme kanseri risk faktörlerine ilişkin bilgi ve erken tanı uygulamalarını belirleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenden yola çıkılarak planlanan bu çalışmada kadınların meme kanseri hakkındaki risk faktörlerini, korunma yöntemlerini ve uygulamaları ile ilgili durumlarını saptanması amaçlanmıştır.

## BÖLÜM II

### KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi

Tarih öncesi dönemlerde kötü olarak adlandırılan ruhların, insanları hastalıklarla cezalandırdığına ve din bilginleri aracılığıyla kişilerin tüm cezalardan kurtulacağına inanılmaktaydı(Ünal, 2006; Garip, 2008; Çelik ve Özmen, 2011).Meme hastalıkları ile ilgili ilk yazılı kayıtlar M.Ö 3000-2500yılları arasında İmhotep'in yazdığı düşünülen papirüslerde rastlandığı bilinmektedir (Ünal,2006;Çelik ve Özmen, 2011Gümüş, 2012; Erkin ve Ardahan, 2014).

Günümüze kadar gelebilen meme hastalıkları ve meme kanseri vakalarının da incelendiği en eski kayıtlara M.Ö. 1519-1318 dönemlerine aitEdwin Smith'in incelediğiMısır papirüslerinde rastlanmaktadır. (Donegan 2006;Gümüş 2012).Bu dönemde incelenen 9 vakada memedekisert ve sıvı içermeyen oluşumların tümör olduğu ve bundan dolayı'da abse ve cerahatlı yaralar olarak değerlendirildiği,tedavi olasılığının ise olmadığından bahsedilmektedir (Aydın ve Akça, 2011; Gümüş, 2012; Ağalar, 2013).

İnsan bedeninin4 madden (kan, flegm, sarı safra, kara safra) oluştuğunu ve hastalıkların maddeler arasındaki dengenin kaybolması ile ortaya çıktığını savunmuş olan Hipokrates; memedeki kanlı akıntının meme kanseri ile ilişkili olduğunu tanımlamıştır. (Ünal, 2006; Yüksel, 2013 ). Meme kanseri alanında yapılan yenilikler ve değişik tedavi modelleri hekimlerin memedeki patolojik farklılaşmalarısaptamalarından sonra ortaya çıkmıştır.(Ünal, 2006; Gümüş, 2012; Erkin ve Ardahan, 2014).

16. ve 17.yy'da Fabry ve Tabor meme dokusunu sıkıştırarak amputasyon yapan bir alet geliştirmişlerdir.Arceo cerrahi girişim yöntemlerini kullanarak meme dokusunu yerinden ayırmayıbaşarmış bu işlemi mastektomi ameliyatı olarak adlandırmıştır. 19.yysonlarına doğru Halsted ve Mayer, memenin tümünü çıkarmayı başarmışlardır. İlerleyen dönemlerde meme dokusu ile beraber lenf bezleri ve modifiye radikal

mastektomi, basit mastektomi gibi az sayıda meme amputasyonları yapılmaya başlanmıştır (Gümüş, 2012; Pekmez, 2012).

## **2.2. Meme Kanseri**

Hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalması ile oluşan ve ölümcül bir hastalık olarak bilinen kanser, yayılım yaptıkça bulunduğu hücreleri yok ederek tümör adı verilen kitle ve yumrular oluşturmaktadır. Bunlar ise; günden güne organda ve organizmada fizyolojik, biyokimyasal ve anatomikdeğişimlere yol açmaktadır. (Açıkgöz vd; 2011; American Cancer Society, 2017). İngilizcede kanser kelimesinin yengeçe benzetilmesinin nedeni bu canlının hapsettiği avını savunmasız bırakıp ölümüne yol açması gibi kanserin tedavisi yapılmadığı durumlarda bireyleri ölüme hapsedmekte olmasıdır (Şenel ve Çırakoğlu, 2003; Açıkgöz, vd; 2011).

Yağ dokusu, süt bezleri ve kanallardan oluşur. Meme dokusunda memedeki süt kontrol dışı çoğalmalar ile ortaya çıkan kitleler meme kanseri olarak tanımlanmakta olup en sık rastlanan kanser türüdür. (Ergül ve Sazcı, 2001; Alpteker ve Avcı 2010; American Cancer Society, 2011; Muhammad vd., 2013; DeSantis vd., 2014 American Cancer Society, 2019).

Meme kanseri genel olarak kadınlara yönelik bir durum olarak düşünülse de, erkeklerde de rastlanmaktadır. Erkeklerde görülme olasılığı %1 olan bu hastalığın ortaya çıkma şekli ve tedavi yöntemleri kadınlarda ki meme kanseri ile aynı özelliklere sahiptir (Güllüoğlu vd., 2009).

## **2.3. Meme Kanseri Epidemiyolojisi**

Kanser epidemiyolojisi, dünyada kanserin görülme durumu ile hastalığa bağlı oluşan ölümleri, risk faktörlerini ve korunma durumlarını incelemektedir. (DeSantis vd., 2015; DeSantis vd., 2013). Yapılan araştırmalar sonucunda dünya genelinde her sekiz kadından birinde meme kanseri rastlandığı ifade edilmektedir (Özbaş vd., 2012 ).

Çeşitli ülkelerdeki meme kanseri insidansı değerlendirmelerin'de 10 katlık bir değişikliğin olduğu belirtilmektedir. McGuire ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada dünya genelinde meme kanseri yaygınlığının %12 civarında olduğu rapor

edilmiştir. Endüstrileşme oranı az olan ülkelerde yaşayan kadınların, göğüslerinde oluşan kanserlerin yaygınlığı gelişmiş ülkelerde yaşayanlara göre düşük orandadır. Buna karşılık beslenme alışkanlığı olarak az yağlı diyetleri tercih etmeleri nedeni ile Japon kadınlarda görülme oranı düşüktür (Koçak vd., 2011).

2013 yılında Amerikan kanser derneği tarafından yayınlanmış olan raporda; yeni meme kanseri tanısı konulmuş kadın sayısının 232.340 olduğu, meme kanserine bağlı ölüm sayısının ise 39.620 olduğu rapor edilmiştir (DeSantis vd., 2013). Amerikan kanser derneğinin 2015 yılında yayınlamış olduğu raporda ise 231.840 tanı konulduğu ve ölüm sayısının 40.290 olduğu rapor edilmiştir (DeSantis vd., 2015).

Moriotto ve diğerleri (2017) tarafından Amerika'da yapılan araştırmada meme kanserinin yıllara göre yaygınlık oranının incelenmesi amaçlanmış, araştırma kapsamında 1992-1994 yılları ile 2005-2012 yılları arasında meme kanseri tanısı konulmuş olan hasta sayıları değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma kapsamında bulunan 15-49 yaş grubundaki kadın hastalar dikkate alınmıştır. Araştırmanın sonunda meme kanseri yaygınlığının %18'den %36'ya yükseldiği rapor edilmiştir.

ABD'de 2017 yılında, kadınlarda 252.710 yeni meme kanserinin saptandığı herkeklerde de 2.470 meme kanseri tanısı konulduğu ve buna bağlı olarak yaşamını kaybeden hasta sayısının 40.610 gibi ciddi bir sayıya ulaştığı rapor edilmiştir (American Cancer Society, 2017).

Jung ve diğerleri (2017) tarafından Kore'de yapılan ve kadınlarda meme kanseri yaygınlığı inceleyen araştırmada meme kanseri tanısı konulan kadın sayısının 217.057 kişi olduğu rapor edilmiştir. Çin'de yapılan bir araştırmada bu oranın %12.2 olduğu saptanmıştır (Fan vd., 2014).

2019 yılı istatistikleri incelendiğinde, ABD'de meme kanseri öyküsü olan 3,1 milyondan fazla kadının olduğu ve yeni tanı konularak meme kanserleri oranını % 30'unun olacağı tahmin edilmektedir. Tüm dünyada ölüm nedenleri ilişkin çalışmalarda meme kanserinden ölen kadın sayısı 522000 ile 5. sırada aldığı görülmektedir (Breastcancercare.org, 2019). Türkiye'de kadınlarda en fazla rastlanan

kanser türünün meme kanseri olduğu ve Sağlık bakanlığının kanser kayıt çalışmalarına göre; İzmir, Samsun, Antalya, Trabzon ve Eskişehir illerinde meme kanserinin kadınlarda en sık rastlanan kanser türü olduğu belirlenmiştir(Güllüoğlu vd., 2009).Türkiye’de ki meme kanseri ile ilgili yapılan araştırmalarda da kanserin ortalama yayılımının 40/100.000 oranında olduğu ifade edilmiştir. Meme kanseri olan hastaların ise %40’ı 50 yaş altındadır (Kiraz, 2015).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansının yüksekmeme kanserinden kaynaklanan ölümlerin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Delibaş vd., 2017; Zhao vd., 2017). Günümüzde meme kanseri yaygınlığının yanında meme kanserine bağlı olarak yaşanan ölüm olayları ciddi boyutlara ulaşmıştır. Her yıl Amerikan Kanser Birliği tarafından; meme kanserine yakalanma oranı, meme kanserine bağlı ölüm sayısı ve meme kanserinin epidemiyolojik özellikleri ile ilgili raporlar hazırlanmaktadır (Siegel vd., 2017).

## 2.5. Meme Kanseri Belirtileri

Meme’de oluşan farklılıklar çoğunlukla kadınlar tarafından fark edilmekte ve çoğunlukla meme kanserini düşündürmektedir (Özmen, 2010).Meme kanseri belirtileri hakkında önceden bilgi sahibi olunması ve farkına varılması erken tanı için oldukça önemlidir. Bu belirti ve bulgular şunlardır:(Tosun, 2010).

**Kitle:**Meme de oluşan kitleler genellikle sert, hareketsiz ve ağrısızdırve ağrılar genellikle geç dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Memedokusunda palpe edilemeyen ve şekilsiz olarak tariflenenkitlelerin genellikle tek taraflı ve gerilemeyen kanserler olduğu belirtilmektedir(Duran, 2008; Tosun, 2010; Öktem, 2012; Olgun,2015;American Cancer Society,2013, 2015).

**Ağrı:**Meme kitlesinin saptanmasından sonranadır olarak görülen ağrı belirtisi, hastaların %90’ında genelde son dönemlerde ortaya çıkmaktadır. (Duran, 2008; Tosun, 2010; Öktem, 2012; Olgun, 2015;American Cancer Society, 2015)

**Meme başı akıntısı:**Meme kanserinin neden olduğu ve kadınlarda ender olarak görülebilen bu belirti’de akıntılar çoğunlukla tek taraflı seröz, seröz-kanlı şeklinde

olabilmektedir (Duran, 2008; Tosun, 2010; Öktem, 2012; Olgun, 2015; American Cancer Society, 2015).

***Portkal Kabuğu Görünümü (Peaud'orange):*** Lenf damarları içerisinde çoğalan tümör hücreleridaralmaya neden olarak lenf dolaşımını etkilemekte veleri dokusunun iyi beslenememesine neden olmaktadır. Bu nedenle deri kalınlaşır, kılları içeriye çekilmiş bir görünüm alır ve meme portakal kabuğu görünümü alır (Duran, 2008; Tosun, 2010; Olgun, 2015).

***Retraksiyon Belirtileri (Meme Başında Çekilme):*** Meme dokusu içerisinde büyüyen tümörün meme başı tutulumu neticesinde oluşur ve Cooper bağlarını etkileyerek kısılmalara bunun sonucunda derinin tümör dokuya yaklaşmasına ve meme başının içeriye doğru çekmesine neden olmaktadır (Duran, 2008; Tosun, 2010; Öktem, 2012; Olgun, 2015).

***Lenf Nodüllerinde Büyüme:*** Lenf nodlarında oluşan tümörün metastazına bağlı olarak yaşanan tıkanmalar nedeniyle oluşabilmektedir (Duran, 2008; Tosun, 2010; Öktem, 2012; Olgun, 2015).

## **2.6. Meme Kanserinde Risk Faktörleri**

Meme kanserinin risk faktörlerine bakıldığında önceden geçirilen hastalıkla ilgili birçok faktör olduğu görülebilmektedir. Bunlar; demografik faktörler, hormonal öyküler, kalıtsal ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Üreme öyküsü, menarş yaşı, ırk, ailesel ve daha önceden alınmış radyoterapi ve alkol içerikli maddeleri kullanmak risk faktörleri arasında yer almaktadır (Koçak vd., 2011; Uncu ve Bilgin 2011; Erkin ve Ardahan 2014).

### **2.6.1. Cinsiyet**

Cinsiyet faktörü meme kanseri üzerinde belirleyici bir faktördür. Erkeklerle oranla kadınlarda görülme olasılığının yüksek olduğu ve son yıllarda meme kanseri görülme düzeyinin arttığı görüşü yapılan araştırmalarla desteklenmektedir (Güllüoğlu vd., 2009; Humphries vd., 2015; Lee ve Khan, 2016). Özbaş ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmada ise en büyük risk faktörünün cinsiyet olarak kadınlar üzerinde yoğunlaştığı

ve riskin erkeklere oranla 100 kat daha fazla olduğu bildirmektedirler.Kadınlarda meme kanseri görülme riski %32 iken, erkeklerde bu oran sadece %1'dir (Allenvd., 2013).

Amerikan Kanser Birliği tarafından 2019ocak ayı itibariyle yayınlanan raporda, 2019 yılında erkeklerde 2.670, kadınlarda ise 268.600 yeni meme kanseri tanısı konulacağını ve meme kanserine bağlı yaşanacak ölüm sayısının kadınlarda 41.760 olduğu, erkeklerde ise bu sayısının 500 olacağı öngörülmüştür (American Cancer Society, 2019).

### **2.6.2. Yaş**

Kanser 50 yaşından sonra risk oluşturmakta, 20 yaşın altında nadir olarak görülmekte ve 40 yaşından önce görülme sıklığının %7 düzeyinde olduğu, memede gözlenen belirtileri iyi huylu kitlelerden meydana geldiği bilinmektedir. (Anders vd., 2009; Allen vd., 2013; Aywak vd., 2018).Meme kanseri için önemli bir faktördür olan yaş ilerledikçe kanser riskinde artış söz konusu olmaktadır (Eroğluvd., 2010; Kiraz, 2015; Singh ve Lichtman, 2015). Bunun yanında son yıllarda çeşitli faktörlere bağlı olarak genç yaşdaki kadınların da meme kanserine yakalanma risklerinde artış meydana geldiği belirtilmektedir (Partridgevd., 2016).

Amerikan Kanser Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırmaya göre, 20 yaş ve üzerindeki bir kadının on yıla yakın bir süre içinde memesinde kanser gelişebilme olasılığı 1/2187'dir. Yani, 20 yaşında olan 2187 kadının, 10 yıl süre içinde yalnızca bir tanesinin meme kanseri olma olasılığı bulunmaktadır. Bu orana 30 yaş için bakıldığında 1/258; 40 yaş için bakıldığında 1/67; 50 yaş için bakıldığında 1/38; 60 yaş için bakıldığında 1/29; 70 yaş için bakıldığında 1/25 olduğu görülmektedir. Bu bulgular bize gösteriyor'ki meme kanserine yakalanma oranı yaş ilerledikçe artmaktadır. (Breastcancercare.org,2019).

### **2.6.3 Aile Hikâyesi:**

Meme kanserine yol açan risk faktörleri olarak düşük, orta ve yüksek düzeyde 3 grupta ele alınırken, yüksek risk faktörlerinin başında genetik yatkınlık gelmektedir. (Güllüoğlu vd., 2009). Genetik çalışmalarda kansere yatkınlığın kalıtsal olarak genlerin etkisi ile olduğu ve bu genlerdeki değişime yatkın bireylerin, yüksek kanser riski taşıdığı belirlenmiştir. (Koçak, vd., 2011). Toplumlardaki meme kanseri vakalarının sadece %5 ile %10'unun genetik nedenle ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Tüm vakaların %90'ının kaynağı saptanmayan kanserlerden oluştuğu görülmektedir. Kansere yol açan etmenlerin çevresel ve hormonal nedenlerle olduğu düşünülmektedir (Güllüoğlu vd., 2009).

Epidemiyolojik çalışmalarda meme kanserinin ortaya çıkmasında en ciddi risk faktörünün ailesel öykü olduğu belirtilmiştir (Haberl, 2004). Yapılan araştırmalarda bireyin ailesinde birinci dereceden olan yakınlarında meme kanseri tanısı varsa kendisinin de meme kanserine yakalanma olasılığının ailesinde hiç meme kanseri olmayanlara oranla iki kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu birinci dereceden akrabasının menopoz öncesi meme kanseri olması durumunda bireyin kendisi için meme kanseri riski üç kat artmaktadır. Akrabanın iki memesinde de kanser oluşmuşsa bu oran dokuz kat artmaktadır (Breastcancercare.org.2019). Bireyde kanser özgeçmişi olması da önemli bir risk faktörüdür. Önceden tanı konulmuş bir memeye ait kanser diğer memede de kanser olma riskini dört kat artırmaktadır. Sadece önceki meme kanserinin değil yumurtalık, rahim ve kolon kanserlerinin de bu riski 1-2 kat artırdığı ifade edilmiştir (Allen vd., 2013).

Tung ve diğerleri (2016) tarafından yapılan araştırma ile Hulka ve Moorman (2008) tarafından yapılan araştırmalarda da BRCA1 geninde ortaya çıkan değişimin meme kanseri oluşumunda önemli bir risk olduğu rapor edilmiştir. Adedokun ve diğerleri (2018) tarafından yapılmış olan çalışmada ailesel geçişli tanı almış bireylerde BRCA1 ve BRCA2 genlerinin değişime uğrama düzeyinin %33.3 olduğu, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmayan meme kanserli hastalarda ise söz konusu gendeki değişime bağlı görülme oranının %17.1 olduğu rapor edilmiştir. Bu alanda yapılmış benzer çalışmalara bakıldığında ise aile öyküsünün meme kanseri oluşumunda önemli bir risk faktörü olduğu ortaya konmaktadır (Bertoni vd., 2018; Hulka ve Moorman, 2008).



Yapılan çalışmalarda 17. ve 13. kromozomlar üzerinde BRCA1 ve BRCA2 olmak üzere iki tane meme kanseri geni bulunmuştur. Genetik değişiklikler nedeniyle meme kanseri bulunan ailelerde yumurtalık, prostat ve kolon kanseri gibi kanser oranlarında da artış olmaktadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda BRCA mutasyonu oranlarının düşük olduğu ifade edilmiştir. Öyle ki; tüm over kanseri bulunan durumlarda %1 oranında mutasyon, aile öyküsü bulunan durumlarda ise %9.8 oranında mutasyon saptanmıştır (Kiraz, 2015).

### **2.6.5. Irk**

Bu alanda yapılan çalışmalarda dünya üzerindeki beyaz kadınlarda meme kanseri görülme riski, siyah ırka oranla %20 daha fazla olduğu ifade edilmiştir. Meme kanserinin ırklara göre farklılığın, yaşam tarzı ve sosyoekonomik şartlardan oluştuğu düşünülmektedir (Özbaş vd., 2012). Literatürde yer alan araştırma bulguları da meme kanserine neden olan risklerin içerisinde ırksal özelliklerin yer aldığı görüşünü desteklemektedir. Latif ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının ırksal özelliklere göre değerlendirilmesi amaçlanmış, bu kapsamda Norveç, Pakistan, Srilanka ve Somali’de yaşayan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı incelenmiştir. Bu karşılaştırma sonunda Norveç ile kıyaslandığı zaman Pakistan, Srilanka ve Somali’de yaşayan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. ( Latif vd., 2015; Warner vd., 2015;Black vd., 2017).

### **2.6.6. Menarş Yaşı**

Menarş yaşı meme kanserine yakalanma açısından risk oluşturan bir unsurdur (Barnett vd., 2008;Lacey vd., 2009). Adet dönemine geç giren, erken yaşta doğum yapan ve erken yaşta menapoza giren kadınlarda meme kanseri riskinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Yumurtalıkları alınan kadınlarda östrojen tedavisi 10 yıldan fazla devam etmişse bu durumun meme kanseri riskini 2-3 kat daha artırdığı ifade edilmiştir. Bu nedenle östrojenlerin kısa zamanda ve düşük oranlarda kullanılması gerekmektedir. Doğum kontrol ilaçları ve meme kanseri riski arasındaki ilişkiye dair net bulgular yoksada doğum kontrol haplarının kanser üzerindeki etkisi tamamen yok sayılamaz. İlk hamileliğinden önce veya 45 yaş sonrasında dört yıldan fazla bu ilaçları kullanan

kadınlar üzerinde yapılmış çalışmaya göre ilaç kullanımının meme kanseri üzerine önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (Kutluk ve Kars, 2001).

### **2.6.7. İlk Doğum Yaşı**

Meme dokusundaki değişim ergenlikte başlar, kadının hamileliği döneminde devam eder ve hamilelik sona erene kadar meme hücreleri genetik bazı değişikliklere uğrar. Geç gebelik meme hücrelerinin genetik değişikliklere açık olma süresini uzatan bir durum olduğundan, kadının ilk çocuğunu doğurma yaşıkanser riski üzerinde büyük öneme sahiptir. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda meme kanserine yakalanma oranı, 20 yaşından daha önce yapanlara göre iki kat daha fazladır. Hiç doğum yapmayan kadınlarda ise meme kanseri riskinde artış vardır (Breastcancercare.org., 2019).

Altunbaş (2009), hiç doğum yapmamış olmanın kanser riskini bir buçuk kat arttırdığını ve ilk doğum yaşının 30-35 yaş aralığında olmasının riski en az dört kat artıran bir faktör olduğunu belirtmiştir. Erken yaştaki ilk doğumun koruyucu etkisinin nedenleri araştırıldığında erken dönem gebeliklerinin meme epitelindeki olgunlaşmayı uyardığını ve mekanizmanın kanser yapıcı maddelere karşı daha güçlü olmasını sağladığı düşünülmektedir. İlk hamilelik öncesinde oluşan doğal veya tıbbi düşüklerin kanser riskini artırdığı da yapılan incelemeler sonucunda belirlenmiştir.

### **2.6.8. Menapoz Yaşı**

Literatürde menopoz yaşı ile meme kanserine yakalanma riski arasındaki ilişkinin incelendiği deneysel çalışmalarda da menopoz yaşının meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı rapor edilmiştir (Lacey vd., 2009). Menopoz dönemindeki kadınlarda beş veya on yıldan daha fazla süreyle östrojen kullanılması durumunda meme kanserine yakalanma oranının arttığı belirtilmektedir.

Menopoz sonrası meme kanseri riskinin artmasının yaş ile meme kütesindeki büyüklükle yakından ilişkili olduğu bulunmuş ve bu konuda yapılan bir araştırmada 14.090 meme kanseri hastasının mamografi kullanılarak meme kütesi ile meme kanseri risk ilişkisi incelenmiş ve meme yoğunluğu ile meme kanserine yakalanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (Kerlikowske vd., 2010).

Yine bu konuyu inceleyen diğerk bir çalışmada menopoğ sonrası dönemde bulunan 40-49 yaş grubu kadınlardameme kanserine neden olan faktörlerin başında meme yoğunluğunun fazla olmasının geldiği belirtilmiştir (Nelson vd., 2012).

### **2.6.9. Laktasyon (Emzirme)**

Meme kanseri için önemli bir risk faktörlerinden biri de emzirmedir. (Eroğlu vd., 2010). Özellikle emzirmenin kısa süreli olması meme kanseri için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz ve Atak, 2014). Cabilu (2012) yaptığı çalışmasında meme yapısının gerçek işlevinin süt üretimi ile yenidoğan bebeği beslemek olduğunu ve anne açısından yararlar incelendiğinde, meme dokusunun laktasyon sayesinde kansere karşı daha dirençli hale geldiği belirtilmektedir.

Emzirme ile ilgili yapılan çalışmalarda genellikle menopoğ döneminden önce oluşan meme kanserlerinin oluşumu açısından; emzirmeyen kadınlardan, emziren kadınlara oranla iki kat daha fazla riske sahip oldukları söylenebilir. Bunun nedeninin ise, uzun süren laktasyon (emzirme) ile östrojen azlığının, yumurtlama (vlasyon) miktarında düşüklüğe neden olmasının rol oynayabileceği düşünülmektedir (Ford ve Easton, 1995; Altunbaş, 2009).

### **2.6.10. Oral Kontreseptif Kullanımı**

Hormon tedavisinde uzun süreli östrojen kullanımının ayrıca oral olarak uzun süreyle alınan doğum kontrol haplarının da meme kanseri riskini artırdığı ifade edilmiştir (Allen vd., 2013). Doğum kontrol hapının ortaya çıkardığı riski yok edebilmek için ilaç kullanımının üzerinden en az 10 yıl geçmesi gerekmektedir (Breastcancercare.org, 2019).

Menopoğ döneminde sıcak basmaları, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar gibi şikâyetler yaşanması nedeniylebu şikyetlerin azaltılabilmesi için östrojen desteğine gereksinim duyulabilmektedir. ancak bu tedavinin kesinlikle doktor kontrolüyle yapılması gerekmektedir(Breastcancercare.org, 2019).

### **2.6.11.Beslenme**

Yağ açısından zengin gıda ürünleri meme kanseri riskini artırmaktadır. (Kutluk ve Kars, 2001). Kardiyolojik ve Metabolik hastalıkların ortaya çıkmasında da etkili olan beslenmenin meme kanser içinde önemli bir değişken olduğu bilinmektedir (Yılmaz ve Atak, 2014). Yağ oranının yüksek olduğu yiyeceklerin tüketiminin, östrojen miktarlarının yükselmesine yol açarak meme kanseri riski üzerinde artışa neden olduğu Koçak ve diğerleri (2011) tarafından belirtilmiştir. Kırmızı et tüketiminin meme kanseri üzerinde artışa neden olduğu yapılan çalışmalarda desteklenmekte olup D vitamini kullanımının kansere karşı koruyuculuğunun olduğunu gündeme getirmektedir (Koçak vd., 2011).

### **2.6.12. Vücut Ağırlığı**

Literatürde yer alan araştırma bulguları da kilo oranı ile memedeki kanserlerin yakından ilişki olduğu görüşünü desteklemektedir (Torre vd., 2015; Lacey vd., 2009). Eliassen vd., (2006) tarafından yapılan çalışmada özellikle menopoz sonrasında vücut ağırlığındaki artış ve azalmanın meme kanseri oluşma riski üzerinde etkili olduğu rapor edilmiştir. Warner ve diğerleri (2015) tarafından farklı ırklardan olan ve meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın sonunda meme kanserinin ırklara göre farklılık gösterdiği, bunun yanında beden kitle indeksinin meme kanseri oluşumunda önemli bir belirleyici olduğu rapor edilmiştir.

Vücut ağırlığının fazla olmasının meme kanseri riskini arttıran bir öge olduğu görüşü birçok çalışmada desteklenmektedir (Altunbaş, 2009). Van Den Brandt ve arkadaşlarının (2000) 337.819 kadını incelenmiş olup 4.385 kadında meme kanserine rastlanmıştır. Menopoz durumuna göre alt grup çalışması yapılmış; menopoz sonrası dönemde 80 kilogram üzerinde olan kadınlarla, 60 kilogram altında olan kadınlar karşılaştırmalı olarak incelenmiş ve meme kanseri oluşma riski 1.25 olarak belirlenmiştir. Menopoz öncesi dönemde aynı şartlar ve kriterlerle yapılan karşılaştırmalı çalışmada riskin 0.58 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre menopoz sonrası obezitenin meme kanseri üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir. Diğer önemli nokta ise obezite durumu ile yüksek total kolesterol ve LDL kolesterol seviyelerindeki birlikteliktir, çünkü östrojen kolesterol üzerinden

sentezlenmektedir.Östrojene bağımlı olan kanser meme kanseri durumlarında da mortalitenin daha yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (Reeves vd., 2007; Van Den Brandt vd., 2000).

### **2.6.13. Alkol kullanımı**

Alkol tüketim miktarı ve sıklığı fazla olan kadınlarda meme kanseri görülme riski iki kat daha fazla olmaktadır.(Breastcancercare.org, 2019; Chen, 2011 ve Li, 2010 ‘da yapmış oldukları çalışmalarında aşırı alkol kullanımının meme kanseri riskini arttırdığını belirtmişlerdir.Yapılan çalışmalar incelendiğinde günlük 1 bardak alkol kullanımının meme kanseri riskini %12 oranında arttırabileceği belirtilmiştir. (Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014).Allen ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada "*Tüketilen alkolün türü ne olursa olsun meme kanseri riski içilen miktarla artmaktadır*".sonucuna ulaştıklarını belirtmişlerdir.

### **2.6.14. Egzersiz**

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde hareketsiz yaşam tarzının artmasına paralel olarak meme kanseri yaygınlığında artış gözlemlendiği ve kanser hastası olan kişilerin fiziksel etkinlik ve hareketlilik düzeylerinin sağlıklı olan yaşlılarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Aznar vd., 2006;Torre vd., 2015). Koçak ve diğerlerine (2011) göre düzenli fiziksel aktivite yapılması menstruel siklusündöngüsünü arttırarak kanser riskini azaltmaktadır. (Özbaş vd., 2012; Kyu vd., 2016).

### **2.6.15.Sigara**

Sigaranın meme kanseri üzerindeki etkisi herhangi bir çalışmada olmasına karşın sigara kullanımı meme kanseri riskini arttıran bir unsur olarak değerlendirilmektedir(Torre vd., 2015;Barnett vd., 2008).Yapılan çalışmalarda kadınların sigara içen ile içmeyen gruplar oluşturulmuş ve gruplar arası meme kanseri olma oranlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Son yapılan çalışmalarda ise sigara içmeyenlerinde sigara içilen ortamlarda bulunması, sigara içenlerle aynı durumda olduklarını gözler önüne sermiştir. Pasif içicitanımlamasınıyapıldığı çalışmaların ardından meme kanseri ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlar sadece

pasif içiciler ve pasif içici olmayanlar şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bu bağlamda pasif içicilerde görülen meme kanseri oranının diğer gruba göre iki kat fazla olduğu belirlenmiştir. Evde sigara içen ebeveyni bulunan çocukların ileride meme kanseri olma olasılığını arttığı, pasif içicilik ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda ise ebeveynin evde sigara içmek için başka odayı kullanması ya da camı açması gibi yöntemlerin pasif içiciliği engellemek için yeterli olmadığı anlaşılmıştır. (Breastcansercare.org, 2019).

#### **2.6.16. Ter önleyiciler ( Antiperspirant)**

Sıklıkla kullanıldığı bilinen terlemeyi ve kötü kokuları önlemek amacıyla kullanılan kozmetik ürünler, koltuk altı terlemeyi önleyici kimyasalların meme kanseri riskini arttırdığı iddialarını gündeme getirmiş ve yapılan birçok çalışmada bu ilişki durumu açıklanmaya çalışılmıştır (Demir ve Bulut, 2016).

Yapılan birçok çalışmada, koltuk altı için kullanılan kozmetik ürünlerin kimyasal bileşenlerinin etkilerini araştırılmış ve meme kanserine neden olabileceklerini belirtilmiştir (Darbre,2001; Darbre,2003; Darbre ve ark., 2004;Darbre, 2009). Kozmetik ürünlerinin birçoğunda yüksek dozlarda (%15–25) alüminyumtuzlarının bulunduğunu ve bunların uzun vadede meme dokusundaki etkilerinin neler olduğunu net olarak bilinmediği görülmektedir (Darbre,2005). Dieterich 2014’ de yapmış olduğu çalışması incelendiğinde kimyasal bileşiklerin östrojenik aktiviteler üzerinde etkili olduğu ve meme dokusunda kanser riskini artıran rolünün olup olmadığının tartışıldığını bildirmektedir.

Öztürkcan ve Keleşin 2016’ da yapmış oldukları çalışmada, meme kanseri riski ile terlemeyi önleyen kimyasalların kullanımı arasında ilişki incelenmiş olup, herhangi bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Ancak koltuk altı için kullanılan ürünlerin içerisinde bulunan kimyasal maddelerin kanser oluşumunu desteklediği yönünde herhangi bir bilimsel çalışmanın olmadığı görülmektedir.

## 2.11. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde kadınlarda sık olarak görülen ve her geçen gün hızla artmakta olan meme kanseri için erken evrelerde tanı konulması ve tedavi şansının yüksek oluşu bu konunun önemini daha da artırmaktadır. Hastalığın önlenmesinde en önemli faktör; risk taşıyan kadınların erken tanı ve kontrollerini vakit geçirmeden yaptırmaları gerekliliğidir (Delibaş, 2017). Tanı geç konulduğu durumlarda memenin tamamının yada belirli bir kısmının alınabilmesine neden olabilmektedir. Meme kanserine bağlı olarak gelişen ölümlerin azaltılabilmesi için; erken dönemlerde tanı ve tedavinin öneminin büyük olduğu belirtilmektedir(Americam cancer society 2006-2006).

Meme kanseri için tedavi olanakları her ne kadar gelişmiş olsa da bu hastalığın tanı ve tedavi seçenekleri kadınları birçok alanda etkilemektedir. Bu krizi yaşayan kadınların tepkileri genellikle iki alana yoğunlaşmıştır. İlk zamanlarda genellikle kanserin iyileşme olasılığı, geleceğe dair belirsizlik durumu ve bu durumdan doğan kaygı, umutsuzluk, ölüm gibi problemlere odaklanır. Diğer tepkiler ise beden yapısının bozulmasına, benlik saygısının zedelenmesine, cinsel kimliğin zarar görmesine ve bedensel değişikliklere yöneliktir. Buna ek olarak uzun ve yoğun süren tedavi kadınların gündelik yaşam kalitelerini belirgin derecede azaltmaktadır (Çam, vd., 2006). Bu nedenle hastalık tanısı konulduğu andan itibaren meme kanserli hastalara hemşirelerin psikolojik destek sağlamaları gerektiği belirtilmektedir (Işık, 2014).

## 2.12. Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri

Diğer kanserlere göre daha yavaş ilerleyen tümör hücrelerine sahip olan meme kanserinin küçükken saptanan tedavi edilmesi prognozunu olumlu olmasını sağlar..Hastalık süresi ilerledikçe meme başında gerilme, deride kızarma, portakal kabuğu görünümü ve yaralar ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler metastaz ile koltuk altında, kemik ve akciğerlerde de oluşabilir. (Kutluk ve Kars, 2001). Tüm bu nedenlerle meme kanserinin tanısının erken konulabilmesinin tedavinin yanıtı üzerinde oldukça büyük bir etkisi vardır (Eryılmaz vd., 2010).

Meme kanserinin günümüzdeki taraması üç şekilde gerçekleşmektedir: Bunlardan en önemli olanı mamografi hekimler tarafından yapılan klinik meme muayenesi ve

bireyin kendi kendine yapmış olduğu el muayenesidir. Dünya genelinde bu üç farklı tarama şekli de kullanılmaktadır. Bu programlarla birlikte sadece mamografi ile taramayı içeren programlara rastlanmaktadır. Programdan programa ve ülkeden ülkeye tarama yapılması önerisinde bulunulan yaş grubu farklılık göstermektedir. Avrupa Birliği Meme Kanseri Tarama Programı için kadınların tarama programına alınma yaş aralıkları 50 ile 69 yaşlarda olup, bazı ülkelerde tarama başlangıcı 40 yaşa kadar düşmektedir. Ancak hangi yaş grubundaki taramanın daha sağlıklı olacağıyla ilgili görüşler arasında da belirsizlikler vardır.

Avrupa Birliği taramanın 69 yaşta sonlandırılmasını öneriyor olsa da Hollanda gibi bazı ülkeler bu sınırı 75 yaş'a uzatabilmektedir (Güllüoğlu vd., 2009).

### **2.12.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

Meme muayenesinde amaç; kadınların erken tanı amacıyla ayda bir kez sistemli bir şekilde kendi memelerinin muayenesini yapmalarıdır. Pratik bir yöntem olan bu muayene, ayda birkez adet döneminin 5. ve 7. günlerinde, memeye basitçe dokunarak yapılabilen ve kanser varlığını kolayca saptayabileceğimiz özel bir tekniktir. Kadınların kendi memelerini çok iyi tanıyarak ve memede meydana gelen değişiklikleri erken süreçte saptanabilmesi için her kadının bu muayene yöntemini bilmesi ve belli aralıklarla da (ayda bir, tam çıplak olarak) uygulaması önemlidir (Karakuş, 2008; Kiraz, 2015; Memeder.org, 2019; Trsgo.org, 2019). Birçok çalışmada KKMM'nin ölüm oranının etkisinin olmadığı belirtilse de, kadınların düzenli olarak KKMM yapması ile %80'inin kanseri tespit ettiği saptanmıştır. Ayrıca gelismekte olan birçok ülkede, sosyoekonomik durumun iyi olmadığı göz önüne alınarak KKMM'nin önemli olduğu ve kadınlar tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir (Akyolcu, 2011).

Amerikan Kanseri Derneği, meme kanserinin genellikle tarama muayenesinde ortaya çıkan belirtiler gelişmeden önce ya da kadının kendi el muayenesinde bir yumru fark etmesiyle saptanabileceğini açıklamıştır. Mamografide saptanan ve elle fark edilen yumruların çoğu iyi huylu olarak belirlenmiştir. İyi huylu kanser hücreleri kontrolsüzce büyümmez ve yaşam kaybı tehlikeleri yoktur. Tespit edilen yumruları oluşturan hücrelere dair kanser şüphesi varsa tanının, hücrelerin yayılma derecesinin



ve hastalığın türünün belirlenmesi amacıyla meme dokusunun mikroskopik analizine gereksinim vardır (American Cancer Society, 2017).

### **2.12.2.Gözle Değerlendirme**

KKMM uygulamalarında aile hekimleri’de önemli bir rol üstlenmektedirler. Sağlık merkezine gelen kadınlara meme kanserinin tanısının kolay olduğunu, meme kanseri ile mücadelede uygun tedavi yöntemleri olduğunu belirtmelidir. Kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkla, ne zaman, nasıl ve hangi dönemlerde yapılması gerektiği, muayene sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiği ve hangi belirtive bulgular ortaya çıktığında doktora bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi vermelidir. Aile hekimleri kadınları hem KKMM hem de diğer tanı yöntemleri konusunda bilgilendirmeli, tanı yöntemlerinin kısıtlılıkları ve yararları konusunda da bilinçlendirmelidir (Karakuş, 2008; Akbaş ve Kaya, 2014; Breastcancercare.org, 2019, Memeder.org, 2019; Trsgo.org, 2019).

### **2.12.3.Ayakta Elle Değerlendirme**

El ile yapılan meme muayenesinde ; ayakta dik bir pozisyon durmak önemlidir. Sol memenin muayenesi sırasında, sol kol baş üzerine alınarak sağ elin üç parmağı ile meme dokusu dairesel hareketlerle yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarı olmak üzere kontrol edilerek muayene yapılmalıdır. Aynı işlem sağ meme içinde uygulanmalıdır. Muayene sırasında tüm meme dokusu, memeucu ve koltuk altı bölgesi 5 dakikayı geçmeyecek şekilde tamamlanmalıdır. Memenin baş kısmı başparmak ve işaret parmak ile çok sıkmadan muayene edilmelidir.

Koltuk altı muayenesinde her iki koltuk altı ve meme dokusu iyice kontrol edilmelidir. Bu işlem için el parmaklarının iç yüzeyleri kullanılmalıdır. Toplam olarak taramalar üçer kez hafifçe, orta şiddette ve daha şiddetli bası uygulanarak yapılması gerekmektedir (Gözüm ve Aydın, 2004; Parlar, 2004; Tosun, 2010; Breast .cancer.org, 2019; Memeder.org, 2019; Trsgo.org, 2019).

#### **2.12.4.Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirme**

Muayene sırasında mutlaka hasta sırt üstü yatmalı ve omuz altı yastıklarla desteklenmelidir.Muayene yapılacak meme tarafındaki el başın altına koyulduktan her iki meme dokusutamamıyla ile taranmalıdır. (Parlar,2004;Saglik.gov.tr, 2018;Breast .cancer.org, 2019;Memeder.org, 2019;Trsgo.org,2019).

#### **2.12.5. Klinik Meme Muayenesi (KMM)**

Bu konuda eğitimi olan hekim veya hemşire tarafından yapılan klinik meme muayenesi, meme kanserinin, en erken evresinde palpe edilerek (elle muayene ederek) saptanması amacıyla geliştirilen bir taramadır (Gülten, 2008;Tosun 2010; Kiraz, 2015).

Amerikan Kanser Birliği 20-35 yaş aralığında olan kadınların 3 yılda bir,40 yaş üzerindeki kadınların ise yılda bir kez memelerini klinik olarak muayene yaptırmalarını önermektedir.Meme dokusu kontrol edilirken farklı pozisyonlarda (ayakta, oturarak, yatarak) değerlendirme yapmak oldukça önemlidir(Karakuş, 2008).

#### **2.12.6.Ultrasonografi (USG)**

Ultrasonografi meme kanserinin de tanı için kullanılan diğer bir yöntemdir.(Altunbaş, 2009).Ailesel hikayesi nedeniyle risk artışı olan kadınlarda,mamografi sonucunda tespit edilen önemli bulguların daha detaylı araştırılması istenmesi durumunda,meme yoğunluğu fazla olan kadınlar için memenin hassas incelenmesi amacıyla ve yapılan fiziksel değerlendirmenin anormal sonuçlanması durumunda,ultrasonografiye (USG)sıkça başvurulduğu bilinmektedir(Cody, 2002; Güllüoğlu vd., 2009; Tosun , 2010).Ultrasonografinin farklı olarak kullanıldığı diğer bir alan,muayene esnasında fark edilemeyen yumruların biyopsi sonrasında sonuç vermiş olmasıdır (Güllüoğlu vd., 2009). Bu nedenlerle mamografi taraması yapılan yerlerin tercih edilmesi meme kanseri teşhisi için daha güvenli bir yöntem olup, ultrason taramalarının tavsiye edilmediği belirtilmektedir (American Cancer Society, 2017).

### **2.12.7. Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRG)**

Meme kanserinde olgunun belirlenmesinde en yüksek duyarlılığa sahip yöntem olan 1990'lı yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmış olan MR meme dokularını daha iyi görüntüleme kalitesine sahiptir. (Tunacı, 2012).

Mamografi ve ultrasonografi gibi yöntemlerin sonucunda belirsiz olan durumlar daha net bulgular elde etmek amacıyla manyetik rezonans yöntemine başvurulmaktadır. (Güllüoğlu vd., 2009). Bu yöntemin amacı, meme lezyonlarını saptamak, kanserin lokal yayılımını ve tedaviye alınan cevabı değerlendirmektir (Altunbaş, 2009).

MR taraması güç olan bazı durumlar söz konusu olup memedeki kitlelerin benign, yada malign farklılığını ortaya çıkarmak için başka metotlarda başvurulmaktadır (Sayman, 2006).

### **2.12.8. Mamografi (MG)**

Mamografi, düşük enerjili X-Ray kullanarak, kadınlarda elle muayenede net olarak anlaşılabilen memedeki yumru veya doku değişikliklerini saptamak ve meme kanserinin özellikle tanılama ve daha sonra tedavi aşamasında en sık olarak başvurulmuş yöntemdir (American Cancer Society, 2011-2012; Tezel, 2013; American Cancer Society, 2018). Mamografinin ana rolü, kadınların her bir göğsü için X-Işınları alması ile değişiklikleri belirleyebilmesidir. Mamografi sonucunda herhangi bir sertleşme veya yumrulaşma hali söz konusu ise daha ileri düzey incelemelere gerek duyulmaktadır (Allen vd., 2013).

Mamografi belirli aralıklarda çekildiğinde meme kanserinin oluşumu ve gelişimi ile ilgili risk grubunda yer alan kadınların risk oranları elde edilebilmektedir. Yapılan çalışmalarda mamografik tarama yönteminin meme kanseri mortalitesi üzerinde %16- %36 arasında değişen miktarda azalmasını sağladığı ifade edilmiştir (Kiraz, 2015). Klinik muayenelerde kanser tanısı için tarama mamografisine başvurmak yaygın bir teknik olmasının yanında hata oranının %10 ile %20 arasında değiştiği belirtilmektedir. Yöntemin duyarlılığı ise östrojen tedavisi, meme yoğunluğu, yaş ve kalıtımla ilişkilidir. Yaş kriter alındığında 40 yaşın altında (%54) hassasiyet 40'lı

yaşlarda %77, 50-64 yaşlarda %78, 64 yaş ve çok daha sonrasında ise %81'dir. (Sayman, 2006).

Meme kanserinin erken tanısı ve ciddi anlamda tedavi seçeneklerine olanak sağlayan tarama yönteminin mamografi olduğu Amerikan Kanser Derneği tarafından da belirtilmiştir. Tedavi seçenekleri ise kullanımı az olan operasyonları, yan etkisi az olan kemoterapi uygulanmasını veya kemoterapiden tamamen vazgeçmeyi içermektedir. Tüm bunlar yanında mamografinin zararları ve sınırlılıkları da göz ardı edilmemelidir (American Cancer Society, 2017: ). Mamografi yöntemi, klinik olarak elde edilen bulgularda, yakınmalarda ve görüntüleme sonuçlarında bir farklılık belirlendiğinde problemleri ortadan kaldıracak bir işleve sahiptir. Bu işlevindeki en önemli amaç olması olası malignitenin varlığını doğrulamaktır.

## **2.15. Meme Kanserinde Tedavi**

Bir önceki yüzyılda tıp alanlarının birçoğunda hızlı bir ilerleme kaydedilmiştir ve bilgi birikimi geniş bir alana yayılmıştır. Kanselerin ise patolojik mekanizması ile ilgili bilgi birikimleri; ameliyatlara, radyoterapi, kemoterapi ve endokrin gibi tedavilerde gösterilen ilerlemelere bağlı gelişme gösterilmiştir (Ades vd., 2017).

Meme kanseri tedavisinde amaç, memenin korunarak tedavi edilmesidir. Erken evrede meme kanserleri tanısı konan kadınların meme kaybı yaşamadan, oluşan kitlelerin tespit edilip gerekli önlemlerin alınması tümöre doğrudan müdahale edilmesini sağlamaktadır. İlerlemiş meme kanserlerinde, cerrahi girişiminden hemen sonra plastik cerrahi yöntemleriyle meme rekonstrüksiyonu (yeni meme) yapılabilmektedir. (Ades vd., 2017; Breastcancer.org, 2019).

Meme kanserini tedavi eden uzman hekimler, meme koruyucu müdahalenin daha sık kullanılmasıyla uygulamanın olumlu sonuçlarına daha çok rastlanmaktadır. Tedavi uygulamalarının yayınlanan yönergeleriyle paralel olması ise hastanın sağ kalımının gelişmiş olması ile ilişkilidir. Geliştirilen tedavi yöntemleri sağ kalmayı %15 gibi bir oranda artırma gücüne sahiptir. Bu nedenlerle, kanıtlanmış tedavi kılavuz ve yönergelerinin geliştirilmiş olması sağlık alanında ve uzman kişiler için önemli yere sahiptir (WHO, 2006).

Meme kanseri olan kadınların tedavi öncesinde, tedavi sürecinde ve sonrasında birçok psikolojik problemler ile karşılaştıkları bu problemlerin genel olarak aile, evlilik, toplumsal ilişkiler, cinsel yaşam ve çalışma yaşamında gibi alanlarda sıkça görüldüğü ve günlük aktiviteleri olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Babacan ve Gümüş, 2006; Janelins vd., 2017).

### **2.15.1. Cerrahi Tedavi**

Meme kanserinde kullanılan tedavi yöntemlerinin başında cerrahi müdahale gelmektedir. Bu çerçevede meme kanseri tedavisinde farklı boyutlarda meme dokusu alınması işlemi uygulanmaktadır. Bu işlem sonucunda kanser hastalarında mastektomi yönteminin ardından gerçekleştirilen rekonstrüksiyonda ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunlara çözüm seçenekleri aynı olmayacaktır. (Aydın, 2006).

Kadınların beklenmedik bir zamanda kanser tanısı almaları, bedenlerinden bir parçalarını kaybetmiş olmaları ve destek veren bireylerden yanlış yaklaşımları kişilerde hem psikolojik hemde özgüven eksikliklerine neden olmaktadır.(Şelimen, ve Baltacı,2011).

Mastektomi (tüm meme dokusunun alınması) ile meme koruyucu ameliyatların kanserin yayılması ve sağ kalım oranlarında aynı sonuçları verdiği belirtilmektedir (Haydaroğlu, 2006).

Tüm bu nedenlerden dolayı meme rekonstrüksiyon ameliyatı beden imajını korumaya, psikolojik problemleri azaltmaya, sosyal adaptasyon ve özgüvenin yeniden kazanılmasına olanak sağlamaktadır (Göktaş, Güllüoğlu ve Şelimen, 2011).

### **2.15. 2. Radyoterapi (RT)**

Meme kanserinin tedavisinde kullanılan diğer bir yöntem radyoterapi tedavisidir. Işın tedavisi olan bu radyoterapi yöntemi aynı cerrahi gibi, bölgesel olarak uygulanan tedavi yöntemidir. (Güllüoğlu vd., 2009). Radyoterapi yöntemiyle kanser hücrelerinin DNA'sı yok edilmeye çalışılır. Bu işlem sırasında da radyoterapi cihazı yüksek enerjili ışın demetleri kullanmaktadır. Radyasyonun kanser hücrelerine verdiği hasar ile bu hücrelerin büyümesi yavaşlatılmakta ya da durdurulmaktadır. (Allen vd., 2013).

### **2.15. 3. Kemoterapi (KT)**

Kemoterapi uygulamaları da meme kanserinin tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Kanserın erken evresinde olduğu kanısına varıldığında, hücrelerin başka bir alana sıçrayıp sıçramadığını kontrol etmek amacıyla işlemler yapılması istenmeyebilir. Bu incelemeler sonrasında başka bir alanda kanser hücrelerine rastlanırsa ameliyat öncesinde ilk olarak kemoterapi uygulaması yapılabilir. (Güllüoğlu vd., 2009). Kemoterapinin buradaki amacı asıl kanser bölgesinde ve kanser hücrelerinin yayılma gösterdiği diğer bölgelerde bu hücreleri öldürmektir. Tam bir kemoterapi uygulaması birkaç devirden oluşmaktadır. Bir devir tek bir tedavi periyodunu ve bunu izleyen tedavisiz geçirilen iyileşme periyodunu gerektirir. Tedavi periyodu bir gün, birkaç gün ara verilerek veya belli bir süre boyunca iki günde bir uygulanarak gerçekleştirilen kemoterapi periyodudur. Bir rejimde bulunan devir sayısı ve rejimin süreleri kullanılacak ilaçlara göre değişmektedir. Çoğu rejimin tamamlanması da üç ya da altı ay sürmektedir (Allen vd., 2013).

### **2.15. 4. Sistemik Terapi (ST)**

Sistemik terapi kan dolaşımını kullanarak vücudun tüm bölümlerine ulaşmaktadır. Sistemik terapi farklı mekanizmalara sahip olan kemoterapi, hormon tedavisi ve odaklı kombine bir terapiyi içermektedir. Kemoterapi tedavisi genel olarak hızla büyüme gösteren kanser hücrelerine saldırır ve onların bu büyümesini engellemeye çalışır. Hormon tedavisi, kanser hücrelerinin büyümesinde rol oynayan hormonları yok ederek çalışır. Odaklı tedavi ise kanser hücreleri ve moleküllerine saldırarak çalışmaktadır (American Cancer Society, 2017).

### **2.15. 5. Hormon Tedavisi (HT)**

Meme kanserinin tedavisinde yaygın olarak kullanılan diğer bir yöntem ise hormon tedavisidir. Yani hormonlar kanser tedavisi için ilaç olarak kullanılabilirler. Bu hormonlar genel olarak meme, prostat ve endometriyum kanserlerinin tedavisi için kullanılan seks hormonlarıdır. Bu seks hormonlarından oluşan ilaçlar kemoterapi ilaçlarını andırıyor olsalar da onları kemoterapiden ayıran en önemli farkları, vücutta

üretilen hormonun hücreye aktarılmasını ve kanseri oluşturan hücrelerin büyümesini engellemeye çalışmalarıdır (Baykara, 2016).

## **2.16. Meme Kanserinden Koruma**

### **2.16.1. Birincil Korunma**

Meme kanserinde birincil korunmada temel olarak meme kanserine neden olabilecek alışkanlıklardan uzak durulmasını ifade etmektedir. Örneğin; sigara kullanımının meme kanseri için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda meme kanserinden birincil korunmada bireyin sigara içmemesi gerektiği belirtilmektedir (Aykan, 2014). Toplumda meme kanserine yönelik birincil koruma algısının geliştirilmesi için erken tanı ve korunma konularında bilgilendirme çalışmaları yapılması önemli bir konudur (Açıkgöz vd., 2011). Son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde risk faktörü olarak ele alınan beslenme durumu, alkol kullanımı ve düzenli spor yapmanın meme kanseri üzerindeki riski azaltılabileceği sonucuna varılmıştır.

Bu kapsamda alkol kullanımı meme kanseri riskini arttıran bir unsur olmakla beraber, literatürde yer alan deneysel çalışma bulguları da bu çalışmaları desteklemektedir. Meme kanserinden korunmak için alkol tüketiminden uzak durulması gerektiği bildirilmektedir (Suzuki, vd, 2005; Terry, vd., 2006).

Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde düzenli spor yapma ve fiziksel aktivitede bulunmanın kanser türlerinden bazılarının oluşumunu engellediği anlaşılmaktadır (Kelly, 2011; Demir ve Filiz, 2004; Wu, vd., 2013). Bu etkinliklerin kanserin olumsuz etkilerini anlamlı derecede azalttığı kanser hastalarının yaşam kalitesini artırdığı (Thorsteinsson ve ark., 2013; Lucia ve ark., 2005; Galvao ve Newton, 2005; Battaglini ve ark., 2009; Braam ve vd., 2010; Speyer, vd., 2010) ifade edilmiştir. De Rezende ve diğerleri (2018) tarafından yapılan araştırmada Brezilya'da yaşayan bireylerde fiziksel aktivite düzeyi ile meme kanserine yakalanma sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmış, araştırmanın sonunda fiziksel aktivite düzeyi ile meme kanserine yakalanma riski arasında negatif yönde bir ilişki bulunduğu, bu kapsamda fiziksel aktivite düzeyi arttıkça meme kanserine yakalanma riskinde azama meydana geldiği rapor edilmiştir.

### **2.16.2. İkincil Koruma**

Meme kanserinden ikincil korunmanınamacında erken tanı ve tanı konulması vardır. Birey meme kanserinden korunmak için erken tanı ve tedavi yöntemlerine başvuruyorsa ikincil korunma için gerekli adımı atmış demektir. (Aykan, 2014).

### **2.16.3. Üçüncül Koruma**

Meme kanserinde üçüncül koruma meme kanseri tanısı konulduktan sonra morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yönelik uygulamalardan meydana gelmektedir (Kıssal, 2013 ).Kanser tanısı alan bireylere tıbbi tedavilerinin yanında hastalığı hakkında bilgi vermek, psikolojikdurum değerlendirmesi yapmakve sürdürülmesini sağlamak, fiziksel anlamda güçlü duruma gelinceye kadar bir takım rehabilite edici yöntemleri sunmayı içermektedir.Üçüncüncül korumada amaç kanser tanısı alan bireylerde yaşam kalitesini yükseltmektir. (Karakuş, 2008).

## **2.17. Türkiye’de ve KKTC’de Meme Kanserinin Tarama ve Kayıt Programı**

Türkiye’de KETEM tarafından kanser taramaları ve kayıtları (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) tutulmaktadır. Prensipleri “Erken teşhis hayat kurtarır!” olan bu merkezler meme, rahim ve kolorektal kanserler ile ilgili çalışmaları ve tarama programlarını yürütmektedir. Türkiye’de bulunan 81 ilde 124 KETEM kurulmuş ve bu merkezler eğitim araştırma veya devlet hastaneleri bünyesi altında faaliyet göstermektedirler. Bu merkezlerde kanser ile ilgili eğitim almış hekimler, hemşireler, ebeler, röntgen teknisyenleri ve tıbbi teknologlar görev yapmaktadır. Bu merkezlerdeki görevlilere kişilerarası iletişim ve sağlık eğitmenliği konularında da eğitim verilmektedir (Kiraz, 2015;Konyaeah.saglik.gov.tr).KKTC’de ise meme kanserinin erken teşhisi için oluşturulan tarama ve kayıt programları Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC Sağlık Bakanlığı ve TC Büyükelçiliği Kalkınma ve Ekonomik İşbirliği Ofisi işbirliğiile oluşturulan ‘KKTC’de Kanser Kayıtlılığı Projesi’ 2014 yılı itibariyle aktif olarak çalışmalara başlamıştır. Proje kapsamında, KKTC Sağlık Bakanlığı tarafından Kuzey Kıbrıs Kanser İzleme Değerlendirme ve Eğitim Merkezi (KKKİDEM) kurulmuştur.(Koralp, vd., 2015; KKTC Sağlık Bakanlığı, 2019).



## **2.18.Meme Kanserinin Belirlenmesinde Hemşirelerin Rolü**

Sağlık çalışanları sağlıklı yada yüksek risk grubunda olan kişilere riskler hakkında bilgi vermeli, tanıya götüreceği bulguları kişilere tanımlamalı ve kontrol edilebilir riskleri saptanmalıdır.(Gümüş, 2012).

Meme kanserinde kadınların, erken tanı ile tarama programları konusundaki bilgilere kolayca ulaşabilmeleri hemşireler aracılığıyla gerçekleştiği bilinmektedir. Muayene ve meme kanseri tarama konusundakadınların birçoğu korku ve endişeler yaşamaktadırlar. Bu korkuları azaltıldığında tarama girişimlerinde artışların olabileceği düşünülmektedir.Kadınlaruygulamalar sırasında bir takım duygular (utanç, korku, ağrı)rahatsızlık vermiş olup bunların engellenmesi ve ortadan kaldırılması hemşirelerin rolleri arasında yer alanmahremiyetin korunması ve güvenli bir ortamın oluşturulması ile gerçekleştirilmektedir.(Nural ve Akdemir, 2000).

Meme kanseri tanısı almış ve cerrahi müdahaleye gerek duyulan hastalarda özellikle cerrahi operasyon sonrasında günlük yaşam aktiviteleri, beden imajı ve hastalıkla mücadele duygularında olumsuz gelişmeler ortaya çıkmaktadır. Bunun temelinde yatan nedenlerin başında lenf ödem gelişimi gibi olumsuzluklar yatmaktadır. Bu noktada hemşireler meme kanserli hastaları cerrahi işlem öncesi ve sonrasında olası gelişmeler ve olumsuzluklar konusunda bilinçlendirmeleri önemli bir konu olarak değerlendirilmektedir (Akkaş ve Gürsoy, 2015).

Karayurt ve Andıç'a (2011) göre, meme kanseri tanısı konulan hastalarda ciddi düzeyde sosyal ve duygusal problemler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle meme kanserli kadınların hastalık konusundaki girişimler noktasında hemşireler tarafından bilinçlendirilmeleri önemli bir konudur.

## **BÖLÜM III**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma, kadınların meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması amacıyla prospektif tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, KKTC’de Lefke merkez ilçesinde yaşayan 20 yaş üzeri kadınlar ile Mart 2017- Mayıs 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

*Araştırmanın evrenini;* belirtilen tarihler arasında (Mart-Mayıs 2017) KKTC Lefke merkezde yaşayan 20 yaş üzeri kadınlar oluşturuldu. Çalışmayı oluşturan kadın sayısı (2015) devlet planlama örgütü tarafından yapılan nüfus sayımı dikkate alınarak 1120 kadın olarak belirlendi.

*Araştırmanın örneklemini;* KKTC Lefke merkez bölgesinde yaşayan kadınlara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllülük esasına göre araştırmaya katılmayı kabul eden 1000 kadın oluşturdu. Örneklem evreni temsil etmektedir.

#### **3.4. VERİLERİN TOPLANMASI**

Verilerin Toplanmasına Lefke Avrupa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Araştırma Enstitüsü’nün onayından geçtikten ve ilgili kurum izinleri alındıktan sonra başlandı. Araştırmacı tarafından hazırlanan ‘‘Bilgilendirilmiş Onam Formu’’(EK-1) kadınlara sunularak yazılı ve sözlü onamları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından iki bölüm olarak hazırlanan ‘‘Anket Formu’’ (EK-2) sunuldu. ‘‘Bölüm-1’’ de kadınların tanımlayıcı özellikleri, ‘‘Bölüm-2’’ de kadınların meme kanseri risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan sorular bulunmaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulaması yapıldı.

### **3.5. VERİ TOPLAMA FORMU**

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisine ve uzman görüşüne dayanılarak hazırlanan ve iki bölümden oluşan anket formu (EK-2) kullanıldı; birinci bölümde araştırma kapsamına alınan kadınların tanımlayıcı özelliklerini içeren 11 soru, ikinci bölümde ise kadınların risk faktörlerini değerlendirilmesi amacıyla oluşturulan 43 soru olmak üzere toplam 54 sorudan oluşmaktadır.

### **3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, Excel formatında elektronik ortamına girilerek SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programında yapıldı. Araştırmaya dahil edilen kadınların demografik özelliklerine, sağlık durumlarına ve meme kanserine ilişkin çeşitli özelliklerine göre dağılımlarının belirlenmesinde frekans analizi kullanıldı.

Kadınların demografik özelliklerine göre memekanserine ilişkin çeşitli özelliklerinin karşılaştırılmasında her iki değişken kategorik olduğundan dolayı ki kare (Chi square) testi kullanıldı.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### **3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI**

Araştırma yalnızca Lefke bölgesinde ikamet eden 20 yaş ve üzeri kadınları kapsamı araştırmanın sınırlılığı olarak düşünülmektedir. Araştırmanın sonuçları, başka çalışma sonuçlarının karşılaştırılmasında kullanılabilir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmaya, Lefke Avrupa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Araştırma Enstitüsü'nden etik kurul raporu alındıktan sonra (EK-1) KKTC Sağlık Bakanlığı ile Lefke belediyesin'den gerekli izinler alındıktan sonra başlandı. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından katılımcılara "Bilgilendirilmiş Onam Formu" sunuldu.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

**Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1000)**

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş Grubu</b>		
<i>20 yaş ve altı</i>	130	13,0
<i>26-35 yaş arası</i>	209	20,9
<i>36-45 yaş arası</i>	<b>223</b>	<b>22,3</b>
<i>46-55 yaş arası</i>	197	19,70
<i>56-65 yaş arası</i>	125	12,50
<i>66 yaş ve üzeri</i>	116	11,60
<b>Medeni durum</b>		
<i>Evlü</i>	<b>707</b>	<b>70,70</b>
<i>Bekar</i>	293	29,30
<b>Uyruk</b>		
<i>KKTC</i>	<b>811</b>	<b>81,10</b>
<i>TC</i>	153	15,30
<i>*Diğer</i>	36	3,60
<b>Eğitim durumu</b>		
<i>Okur-yazar değil</i>	33	3,30
<i>Okur-yazar</i>	173	17,30
<i>İlköğretim</i>	188	18,80
<i>Lise</i>	<b>444</b>	<b>44,40</b>
<i>Lisans/lisansüstü</i>	162	16,20
<b>Aylık gelir</b>		
<i>Geliri yok</i>	219	21,90
<i>1500 TL ve altı</i>	171	17,10
<i>1500-2499 TL arası</i>	<b>299</b>	<b>29,90</b>
<i>2500-3499 TL arası</i>	156	15,60
<i>3500 TL ve üzeri</i>	155	15,50
<b>Sosyal güvence olması durumu</b>		
<i>Yok</i>	404	40,40
<i>Var</i>	<b>596</b>	<b>59,60</b>
<b>Göç yaşama durumu</b>		
<i>Göç yaşamayan</i>	210	21,00
<i>Göç yaşayan</i>	<b>790</b>	<b>79,00</b>

\*Diğer; Rusya, Kazakistan, Azerbaycan, Moldovya, Türkmenistan.

**Tablo 2. Kadınların kronik hastalık varlığı durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Kronik hastalık olması durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	253	25,30
Yok	747	74,70
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100,</b>
<b>Hastalık (n=253)*</b>		
<i>Hipertansiyon</i>	82	32,41
<i>DM</i>	68	26,88
<i>Kalp Damar Hast.</i>	20	20,30
<i>Tiroid</i>	22	8,70
<i>Astım</i>	21	8,30
<i>Migren</i>	12	4,74
<i>Böbrek yetmezliği</i>	9	3,56
<i>Romatizmal Hast.</i>	5	1,98
<i>Mide Hast.</i>	4	1,58
<i>Meme kanseri</i>	2	0,79
<i>Epilepsi</i>	8	3,16
<b>TOPLAM</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

\*Bazı kadınlarda birden fazla hastalık bulunmaktadır

Tablo 2’de: Kadınların (n:253) %25,30’unun kronik hastalığı’nın olduğu, Bunların (n:82) %32,41’inde hipertansiyon, (n:68) %26,88’inde DM,(n:28) %11,07’sinde kalp damar hastalıkları,(n:22) %8,70’inde tiroid,(n:21) %8,30’unda astım, (n:12) %4,74’ünde migren,(n:9) %3,56’sında böbrek yetmezliği,(n:5) %1,98’inde romatizmal hastalıklar,(n:4) %1,58’inde mide hastalıkları ve (n:2) %0,79’unda meme kanseri, (n:8) %3,16’ında epilepsi olduğu saptandı.

**Tablo 3. Kadınların sigara-alkol kullanma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Sigara kullanma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Kullanan</i>	381	38,10
<i>Kullanmayan</i>	619	61,90
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Günlük tüketilen sigara sayısı (n=381)</b>		
<i>10 adet ve altı</i>	133	34,91
<i>10-19 adet</i>	49	12,86
<i>20 adet ve üzeri</i>	199	52,23
<b>TOPLAM</b>	<b>381</b>	<b>100</b>
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
<i>Kullanmayan</i>	419	41,90
<i>Kullanan</i>	581	58,10
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Alkol kullanma sıklığı (n=581)</b>		
<i>Yılda birkaç kez</i>	424	72,98
<i>Haftada üç</i>	51	8,77
<i>Ayda bir</i>	106	18,25
<b>TOPLAM</b>	<b>581</b>	<b>100</b>

Tablo 3.'e göre araştırmaya katılan kadınların (n:381) %38,10'u sigara kullanmakta ve kullananların (n:133) %34,91'i günlük olarak 10 adet ve altında, (n:49) %12,86'sı 10-19 adet arasında ve (n:199) %52,23'ü 20 adet ve üzerinde sigara tüketmektedir.

Kadınların alkol kullanma durumlarına bakıldığında (n:581) %58,10'unun kullandığı görülmektedir. Alkol kullananların (n:424) %72,98'i yılda birkaç kez ve (n:51) %8,77'si haftada üç kez kullanmakta,(n:106) %18,25'ini ayda bir kullandığı saptandı.

**Tablo 4. Kadınların ailelerinde ve kendilerinde meme kanseri öyküsü varlığına göre dağılımı (n=1000)**

Birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü varlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Var</i>	103	10,30
<i>Yok</i>	897	89,70
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
Kadınların daha önceden meme kanseri tanısı varlığı		
<i>Var</i>	45	4,50
<i>Yok</i>	955	95,50
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan kadınların (n:103) %10,30'unda birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olduğu, (n:897) %89,70'inde ise olmadığı görülmektedir. Daha önceden meme kanseri tanısı konmuş kadın oranı (n:45) %4,5 iken, tanı konmamış kadın oranı (n:955) %95,50'dir.

**Tablo 5. Meme kanseri tanısı konmuş kadınların memedeki sorunu ilk fark eden kişiye göre dağılımı (n=45)**

Memedeki sorunu ilk fark eden	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Kendisi</i>	13	28,89
<i>Doktor</i>	24	53,33
<i>Eşi</i>	8	17,78
<b>TOPLAM</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tablo 5'e göre meme kanseri tanısı konmuş kadınların (n:13) %28,89'u memedeki sorunu ilk olarak kendisinin fark ettiği, (n:24) %53,33'ünde ise ilk olarak doktor tarafından fark edildiği, (n:8) %17,78'inde eşi tarafından fark edildiği belirtilmiştir.

**Tablo 6. Meme kanseri tanısı konmuş kadınların tanıyı öğrendiklerinde hissettikleri duygu dağılımı (n=45)**

Meme kanseri olduğu öğrenildiğinde ne hissettikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üzüntü duyma	8	17,78
Korkma	10	22,22
Paniğe kapılma	15	33,33
Hastalığı kabullenme	6	13,33
Öfke duyma	6	13,3
<b>TOPLAM</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tablo 6.'ya göre; meme kanseri tanısı konmuş kadınların (n:8) %17,78'i meme kanseri olduğunu öğrendiğinde üzüntü duyduğunu, (n:10) %22,22'si korktuğunu, (n:15) %33,33'ü paniğe kapıldığını, (n:6) %13,33'ü hastalığı kabullendiğini ve (n:6) %2,22'si öfke duyduğunu belirtmiştir.

**Tablo 7. Meme kanseri tanısı konmuş kadınların hekime başvurma nedenlerine göre dağılımı (n=45)**

Hekime başvurma nedeni (n=45)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memede şişlik ve sertlik	11	24,44
Memede kızarıklık	18	40,00
Meme başında ağrı	9	20,00
Memede akıntı ve şekil değişikliği	7	15,56
<b>TOPLAM</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tablo 7. İncelendiğinde; meme kanseri tanısı konmuş kadınların (n:11) %24,44'ü memede şişlik ve sertlik nedeniyle hekime başvurdu, (n:18) %40,'ı memede kızarıklık nedeniyle, (n:9) %20,'si meme başında ağrı nedeniyle ve (n:7) %15,56'sı memede akıntı ve şekil değişikliği nedeniyle hekime başvurduğu saptandı.

**Tablo 8. Kadınların çocuk sahibi olma, doğum şekli ve ilk gebelik yaşlarına göre dağılımı (n=1000)**

Çocuk sahibi olma durumu	Sayı (n)	Yüzde%
--------------------------	----------	--------

<i>Olan</i>	<b>711</b>	<b>71,10</b>
<i>Olmayan</i>	289	28,90
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>İlk gebelik yaşı (n=711)</b>		
<i>18 yaş altı</i>	77	10,83
<i>18-20 yaş arası</i>	<b>217</b>	<b>30,52</b>
<i>21-23 yaş arası</i>	190	26,72
<i>24-26 yaş arası</i>	125	17,58
<i>27-29 yaş arası</i>	52	7,31
<i>30 yaş ve üzeri</i>	50	7,03
<b>TOPLAM</b>	<b>711</b>	<b>100</b>
<b>Doğum şekli (n=711)</b>		
<i>Normal</i>	<b>450</b>	<b>63,29</b>
<i>Sezeryan</i>	261	36,71
<b>TOPLAM</b>	<b>711</b>	<b>100</b>
<b>Çocuk sayısı (n=711)</b>		
<i>Bir</i>	126	17,72
<i>İki</i>	<b>367</b>	<b>51,62</b>
<i>Üç</i>	134	18,85
<i>Dört ve üzeri</i>	84	11,81
<b>TOPLAM</b>	<b>711</b>	<b>100</b>

Tablo 8.'de kadınların (n:711) %71,10'u çocuk sahibi olduğu ve ilk gebelik yaşlarına bakıldığında;(n:77) %10,83'ünün 18 yaş altında,(n:217) %30,52'sinin 18-20 yaş arasında, (n:190) %26,72'sinin 21-23 yaş arasında, (n:125) %17,58'inin 24-26 yaş arasında,(n:52) %7,31'inin 27-29 yaş arasında ve (n:50) %7,03'ünün 30 yaş ve üzerinde gebe olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olan kadınların (n:450) %63,29'u normal doğum yapmış,(n:261) %36,71'i de sezeryan ile doğum yaptığı, kadınlardan (n:126) %17,72'sinin bir, (n:367) %51,62'sinin iki, (n:134) %18,85'i üç ve (n:84) %11,81'i dört ve üzerinde çocuk sahibi olduğu belirlendi.

**Tablo 9. Çocuk sahibi olan kadınların çocuklarını emzirme durumlarına göre dağılımı (n=711)**

<b>Emzirme durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Emziren	<b>664</b>	<b>93,39</b>
Emzirmeyen	47	6,61
<b>TOPLAM</b>	<b>711</b>	<b>100</b>

Tablo 9. incelendiğinde çocuğunu emziren kadınların (n:664) %93,39 ve emzirmeyen kadınların da (n:47) %6,61 oranında olduğu görülmektedir.



**Tablo 10. Kadınların adet görmeye ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=1000)**

İlk adet görme yaşı	Sayı (n)	Yüzde (%)
11 yaş	139	13,90
12 yaş	255	25,50
13 yaş	<b>262</b>	<b>26,20</b>
14 yaş	190	19,00
15 yaşından beri	108	10,80
16 yaş ve üzeri	46	4,60
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Adet görmeye devam etme durumu</b>		
Gören	<b>630</b>	<b>63,00</b>
Görmeyen	370	37,00
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Adet görmeme nedeni (n:370)</b>		
Histektomi	49	13,24
Menapoz	<b>321</b>	<b>86,76</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>370</b>	<b>100</b>

Tablo 10.'a bakıldığında; kadın katılımcıların (n:139) %13,90'nın ilk adet görme yaşının 11 yaş olduğu, (n:255) %25,50'sinin 12 yaş, (n:262) %26,20'sinin 13 yaş, (n:190) %19,00'unun 14 yaş, (n:108) %10,80'inin 15 yaş ve (n:46) %4,60'ının 16 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Kadınların (n:630) %63,00'ünün adet görme durumu devam etmekte, (n:370) %37,00'sinin devam etmemektedir. Adet görmeyenlerin (n:49) %13,24'ü histektomi nedeniyle adet görmezken, (n:321) %86,76'sı menopoz nedeniyle adet görmemektedir.

**Tablo 11. Kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Doğum kontrol yöntemi kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanan	218	21,80
Kullanmayan	<b>782</b>	<b>78,20</b>
<b>Kullanılan yöntem (n=218)</b>		
Rahim içi araç	89	40,83
Deri altı implantları	11	5,05
Enjeksiyon (kontraseptif)	3	1,38
Partner kontrolü	<b>115</b>	<b>52,75</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

Tablo 11'e göre; Kadınların (n:782) %78,20'si doğum kontrol yöntemi kullanmazken, kullanılan yöntem açısından bakıldığında;(n:89) %40,83'ü rahim içi araç yöntemini,

(n:11) %5,05'i deri altı implantlarını kullanmakta, (n:3) %1,38'i enjeksiyon yönetimi (n:115) %52,75'i partner yöntemini kullanmaktadır.

**Tablo 12. Kadınların hormon replasman tedavisi alma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Hormon replasman tedavisi alma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alan	100	10,26
Almayan	875	89,74
Cevap vermeyen	25	00,5
<b>TOPLAM</b>	<b>975</b>	<b>100</b>

Dağılıma göre; hormon replasman tedavisi almayan kadınların oranı (n:875) %89,74, alan kadınların oranı da (n:100) %10,26'dır.

**Tablo 13. Kadınların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı (n=1000)**

Beslenme alışkanlığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sebze-meyve ağırlıklı	409	40,90
Izgara	158	15,80
Kızartma	113	11,30
Yağlı	63	6,30
Kırmızı et	257	25,70
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

Tablo 13. incelendiğinde katılımcı kadınların (n:409) %40,90'ı sebze-meyve ağırlıklı beslenmekte, (n:158) %15,80'i ızgara,(n:113) %11,30'u kızartma, (n:63) %6,30'u yağlı ve (n:257) %25,70'i ağırlıklı kırmızı et ile beslenmekte olduğu görülmektedir.

**Tablo 14. Kadınların düzenli spor yapma durumlarına ve yaptıkları spor türüne göre dağılımı (n=320)**

Düzenli spor yapma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yapan	320	32,00
Yapmayan	680	68,00
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
Yapılan spor (n:320)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yürüyüş	253	79,06
Yüzme	13	4,06
Fitness	54	16,88
<b>TOPLAM</b>	<b>320</b>	<b>100</b>

Tablo 14.'e göre; Kadınların (n:680) %68,00'i düzenli spor yapmamakta, (n:320) %32,00'si de düzenli spor yapmaktadır. Dağılım incelendiğinde düzenli spor yapan

kadınların (n:253) %79,06'sı yürüyüş yapmakta, (n:13) %4,06'sı yüzmekte ve (n:54) %16,88'i fitness sporunu yapmaktadır.

**Tablo 15. Kadınların koltuk altı ter önleyici kimyasalları kullanma durumları ve kullanma sürelerinin dağılımı (n=1000)**

<b>Koltuk altı için ter önleyici (kimyasal) kullanma durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<i>Kullanan</i>	<b>849</b>	<b>84,90</b>
<i>Kullanmayan</i>	151	15,10
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Kullanılan ter önleyici kimyasal (n:849)</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<i>Roll-on</i>	<b>415</b>	<b>48,88</b>
<i>Deodorant</i>	362	42,64
<i>Pudra</i>	52	6,12
<i>Parfüm</i>	12	1,4
<i>Gül suyu</i>	8	0,94
<b>TOPLAM</b>	<b>849</b>	<b>100</b>
<b>Ter önleyici kullanma süresi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<i>15 yaşından beri</i>	<b>575</b>	<b>67,73</b>
<i>25 yaşından beri</i>	212	24,97
<i>35 yaşından beri</i>	52	6,12
<i>45 yaşından beri</i>	10	1,18
<b>TOPLAM</b>	<b>849</b>	<b>100</b>

Tablo 15.'e göre; Kadınların (n=849) %84,90'ı koltuk altı ter önleyici (kimyasal) kullanmaktadır. Koltukaltı için ter önleyici kimyasal kullanan kadınların (n=415) %48,88'i roll-on kullanmakta, (n=362) %42,64'ü deodorant kullanmakta, (n=52) %6,12'si pudra kullanmakta ve (n=20) %2,36'sı sadece farfüm kullanmayı tercih etmektedir. Koltukaltı için ter önleyici (kimyasal) kullanan kadınların (n=575) %67,73'ü 15 yaşından itibaren, (n=212) %24,97'si 25 yaşından itibaren, (n=52) %6,12'si 35 yaşından itibaren ve (n=10) %1,18'i 45 yaşından itibaren, ter önleyici kullanmaktadır.

**Tablo 16. Kadınların meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi olma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi olma durumu	Sayı (n)	Yüzde %
Var	880	88,00
Yok	120	12,00
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Bilgi kaynakları (n=880)</b>		
Kitap, dergi ve broşür	113	12,84
Hemşire	91	10,34
TV ve medya	333	37,84
Hekim	227	25,80
Akraba	116	13,18
<b>TOPLAM</b>	<b>880</b>	<b>100</b>

Tablo 16. incelendiğinde kadınların (n=880) %88,00'inin meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi olduğu, (n=120) %12,00'sinin ise bilgisinin olmadığı görülmektedir. Bilgi sahibi olan kadınların (n=113) %12,84'ü bilgi kaynağı olarak kitap, dergi ve broşürü belirtmiş, (n=91) %10,34'ü hemşireyi, (n=333) %37,84'ü TV ve medyayı, (n=227) %25,80'i hekimi ve (n=116) %13,18'i akrabalarından bilgi aldığını kaynak olarak belirtmiştir.

**Tablo 17. Kadınların KKMM uygulama sıklığına ilişkin görüşlerinin göre dağılımı (n=1000)**

KKMM yapılma sıklığına ilişkin görüş	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Haftada bir</i>	162	16,20
<i>Her ay</i>	382	38,20
<i>Yılda bir</i>	125	12,50
<i>Fikrim yok</i>	331	33,10
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>KKMM uygulanma zamanı ilişkin görüş</b>		
<i>Herhangi bir gün</i>	329	32,90
<i>Menstrasyonun 1-3'ncü günü</i>	152	15,20
<i>Menstrasyon başlamasından 4 – 6 gün sonra</i>	54	5,40
<i>Menstrasyon bitiminden 2 – 4 gün sonra</i>	164	16,40
<i>Ayın belirli bir gününde</i>	301	30,10
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Menapoz sonrası dönemde</b>		
<b>KKMM yapılma sıklığına ilişkin görüş</b>		
<i>Sadece östrojen alındığı zaman</i>	81	8,10
<i>Ayda bir kez herhangi bir günde</i>	361	36,10
<i>Her ayın belli bir gününde</i>	262	26,20
<i>Yılda bir kez herhangi bir günde</i>	296	29,60
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

Tablo 17.'ye göre kadınların KKMM yapılma sıklığına ilişkin (n=162) %16,20'si haftada bir, (n=382) %38,20'si her ay, (n=125) %12,50'si yılda bir ve (n=331) %33,10'u da 'fikrim yok' şeklinde görüş belirtmiştir. KKMM uygulanma dönemlerine ilişkin (n=329) %32,90'ı herhangi bir gün, (n=152) %15,20'si menstrasyonun 1-3'üncü günü, (n=54) %5,40'ı menstrasyon başlamasından 4-6 gün sonra, (n=164) %16,40'ı menstrasyon bitiminden 2-4 gün sonra ve (n=301) %30,10'u da ayın belirli bir gününde görüş bildirmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların menopoz sonrası dönemde KKMM yapılma sıklığına ilişkin ise görüşleri; (n=227) %8,10'u sadece östrojen alındığı zaman, (n=227) %36,10'u ayda bir kez herhangi bir günde, (n=227) %26,20'si her ayın belli bir gününde ve (n=227) %29,60'ı yılda bir kez herhangi bir günde şeklindedir.

**Tablo 18. Kadınların mamografi tetkikini ve mamografi yaptırılması gereken yaş dönemini bilme durumlarının dağılımı (n=1000)**

Mamografi tetkikini duyma/bilme	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Bilen</i>	932	93,20
<i>Bilmeyen</i>	68	6,80
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Mamografi yaptırılması gereken yaşa ilişkin bilgi durumu (n=932)</b>		
<i>30 yaş altı</i>	102	10,94
<i>30 yaş</i>	348	37,34
<i>35 yaş</i>	145	15,56
<i>40 yaş</i>	302	32,40
<i>41 yaş ve üstü</i>	35	3,76
<b>TOPLAM</b>	<b>932</b>	<b>100</b>
<b>40 yaş ve üzeri kadınların kontrol amaçlı mamografi çektilme sıklığına ilişkin bilgi durumu</b>		
<i>Ayda bir</i>	41	4,10
<i>Yılda bir</i>	537	53,70
<i>3 ayda bir</i>	102	10,20
<i>Fikrim yok</i>	320	32,00
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

Tablo 18. incelendiğinde kadınların (n=932) %93,20'sinin mamografi tetkikini duyduğu ve (n=68) %6,80'inin duymadığı görülmüştür. Mamografi yaptırılması gereken yaşa ilişkin kadınların (n=102) %10,94'ü 30 yaş ve altı, (n=348) %37,34'ü 30 yaş, (n=145) %15,56'sı 35 yaş, (n=302) %32,40'ı 40 yaş ve (n=35) %3,76'sı 41 yaş ve üstü şeklinde görüş bildirmiştir. 40 yaş ve üzeri kadınların kontrol amaçlı

mamografi çekirme sıklığına ilişkin ise kadınların (n=41) %4,10'u ayda bir, (n=537) %53,70'i yılda bir, (n=102) %10,20'si 3 ayda bir ve (n=320) %32,00'si 'fikrim yok' şeklinde görüş sunmuştur.

**Tablo 19. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

KKMM yapma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yapan	594	59,40
Yapmayan	406	40,60
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>KKMM yapmama nedeni (n=406)</b>		
Bilgisinin olmaması	115	28,33
Zamanının olmaması	35	8,62
Korkuyor olması	75	18,47
Ailede meme kanseri öyküsü olmaması	84	20,69
Gerekli görülmemesi	97	23,89
<b>TOPLAM</b>	<b>406</b>	<b>100</b>
<b>Son bir yılda KKMM yapma sıklığı</b>		
İki ayda bir kez	129	12,90
5-6 ayda bir kez	85	8,50
Yılda birkaç kez	86	8,60
Her ay adet bitiminde	205	20,50
3-4 ayda bir kez	37	3,70
Hiç yapmamış	458	45,80
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>

Tablo 19. incelendiğinde; Kadınların (n=594) %59,40'ı KKMM yapmakta ve (n=406) %40,60'ı KKMM yapmamaktadır. KKMM yapmayan kadınlar neden olarak (n=115) %28,33'ü bilgisinin olmamasını ifade etmiş, (n=35) %8,62'si zamanının olmamasını, (n=75) %18,47'si korkuyor olması, (n=84) %20,69'u ailede meme kanseri öyküsü olmamasını ve (n=97) %23,89'u da gerekli görmemesi şeklinde ifade etmiştir.

Son bir yılda KKMM yapma sıklığı açısından araştırmaya katılan kadınların (n=129) %12,90'ı iki ayda bir kez, (n=85) %8,50'si 5-6 ayda bir kez, (n=86) %8,60'ı yılda birkaç kez (n=205) %20,5'i her ay adet bitiminde, (n=37) %3,70'i 3-4 ayda bir kez, (n=458) %45,8'i hiç şeklinde ifade etmiştir.

**Tablo 20. Kadınların klinik meme muayene yaptırma durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Klinik meme muayenesi yaptırma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Yaptıran</i>	354	35,40
<i>Yaptırmayan</i>	<b>646</b>	<b>64,60</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı (n:354)</b>		
<i>Altı ayda bir kez</i>	47	13,28
<i>Beş yılda bir kez</i>	7	1,98
<i>Her yıl bir kez</i>	<b>261</b>	<b>73,73</b>
<i>İki yılda bir kez</i>	11	3,11
<i>Arasıra</i>	28	7,91
<b>TOPLAM</b>	<b>354</b>	<b>100</b>

Tablo 20. incelendiğinde; kadınların (n=354) %35,40'ı klinik meme muayenesi yaptırmakta, (n=646) %64,60'ı yaptırmamaktadır. KMM yaptıran kadınların (n=47) %13,28'i altı ayda bir kez yaptırmakta, (n=7) %1,98'i beş yılda bir kez yaptırmakta, (n=261) %73,73'ü her yıl bir kez yaptırmakta, (n=11) %3,11'i iki yılda bir kez yaptırmaktadır ve (n=28) %7,91'i arasıra yaptırmıştır.

**Tablo 21. Kadınların mamografi çektirme durumlarına göre dağılımı (n=1000)**

Mamografi çektirme durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Çektiren</i>	463	46,30
<i>Çektirmeyen</i>	<b>537</b>	<b>53,70</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>1000</b>	<b>100</b>
<b>Mamografi çektirme sıklığı (n=463)</b>		
<i>6 ayda bir</i>	35	7,56
<i>3 yılda bir</i>	18	3,89
<i>Ayda 1</i>	129	27,86
<i>Yılda bir</i>	<b>281</b>	<b>60,69</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>463</b>	<b>100</b>
<b>Mamografi çektirmeme nedeni (n=537)</b>		
<i>Bilmiyor olması</i>	<b>107</b>	<b>19,93</b>
<i>Meme kanseri olacağını düşünmeyen</i>	96	17,88
<i>Aile meme kanseri öyküsü olamaması</i>	87	16,20
<i>Zamanının olmaması</i>	34	6,33
<i>Ekonomik nedenler</i>	213	39,66
<b>TOPLAM</b>	<b>537</b>	<b>100</b>

Tablo 21'e bakıldığında; kadınların (n=463) %46,30'u mamografi çektirmekte, (n=537) %53,70'i çektirmemektedir. Mamografi çektirenlerin (n=35) %7,56'sı 6 ayda

bir, (n=18) %3,89'u 3 yılda bir, (n=129) %27,86'sı ayda bir (n=281) %60,69'u yılda bir mamografi çektirmektedir. Mamografi çektirmeyenler ise neden olarak (n=107) %19,93'ü bilmiyor olmasını, (n=96) %17,88'i meme kanseri olacağını düşünmediğini, (n=87) %16,20'si aile meme kanseri öyküsü olmamasını, (n=34) %6,33'ü zamanının olmamasını ve (n=213) %39,66'sı ekonomik nedenleri belirtilmiştir.

**Tablo 22. Kadınların yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KKMM Yapma Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Yapan		Yapmayan			
	n	%	n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
<i>20 yaş ve altı</i>	77	59,23	53	40,77	38,515	0,000*
<i>26-35 yaş arası</i>	136	65,07	73	34,93		
<i>36-45 yaş arası</i>	151	67,71	72	32,29		
<i>46-55 yaş arası</i>	125	63,45	72	36,55		
<i>56-65 yaş arası</i>	61	48,80	64	51,20		
<i>66 yaş ve üzeri</i>	44	37,93	72	62,07		

\* $p < 0,05$

Tablo 22.'de 36-45 yaş arasındaki kadınların KKMM yapma durumu diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. 66 yaş ve üzeri kadınların da KKMM yapma puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

20 yaş ve altı kadınların KKMM yapma oranı 56-65 yaş arası kadınlar ile 66 yaş ve üzerindeki kadınların oranına göre daha yüksektir. Kadınların yaş gruplarına göre KKMM yapma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).



**Tablo 23. Kadınların medeni durumlarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KKMM Yapma Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Yapan		Yapmayan			
	n	%	n	%		
<b>Medeni durum</b>						
<b>Evli</b>	440	62,23	267	37,77	8,040	0,005* p<0,05
<b>Bekar</b>	154	52,56	139	47,44		

\*p<0,05

Tablo 23 incelendiğinde evli kadınların KKMM yapma durumu, bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Kadın katılımcıların medeni durumlarına göre KKMM yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 24. Kadınların uyruklarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KKMM Yapma Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Yapan		Yapmayan			
	n	%	n	%		
<b>UYRUK</b>						
<b>KKTC</b>	487	60,05	324	39,95	9,010	0,011* p<0,05
<b>TC</b>	79	51,63	74	48,37		
<b>Diğer</b>	28	77,78	8	22,22		

\*p<0,05

**Diğer;**Rusya,Kazakistan,Azerbaycan,Moldovya,Türkmenistan.

Tablo 24.'e elde edilen buğulara göre; TC vatandaşı kadınların KKMM yapma oranı KKTC ve diğer ülke vatandaşlarına göre anlamlı seviyede düşük bulunmuştur. KKTC vatandaşı kadınların KKMM yapma puanları ise TC vatandaşı kadınlardan yüksek, diğer ülke vatandaşı kadınlardan düşüktür. Kadınların uyruklarına göre KKMM yapma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 25. Kadınların eğitim durumlarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KKMM Yapma Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Yapan		Yapmayan			
	n	%	n	%		
<b>Eğitim durumu</b>						
<i>Okur-yazar değil</i>	1	3,03	32	96,97	58,974	0,000*  p<0,05
<i>Okur-yazar</i>	85	49,13	88	50,87		
<i>İlköğretim</i>	117	62,23	71	37,77		
<i>Lise</i>	291	65,54	153	34,46		
<i>Lisans/Lisansüstü</i>	100	61,73	62	38,27		

\*p<0,05

Tablo 25'e göre Okur-yazar olmayan kadınların KKMM yapma oranı diğer tüm gruplardan anlamlı düzeyde düşüktür. Lise mezunu kadınların ise KKMM yapma oranı diğer kadınlara göre daha yüksektir. İlköğretim mezunu kadınların KKMM yapma oranı lisans/lisansüstü mezunu kadınlara ve okur-yazar olan kadınlara göre daha yüksektir. Lisans/lisansüstü mezunu kadınların da KKMM yapma oranı okur-yazar olmayan ve okur-yazar olan kadınlara göre daha yüksektir. Eğitim durumlarına göre KKMM yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark olduğu bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 26. Kadınların yaş gruplarına ve medeni duruma göre mamografi çekirme durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	Mamografik Çekirme Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
20 yaş ve altı	37	28,46	93	71,54	99,746	0,000*  p<0,05
26-35 yaş arası	67	32,06	142	67,94		
36-45 yaş arası	79	35,43	144	64,57		
46-55 yaş arası	123	62,44	74	37,56		
56-65 yaş arası	79	63,20	46	36,80		
66 yaş ve üzeri	78	67,24	38	32,76		
	Mamografik Çekirme Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	352	49,79	355	50,21	11,806	0,001 *p<0,05
Bekar	111	37,88	182	62,12		

\*p<0,05

Tablo 26.'a göre; Kadınların yaşları ilerledikçe mamografi çekirme oranları da artmaktadır. 25 yaş ve altındaki kadınların mamografi çekirme durumu diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. 66 yaş ve üzerindeki kadınların ise mamografi çekirme durumu diğer yaş gruplarından daha yüksektir. Kadınların yaş gruplarına göre mamografi çekirme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Evli kadınların mamografi çekirme oranının bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadın katılımcıların medeni durumlarına göre mamografi çekirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuş olup evli kadınların mamografi çekirme oranının bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. ( $p<0,05$ )

**Tablo 27. Kadınların uyruklarına göre Mamografi çekirme durumları ile KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	Mamografi Çekirme Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%		
<b>Uyruk</b>						
<b>KKTC</b>	372	45,87	439	54,13	6,454	0,040*
<b>TC</b>	67	43,79	86	56,21		$p<0,05$
<b>Diğer</b>	24	66,67	12	33,33		
	KMM Yaptırma Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Yaptıran		Yaptırmayan			
	n	%	n	%		
<b>Uyruk</b>						
<b>KKTC</b>	310	38,22	501	61,78	56,411	0,000
<b>TC</b>	19	12,42	134	87,58		$p<0,05$
<b>Diğer</b>	25	69,44	11	30,56		

**Diğer;** Rusya, Kazakistan, Azerbaycan, Moldovya, Türkmenistan.

Tablo 27.'e göre ; TC vatandaşı kadınların mamografi çekirme oranı KKTC vatandaşı ve diğer ülke vatandaşı kadınlara göre daha düşüktür. KKTC vatandaşı kadınların ise mamografi çekirme oranı diğer ülke vatandaşı kadınlara göre daha

düşüktür. Kadınların uyruklarına göre mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Tablo 27’ de görüldüğü gibi TC uyruklu kadınların KMM yaptırma oranı KKTC uyruklu ve diğer ülke uyruklu kadınlara göre anlamlı düzeyde düşüktür. KKTC uyruklu kadınların ise KMM yaptırma oranı TC uyruklu kadınlardan daha yüksek fakat diğer ülke uyruklu kadınlardan daha düşüktür. Kadın katılımcıların uyruklarına göre KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 28. Kadınların eğitim durumlarına göre Mamografi çekirme durumlarının ile KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KMM Yaptırma Durumu				X <sup>2</sup>	P
	Yaptıran		Yaptırmayan			
	n	%	n	%		
<b>Eğitim durumu</b>						
<b>Okur-yazar değil</b>	3	9,09	30	90,91	34,171	0,000  * $p<0,05$
<b>Okur-yazar</b>	60	34,68	113	65,32		
<b>İlköğretim</b>	58	30,85	130	69,15		
<b>Lise</b>	194	43,69	250	56,31		
<b>Lisans/Lisansüstü</b>	39	24,07	123	75,93		

\* $p<0,05$

Tablo 28’e göre; kadınların eğitim durumlarına göre KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Okur-yazar olmayan kadınların KMM yaptırma oranı diğer eğitim grubundan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Lise mezunu kadınların ise KMM yaptırma durumu diğer kadınlardan daha yüksektir. İlköğretim mezunu kadınların KMM yaptırma oranı da okur-yazar olmayan ve lisans/lisansüstü mezunu kadınlardan daha yüksek okur-yazar olan ve lise mezunu olan kadınlardan daha düşüktür. Lisans/lisansüstü mezunu kadınların KMM yaptırma durumu okur-yazar olmayan kadınlardan yüksek iken, diğer gruplardan daha düşüktür.

**Tablo 29. Kadınların aylık gelirlerine göre mamografi çekirme durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	Mamografi Çekirme Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%		
<b>Aylık gelir</b>						
<b>Geliri yok</b>	81	36,99	138	63,01	19,022	0,001
<b>1500 TL ve altı</b>	89	52,05	82	47,95		
<b>1500-2499 TL arası</b>	161	53,85	138	46,15		
<b>2500-3499 TL arası</b>	69	44,23	87	55,77		
<b>3500 TL ve üzeri</b>	63	40,65	92	59,35		

\*p<0,05

Tablo 29.'a göre; kadın katılımcıların aylık gelirlerine göre mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Geliri olmayan kadınların mamografi çekirme oranı geliri olan diğer kadınlardan daha düşük bulunmuştur. 1500-2499 TL arası geliri olan kadınların ise mamografi çekirme oranı diğer kadınlardan daha yüksektir. 2500-3499 TL arası geliri olan kadınların mamografi çekirme durumu da 3500 TL ve üzerinde geliri olan kadınlardan ve geliri olmayan kadınlardan daha yüksek iken, 1500 TL ve altında geliri olan ile 1500-2499 TL arası geliri olan kadınlardan daha düşüktür.

**Tablo 30. Kadınların sosyal güvence durumlarına göre mamografi çekirme durumları ile KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	Mamografi Çekirme Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Çektiren		Çektirmeyen			
	n	%	n	%		
<b>Sosyal güvence olması durumu</b>						
<b>Yok</b>	198	49,01	206	50,99	2,002	0,157
<b>Var</b>	265	44,46	331	55,54		
	<b>KMM Yaptırma Durumu</b>				X <sup>2</sup>	p
	<b>Yaptıran</b>		<b>Yaptırmayan</b>			
	n	%	n	%		
<b>Sosyal güvence olması durumu</b>						
<b>Yok</b>	110	27,23	294	72,77	19,796	0,000
<b>Var</b>	244	40,94	352	59,06		

Tabloya 30'a göre; sosyal güvencesi olmayan kadınların sosyal güvencesi olanlara göre KMM yaptırma oranının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Kadınların

sosyal güvence durumlarına göre KMM yaptırma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ( $p<0,05$ ), Kadınların sosyal güvence durumlarına göre mamografi çekirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 31. Kadınların yaş gruplarına göre KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

Yaş Grubu	KMM Yaptırma Durumu				X <sup>2</sup>	p
	Yaptıran		Yaptırmayan			
	n	%	n	%		
20 yaş ve altı	21	16,15	109	83,85	75,319	0,000  * $p<0,05$
26-35 yaş arası	45	21,53	164	78,47		
36-45 yaş arası	98	43,95	125	56,05		
46-55 yaş arası	95	48,22	102	51,78		
56-65 yaş arası	63	50,40	62	49,60		
66 yaş ve üzeri	32	27,59	84	72,41		

\* $p<0,05$

Tablo 31'e göre; 25 yaş ve altındaki kadınların klinik meme muayenesi yaptırma oranı ilerleyen yaş grubundaki kadınlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür. 56-65 yaş arası kadınların ise KMM yaptırma oranı diğer yaş gruplarındaki kadınlardan daha yüksektir. 66 yaş ve üzerindeki kadınların KMM yaptırma oranı 25 yaş ve altındaki kadınlar ile 26-35 yaş arası kadınlara göre daha yüksek iken diğer yaş gruplarından daha düşüktür. Kadınların 36-45 yaş arası KMM yaptırma oranı 25 yaş ve altındaki, 26-35 yaş arasındaki ve 66 yaş ve üzerindeki kadınlardan daha yüksek, 46-55 yaş arasındaki ve 56-65 yaş arasındaki kadınlardan ise daha düşüktür. Kadınların yaş gurplarına göre KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır( $p<0,05$ ).

**Tablo 32. Kadınların medeni durum ve aylık gelirlerine göre KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması (n=1000)**

	KMM Yaptırma Durumu		X <sup>2</sup>		p
	Yaptıra n	Yaptırmayan %	n	%	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	284	40,17	423	59,83	24,005 0,000* p<0,05
Bekar	70	23,89	223	76,11	
	KMM Yaptırma Durumu		X <sup>2</sup>		p
	Yaptıran	Yaptırmayan	n	%	
<b>Aylık gelir</b>					
Geliri yok	55	25,11	164	74,89	23,486 0,000* p<0,05
1500 TL ve altı	49	28,65	122	71,35	
1500-2499 TL arası	115	38,46	184	61,54	
2500-3499 TL arası	68	43,59	88	56,41	
3500 TL ve üzeri	67	43,23	88	56,77	

\*p<0,05

Tabloya 32'e göre; kadınların medeni durumlarına göre KMM yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup (p<0,05), evli kadınların KMM yaptırma oranının bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 32.'e göre; geliri olmayan kadınların diğer gelir grubundan kadınlara göre KMM yaptırma oranı daha düşüktür. 2500-3499 TL arası geliri olan kadınların ise KMM yaptırma oranı diğer kadınlara göre daha yüksektir. 3500 TL ve üzerinde geliri olan kadınların KMM yaptırma oranı 2500-3499 TL arası geliri olan kadınlara göre düşük ancak geliri olmayan ve diğer gelir gruplarından olan kadınlara göre daha yüksektir. 1500-2499 TL arası geliri olan kadınların LMM yaptırma durumu da geliri olmayan ve 1500 TL ve altında geliri olan kadınlara göre daha yüksek ancak 2500-3499 TL arası ve 3500 TL ve üzeri geliri olan kadınlara göre de daha düşüktür. kadınların aylık gelirlerine göre KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05).

## **BÖLÜM V**

### **TARTIŞMA**

Kadınlarda meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması amacıyla yapılan bu araştırmada, elde edilen bulguların genel bir değerlendirilmesi yapılarak kaynak bilgileri çerçevesinde tartışıldı.

KKTC Lefke ilçesinde 20-65 üzeri daimi ikamet 1120 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 120 kadın araştırmaya dahil edilmemiş olup, araştırmanın örneklimini çalışma hakkında bilgi verildikten sonrakatılmayı kabul eden 1000 kadın oluşturdu. Örneklem evreni temsil etmektedir.

Kadınların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;kadınların 253'ünün (%25.30) kronik hastalığı olduğu tespit edilmiş, en fazla görülen kronik hastalıkların başında 82'sinin (%32,41) hipertansiyon, 68'inin (%26,88) DM, 28'inin (%11,07) kalp damar hastalıkları, 22'sinin %8,70 tiroid, 82'sinin (%8,30) astım, 12'sinin (%4,74) migren, 9'unun (%3,56) böbrek yetmezliği, 5'inin (%1,98) romatizmal hastalıklar, 4'ünün (%1,58) mide hastalıkları ve 2'sinin (%0,79) meme kanseri, 8'inin(%3,16) epilepsi hastalığının geldiği saptandı. Açık göz ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, kadınların 82'sinin%53.9'unda kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda Açık göz ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışma ile araştırmada elde edilen sonuçların paralellik gösterdiği söylenebilir (Tablo 4.2).

Kadınların sigara-alkol kullanma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde;sigara kullananların 381'inin (%38.10) alkol kullananların 581'inin (%58.10) olduğu saptanmıştır.Kadınların 381'inin (%38,10) sigara kullanmakta ve bu kullananların 133'ünün (%34,91) günlük olarak 10 adet ve altında, 49'unun (%12,86) 10-19 adet arasında ve 199'unun (%52,23) 20 adet ve üzerinde sigara tüketmektedir.



Kadınların alkol kullanma durumlarına bakıldığında 581'inin (%58,10) kullandığı görülmektedir. Alkol kullananların 424'ünün (%72,98) yılda birkaç kez ve 51'inin (%8,77) haftada üç kez kullanmakta, 106'sının(%18.25) ayda bir kullandıkları saptandı (Tablo 4.3).

Açıkgöz ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada; kadınlarda sigara kullanma oranının 33'ünün (%21.7) alkol kullanma oranının ise 23'ünün (%15.1) olduğu belirtilmiştir.Özkahraman ve arkadaşlarının(2006) yaptıkları çalışmada; kadınların 17'sinin (%25) sigara kullandığı tespit edilmiştir. Gülten, 2008 yapmış olduğu çalışmasında kadınların 55'inin (%26.2) alkol kullandığını saptamıştır. Beji ve Reis, (2007) yapmış oldukları çalışmada; kadınların 107'sinin (%26.4) sigara kullandığı31'inin (%7.7) alkol kullandığı saptanmıştır. Alkol kullanımının meme kanserinde önemli bir risk faktörü olduğu göz önünde bulundurulduğu zaman, araştırmaya katılan kadınlarda alkol tüketiminin yüksek düzeyde olmasının meme kanserine yakalanma riskini artırma konusunda önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Çalışmamızda elde edilen bulgular incelenen çalışmalarla ile benzerlik göstermemektedir.

Kadınların meme kanseri öyküsü bulunma durumları incelendiğinde; Kadınların 103'ünün (%10,30) birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olduğu, 897'sinin (%89,70) ise olmadığı görülmektedir. Meme kanseri tanısı konmuş kadın oranı %4.5 iken tanı konmamış kadınların oranı % 95.5' dir (Tablo 4.4)

Açıkgöz ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada; kadınların 40'ının (%56.3) birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olduğu, 15'inin (%18.3) daha önce kanser teşhisi konulduğu tespit edilmiştir. Andres ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada; 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının %7 düzeyinde olduğu, Fan ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada ise kadınlarda meme kanseri yaygınlığının %12.2 düzeyinde olduğu rapor edilmiştir. Durdiyeva ve arkadaşlarının (2015) KKTC'de yaptığı çalışmada; kadınların %31.8'inin ailesinde meme kanseri dışında farklı bir kanser öyküsü görüldüğü, %16.4'ünün ise ailesinde meme kanseri öyküsü görüldüğü tespit edilmiştir.

Koç ve Sağlam (2009) tarafından yapılan çalışmada; meme kanseri olan kadınların %13 ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu, aile öyküsünün %46.2 ile kız kardeş, %15.4 ile teyze, %15.4 ile hala, %15.4 ile anneanne ve %7.7 ile annede görüldüğü rapor edilmiştir. Özkahraman ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada; kadınların 17'sinin (%25) ailesinde meme kanseri öyküsü görüldüğü tespit edilmiştir. Beydağ ve Karaoğlan (2007) tarafından yapılan çalışmada; kadınların 13'ünün (%6.5) ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu görülmüştür. Özaydın ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada kadınların 47'inin (% 5.3) ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu saptanmıştır. Güney'in (2009) yaptığı çalışmasında; Kadınların 9'unun (% 5.4) daha önce meme kanseri öyküsü olduğu ve 9'unun (%5.4) ailesinde meme kanseri bulunduğu belirlenmiştir. Gökçe (2010) yaptığı çalışmasında; kadınların 114'ünün (%40,0) ailede kanser öyküsünün olduğu, 48'inin(%87,3) ailedeki kanser türünün meme kanseri olduğu tespit edilmiştir.

Yaptığımız çalışma ile literatürde yer alan benzer çalışma bulguları değerlendirildiğinde kadınların genellikle ailelerinde meme kanseri öyküsü olduğu görülmektedir. Bunun temelinde meme kanserinin toplum genelinde oldukça yaygın olarak görüldüğü düşünülebilir.

Meme kanseri tanısı konulmuş olan kadınlarda meme kanserinin ilk olarak kimin tarafından fark edildiği incelendiği zaman, 13'ünün (%28,89) memedeki sorunu ilk olarak kendisinin fark ettiği, 24'ünün (%53,33) ise ilk olarak doktor tarafından fark edildiği, 8'inin (%17,78) eşi tarafından fark edildiği saptandı. (Tablo 4.5)

Kaya, (2014) yaptığı çalışmada; meme kanserinin genellikle (%53.33)' ünün doktor tarafından fark edildiği, %28.89'unun ise kadınlar tarafından tespit edildiğini saptamıştır. Araştırmada sonucunda kadınların meme kanseri hakkında şüphe duydukları zaman ilk olarak doktora başvurmanın sağlık açısından güven duydukları olduğu düşünülebilir. Araştırma sonuçlarına göre meme kanseri şüphesi yaşayan kadınların ilk olarak doktora başvurdukları ve kanser tanısının ilk olarak genellikle doktorlar tarafından konulduğu rapor edilmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Meme kanseri tanısı konmuş kadınların tanıyı öğrendiklerinde hissettikleri duygu dağılımı incelendiğinde; 8'inin (%17,78) meme kanseri olduğunu öğrendiğinde üzüntü duyduğunu, 10'unun (%22,22) korktuğunu, 15'inin (%33,33) paniğe kapıldığını, 6'sının (%13,33) hastalığı kabullendiğini ve 6'sının (%2,22) öfke duyduğu saptandı (Tablo 4.6).

Bag, 2013; Çam Babacan ve Gümüş, 2006; Işık, 2014; yapmış oldukları çalışmalarda; meme kanseri tanısı konulan kadınların tanı sonrası üzüntü, korku, panik yaşama ve hastalığı kabullenme gibi psikolojik sorunlar duyduğu rapor edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki farklı çalışma sonuçları değerlendirildiğinde; kadınlarda meme kanseri tanısının ciddi psikolojik problemlere neden olduğu söylenebilir. Araştırma sonucuna sonuca göre, kadınların meme kanseri tanısı sonrası yaşadığı psikolojik sorunların Bag'in, Çam, Babacan ve Gümüş'ün, çalışmalarındaki özelliklerle uyumlu konumda olduğu düşünülmektedir.

Meme kanseri tanısı konmuş kadınların hekime başvurma nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; kadınların 11inin (%24,44) memede şişlik ve sertlik, 18inin (%40) memede kızarıklık, 9'unun (%20) meme başında ağrı ve 7'sinin (%15,56) memede akıntı ve şekil değişikliği nedeniyle hekime başvurduğu saptandı (Tablo 4.7).

Saeed ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada; Kuveytli kadınların 331'inin (%63,8) Alharbi ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada; 374'ünün (%88,8) memede ele gelen kitlenin kanser belirtisi olabileceğini bildikleri belirlenmiştir. Grunfeld ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada; kadınların %85,0'ının memede ele kitle ya da şişliği, Montazeri ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; İranlı kadınların 618'inin (%44,0) ağrısız kitleyi meme kanseri belirtisi olarak bildikleri saptanmıştır. Linsell ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada 712'inin (%93,3) memede ele gelen kitlenin meme kanseri belirtisi olabileceğini bildiği saptanmıştır. Kayanın (2014) yaptığı çalışmasında kadınların kadınların 117'inin (%38,00) memede renk değişikliği, 145'inin (%47,1) memede akıntı, 229'unun (%74,4) memede şişlik ve sertlik olduğu saptanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre; kadınların büyük bir bölümünün meme kanserinde görülen

şikâyetler konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları söylenebilir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Kadınların çocuk sahibi olma, doğum şekli ve ilk gebelik yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde; 710'unun (%71,10)'u çocuk sahibi ve bu kadınlardan ilk gebelik yaşlarının 77'sinin (%10,83) 18 yaş altında, 217'sinin (%30,52) 18-20 yaş arasında, 7'sinin (%26,72) 21-23 yaş arasında, 125'inin (%17,58) 24-26 yaş arasında, 52'sinin (%7,31) 27-29 yaş arasında ve 50'sinin (%7,03) 30 yaş ve üzerinde gebe olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olan kadınların 450'sinin (%63,29) normal doğum yapmış, 261'inin (%36,71)'de sezeryan ile doğum yapmıştır. Kadınların 126'sının (%17,72) bir çocuğu, 367'sinin (%51,62) iki çocuğu, 134'ünün (%18,85) üç çocuğu ve 84'ünün (%11,81) dört ve üzerinde çocuğu olduğu saptandı (Tablo 4.8).

Kabataş'ın (2010) yaptığı çalışmasında; kadınların 92'sinin (%58.3) iki çocuk sahibi olduğu, 658'inin (%43.3) ilk doğumunu 22-25 yaş grubunda yaptığı, belirlenmiştir. Tosun'un (2010) yaptığı çalışmada; kadınların 125'inin (%48.6) iki çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Yılmazel'in (2013) yaptığı çalışmada kadınların 1252'inin (%96.2) ilk doğumunu 30 yaş altında yaptığını belirlenmiştir. Literatürde de hiç doğum yapmayanlar ve ilk çocuğunu 30yaş üzeri doğum yapanların meme kanserinde risk grubunda olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda kadınların ilk doğumu 30 yaşından önce yaptığı görülmektedir. Erken evlenip çocuk sahibi olmanın kültürel bir özellik olduğu düşünülmektedir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Çocuk sahibi olan kadınların çocuklarını emzirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; 664'ünün (%93,39) çocuğunu emzirdiği saptandı (Tablo 4.9).

Özkahraman ve diğerlerinin yaptığı çalışmada; (2006) kadınlarda meme kanseri risk faktörlerinin incelenmesi amaçlanmış, araştırmada kadınların %80.4 gibi büyük bir bölümünün çocuklarını emzirdiği rapor edilmiştir. Gülten'in (2008) yaptığı çalışmada kadınların 204'ünün (%97.1) çocuklarını emzirdiği belirlenmiştir. Yılmazel'in (2013) yaptığı çalışmada 118'inin (%90.8) çocuklarını emzirdiği belirlenmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Kadınların adet görmeye ilişkin özellikleri incelendiğinde;139'unun (% 13,90) ilk adet görme yaşının 11 yaş , 255'inin (%25,50) 12 yaş, 262'sinin (%26,20) 13 yaş, 190'ının (% 19,00) 14 yaş, 108'inin (%10,80) 15 yaş ve 46'sının(%4,60) 16 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Kadınların 630'unun (%63,00) adet görme durumu devam etmekte, 370'inin (%37,00) ise devam etmemektedir. Adet görmeyenlerin 49'unun (%13,24) histerektomi nedeniyle adet görmezken, 321'inin (%86,76) menapoz nedeniyle adet görmedikleri saptandı.(Tablo 4.10)

Barnett ve arkadaşlarının (2008) Lacey ve arkadaşlarının, (2009) yaptığı çalışmada; Kadınların adet görme durumu, menopoz ve adet görme yaşı gibi değişkenler meme kanserinde risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.Araştırmada elde edilen bu sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma durumları incelendiğinde; Kadınların 782'sinin (%78,20) doğum kontrol yöntemi kullanmazken, Kullanılan yöntem açısından bakıldığında;115'i (%52,75) partner yöntemini, 89'u (%40,83) rahim içi araç yöntemini, 11'i (%5,05) deri altı implantları, 3'ü %1,38'i enjeksiyon yöntemini kullanmaktadır.(Tablo 4.11)

Özkahraman ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada; kadınların %12.1'inin doğum kontrol yöntemlerinden doğum kontrol hapi (kombine oral kontaseptif) kullandıkları tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde kadınlarda doğum kontrol yöntemi kullanma düzeyinin düşük olduğu ve incelenen çalışmalarla benzerlik göstermediği görülmektedir.

Kadınların hormon replasman tedavisi alma durumları incelendiğinde; Kadınların 875'inin (%89,74) hormon replasman tedavisi almadığı, alan kadınların oranı 100'ünün (%10,26) olduğu, 25'inin (%5) ise anket sorusunu cevaplamadığı saptandı.(Tablo 4.12)

Ünal ve Kars'ın (2004) yaptıkları çalışmada; Hormon tedavisinin meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir. Bu nedenle uzun yıllardır kadınlarda hormon tedavisi ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapıldığı görülmektedir.Sarsılmaz ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada; menopozda

hormon tedavisinin meme yoğunluğunu arttırmaya katkı sağladığı rapor edilmiştir. Tıraş ve Kurdoğlu'nun (2004) yaptıkları çalışmada; özellikle menopoz sonrası dönemde hormon tedavisinin meme kanseri riskini azaltan bir unsur olduğu belirtilmiş, buna karşılık tedavi süreleri konusunda daha fazla araştırmaya gereksinim duyulduğu vurgulanmıştır. Yapılan bu çalışmada kadınların hormon tedavisi alma düzeylerinin düşük olmasının temelinde bu konudaki bilgi ve bilinç düzeylerinin ya da doktor tavsiyesinin düşük düzeyde olmasının yattığı düşünülebilir.

Kadınların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; kadınların genellikle 409'unun (%40,90) sebze-meyve ağırlıklı beslendikleri, bunu sırasıyla 158'inin (%15,80) ızgara, 113'ünün (%11,30) kızartma ve 63'ünün (%6,30) yağlı yiyecekler ile beslenen kadınların takip ettiği ve 257'sinin (%25,70) kırmızı et ile beslendiği saptandı (Tablo 4.13).

Açıkgöz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada; araştırmaya katılan kadınların 125'inin (82,2) günlük sebze ve meyve tüketim sıklıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışma ve literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan kadınların düzenli spor yapma alışkanlıkları incelendiği zaman kadınların sadece %32'sinin (%32,00) düzenli spor yaptığı, en fazla ilgilenilen spor dalının ise 253'ünün (%79,06) yürüyüş olduğu, 13'ünün (%4,06) yüzme, 54'ünün (%16,88) fitness sporunu yaptığı saptandı (4.14).

Açıkgöz ve arkadaşlarının, (2011) yaptığı çalışmada; Kadınların 93'ünün (%61,2) düzenli spor yaptığı, yapılan spor sıklığının ise 52'inin (%56,9) ile yürüyüş olduğu tespit edilmiştir. De Rezende ve arkadaşlarının, (2018) yaptıkları çalışmada; spora katılımın meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir. Demir ve Uzan, (2015) yaptıkları çalışmada; kadınların spor yapma durumları değerlendirilmiş, araştırmanın sonunda kadınların 104'ünün %34,4'ünün düzenli spor yaptığı, en fazla yapılan spor dalının 84'ünün %80,8 ile yürüyüş olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgular yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Kadınların koltuk altı ter önleyici kullanımları incelendiğinde; 849'unun (%84,90) ter önleyici kullandığı; en fazla 415'i (%48,88) roll-on 362'si (%42.64) deodorant, 52'si (% 6.12) pudra, 20'si (2.36) parfüm kullandığı saptanmıştır. Kullanım sıklığının ise en fazla 575'i (%67,73) 15 yaş, 212'si (%24,97) 25 yaş, 52'si (%6.12) 35 yaş , 10'u (%1.18) 45 yaşından beri kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4.15).

Öztürkcan ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada; kadınlarda koltuk altı terlemeyi önleyici ürün kullanımının meme kanseri riskini arttırdığına ilişkin yaygın bir görüş bulunduğu rapor edilmiştir. Yapılan bu araştırmada kadınların koltuk altı ter önleyici ürün kullanma düzeylerinin yüksek olmasının temelinde söz konusu ürünleri meme kanserine neden olan risk faktörü olarak değerlendirmemelerinin yattığı düşünülebilir.

Kadınların meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi olma durumları incelendiğinde; kadınların 880'inin (%88,00) kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi sahibi olma düzeylerinin oldukça yüksek olduğu tespit edilmiş, kadınların bu konudaki bilgi kaynaklarının başında sırasıyla 333'ünün (%37,84) TV ve medya, 227'sinin (25,80) doktor, 113'ünün (%12,84) kitap, dergi ve broşür ile 91'inin (10,34) hemşirelerin, 116'sının (13,18) akrabalarından bilgi aldığı saptanmıştır(4.16).

Kaya. A. (2014) yaptıkları çalışmada; kadınların 175'inin (%56,8) KKMM konusunda bilgi sahibi olduklarını ve 113'ünün(%48,5) bilgi aldığı kaynağın Sağlık çalışanları olduğu tespit edilmiştir. Koçyiğit ve arkadaşlarının, (2011); Sohbet ve Karasu, (2017) yaptıkları araştırmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında genellikle sağlık çalışanları, aile ve arkadaş çevresi ile kitle iletişim araçlarının geldiği belirtilmiştir. Kaya, (2014) yaptığı çalışmada; kadınlar KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında sırasıyla sağlık personeli, televizyon ve radyo, aile ile akraba ve arkadaş çevresinin geldiği tespit edilmiştir. Göçgeldi ve arkadaşlarının(2008)kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %37.3 ile sağlık personelinin geldiği, bunu %34.3 ile televizyon ve gazetenin takip ettiği tespit edilmiştir .

Güner ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynakları incelenmiş, çalışmanın sonunda kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %33.8 ile akraba ve komşuların, %29.2 ile hemşirelerin, %9.6 ile doktorların geldiği tespit edilmiştir. Keten ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %38.5 ile sağlık personelinin geldiği, bunu %25 ile televizyon ve radyo kaynaklarının takip ettiği rapor edilmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında görsel basın ve yayın organları ile aile ve arkadaş çevresinin geldiği tespit edilmiş, aynı çalışmada KKMM konusundaki bilgi kaynağı olarak sağlık kuruluşu ve internetten yeterli düzeyde yararlanılmadığı bulunmuştur.

Koç ve Sağlam (2009) yaptıkları çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %47.7 ile sağlık ekibinin geldiği, bunu sırasıyla gazete ve dergi (%50), televizyon (%25) ve radyonun (2.3) takip ettiği tespit edilmiştir. Özkahraman ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada; kadınların %50'sinin KKMM konusunda bilgi sahibi olmak istedikleri, %50'sinin ise KKMM konusunda bilgi sahibi olmak istemedikleri tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %58 ile kitle iletişim araçlarının geldiği, bunu %29 ile aile ve arkadaş çevresinin, %12.9 ile sağlık personelinin takip ettiği belirlenmiştir. Beydağ ve Karaoğlan (2007) yaptıkları çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %12 ile sağlık personeli, %12 ile kitap, dergi ve broşür, %10 ile diğer kaynaklar (okul, anne, abla, arkadaş) ve %8 ile TV ve radyonun geldiği, aynı çalışmada kadınların %58 gibi önemli bir bölümünün KKMM konusunda bilgi kaynağı olmadığı tespit edilmiştir.

İlhan ve arkadaşlarının, (2014) yaptıkları çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi kaynaklarının başında %46.7 ile hemşirenin geldiği, bunu sırasıyla %22 ile gazete ve derginin, %6.8 ile TV ve radyonun, %4.5 ile doktorun takip ettiği tespit edilmiştir. Gülten 2008.2in yaptığı çalışmada; kadınların erken tanı yöntemleri konusundaki bilgi kaynaklarının başında %41.4 ile doktorun, %37.1 ile medya araçlarının, %14.8 ile hemşirenin geldiği tespit edilmiştir. Açıkgöz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada; kadınların meme kanserinde erken tanı yöntemleri konusundaki bilgi



kaynaklarının başında %35.4 ile sağlık personellerinin, %19 ile akraba çevresi ve komşuların, %12.4 ile TV ve radyonun, %11.2 ile gazete, dergi ve broşürlerin geldiği tespit edilmiştir. Araştırma sonucumuz yapılan çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Araştırma sonucuna göre kadınların bilgi aldıkları kaynakların başında TV ve Medya olduğu saptanmış olup diğer bilgi kaynakları dikkate alındığında TV ve medyanın daha kolay ulaşılabilir oluşu nedeniyle buradan bilgilendikleri düşünülmektedir.

Kadınların KKMM uygulama sıklığına ilişkin görüşleri incelendiğinde; 162'sinin (%16,20) haftada bir, 382'sinin (%38,20) her ay, 125'inin (%12,50) yılda bir ve 331'inin (%33,10) da 'fikrim yok' şeklinde görüş belirtmiştir. KKMM uygulanma dönemlerine ilişkin 329'unun (%32,90) herhangi bir gün, 152'sinin (%15,20) menstrasyonun 1-3'üncü günü, 54'ünün (%5,40) menstrasyon başlamasından 4-6 gün sonra, 164'ünün (%16,40) menstrasyon bitiminden 2-4 gün sonra ve 301'inin (%30,10) da ayın belirli bir gününde görüş bildirdiği saptanmıştır (4.17).

Kılıç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada; Her ay düzenli olarak KKMM uygulaması yapmanın meme kanseri teşhisi için etkili bir yol olduğu bilinmektedir. Yapılan bu çalışmada kadınların KKMM uygulama sıklığına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman, kadınların çoğunluğunun 382'sinin (%38,20) ayda bir kez KKMM yaptığı, KKMM uygulamalarını 329'unun (%32,90) herhangi bir günde yapma ile 301'inin (%30,10) bilmediklerini ifade etmelerinin yüksek olduğu, menopoza sonrası dönemde de kadınların 361'inin (%36,10) ayda bir kez herhangi bir gün KKMM uyguladığı belirlenmiştir.

Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada; kadınların büyük bir bölümünün KKMM uygulamasının faydalı olduğunu düşündükleri, %66.5'inin en az bir defa KKMM uyguladığı, %28.9'unun ayda bir kez KKMM uyguladığı, %35.6'sının KKMM uygulamasını adet bittikten sonra uyguladığı tespit edilmiştir. Ketten ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınların KKMM uygulama oranlarının %48.8 olduğu, kadınlarda KKMM uygulama oranının ise %61.8 olduğu tespit edilmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada; hemşire, hasta ve öğrencilerin KKMM konusundaki bilgi ve tutumlarının incelenmesi amaçlanmış,

araştırmada hemşirelerin tamamının, öğrencilerin %99'unun, hastaneye başvuran hastaların ise %82'sinin KKMM konusunda bilgi sahibi oldukları, bunun yanında hemşirelerin %58'inin, öğrencilerin %53'ünün, hastaların ise %20'sinin her ay düzenli olarak KKMM uygulaması yaptığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların büyük bir bölümünün KKMM uygulamasını herhangi bir zaman yaptıkları, bunu sırasıyla şikâyet olduğunda KKMM uygulayan kadınlar ile adet olduktan sonra KKMM uygulayan kadınların takip ettiği bulunmuştur.

Çadır ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada; Muğla ilinde yürütülen araştırmada kadınların KKMM uygulama zamanları değerlendirilmiş, araştırmaya 20 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınlar dâhil edilmiştir. Araştırmanın sonunda kadınların %50.2'sinin aklına geldikçe, %34.3'ünün adet kanaması tamamlandıktan 2-3 gün sonra, %8.3'ünün ise adet kanaması başladıktan 2-3 gün sonra KKMM uyguladığı rapor edilmiştir. İlhan ve diğerleri (2014) tarafından sağlık bölümlerinde öğrenim gören üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmada öğrencilerin %86.3'ünün KKMM uyguladığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin KKMM uygulama sıklıkları değerlendirildiği zaman öğrencilerin %29.8'inin aklına her geldiğinde, %36.9'unun her banyo yaptığında, %16.4'ünün ise 6 ayda bir defa KKMM uyguladığı tespit edilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulguların aksine kadınlarda KKMM uygulama düzeyinin ele alındığı bazı çalışmalarda KKMM uygulama sıklığının düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir (Erkoç ve diğerleri, 2011; Karayurt ve diğerleri, 2008; Gençtürk, 2013:). Taşçı-Beydağ ve Karaoğlan, (2007) yaptıkları çalışmada; Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada %69.5 gibi önemli bir bölümünün KKMM uygulamadığı tespit edilmiştir. Koç ve Sağlam, (2009) yaptıkları çalışmada; kadınların KKMM konusundaki bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu ve doktor tavsiyesi olmadıkça KKMM uygulamadıkları rapor edilmiştir. Literatürde kadınların KKMM uygulama düzeyinin düşük olduğunu ortaya koyan çalışmalarda KKMM uygulamasının düşük olmasının temelinde bu konudaki bilgi ve bilinç düzeyinin düşük olmasının yattığı düşünülebilir. Elde edilen bu bulgulara göre araştırmaya dâhil edilen kadınlarda KKMM konusundaki bilgi ve tutum düzeyinin yüksek olduğu söylenebilir. Kadınların KKMM uygulama düzeylerinin yüksek olmasının temelinde KKMM konusundaki

bilgi düzeylerinin de yüksek olmasının yattığı düşünülebilir. Yapılan çalışma bulguları da bilgi düzeyi yüksek olan kadınların KKMM uygulama düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Kadınların mamografi tetkikini ve mamografi yaptırılması gereken yaş dönemini bilme durumları incelendiğinde; kadınların 932'si (%93.2) gibi büyük bir bölümünün mamografi tetkikini daha önce duyduğu, 348'i (%37.48) gibi büyük bir bölümünün mamografi tetkiki için 30 yaş döneminin uygun olduğunu, 302'si (%32.40) 40 yaş ve üzeri dönemin uygun olduğunu belirttikleri tespit edilmiştir. Bunun yanında araştırmaya katılan 40 yaş üstü yakınların 537'si (%53.7) gibi önemli bir bölümünün yılda 1 kez mamografi çektiği saptandı.(4.18)

Keten ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada; kadınların çoğunluğunun 25 ve 30'lu yaşlarda meme kanserinden korunmak amacıyla kontrole gitmeleri gerektiği, bunun yanında kadınların büyük bir bölümünün yılda bir defa mamografi çektiği tespit edilmiştir. Koç ve Sağlam (2009) tarafından yapılan diğer bir çalışmada kadınların KKMM konusundaki bilgi ve tutum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmış, araştırmada kadınların %97 gibi önemli bir bölümünün mamografi konusunda bilgi sahibi olmadıkları, %86'sının daha önce mamografi çekmediği, mamografi çektiren ve çalışma grubunun %14'ünü oluşturan kadınların ise doktor önerisi üzerine mamografi çektiği tespit edilmiştir.

Kadınların kkmm yapma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, Kadınların 594'ünün (%59,40) KKMM yapmakta ve 406'sının (%40,60) KKMM yapmamaktadır. KKMM yapmayan kadınlar neden olarak 115'inin (%28,33) bilgisinin olmamasını ifade etmiş, 35'inin (%8,62) zamanının olmamasını,75'inin (%18,47) sağlığına yeterli özeni göstermiyor olmasını, 84'ünün (%20,69) ailede meme kanseri öyküsü olmamasını ve 97'sinin (%23,89) da gerekli bulmaması şeklinde ifade etmiştir. Son bir yılda KKMM yapma sıklığı açısından araştırmaya katılan kadınların 129'unun(%12,90) iki ayda bir kez, 85'inin(%8,50) 5-6 ayda bir kez, 86'sının(%8,60) yılda birkaç kez 205'inin (%20,5) her ay adet bitiminde, 37'sinin(%3,70)3-4 ayda bir kez, 458'sinin(%45,8) hiç şeklinde ifade etmiştir (4.19).

Kaya, (2014) yaptıkları çalışmada;yaş aralığı 20 ile 70 arasında bulunan kadınlar üzerinde yürütülen benzer bir araştırmada kadınların %51'inin KKMM uyguladığı, %49'unun ise daha önce KKMM uygulamadığı tespit edilmiştir. Durdiyeva ve arkadaşlarının, (2015) KKTC'de yapılan diğer bir çalışmada ise kadınlarda KKMM uygulama oranının %37 olduğu belirlenmiştir . Mavi-Aydoğdu ve Karapelit, (2017) Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan diğer bir çalışmada öğrencilerin KKMM uygulamalarını bilme ve uygulama durumlarının tespit edilmesi amaçlanmış, araştırmanın sonunda öğrencilerin %76.34'ünün KKMM konusunda bilgi sahibi oldukları, buna karşılık öğrencilerin sadece %50.54'ünün KKMM uygulaması yaptığı tespit edilmiştir. Bunun yanında her ay düzenli olarak KKMM uygulayan öğrenci oranının %30.43 olduğu rapor edilmiştir. Tosun, (2010) KKTC'de yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada kadınların %74.7'sinin KKMM uyguladığı tespit edilmiştir .

Özer ve arkadaşları, (2009) Yaş aralığı 20 ile 69 arasında bulunan kadınlar üzerinde yapılan benzer bir çalışmada kadınların %47'sinin KKMM uygulamadığı tespit edilmiş, kadınların KKMM uygulaması yapmama nedenlerinin başında %53 ile bilmeme, %36 ile gerek duymama, %9.5 ile aklına gelmeme gibi nedenlerin geldiği tespit edilmiştir .Özkahraman ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada halk eğitim merkezlerinde kursiyer olan kadınlarda KKMM uygulama sıklığının incelenmesi amaçlanmış, araştırmada kadınların %51.5'inin KKMM uyguladığı, %48.5'inin ise KKMM uygulamadığı rapor edilmiştir. Beydağ ve Karaoğlan (2017) tarafından üniversite öğrencisi kadınlar üzerinde yürütülen çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin düşük olduğu, KKMM uygulamam nedenlerinin başında %50 ile KKMM uygulamasını bilmemenin geldiği tespit edilmiştir.

Çadır ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada; kadınlarda KKMM uygulama sıklığının incelenmesi amaçlanmış, araştırmaya katılan kadınların %56.2'sinin aklına geldikçe, %37.4'ünün ayda bir defa, %3.5'inin üç ayda bir defa, %2.1'inin ise alt ayda bir defa KKMM uyguladığı tespit edilmiştir.

Kadınların klinik meme muayene yaptırma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; Araştırmaya katılan kadınların sadece %35.4'ünün klinik muayene yaptırdığı, klinik

muayene yaptıran kadınların klinik muayene yaptırma sıklıkları değerlendirildiği zaman 47'sinin (%13.28) altı ayda bir, 7'sinin (%1.98) beş yılda bir, 261'inin (%73,73) her yıl bir kez, 11'inin (%3.11) iki yılda bir kez, 28.2inin (%7,91) arasıra şeklinde olduğu saptandı.(4.20).

Koç ve Sağlam (2009) tarafından yapılan ve kadınların KKMM konusundaki bilgi düzeylerini belirlemeyi amaçlayan diğer bir çalışmada kadınların %89'unun klinik meme muayenesi konusunda bilgi sahibi olmadığı, %76'sının klinik meme muayenesi yaptırmadığı, klinik meme muayenesi yapan kadınların ise klinik meme muayenesi yaptırma kararını genellikle kendileri aldığı tespit edilmiştir. Özkahraman ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada halk eğitim merkezlerinde kursiyer olan kadınlarda klinik meme muayenesi yaptırma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmış, çalışmada kadınların sadece %29.4'ünün klinik meme muayenesi yaptırdığı, %70.6'sının ise klinik meme muayenesi uygulamadığı tespit edilmiştir. Çadır ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada; kadınların sadece %19.4'ünün klinik meme muayenesi yaptırdığı belirlenmiştir. Tosun (2010) tarafından KKTC'de yaşayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada 40 yaş üzeri kadınların 47.8'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı rapor edilmiştir.

Kadınların mamografi çektirme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; kadınların 463'ünün (%46,30) mamografi çektirmekte, 537'sinin (%53,70) çektirmemektedir. Mamografi çektirenlerin 35'inin (%7,56) 6 ayda bir, 18'inin(%3,89) 3 yılda bir, 281'inin (%60,69) yılda bir 129'unun (%27,86) ayda bir mamografi çektirdikleri saptanmıştır. Mamografi çektirmeyenler ise neden olarak 107'sinin (%19,93) bilmediğini, 96'sının (%17,88) meme kanseri olacağını düşünmediğini, 87'sinin (%16,20) aile meme kanseri öyküsü olmamasını, 34'ünün (%6,33) zamanının olmamasını ve 213'ünün (%39,66) ekonomik sorunları neden olarak belirttikleri saptandı(4.21).

Orhan ve Çetinkaya, (2003) kadınlarda mamografi çektirme düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Açıkgöz ve arkadaşları (2011) tarafından kadınlar üzerinde yapılan benzer bir araştırmada kadınların mamografi çektirme sıklıkları incelenmiş, araştırmaya katılan kadınların %23.7'sinin her yıl düzenli olarak bir kez

mamografi çektirdiği, %44.1'inin ise daha önce hiç mamografi çektirmediği bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal güvencesi olan kadınların mamografi ektirme düzeylerinin sağlık güvencesi olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Göçgeldi ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada; kadınların %21.9'unun mamografi ektirme öyküsü olduğu, %78.1'inin ise mamografi ektirme öyküsü bulunmadığı tespit edilmiştir. adır ve arkadaşları (2004) tarafından 20 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınlarda mamografi ektirme oranının %10.5 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir.

Özkahraman ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen çalışmada halk eğitimde kursiyer olan ve 35 yaş grubunun üzerinde bulunan kadınların %32.4'ünün mamografi çektirdiği, %67.6'sının ise mamografi çektirmediği tespit edilmiştir. Gülten (2008) tarafından İzmir ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada kadınların %34.7'sinin daha önce mamografi çektirdiği tespit edilmiştir.

Kadınların yaş gruplarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; Araştırmaya katılan kadınlarda KKMM uygulaması yapma durumlarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.22).

En yüksek KKMM uygulamasını 36-55 yaş grubunda bulunan kadınların yaptığı, en düşük KKMM uygulaması yapan kadınların ise 60 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınların olduğu tespit edilmiştir. Özer ve diğerleri, (2009) yaptığı çalışmada; kadınların KKMM uygulama düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılaştığı, 30-39 yaş grubunda bulunan kadınların daha büyük ve kk yaş gruplarında yer alan kadınlara kıyasla KKMM uygulama sıklıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiş olup çalışmamızla paralelik göstermektedir. Özkahraman ve arkadaşlarının, (2006) yaptığı çalışmada; Halk eğitim merkezinde kursiyer olan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin yaş grubu değişkenine göre farklılık gösterdiği, 35 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınların KKMM uygulama düzeylerinin 15-34 yaş grubunda bulunan kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. adır ve diğerleri, (2004) Muğla ilinde yaşayan, 20 ve üzeri

yaş grubunda bulunan kadınlar üzerinde yapılan araştırmada 40-49 yaş ile 50-59 yaş grubunda bulunan kadınların daha büyük ve daha küçük yaş gruplarında yer alan kadınlara kıyasla KKMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir . Tosun, (2010) yaptığı çalışmada; KKTC’de yaşayan kadınlar üzerinde yapılan araştırmada da yaş grubunun KKMM uygulama düzeyi üzerinde önemli bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada KKMM uygulama düzeyinin büyük yaş gruplarında bulunan kadınlar lehine yüksek olduğu bulunmuştur . Göçgeldi ve arkadaşlarının, 2008; Keten ve arkadaşlarının, 2014 yaptıkları çalışmalarda kadınların KKMM uygulama düzeylerinin yaş gruplarına göre herhangi bir anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Kadınların medeni durumlarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması evli kadınların bekâr kadınlara kıyasla KKMM uygulama sıklıklarının daha yüksek olduğu saptandı( $p<0.05$ ) (Tablo 4.23).

Göçgeldi ve arkadaşlarının, (2008) Ankara ili Gölbaşı ilçesinde yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen benzer bir çalışmada evli kadınların KKMM uygulamasını doğru yapma düzeylerinin bekâr kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Özkahraman ve arkadaşlarının, (2006) Halk eğitim merkezinde kursiyer olan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen diğer bir çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaştığı, evli kadınların KKMM uygulama oranlarının %65.9, bekâr kadınların %26.1, dul kadınların ise %50 düzeyinde olduğu rapor edilmiştir. Çadır ve arkadaşlarının, (2004) yaptığı benzer çalışmada KKMM uygulama düzeyinin evli kadınların yüksek olduğu bulgularına ulaşılmıştır.

Kadınların uyruklarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde;KKTC uyruklu kadınların hem T.C. hem de diğer ülke uyruklarına sahip olan kadınlara göre KKMM uygulama sıklıklarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p<0.05$ ) (4.24).

Durdiyeva ve arkadaşlarının, (2015) KKTC’de yapılan benzer bir çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin %37 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin bu çalışmada elde edilen orandan daha düşük olduğu

görülmektedir. Kadınlarda KKMM uygulama düzeyinin uyruklarına göre farklılık göstermesinin temelinde uyruklarına göre kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının farklılık göstermesinin, buna paralel olarak kadınların KKMM konusundaki bilinç düzeylerinin de farklılaşmasının yattığı düşünülebilir. Latif ve arkadaşlarının, (2015) yaptığı benzer çalışmada uyruk ve etnik kökenin meme kanseri yaygınlığı üzerinde önemli bir belirleyici olduğu rapor edilmiştir.

Kadınların eğitim durumlarına göre KKMM yapma durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; Okur-yazar olma durumlarına göre ele alındığı zaman okur-yazar olan kadınların KKMM uygulama düzeylerinin okur-yazar olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında kadınların eğitim düzeyi arttıkça KKMM uygulama düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda KKMM konusundaki bilgi ve bilinç düzeyinin yüksek olmasının, buna paralel olarak da KKMM uygulama sıklığının artmasının yattığı düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda da KKMM konusundaki bilgi düzeyi arttıkça kadınların KKMM uygulama sıklıklarının ve bilgi düzeylerinin de arttığı saptandı ( $p < 0.05$  (4.25)).

Çiçeklioğlu ve 2005; Erkoç ve arkadaşları, 2011; Koç ve Sağlam, 2009; Beydağ ve Karaoğlu, 2007; Arslan ve Şahin, 2013; Arslan, 2007; Altuncan ve arkadaşları, 2008 Göçgeldi ve arkadaşları 2008 tarafından yürütülen çalışmada lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kadınlarda KKMM uygulama sıklığının daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlar ile kıyaslandığı zaman daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Güner ve arkadaşları (2007) tarafından kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada da kadınların eğitim düzeyleri arttıkça hem KKMM uygulama gereksinimlerinin hem de KKMM uygulama sıklıklarının anlamlı düzeyde arttığı rapor edilmiştir. Kılıç ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada GATA eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire ve öğrenciler ile hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada KKMM konusunda bilgi sahibi olma durumunun eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Söz konusu çalışmada ilkökul mezunlarının %68.2'sinin, yüksekökul mezunlarının ise %87.5'inin KKMM bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu, bunun yanında eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların



KKMM uygulama oranlarının da arttığı rapor edilmiştir. Özer ve arkadaşları (2009) tarafından 20-69 yaş aralığında bulunan kadınlar üzerinde yapılan araştırmada da kadınların eğitim düzeyleri arttıkça KKMM uygulama düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir.Özkahraman ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan araştırmada KKMM uygulama düzeyinin üniversite mezunu kadınlarda %85.7, ortaokul ve lise mezunu kadınlarda %43.6, ilkokul mezunu kadınlarda ise %54.5 düzeyinde olduğu, elde edilen bulgulara göre kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe KKMM uygulama sıklıklarının da arttığı belirlenmiştir.

Çadır ve arkadaşları, (2004)Muğla ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada kadınların KKMM uygulama düzeylerinin eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiş, diğer eğitim düzeylerine sahip kadınlar ile kıyaslandığı zaman üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan kadınların KKMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur

Kadınların yaş gruplarına göre mamografi çekirme durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde;yaş gruplarına göre katılımcıların mamografi çekirme düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuş, elde edilen bulgulara göre 65 yaş ve üzerinde bulunan kadınların en yüksek mamografi çekirme düzeyine sahip oldukları, 25 ve altı yaş grubunda bulunan kadınların ise en düşük mamografi çekirme düzeyine sahip oldukları saptandı( $p<0.05$ ) (4.26).

Açıkgöz ve arkadaşları, (2011) yaptıkları çalışmada 50-59 yaş grubunda yer alan kadınlarda mamografi çekirme sıklığının daha yaşlı ve daha genç olan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşire, öğrenci ve hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada 30 yaş üzerinde bulunan kadınların %13.2'sinin, 30 yaşın altında bulunan kadınların ise %4.8'inin KKMM uygulamasını hiç yapmadığı rapor edilmiştir.Özer ve arkadaşlarının, (2009) kadınlar üzerinde yürütülen diğer bir çalışmada da mamografi çekirme sıklığının yaş grubu değişkenine göre bazı farklılıklar gösterdiği, 50 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınların en fazla mamografi çektiren yaş grubu olduğu, bunu sırasıyla 40-49 yaş ve 30-39 yaş grubunda bulunan kadınların takip ettiği tespit edilmiştir

Gülten, (2008) İzmir ilinde yürütülen çalışmada ise 50 ve altı yaş grubunda bulunan kadınlar ile kıyaslandığı zaman 50 yaş grubunun üzerinde bulunan kadınların mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastane çalışanları üzerinde yürütülen bir çalışmada ise 20-39 yaş aralığında bulunan kadınlarda mamografi çekirme oranının %15.9 düzeyinde olduğu, 40 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınlarda ise mamografi çekirme düzeyinin %68.8 olduğu, elde edilen bulgulara göre mamografi çekirme düzeyinin yaş grubu büyük olan kadınlar lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların medeni duruma göre mamografi çekirme durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; Medeni durumlarına göre ele alındığı zaman evli kadınların mamografi çekirme düzeylerinin bekâr kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan benzer çalışma sonuçları da bekâr kadınlar ile kıyaslandığı zaman evli kadınların mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. ( $p < 0.05$ ). (4.26)

Tosun, 2010; Sönmez ve diğerleri, 2012; Okur, 2015; Gülten, 2008; Açıkgoz ve diğerleri, 2015). Bekâr kadınlar ile kıyaslandığı zaman evli kadınların mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olmasının temelinde cinsel yaşamlarının daha aktif olmasının, fiziksel görünümüne daha fazla önem vermelerinin, bunlara paralel olarak fiziksel görünümünü korumaya yönelik daha fazla önlem almaya çalışmalarının yattığı düşünülebilir.

Kadınların uyruklarına göre Mamografi çekirme durumları incelendiğinde; T.C. ve KKTC uyruklu kadınların diğer uyruklu kadınlara kıyasla mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde insanların yetiştikleri ülkelere göre mamografi ve meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir ( $p < 0.05$ ) (4.27).

Kadınların uyruklarına göre KMM çekirme durumları incelendiğinde; Araştırmada TC. ve KKTC uyruklu kadınların diğer uyruklu kadınlara kıyasla KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasının temelinde farklı uyruklara sahip kadınların klinik meme muayenesi konusundaki bilgi

ve eğitim düzeylerinin birbirinden farklı olmasının yattığı düşünülebilir ( $p<0.05$ ) (4.27).

Okur, (2015) yaptığı benzer çalışma sonuçları da kadınlarda eğitim düzeyinin mamografi çekirme durumunu etkilediğini ortaya koymaktadır. Tosun, (2010) yaptığı çalışmada; Kadınların mamografi çekirme düzeyinin eğitim durumu değişkenine göre incelenmesi amaçlanmış, araştırmanın sonunda kadınların mamografi çekirme sıklıklarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. KKTC’de yürütülen söz konusu çalışmada diğer eğitim düzeylerine sahip kadınlar ile kıyaslandığı zaman ortaokul ve lise mezunu kadınlarda mamografi çekirme düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gülten, (2008) yaptığı çalışmada; İzmir ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi ilköğretim ve altında bulunan kadınlar ile kıyaslandığı zaman eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde bulunan kadınlarda mamografi uygulama düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir . Sönmez ve arkadaşlarının, (2012) yaptığı çalışmada; ilköğretim ve lise mezunu kadınların üniversite mezunu kadınlarla kıyaslandığı zaman mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Araştırmada okur-yazar ve lise mezunu olan kadınların diğer eğitim düzeylerine sahip kadınlar ile kıyaslandığı zaman KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.Tosun, 2010; Gülten, 2008 yaptığı çalışmalarda; kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe KMM uygulama düzeyinin de arttığı rapor edilmiştir.( $p<0.05$ ) (4.28)

Kadınların aylık gelirlerine göre mamografi çekirme durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; aylık gelir düzeyine göre ele alındığı zaman gelir düzeyi yüksek ve düşük olan kadınlar ile kıyaslandığı zaman orta gelir düzeyine sahip kadınların mamografi çekirme düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit saptandı ( $p<0.05$ ).(4.29)

Tosun, (2010) yaptığı çalışmada; KKTC’de yürütülen benzer bir çalışmada ise kadınların gelir düzeyi arttıkça mamografi çekirme sıklıklarının da arttığı, en yüksek mamografi çekirme düzeyine gelir düzeyi yüksek olan kadınların sahip olduğu rapor edilmiştir . Yıldırım ve Özaydın, (2014) yaptıkları çalışmada İstanbul ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada da gelir düzeyi yüksek kadınlarda mamografi

çektirme düzeyinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gülten (2008) yaptığı çalışmada; İzmir ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen çalışmada kadınların gelir düzeylerine göre mamografi çektirme düzeylerinin farklılaştığı bulunmuş, araştırmada geliri giderinden az olan kadınlar ile kıyaslandığı zaman gelir düzeyi giderinden daha fazla olan kadınların mamografi çektirme düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Kadınların sosyal güvencesi bulunma durumuna göre ele alındığı zaman araştırmaya katılan kadınların mamografi çektirme düzeylerinin sosyal güvenceleri bulunma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Gülten, 2008 yaptığı çalışmada; sosyal güvenceye sahip olma durumunun mamografi çektirme düzeyini etkilemediği saptandı( $p<0.05$ ) (4.30).

Açıkgöz ve arkadaşlarının, 2011; Sönmez ve arkadaşlarının, 2012 yaptıkları çalışmalarda elde edilen bulguların aksine sosyal güvencenin mamografi çektirme düzeyini etkilediği tespit edilmiş, sosyal güvencesi olan kadınların mamografi çektirme düzeylerinin sosyal güvencesi olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre ele alındığı zaman sosyal güvencesi olmayan kadınlar ile kıyaslandığı zaman sosyal güvencesi bulunan kadınların KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı( $p<0.05$ ) (4.31).

Gülten (2008) tarafından İzmir ilinde yaşayan kadınlar üzerinde yürütülen çalışmada da sosyal güvencesi olmayan kadınlar ile kıyaslandığı zaman sosyal güvencesi olan kadınların KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaş grubu değişkenine göre ele alındığı zaman kadınların klinik meme kanseri tetkiki yaptırma durumlarının anlamlı farklılık gösterdiği, en düşük klinik meme kanseri tetkikini 25 yaş ve altındaki kadınların yaptığı, en yüksek tetkik yaptırma düzeyine ise 56-65 yaş grubunda bulunan kadınların sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları da kadınlarda KMM uygulama durumunun yaş grubu değişkenine göre bazı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır ( $p<0.05$ ) (4.31).

Tosun, 2010 KKTC’de yaşayan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların KMM uygulama düzeylerinin yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği, 20-29 yaş ile 60-69 yaş gruplarında bulunan kadınlar ile kıyaslandığı zaman orta yaş grubunda bulunan kadınlarda KMM uygulama düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Açıkgöz ve arkadaşları, 2015 yaptıkları çalışmada; 20-39 yaş aralığında bulunan kadınlarda KMM uygulama oranının %22.1 düzeyinde olduğu, 40 ve üzeri yaş grubunda bulunan kadınlarda ise KMM uygulama düzeyinin %52.1 olduğu, elde edilen bulgulara göre KMM uygulama düzeyinin yaş grubu büyük olan kadınlar lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada medeni durumlarına göre ele alındığı zaman evli kadınların KMM uygulama düzeylerinin bekâr kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Tosun, 2010 yaptığı çalışmada; KKTC’de yaşayan, yaş ortalaması 20 ve üzerinde bulunan kadınlar üzerinde yapılan araştırmada da bekâr kadınlar ile kıyaslandığı zaman evli kadınların KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gülten, 2008 yaptığı çalışmada; kadınların KMM uygulama düzeylerinin evli kadınlar lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (4.32).

Aylık gelir düzeyine göre değerlendirildiği zaman gelir KMM uygulama durumunun gelir düzeyi yüksek olan kadınlar lehine yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (4.32).

Tosun, 2010; Gülten, 2008 yaptığı çalışmalarda; ekonomik gelir düzeyi iyi olan kadınların gelir düzeyi düşük olan kadınlara kıyasla KMM uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur .

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇ

Lefke merkezde yaşayan 20 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması amacıyla incelenen bu çalışmada;

- Kadınların 747'sinin (%74,70) kronik bir hastalığı yokken Hastalığı olan bu kadınlardan 82'sinin (%32,41) hipertansiyon, 68'inin (%26,88) DM, 28'inin (%11,07) kalp damar hastalıkları, 22'sinin (%8,70) tiroid, 21'inin (%8,30) astım, 12'sinin (%4,74) migren, 9'unun (%3,56) böbrek yetmezliği, 5'inin (%1,98) romatizmal hastalıklar, 4'ünün (%1,58) mide hastalıkları ve 2'sinin (%0,79) meme kanseri olduğu saptanmıştır.
- Kadınların 281'inin (%38,10) sigara, 581'inin (%58,10) ise alkol kullandığı görülmektedir.
- Kadınların 897'sinin (%89,70) birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olmadığı 955'inin (%95,50) daha önceden meme tanısı konmadığı saptanmıştır.
- Meme kanseri tanısı almış kadınların 13'ünün (%28,89) memedeki sorunu ilk olarak kendisi fark etmiş, 24'ünün (%53,33) ise ilk olarak doktor fark etmiş ve 8'inin (%17,78) eşi, arkadaşı tarafından fark edildiği saptanmıştır.
- Meme kanseri tanısı konmuş kadın katılımcıların 8'inin (%17,78) meme kanseri olduğunu öğrendiğinde üzüldüğünü belirtmiş, 10'unun (%22,22) korktuğunu, 15'inin (%33,33) paniğe kapıldığını, 6'sının (%13,33) hastalığı kabullendiğini ve 6'sının (%13,3) öfkelenildiğini belirtmişlerdir.

- Meme kanseri tanısı konmuş kadın katılımcıların 11'inin (%24,44) memede şişlik ve sertlik nedeniyle hekime başvurmuş, 18'inin (%40,00) memede kızarıklık nedeniyle, 9'unun (%20,00) ağrı ve 7'sinin (%15,56) memede akıntı ve şekil değişikliği nedeniyle hekime başvurduğu belirlenmiştir.
- Kadınların 710'unun (%71,10) çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olan kadınların 450'sinin (%63,29) normal doğum yapmış olduğu saptanmıştır.
- İlk gebelik yaşlarına bakıldığında; 77'sinin (%10,83) 18 yaş altında, 217'sinin (%30,52) 18-20 yaş arasında, 190'nın (%26,72) 21-23 yaş arasında, 125'inin (%17,58) 24-26 yaş arasında, 52'sinin (%7,31) 27-29 yaş arasında ve 50'sinin (%7,03) 30 yaş ve üzerinde gebe olduğu görülmektedir.
- Çocuk sahibi olan kadınların 664'ünün (%93,39) çocuğunu emzirdiği saptanmıştır.
- Kadınların %13,90'ının ilk adet görme yaşının 11 yaş , %25,50'sinin 12 yaş, %26,20'sinin 13 yaş, %19,00'unun 14 yaş, %10,80'inin 15 yaş ve %4,60'mın 16 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür
- Kadınların %63,00'ünün adet görme durumu devam etmekte. Adet görmeyenlerin %13,24'ü histerektomi nedeniyle adet görmezken, %86,76'sı menapoz nedeniyle adet görmemektedir.
- Kadınların %21,80'i kullanmakta olup, kullanılan yöntem açısından bakıldığında ise; %40,83'ü rahim içi araç yöntemini, %5,05'i deri altı implantlarını, %1,38'i enjeksiyon yöntemini ve %52,75'i de partner kontrol yöntemini tercih ettikleri görülmektedir.
- Hormon replasman tedavisi almayan kadınların oranı %89,74 dür.

- Kadınların %40,90'ı sebze-meyve ağırlıklı beslenmekte, %15,80'i ızgara, %11,30'u kızartma, %6,30'u yağlı ve %25,70'i kırmızı et ağırlıklı beslenmekte olduğu görülmektedir.
- Kadınların %68,00'i düzenli spor yapmamaktadır. Düzenli spor yapan kadınların %79,06'sı yürüyüş, %4,06'sı yüzme ve %16,88'i fitness yapmaktadır.
- Kadınların %84,90'ı koltuk altı ter önleyici (kimyasal) kullanırken, %15,10'u ise kullanmamaktadır. Ter önleyici kimyasal kullanan kadınların %48,88'i roll-on, %42,64'ü deodorant, %6,12'si pudra ve %2,36'sı da gül suyu kullanmayı tercih etmektedir.
- Koltukaltı için ter önleyici (kimyasal) kullanan kadınların %67,73'ü 15 yaşından beri, %24,97'si 25 yaşından beri, %6,12'si 35 yaşından beri ve %1,18'i 45 yaşından beri ter önleyici kullanmaktadırlar.
- Kadınların %88,00'inin meme kanseri ve KKMM konusunda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Bilgi sahibi olan kadınların %12,84'ü bilgi kaynağı olarak kitap, dergi ve broşürü belirtmiş, %10,34'ü hemşireyi, %37,84'ü TV ve medyayı, %25,80'i hekimi ve %13,18'i akrabalarını bilgi kaynakları olarak belirtmişlerdir.
- Kadınların KKMM yapılma sıklığına ilişkin %16,20'si haftada bir, %38,20'si her ay, %12,50'si yılda bir ve %33,10'u da 'fikrim yok' şeklinde görüş belirtmişlerdir.
- Kadınların %93,20'sinin mamografi tetkikini duyduğu ve %6,80'inin duymadığı görülmüştür. Mamografi yaptırılması gereken yaşa ilişkin kadınların %10,94'ü 30 yaş ve altı, %37,34'ü 30 yaş, %15,56'sı 35 yaş, %32,40'ı 40 yaş ve %3,76'sı 41 yaş ve üstü şeklinde görüş bildirmişlerdir.



- 40 yaş ve üzeri kadınların kontrol amaçlı mamografi çekirme sıklığına ilişkin ise kadınların %4,10'u ayda bir, %53,70'i yılda bir, %10,20'si 3 ayda bir ve %32,00'si 'fikrim yok' şeklinde görüş sunmuştur.
- Kadınların %59,40'ı KKMM yapmakta ve %40,60'ı KKMM yapmamaktadır. KKMM yapmayan kadınlar neden olarak %28,33'ü bilgisinin olmamasını ifade etmiş, %8,62'si zamanının olmamasını, %18,47'si sağlığına yeterli özeni göstermiyor olmasını, %20,69'u ailede meme kanseri öyküsü olmamasını ve %23,89'u da diğer nedenleri ifade etmiştir.
- Kadınların %35,40'ı klinik meme muayenesi yaptırmakta, %64,60'ı yaptırmamaktadır. KMM yaptıran kadınların %13,28'i altı ayda bir kez yaptırmakta, %1,98'i beş yılda bir kez yaptırmakta, %73,73'ü her yıl bir kez yaptırmakta, %3,11'i iki yılda bir kez yaptırmaktadır ve %7,91'i şimdiye kadar 1-3 kez yaptırmıştır
- Kadın %46,30'u mamografi çekirmekte, %53,70'i çekirmemektedir. Mamografi çetirenlerin %7,56'sı 6 ayda bir, %3,89'u 3 yılda bir, 60,69'u yılda bir mamografi çekirmektedir.
- Mamografi çekirmeyenler ise neden olarak %19,93'ü bilmediğini, %17,88'i meme kanseri olacağını düşünmediğini, %16,20'si aile meme kanseri öyküsü olmamasını, %6,33'ü zamanının olmamasını ve %39,66'sı ekonomik nedenleri belirtmişlerdir.
- Kadınların yaş gruplarına göre KKMM yapma durumları incelendiğinde (%67,71) 36-45 yaş arasındaki kadınların KKMM yapma durumu diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

- Evli kadınların KKMM yapma durumu, bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- KKTC vatandaşı kadınların KKMM yapma puanları ise TC vatandaşı kadınlardan yüksek, Rusya, Kazakistan, Azerbaycan, Moldova, Türkmenistan gibi ülke vatandaşı kadınlardan düşüktür.
- Lise mezunu kadınların ise KKMM yapma oranı (%65.5) diğer kadınlara göre daha yüksektir. İlköğretim mezunu kadınların KKMM yapma oranı lisans/lisansüstü mezunu kadınlara (%61.7) ve (%49.1) okur-yazar olan kadınlara göre daha yüksektir.
- Kadınların 1500 TL ve altında geliri olan kadınların KKMM yapma oranı %85'i (%49.7) diğer kadınlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. 3500 TL ve üzerinde geliri olan kadınların %106'sı (%68.3) ise KKMM yapma oranı diğer kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların yaşları ilerledikçe mamografi çekme oranları arttığını, 25 yaş ve altındaki kadınların mamografi çekme oranının %37'si (%28.4) diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Evli kadınların mamografi çekme oranının %352'si (%49.7) bekar kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Okur-yazar olmayan kadınların mamografi çekme oranının %80'i (%46.2) diğer kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

## 6.2. ÖNERİ

Kadınların Lefke bölgesinde oturan kadınların meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- KKMM ve KMM uygulamaları ile mamografi çektirmenin meme kanserinin erken tanısında önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir. Bu noktada kadınlara meme kanserinde erken tanı yöntemleri konusunda bilgilendirici eğitim faaliyetleri düzenlenebilir, kamu spotları yayınlanabilir. Verilen eğitimler sonrası kadınların konu hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerinde meydana gelen değişimler incelenebilir.
- Kadınlarda KKMM, KMM ve mamografi uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerine ilişkin daha geniş kapsamlı bilgilere ulaşabilmek amacıyla daha büyük örneklem grupları ile benzer çalışmalar yapılabilir.
- Meme kanserinde aile öyküsü önemli bir risk faktörü olduğundan, ailesinde ve yakın akrabasında meme kanseri öyküsü bulunan kadınların KKMM, KMM ve mamografi uygulamalarına önem vermelerinin yönelik bilinçlendirme programlarının düzenlenmesi sağlanabilir.
- İnsanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bilgi ve tutum düzeyleri küçük yaşlarda şekillenmektedir. O nedenle kadınlara ilköğretim çağından itibaren meme kanseri erken tanı yöntemleri ve önemi konusunda bilgilendirici eğitimler verilebilir.

## KAYNAKLAR

- Açıkgöz, A., Çehreli, R. ve Ellidokuz, H. (2011). Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145 - 154 .
- Açıkgöz, A., Çehreli, R., ve Ellidokuz, H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 11(1), 31-38.
- Adedokun, B., Zheng, Y., Ndom, P., Gakwaya, A., Makumbi, T., Sallam, A., and Huo, D. (2018). Prevalence and Spectrum of Breast Cancer Inherited Mutations in Uganda and Cameroon Women. *Journal of Global Oncology*, 1-2.
- Ades, F., Tryfonidis, K. and Zardavas, D. (2017). The past and future of breast cancer treatment—from the papyrus to individualised treatment approaches. *ecancermedicalscience*, 11, 1-10.
- Ağalar, C. (2013). Hastalarda Mastektomi Ve Aksiller Diseksiyon Sonrası Porcine Dermal Kollajen Kullanımının Seroma Oluşumuna Etkisinin İncelenmesi (Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi(yayınlanmamış)).
- Akyolcu, N., Uğraş, G. A. (2011). Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(1).
- Akgün Şahin, Z. Kardaş Özdemir F. (2015). Kars' ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 54-61.
- Alpteker, H. Ayşen, Avcı, A. (2010). Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi *Meme Sağlığı Dergisi* , 6(2),54-61.

- Allen, A., Burrell, C., Caplice, C., McGreal, P. and Purcell, J. (2013). Oncology Breast Cancer. <https://www.physio-pedia.com/images/3/35/Oncology.pdf> (Erişim tarihi: 18.10.2018.)
- Allen, N. E., Beral, V., Casabonne, D., Kan, S. W., Reeves, G. K., Brown, A., & Green, J. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*, 101(5), 296-305
- Altunbaş, H. (2009).*Çok Odaklı Meme Kanserini Saptamada Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin, Diğer Yöntemlere Kıyasla Değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul.(yayınlanmamış)
- Alharbi, N. A., Alshammari, M. S., Almutairi, B. M., Makboul, G., & El-Shazly, M. K. (2012). Knowledge, awareness, and practices concerning breast cancer among Kuwaiti female school teachers. *Alexandria Journal of Medicine*, 48(1),75-82.
- Altuncan, H., Akın, B., & Emel, E. (2008). 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağliği Dergisi*,4(2), 84- 91.
- American Cancer Society. Breast Facts And Figures. 2005–2006, Atlanta, Georgia.(Erişim Tarihi:(28/06/2017).
- American Cancer Society.(2010).Breastcancerfacts&figures. <http://www.cancer.org/>. Erişim Tarihi: (23/06/2017).
- American Cancer Society.(2011).Breastcancerfacts&figures. <http://www.cancer.org/>. Erişim Tarihi: (23/06/2017).
- American Cancer Society.(2013). Breast cancer facts&figures.<http://www.cancer.org/>. Erişim Tarihi: (26/06/2017)

- American Cancer Society.(2015). Cancer Facts and Figures. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015. (Erişim Tarihi:28/06/2017).
- American Cancer Society. (2017). Breast cancer facts & figures. Atlanta: American Cancer Society. (Erişim Tarihi: 23/06/2017).
- American Cancer Society.(2019). Cancer Facts and Figures. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2019. (Erişim Tarihi:28/06/2019).
- Anders, C. K., Johnson, R., Litton, J., Phillips, M.and Bleyer, A. (2009, June). *Breast cancer before age 40 years.Published in final edited form as: Semin Oncol,36(3), 237–249.*
- Arslan, M. (2007). Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği (Master Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aydın, Y. (2006). Mastektomi Sonrası Rekonstrüktif Cerrahi. İ. Ü. Cerrahpafla Tıp Fakültesi Sürekli Top Eğitim Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum, Aralık 2006, s. 127 – 142.
- Aydiner, A.ve Topuz, E. (2011). Meme kanseri tanı tedavi takip.İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2007
- Aydın ve Akça (Ed) (2011).Tüm yönleriyle meme kanseri.Uzel, İ. Meme koruyucu cerrahi. Nobel kitapevi. Adana
- Aydın ve Akça (Ed) (2011).Tüm yönleriyle meme kanseri.Şelimen., D; Baltacı., S. Meme koruyucu cerrahi. Nobel kitapevi. Adana
- Aykan, F. (2014). 21. Yüzyıl insanı kanserden bal gibi korunabilir. <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/21-yuzyil-insani-kanserden-bal-gibi-korunabilir-214889>.( Erişim tarihi: 18.10.2018)

- Aywak, A. A., Mutala, T. M., Ndaiga, P., Onyambu, C. and Raza, S. (2018). Breast cancer prevalence among patients referred for ultrasound-guided biopsy at Kenyatta National Hospital, Kenya. *Journal of Global Radiology*, 4(1), 4.
- Aznar, S., Webster, A. L., Juan, A. F. S., Chamorro-Vina, C., Mate-Munoz, J. L., Moral, S., and et al. (2006). *Physical activity during treatment in childrenleukemia: A pilot study*. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*, 21, 407-413.
- Bag, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 109-126.
- Barnett, G. C., Shah, M., Redman, K., Easton, D. F., Ponder, B. A. and Pharoah, P. D. (2008). Risk factors for the incidence of breast cancer: do they affect survival from the disease?. *Journal of Clinical Oncology*, 26(20), 3310-3316.
- Battaglini, C. L., Hackney, A. C., Garcia, R., Groff, D., Evans, E., and Shea, T. (2009). The effects of an exercise program in leukemia patients. *Integrative Cancer Therapies*, 8(2), 130-138.
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Balaman, P., Pehlivan, E., & Güneş, G. (2010). Malatya İl Merkezinde 18 Yaş Üzeri Kadınların Kanserle İlgili Bazı Tutumları ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 17(2), 107-112.
- Beydağ Taşcı, K. D. (2007). Karaoğlan H. Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 106-11.
- Bertoni, N., de Souza, M. C., Crocarno, S., Szklo, M. and de Almeida, L. M. (2018). Is a Family History of the Breast Cancer Related to Women's Cancer Prevention Behaviors?. *International journal of behavioral medicine*, 1-6.

- Beji, N. K., Reis, N. (2007). Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case–control study. *European journal of cancer care*, 16(2), 178-184.
- Black, K. Z., Nichols, H. B., Eng, E. and Rowley, D. L. (2017). Prevalence of preterm, low birthweight, and small for gestational age delivery after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Breast Cancer Research*, 19(1), 11.
- Breast Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2011–2012. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/breastcancerfactsfigures/breast-cancer-facts-and-figures-2011-2012>.(Erişim Tarihi:09.01.2019)
- Breast Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2013–2014 <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>..(Erişim Tarihi: 09.01.2019).
- Breast Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2017–2018. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/breastcancerfactsfigures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018>.(Erişim Tarihi:09.01.2019)
- Breast Cancer Facts & Figures, American Cancer Society, 2019.<http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/breastcancerfactsfigures/breast-cancer-facts-and-figures2019>.(Erişim Tarihi:(09.01.2019)
- Braam, K. I., Dijk, E. M. V., Veening, M. A., Bierings, M. B., Merks, J. H. M., Grootenhuis, M. A., & et al. (2010). Design of the Quality of Life in Motion (QLIM) study: a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of a combined physical exercise and psychosocial training program to improve physical fitness in children with cancer. *BMC Cancer*, 10(1), 1-9.
- Cabioğlu, N. (2012). *Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi*. Mahmut Müslümanoğlu (Editör). Meme Hastalıkları Kitabı içinde (ss. 3-16). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.



- Chen, W. Y., Rosner, B., Hankinson, S. E., Colditz, G. A. and Willett, W. C. (2011). Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *Jama*, 306(17), 1884-1890.
- Cody Iii, H. S. (2002). Current surgical management of breast cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 14(1), 45-52.
- Çam, O., ve Gümüş, A. B. (2006). Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 52-60.
- Çadır, G., Eksen, M., Bütüner, E., Tüzen, H., Yetim, H., Othan, K., ve Arslan, K. (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Kongresi*, 1(1), 11-16.
- Çelik, L., ve Özmen Kılıç G. Yaşamın hazzın ve sonun kaynağı meme. Ankara. Demirkapı yayınları; 2013.
- Darbre, P. D. (2001). Underarm cosmetics are a cause of breast cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 10(5), 389-394.
- Darbre, P. D. (2003). Underarm cosmetics and breast cancer. *Journal of Applied Toxicology: An International Journal*, 23(2), 89-95.
- Darbre, P. D. (2005). Aluminium, antiperspirants and breast cancer. *Journal of inorganic biochemistry*, 99(9), 1912-1919.
- Darbre, P. D. (2009). Underarm antiperspirants/deodorants and breast cancer. *Breast Cancer Research*, 11(3), S5.

- De Rezende, L. F. M., Garcia, L. M. T., Mielke, G. I., Lee, D. H., Wu, K., Giovannucci, E., & Eluf-Neto, J. (2018). Preventable fractions of colon and breast cancers by increasing physical activity in Brazil: perspectives from plausible counterfactual scenarios. *Cancer epidemiology*, 56, 38-45.
- Demir, M. ve Filiz, K. (2004). Spor egzersizlerinin insan organizması üzerindeki etkileri. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 109-114.
- Demir Ve Uzan, S.S. (2015).*Adana Havutlu beldesindeki 20 yaş ve üstü kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması*.Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi.(yayınlanmamış)
- Demir, S. G., Bulut, H. (2016). Do cosmetic products which are prevent sweating cause breast cancer? Terlemeyi önleyen kozmetik ürünler meme kanserine mi neden oluyor?. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 309-317.
- De Rezende, L. F. M., Garcia, L. M. T., Mielke, G. I., Lee, D. H., Wu, K., Giovannucci, E. and Eluf-Neto, J. (2018). Preventable fractions of colon and breast cancers by increasing physical activity in Brazil: perspectives from plausible counterfactual scenarios. *Cancer epidemiology*, 56, 38-45.
- DeSantis, C., Ma, J., Bryan, L. and Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA: a cancer journal for clinicians*, 64(1), 52-62.
- DeSantis, C., Ma, J., Bryan, L. and Jemal, A. (2014). Breast cancer statistics, 2013. *CA: a cancer journal for clinicians*, 64(1), 52-62.
- DeSantis, C. E., Fedewa, S. A., Goding Sauer, A., Kramer, J. L., Smith, R. A., & Jemal, A. (2015). Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 31-42.

- DeSantis, C. E., Ma, J., Goding Sauer, A., Newman, L. A. and Jemal, A. (2017). Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(6), 439-448.
- Delibaş, L., Karasu, F., Göllüce, A., Güvenç, E., Polat, F., Bayır, B., Gülçek, E., Gökdoğan, Ü. (2017). Bir Vakıf Üniversitesindeki Öğrencilere MemeKanseri Hakkında Verilen Eğitimin Etkinliği. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi*.10(1) 14-24.
- Dolgun, E., Kabataş, M. S., & Ertem, G. (2009). 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlara Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(3).141-147.
- Donegan, W. L. (2006). History of breast cancer. *Breast cancer*, 1-14.
- Duran, Ö. (2008) Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları Ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas.(yayınlanmamış).
- Edirne, T., Kaya, A. A. (2014). Pamukkale üniversitesi honaz organize sanayi bölgesi semt polikliniğine başvuran 20-70 yaş arası kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi.Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.(yayınlanmamış)
- Eliassen, A. H., Colditz, G. A., Rosner, B., Willett, W. C. And Hankinson, S. E. (2006). Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *Jama*, 296(2), 193-201.
- Erkin, Ö., ve Ardahan, M. (2014). Breast Cancer And Breast Self-Examination In Stamps History-Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin Pullardaki Tarihi 22. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 4(3), 22-28.

- Ergül, E., Sazıcı, A. (2001). *Molecular Genetics of Breast Cancer*. Turk J. Medical Science, TÜBİTAK. 1-1
- Erkoç, A., Oran, F., ve Yorulmaz, H. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *J Breast Health*, 7, 101-105.
- Ergüney, S. (2013). *AJCC Kanser Evreleme Atlası*. Çev. Sabri ERGÜNEY. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1-649.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. (2014). Breast cancer and breast self-examination in stamps history-meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi'ninpullardaki tarihi 22. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 4(3), 22-28.
- Eroglu, C., Eryılmaz, M. A., Cıvcık, S.ve Gurbuz, Z. (2010). Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 20, 27-33.
- Eroğlu, K. ve Koç, G. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 77-90.
- Eryılmaz, M. A., Karahan, Ö., Sevinç, B., Ay, S.ve Cıvcık, S. (2010). Meme kanseri taramalarının etkinliği. *J Breast Health*, 6, 145-149.
- Eti Aslan F, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3 (2) :63-68.
- Fan, L., Strasser-Weippl, K., Li, J. J., St Louis, J., Finkelstein, D. M., Yu, K. D. and Goss, P. E. (2014). Breast cancer in China. *The Lancet Oncology*, 15(7), 279-289.
- Ford, D. and Easton, D. F. (1995). The genetics of breast and ovarian cancer. *British journal of cancer*, 72(4), 805.

- Galvao, D. A. and Newton, R. U. (2005). Review of exercise intervention studies in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23(4), 899-909.
- Garip, M. (2008). Meme kanseri nedeniyle opere olan hastalarda meme koruyucu cerrahi veya radikal mastektomi kararını etkileyen faktörler ve cerrahi türünün hasta üzerindeki etkileri.lütfi kırdar kartal eğitim ve araştırma hastanesi aile hekimliği uzmanlık tezi, danışman: mahmut gümüş, istanbul.(yayınlanmamış)
- Gilliam, M. B. and Schwebel, D. C. (2013). Physical activity in child and adolescent cancer survivors: a review. *Health psychology review*, 7(1), 92-110.
- Gölbaşı, Z., Kutlar, Z., & Akdeniz, H.(2007).Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi.3(2) 53-57
- Göktaş, S. B., Güllüoğlu, B. M., & Şelimen, D. (2011). Immediate or delayed breast reconstruction after radical mastectomy in breast cancer patients: does it make a difference in the quality of life. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(3), 664-673.
- Göçgeldi, E., Açık, C. H., Hasde, M., Aygut, G., Çelik, S., Gündüz, İ., ve Deniz, C. (2008). Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(4), 261-265.
- Gözüm, S., Aydın, İ.(2004).Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's HealthBelief Model Scales, *Cancer Nursing*. 27(6) s:491- 498.
- Gürsoy, A. A. (2005). Meme Kanseri Tedavisine Bağlı Lenfödem Ve Hemşirelik Bakimi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 18-25.
- Gümüş, A. B. (2006). Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-114

- Grunfeld, E. A., Ramirez, A. J., Hunter, M. S., & Richards, M. A. (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British journal of cancer*, 86(9), 1373.
- Güllüoğlu, B., Aydın, E., ve Soryano, V. (2010). *Meme Kanseri İle Baş Etme Rehberi*. İstanbul: Amerikan Hastanesi Yayınları.
- Güneş, D. (2009). Kaybedilmekte olan kanserli çocuk hastaya yaklaşım ve etik. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 18(2), 117-124.
- Güney, E. (2009). İzmir'de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).(yayınlanmamış)
- Gülten, N. (2008). İzmir Balçova bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).(yayınlanmamış)
- Gümüş, (2012). Gaziantep üniversitesi öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri, meme muayenesini uygulama durumlarının incelenmesi ve eğitimi.
- Güner, İ. Ç., Tetik, A., ve Gönener, H. D. (2007). Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 13(2), 55-60.
- Haydaroğlu, A., Dubova, S., Öz saran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M., Özdedeli E., (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri:3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 1(1), 6-11.
- Haberal, A. (2004). Meme ve Over Kanserlerinde Genetik Tarama: Yalnız Araştırma Amaçlı mı Yoksa Rutin Tarama mı Olmalıdır?. *TJD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, 6, 26-29.

Hoffmann, T., Corrêa-Fissmer, M., Duarte, C. S., Nazário, R. F., Barranco, A. B. S. and Oliveira, K. W. K. D. (2018). Prevalence of dermatological complaints in patients undergoing treatment for breast cancer. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 93(3), 362-367.

[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/afis\\_ve\\_brosur/14-\\_KKMM\\_Brosuru\\_1-2.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/afis_ve_brosur/14-_KKMM_Brosuru_1-2.pdf)(Erişim Tarihi:12.03.2018).

<http://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nasil-yapilir/>(Erişim Tarihi:25.07.2019).

<http://www.trsgo.org/menu/160/kendi-kendine-meme-muayenesi/>(Erişim Tarihi:25.07.2019).

Hulka, B. S. and Moorman, P. G. (2008). Reprint of Breast cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas*, 61(1-2), 203-213.

Humphries, M. P., Jordan, V. C. and Speirs, V. (2015). Obesity and male breast cancer: provocative parallels?. *BMC medicine*, 13(1), 134.

<http://www.memekanseri.org.tr/meme-sagligi/meme-kanseri-risk-faktorleri/>Erişim Tarihi: 18.10.2018.

Işık, I. (2014). Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri.*Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 58-64.

İrdesel, J. (2005). General Approach to Osteoporosis in Postmenopausal Breast Cancer. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 51(1), 25-32.

İlhan, N., Çöl, A. G., Tanboğa, E., Şengül, A., ve Batmaz, M. (2014). Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları. *Journal of Breast Health*, 10(3), 147-153.

- Janelins, M. C., Heckler, C. E., Peppone, L. J., Kamen, C., Mustian, K. M., Mohile, S. G. and Conlin, A. K. (2017). Cognitive complaints in survivors of breast cancer after chemotherapy compared with age-matched controls: an analysis from a nationwide, multicenter, prospective longitudinal study. *Journal of Clinical Oncology*, 35(5), 506.
- Jung, K. W., Won, Y. J., Oh, C. M., Kong, H. J., Lee, D. H. and Lee, K. H. (2017). Cancer statistics in Korea: incidence, mortality, survival, and prevalence in 2014. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*, 49(2), 292.
- Karayurt, Ö. ve Andıç, S. (2011). Meme Bakım Hemşireliği. *The Journal of Breast Health*, 7(4), 196-202.
- Karayurt, O., & Dramal, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30(1), 69-77.
- Karakuş, F. (2008). Malatya İl Merkezinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
- Karayurt, Ö., Coşkun, A., & Cerit, K. (2008). Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 4(1).
- Kabataş, M. S., Kızıl, H., & Duman, D. (2010). Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. 6(4).



- Kaya, Akbaş A. (2014). Pamukkale Üniversitesi Honaz Organize Sanayi Bölgesi Semt Polikliniğine Başvuran 20-70 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri ve Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Denizli.
- Keten, H. S., Yıldırım, F., Ölmez, S., Üçer, H., & Çelik, M. (2014). Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Med J*, 20, 212-216.
- Kelly, A. K. W. (2011). Physical activity prescription for childhood cancer survivors. *Current Sports Medicine Reports*, 10(6), 352-359.
- Kerlikowske, K., Cook, A. J., Buist, D. S., Cummings, S. R., Vachon, C., Vacek, P. and Miglioretti, D. L. (2010). Breast cancer risk by breast density, menopause, and postmenopausal hormone therapy use. *Journal of Clinical Oncology*, 28(24), 3830.
- Kıssal, A. (2013).Kanserden korunma ve erken tanı/taramalar. [https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Kanserden\\_Korunma\\_Tani\\_ve\\_Taramalar%23Aygul\\_Kissal.pdf](https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Kanserden_Korunma_Tani_ve_Taramalar%23Aygul_Kissal.pdf) Erişim tarihi: 18.10.2018
- Kılıç, S., Uçar, M., Seymen, E., İnce, S., Ergüvenli, Ö., Yıldırım, A., ... & Kuru, N. (2006). Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 200-4.
- Kılıç, D., Sağlam, R., & Kara, Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(4).
- Kiraz, O. (2015).Meme kanseri.*EMO Kadın Bülteni*, 3, 41-43.

- KKTC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri 2019. Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2019, <http://www.saglikbakanligi.com/>
- Koçak, S., Çelik, L., Özbaş, S., Sak, S. D., Tükün, A. ve Yalçın, B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: istanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(2), 47-67.
- Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M. Z., & Akkuş, M. A. (2011). Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma.7(2): 19-25.
- Koç, Z., ve Sağlam, Z. (2009). Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(1), 25-33.
- Durdiyeva, M. K., Besim, H., Arslan, K., Özkayalar, H., Yılmaz, G., Mocan, G. K., & Bulakbaşı, N. (2015). Evaluation of Breast Cancer Cases Diagnosed In the Breast Cancer Screening Program In the Near East University Hospital of North Cyprus. *The journal of breast health*, 11(1), 22.
- Korkmaz, M. ve Yangöz, Ş.T. (2013).Hastanın kanser tanısına uyumunun sağlanmasında hemşirenin rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(3), 76-86.
- Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). Kanser Konusunda Genel Bilgiler. TC Sağlık Bak. Kanser Savaş Daire Bşk. Türk Kanser Arş. ve Savaş Kurumu.
- Kyu, H. H., Bachman, V. F., Alexander, L. T., Mumford, J. E., Afshin, A., Estep, K., and Cercy, K. (2016). Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ*, 354, i3857.

- Latif, F., Helgeland, J., Bukholm, G. and Bukholm, I. R. K. (2015). Ethnicity differences in breast cancer stage at the time of diagnosis in Norway. *Scandinavian Journal of Surgery*, 104(4), 248-253.
- Lacey, J. V., Kreimer, A. R., Buys, S. S., Marcus, P. M., Chang, S. C., Leitzmann, M. F. and Hartge, P. (2009). Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC cancer*, 9(1), 84.
- Lee, M. and Khan, M. M. (2016). Gender differences in cost-related medication non-adherence among cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 384-393.
- Linsell, L., Burgess, C. C., & Ramirez, A. J. (2008). Breast cancer awareness among older women. *British Journal of Cancer*, 99(8), 1221.
- Li, C. I., Chlebowski, R. T., Freiberg, M., Johnson, K. C., Kuller, L., Lane, D. and Prentice, R. (2010). Alcohol consumption and risk of postmenopausal breast cancer by subtype: the women's health initiative observational study. *Journal of the National Cancer Institute*, 102(18), 1422-1431.
- Lucia, A., Ramirez, M., Juan, A. F. S., Fleck, S. J., Garcia-Castro, J. and Madero, L. (2005). Intrahospital supervised exercise training: a complementary tool in the therapeutic armamentarium against childhood leukemia. *Leukemia*, 19(8), 1334-1337.
- Mariotto, A. B., Etzioni, R., Hurlbert, M., Penberthy, L. and Mayer, M. (2017). *Estimation of the number of women living with metastatic breast cancer in the United States*. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*.1-8.
- McGuire, A., Brown, J. A., Malone, C., McLaughlin, R. and Kerin, M. J. (2015). Effects of age on the detection and management of breast cancer. *Cancers*, 7(2), 908-929.

- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Harirchi, A. M., Sajadian, A., Khaleghi, F., ... & Jarvandi, S. (2008). Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pacific family medicine*, 7(1), 6.
- Muhammad, R., Johann, K. F., Saladina, J. J., Harlina, M. L. N. and Niza, A. S. S. (2013). Ultracision versus electrocautery in performing modified radical mastectomy and axillary lymph node dissection for breast cancer: a prospective randomized control trial. *Med J Malaysia*, 68(3), 205.
- Nelson, H. D., Zakher, B., Cantor, A., Fu, R., Griffin, J., O'meara, E. S. and Mandelblatt, J. S. (2012). Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 156(9), 635-648.
- Nural, N., Akdemir, N. (2000). Dahiliye servislerinde yatan hastalarda kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (2), 1-12.
- Oktaç, A. (2012). *Mamografi*. Varol Çelik (Editör). Meme Hastalıkları Kitabı içinde (ss. 109-116). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Okur, F. (2015). *Meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumu ile mamografi çekirme davranışı arasındaki ilişki: Retrospektif değerlendirme*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Olgun, S. (2015). Meme kanseri olan kadınların birinci derece yakınlarına verilen eğitimin sağlık inançlarına olan etkisinin belirlenmesi. TC Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları. Hemşireliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). (yayınlanmamış)
- Özmen, V. (2008). Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 4(2), 6-12.

- Öktem, A. (2012). Afyon kocatepe üniversitesi'nde sağlıkla ilgili bölümler dışındaki 3. ve 4. sınıf kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeylerinin ve uygulama durumlarının belirlenmesi (Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Cerrahi Hastalıkları HemşireliğiAnabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, (yayınlanmamış)
- Özberksoy, A. (2006). *Meme kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi dönemde bilgilendirici ve eğitici hemşirelik yaklaşımının ameliyat sonrası ağrı ve kaygı düzeyleri üzerine etkisi.* doctoral dissertation, ege üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, izmir.(yayınlanmamış)
- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(2).
- Özbaş, S. Ve Boylu, Ş. Soyder, A. (2012).Meme Kanseri Epidemiyolojisi.151-158
- Özkahraman, Ş., Vural, B., ve Bayık, A. (2006). Halk eğitim merkezi kursiyerlerinde kendi kendine meme muayene becerisi geliştirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 1-9.
- Özaydın, A. N., Güllüoğlu, B. M., Ünalın, P. C., Gorpe, S., Cabioglu, N., Öner, B. R., & Özmen, V. (2009). Bahçeşehir'de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları Ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. *Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health*, 5(4).
- Öztürkcan, S., Keles, F. (2016). Deodorantlar/koltuk alti kozmetikleri kansere neden olur mu?/Do deodorants/underarm cosmetics cause cancer?. *Turkderm*, 50(3), 99.
- Partridge, A. H., Hughes, M. E., Warner, E. T., Ottesen, R. A., Wong, Y. N., Edge, S. B.and Weeks, J. C. (2016). Subtype-dependent relationship betweenyoung age at diagnosis and breast cancer survival. *Journal of Clinical Oncology*, 34(27), 3308-3314.

- Parlar, S., Kaydul, N., & Ovayolu, N. (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 72-83.
- Pekmez, M. (2012). Meme kanseri tanısıyla mastektomi ameliyatı olmuş kadın hastalarda, cerrahi tedavi seçimine etkili olan prognostik faktörler. Uzmanlık tezi, başkent üniversitesi tıp fakültesi genel cerrahi anabilim dalı, Ankara. (yayınlanmamış).
- Reeves, K. W., Okereke, O. I., Qian, J., Tamimi, R. M., Eliassen, A. H. and Hankinson, S. E. (2018). Depression, Antidepressant Use, and Breast Cancer Risk in Pre- and Postmenopausal Women: A Prospective Cohort Study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 27(3), 306-314.
- Rezende, L. F. M., Garcia, L. M. T., Mielke, G. I., Lee, D. H., Wu, K., Giovannucci, E. and Eluf-Neto, J. (2018). Preventable fractions of colon and breast cancers by increasing physical activity in Brazil: perspectives from plausible counterfactual scenarios. *Cancer epidemiology*, 56, 38-45.
- San Juan, A. F., Wolin, K. and Lucía, A. (2011). Physical activity and pediatric cancer survivorship. In *Physical activity and cancer. Recent Results in Cancer Research*, 186, 319-347.
- Sarı, H. Y., Yılmaz, M. ve Kantar, M. (2012). Çocuklarda kanser ve engellilik. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(2), 98-105.
- Sayek İ. (2004). *Temel Cerrahi*. 75, 895-897.
- Sayman, H.B. (2006). *Meme Kanseri Tanısında Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)*. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyumu, Aralık 2006, 31 - 34.
- Saeed, R. S., Bakir, Y. Y., & Ali, L. M. (2014). Are women in Kuwait aware of breast cancer and its diagnostic procedures. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(15), 6307-13.

- Siegel, R. L., Miller, K. and Jemal, A. (2017). Cancer statistics, 2017. *CA: a cancer journal for clinicians*, 67(1), 7-30.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: a cancer journal for clinicians*, 69(1), 7-34.
- Singh, J. C. and Lichtman, S. M. (2015). Effect of age on drug metabolism in women with breast cancer. *Expert opinion on drug metabolism & toxicology*, 11(5), 757-766.
- Singleton, S. E. (2008). Breast cancer management: the road to today. *Cancer*, 113(S7), 1844-1849.
- Siu, A. L. (2016). Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 164(4), 279-296.
- Sohbet, R., ve Karasu, F. (2017). Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 113-121.
- Speyer, E., Herbinet, A., Vuillemin, A., Briançon, S. and Chastagner, P. (2010). Effect of adapted physical activity sessions in the hospital on health-related quality of life for children with cancer: a cross-over randomized trial. *Pediatr Blood Cancer*, 55, 1160-1166.
- Suzuki, R., Ye, W., Rylander-Rudqvist, T., Saji, S., Colditz, G. A. and Wolk, A. (2005). Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(21), 1601-1608.
- Sönmez, Y., Keskin, Y., ve Lüleci, E. (2012). Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların meme kanseri erken tanısı konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Maltepe tıp dergisi*, 4(2), 1-7.
- Swanson C., Coates R. Body size and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology* 1996; 143:698-706

- Şahin, Z., Özdemir, F. Kars'ta Yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*; 2015: 13(2):54-61
- Şenel, F.ve Çırakoğlu, B. (2003). Kanserle savaş. *Bilim ve Teknik*, Şubat sayısı, 1-23.
- Terry, M. B., Zhang, F. F., Kabat, G., Britton, J. A., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I. and Gammon, M. D. (2006). Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Annals of epidemiology*, 16(3), 230-240.
- Tezel, E. (2013). *Aile Hekimleri İçin Meme Kanseri Tanı Algoritmaları*. Pembe kurdele derneği, 1-26.
- Thorsteinsson, T., Helms, A. S., Adamsen, L., Andersen, L. B., Andersen, K. V., Christensen, K. B. & et al. (2013). Study protocol: rehabilitation including social and physical activity and education in children and teenagers with cancer (RESPECT). *BMC Cancer*, 13(1), 1-7.
- Tıraş, M. B., ve Kurdoğlu, M. (2004). Postmenopozal hormon replasman tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Sted*, 13(9), 332.
- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J. and Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(2), 87-108.
- Tosun N.(2010). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa merkezde yaşayan 20-69 yaş arasındaki kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi. (yayınlanmamış )
- Tunacı, M. (2012). *Meme Radyolojisi-MRG*. Varol Çelik (Editör). Meme Hastalıkları Kitabı içinde (ss. 125-138). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.



- Tung, N., Lin, N. U., Kidd, J., Allen, B. A., Singh, N., Wenstrup, R. J., Eric, P., W. and Garber, J. E. (2016). Frequency of germline mutations in 25 cancer susceptibility genes in a sequential series of patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 34(13), 1460.
- Uncu, F., & Bilgin, N. (2011). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 7(3).
- Uras, C. (2006). *Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi*. İ. Ü. Cerrahpařla Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyumu, Aralık, 93 – 97.
- Ünal, H. (2006). Meme Kanserinin tanı ve tedavisinin tarihsel gelişimi. *Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu, Meme kanseri, sempozyum*, (54), 9-13.
- Ünal, O., ve Kars, B. (2004). Postmenopozal hormon tedavisi (ht) ve kanser riski. İstanbul. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler*, 1, 51-7.
- Yüksel, F. (2013). *Tarihten Bugüne Memenin Hikayesi*. Ankara: Pupa Yayınları. S:11-78
- Yıldırım, A. D., ve Özaydın, A. N. (2014). Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *European Journal of Breast Health*, 10(1), 47-56.
- Yılmaz, M. H. (2006). *Meme kanserinde radyolojik tanı ve değerlendirme*. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, (54), 27-30.
- Yılmaz, M. S. ve Atak, N. (2014). Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi/The evaluation of risk of breast cancer from the perspective of nutritional factors. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 51-60.

- Yılmazel, G. (2013). Determining practising of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Corum .*The journal Breast Health*, 9(2),82-87.
- Warner, E. T., Tamimi, R. M., Hughes, M. E., Ottesen, R. A., Wong, Y. N., Edge, S. B. and Weeks, J. C. (2015). Racial and ethnic differences in breast cancer survival: mediating effect of tumor characteristics and sociodemographic and treatment factors. *Journal of Clinical Oncology*, 33(20), 2254.
- World Health Organization. (2006). *Guidelines For Management of Breast Cancer*. 1-57.
- World Health Organization. (2018). Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018.1-3.
- Wu, Y., Zhang, D. and Kang, S. (2013). Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies. *Breast cancer research and treatment*, 137(3), 869-882.
- Van Den Brandt, P. A., Spiegelman, D., Yaun, S. S., Adami, H. O., Beeson, L., Folsom, A. R., and Marshall, J. R. (2000). Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *American Journal of Epidemiology*, 152(6), 514-527.
- Zhao, Y., Wang S., Zhang, Z. Qin, C., Yang, X., Xie, Q. (2017). Association of IL-18 Genetic Polymorphisms and Haplotypes with Breast Cancer Risk in a Chinese Population. *Biomedical Research*. 28(19):8433-8437.

**8.EKLER**

**EK-I**Bilgilendirilmiş Onam Formu

**EK-II**Anket Formu

**EK-III**İzin Yazısı

## EK-I BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

### LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUYUNUZ

Sizi **Tülin Yılmaz** tarafından yürütülen “Lefke Bölgesinde Oturan Kadınların Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Korunma Yöntemleri ve Uygulamaları ile ilgili Bilgi Durumlarının Saptanması” başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışma da yer alan anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

#### 1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

- a) **Araştırmanın Amacı:** Lefke Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri , Korunma Yöntemleri Ve Uygulamaları İle İlgili Bigi Durumlarının Saptanması
- b) **Araştırmanın İçeriği:** “Meme Kanseri“ konusunda bilgi ve uygulamaların öğrenilmesini amaçlayan sorular.
- c) **Araştırmanın Nedeni:**  Bilimsel Araştırma  **Tez Çalışması**

#### 2. ÇALIŞMAYA KATILIM ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### **Katılımcının (Kendi el yazısı ile)**

İmzası:

**Araştırmacının Adı-Soyadı: Tülin YILMAZ**

**İmzası:**

**Not:** Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

## EK-II

Bu anket, “**Meme Kanseri Risk Faktörleri Ve Erken Tanı Yöntemlerine**” ilişkin sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği yuvarlak içine alınız. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve araştırma sonuçları konu ile ilgili yapılacak tez için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Tarih:

### **BÖLÜM I Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Belirlenmesi**

1. Doğum tarihi: .....

**2. Medeni durum:**

Evli  Bekar

**3. Uyruğu:**

KKTC  TC  Diğer (açıklayınız).....

**4. Eğitim durumu:**

Okur yazar değil  İlköğretim  Lisans  Üniversite ve Lisans üstü

**5. Mesleği:**

Ev hanımı  İşçi  Memur  Diğer

**6. Gelir düzeyiniz:**

1000-1500  1500-2500  2500-3500  35000 ve üzeri  Diğer

**7. Sosyal güvenceniz var mı? (Varsa ne olduğunu belirtiniz)**

Yok  Var.....

**8. Göç ettiyseniz nereden geldiniz?**

- Şehir içi göç (KKTC)       TC göç       T.C dışı göç       Diğer

**BÖLÜM II Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Belirlenmesi****9. Sigara kullanma durumunuz?**

- Hiç Kullanmadım       Günde 5-10       Günde 10-19  
 Günde 11-20       20'den fazla       Diğer

**10. Alkol kullanma durumunuz?**

- Hiç kullanmadım       Yılda bir kaç kez       Haftada 3       Yeni bıraktım       Diğer

**11. Halen var olan bir hastalığınız var mı?(Varsa ne/ neler olduğunu belirtiniz)**

- Yok       Var .....

**12. Koltukaltınız için herhangi bir ter önleyici ( kimyasal) kullanım durumunuz?**

- Kullanıyorum       Kullanmıyorum

**13. Cevabınız evet ise koltukaltınız için nasıl bir ter önleyici (kimyasal) kullanıyorsunuz?**

- Rolon       Deodorant       Pudra       Diğer

**14. Kaç yaşında itibaren ter önleyici kullanıyorsunuz?**

- 15 yaşından       25 yaşından       35 yaşından       45 yaşından

**15. Belirli bir beslenme alışkanlığınız var mı?**

- Yağlı       Sebze – Meyve ağırlıklı       Izgara       Kızartma       Diğer

**16. Düzenli Spor yapma durumunuz nedir?**

- Yapıyorum       Yapmıyorum

**17. Spor yapıyorsanız hangisi?**

- Yürüyüş       Yüzme       Koşu       Diğer

**18. İlk adetinizi hangi yaşta gördünüz?.....**

**19. Herhangi bir aile planma yöntemi kullanıyor musunuz?**

- Evet       Hayır

**20. Cevabınız evet ise hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?**

- Enjeksiyon       Deri altı implantları       Rahim içi araç       Diğer

**21. Herhangi bir nedenden dolayı hormon replasman tedavisi aldınız mı?**

- Evet ise belirtiniz.....       Hayır

**22. Çocugunuz var mı?**

- Evet, ise sayısı.....       Hayır ise 28. soruya geçiniz

**23. Doğumunuzu nasıl yaptınız?**

- Normal       Sezeryan

**24. İlk gebelik yaşıınız :.....**

**25.Çocuğunuzu /Çocuklarınızı emzirdiniz mi?**

- Evet       Hayır

**26. Ortalama ne kadar emzirdiniz?**

- 3 ay       6 ay       9 ay       12 ay       Diğer

**27.Doğum sonrası ilk 3 ayda emzirirken göğsünüzde süt retansiyonu(ağrı,ateş,süt birikmesi) gibi belirtiler görüldümü?**

- Evet       Hayır

**28. Adet görmeye devam ediyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**29. Cevabınız hayır ise kaç ay/yıldan beri adet görmüyorsunuz?**

Belirtiniz .....

**30. Adet görmeme nedeniniz nedir?**

Belirtiniz.....

**31. Menapoza girdiniz mi?**

- Evet ise zamanını belirtiniz.....  Hayır

**BÖLÜM III Kadınların Meme Kanserine İlişkin Bilgi Ve Erken Tanı Uygulamalarının Belirlenmesi**

**32. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) konusunda bilginiz var mı?**

- Evet  Hayır

**33. Eğer bilgi almışsanız hangi kaynaklardan aldınız?**

- Kitap, dergi veya broşür  
 Hemşire  
 Televizyon veya medya  
 Hekim  
 Diğer

**34. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?**

- Evet  
 Hayır





**41. Kendi kendine meme muayenesi menapoz sonrası dönemde ne zaman/hangi aralıklarla yapılmalıdır?**

- Sadece östrojen alındığı zaman  
 Ayda bir kez herhangi bir günde  
 Her ayın belli bir gününde  
 Her 6 ayın aynı günü

**42. Klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?**

- Evet  Hayır (cevabınız hayır ise 44. soruya geçiniz)

**43. Cevabınız evet ise ne sıklıkta yaptırdınız?**

Belirtiniz.....

**44. Mamografi (meme filmi) tetkikini duydunuz mu?**

- Evet  Hayır

**45. Mamografi tetkikini kadınlar hangi yaştan sonra yaptırmalıdır?.....**

**46. Bugüne kadar mamografi yaptırdınız mı?( Cevabınız hayır ise 48. Soruya geçiniz)**

- Evet  Hayır

**47. Mamografi çekimini hangi sıklıkta yaptırdınız?**

- 6 ayda bir  
 3 yılda bir  
 Yılda bir  
 Diğer

**48. Mamografi yaptırmama nedeniniz nedir?**

- Bilmiyorum  
 Meme kanseri olacağımı düşünmedim  
 Ailemde ve yakın çevremde meme kanseri tanısı konmuş kişilerin olmaması  
 Zamanımın olmaması  
 Diğer

**49. 40 yaş ve üzeri kadınlar kontrol amaçlı olarak mamografiyi hangi sıklıkta yapmalıdırlar?**

- Ayda bir                       Yılda bir                       3 ayda bir                       Fikrim yok

**50. Birinci derece akrabalarınızda (anne, kız kardeş, teyze) meme kanseri öyküsü var mı?**

- Evet                                       Hayır

**51. Daha önceden meme kanseri tanısı konuldu mu?**

- Evet                                       Hayır

**52. Cevabınız evet ise memedeki sorunu ilk farkedene kim oldu?**

- Kendim                                       Muayene esnasında doktor                                       Diğer

**53. Meme kanseri olduğunuzu öğrendiğinizde ilk duygunuz ne oldu?**

- Üzüldüm                                       Hastalığı kabullendim  
 Korktum                                       Öfkelen dim  
 Paniğe kapıldım                                       Diğer

**54. Hangi şikayetle hekime başvurdu nuz?**

- Memede şişlik ve sertlik     Diğer     Memede kızarıklık     Memede akıntı ve şekil değişikliği



**LEFKE BELEDİYESİ**  
**1900**



25/5/2017

Sayı: 14.01.2017: 301

Konu: Tez Çalışması İh.

Sayın Tülin Yılmaz

Lafl Sağlık Yüksek Okulu

Hemşirelik Bölümü

Lefke bölgesinde oturan kadınların meme kanseri risk faktörleri, korunma yöntemleri ve uygulamaları ile ilgili bilgi durumlarının saptanması isimli yüksek lisans tez çalışmasının Mayıs - Haziran tarihleri arasında 1000 anket ile yapılması uygun bulunmuştur.

İş bu belge şahsın isteği üzerine verilmiştir.

Bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

  
Aziz Kaya  
Lefke Belediye Başkanı



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ  
ÜNİVERSİTE ETİK KURULU (ÜEK)

ETİK KURUL RAPORU

Etik İnceleme Konusu:	Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 153059 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Tülin Yılmaz'ın 'Lefke Bölgesinde Oturan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Faktörleri, Korunma Yöntemleri ve Uygulamaları ile ilgili Bilgi Durumlarının Saptanması' başlıklı tez çalışması
Konunun Etik Kurul'a Geldiği Tarih:	03.04.2017
Konunun Etik Kurul'da İncelendiği Tarih:	11.04.2017
Etik Kurul Karar Tarihi ve Sayısı:	11.04.2017, ÜEK/03/02/04/1617/12

SONUC

1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme gereklidir: Etik sorun olabilecek sorular/maddeler, süreçler ya da unsurlar bulunmaktadır. Açıklama:
3.	<input type="checkbox"/> Red Gerekçe, Görüş, Öneri ve Açıklamalar:

Etik inceleme konusunun görüşülmesinde hazır bulunan ve konuyla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkisi bulunmayan Etik Kurul başkan ve üyelerinin ad soyad ve imzaları ekte sunulmuştur.

Lefke Avrupa Üniversitesi  
ASLI GIBİDİR  
Lefke Avrupa University of Lefke  
TRUE COPY

Page 1 of 2

Gözet

ÜEK/03/02/04/1617/12

Handwritten signatures and initials of the committee members, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with circular stamps.



LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ  
ÜNİVERSİTE ETİK KURULU (ÜEK)

Prof. Dr. Hilseyin Oğuz  
Başkan

Prof. Dr. Aysegül Ataman  
Üye

Prof. Dr. Mesut Bırol Özdeniz  
Üye

Prof. Dr. Ruhi Selçuk Tabak  
Üye

Prof. Dr. Seyide Rümeyşa Demirdamar  
Üye

(katılmadı)

Prof. Dr. Deniz Selimen  
Üye

Prof. Dr. Belkıs Ayhan Tarhan  
Üye

Prof. Dr. Nuri Erşgig  
Üye

Prof. Dr. Özgür Cemal Özerdem  
Üye

Lefke Avrupa Üniversitesi  
ASLI GIBİDİR  
European University of Lefke  
TRUE COPY

## LEFKE BÖLGESİNDE OTURAN KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ, KORUNMA YÖNTEMLERİ VE UYGULAMALARI İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ SAPTANMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% <b>15</b>	% <b>8</b>	% <b>3</b>	% <b>13</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	% <b>5</b>
<b>2</b>	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>3</b>	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	Submitted to Kafkas Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>6</b>	acikerisim.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	library.neu.edu.tr	