

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

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

Şeyma YURTSEVEN

**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sevban ARSLAN**

ADANA-2017

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, sevgi, destek ve hoşgörüsünü hiç esirgemeyen, öğrencisi olduğum için kendimi hep şanslı hissettiğim saygıdeğer danışman hocam Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Sevban ARSLAN'a,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında desteğini esirgemeyen sayın hocam Yard. Doç. Dr. Sevilay ERDEN YÜKSEKKAYA'ya,

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan Arş. Gör. Sevgi DENİZ DOĞAN ve Uzm. Hem. Derya GEZER'e

Hayatımın her döneminde yanımda olduklarını bana hissettiren ve desteklerini benden hiç esirgemeyen aileme,

Sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, koşulsuz olarak her an yanımda olan, umutsuzluğa kapıldığımda sakin karakteriyle olayları çözmeme yardımcı olan sevgili eşim Özgün YURTSEVEN'e,

Araştırmamın uygulanmasına destek veren Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi yöneticilerine, hemşirelerine ve çalışmamın gerçekleşmesine yardımcı olan tüm katılımcılara sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Memenin Yapısı	4
2.1.1. Memenin Kanlanması	5
2.1.2. Memede Lenf Yolları	5
2.2. Meme Kanseriinde Epidemiyoloji	6
2.3. Meme Kanseriinde Etiyoloji	7
2.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	7
2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	10
2.4. Meme Kanseriinde Belirti ve Bulgular	11
2.5. Meme Kanseriinden Korunma Yöntemleri	12
2.5.1. Birincil (Primer) Korunma	13
2.5.1.1. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma	14
2.5.1.1.1. Kimyasal Korunma	15
2.5.1.1.2. Koruyucu Cerrahi	16
2.5.2. İkincil Korunma	17
2.5.2.1.1. Gail Modeli	18
2.5.2.1.2. Claus Modeli	18
2.5.2.1.3. Tyrer-Cuzick Modeli	19
2.5.2.2. Meme Kanseriinde Erken Tanı Yöntemleri	19
2.5.2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	21
2.5.2.2.2. Klinik Meme Muayenesi	21

2.5.2.2.3. Mamografi	23
2.5.2.2.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).....	23
2.5.2.2.5. Ultrasonografi (USG)	24
2.5.3. Üçüncül Korunma (Rehabilitasyon)	24
2.6. Yüksek Riskli Kadınlarda Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirelik Girişimleri.....	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-I).....	28
3.4.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (Ek- II).....	28
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri.....	32
4.2. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ve Karşılanma Düzeylerinin Madde Puan Ortalamaları	34
4.3. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi İle İlgili Bulgular	35
4.4. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanma Düzeyinin Önemi İle İlgili Bulgular.....	37
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	42
5.2.1. Bilgi Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması	42
5.2.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması	43
5.3. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanma Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	45

5.3.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Karşılanma Düzeyi ile İlgili	
Bulguların Tartışılması	45
5.3.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Karşılanması ile İlgili Bulguların	
Tartışılması	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	57
EK-1: Kişisel Bilgi Formu	57
EK-2. Bilgi Ve Destek Gereksinimleri Ölçeği	59
EK-3. Ölçeğin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasını Yapan Araştırmacıdan	
Alınan İzin	61
EK-4. Etik Kurul Onayı	62
EK-5. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazısı	63
ÖZGEÇMİŞ	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 2.1. Memenin Lenfatik Drenajı	6
Şekil 2.2. Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları.....	7
Şekil 2.3. Birinci Derece Kadın Akrabalar	8
Şekil 2.4. Meme Muayene Yönleri	22
Şekil 2.5. Araştırma Planı ve Takvimi.....	30



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1.	Meme Kanseri Yüksek Olan Kadınlara Uygulanabilecek Hemşirelik Girişimleri	26
Çizelge 4.1.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	33
Çizelge 4.2.	Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ve Karşılama Düzeylerinin Madde Puan Ortalamaları.....	34
Çizelge 4.3.	Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamalarının Sıralaması	35
Çizelge 4.4.	Bilgi ve Destek Gereksinimleri Karşılama Ölçeğinin Madde Puan Ortalamalarının Sıralaması	37



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: The American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
BDGÖ	: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği
BRCA1	: Breast Cancer 1 (Meme kanseri 1 geni)
BRCA2	: Breast Cancer 2 (Meme kanseri 2 geni)
KETEM	: Kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KMM	: Klinik meme muayenesi
MMG	: Mamografi
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
NCCN	: The National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kanser Kapsamlı Ağ)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
USG	: Ultrasonografi
VB	: Ve benzeri
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Bu çalışma, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Servislerinde Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olacak şekilde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini bu tarihler arasında servise yatan meme kanseri kadın hastaların birinci derece kadın yakınları, örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 110 hasta yakını kadın oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ve “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler SPSS 20.0 paket programı ile değerlendirilerek analiz sırasında tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınların bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarının ($3,68 \pm 0,36$) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarına göre ($3,24 \pm 0,58$) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda, kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarının da ($2,28 \pm 0,35$) destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından ($1,93 \pm 0,34$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, kadınların bilgi gereksinimlerinin, destek gereksinimlerinden daha çok önem taşıdığı ve bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinin, destek gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri, Yüksek riskli kadınlar, Birinci derece yakınlar, Bilgi ve destek gereksinimleri, Hemşirelik.

ABSTRACT

Determination of The Information and Support Needs of Women With Primary Relatives With Breast Cancer

This study was conducted to determine the information and support needs of women with breast cancer in first degree relatives.

The research was carried out in the General Surgery Departments at the Balcalı Hospital of Faculty of Medicine of Çukurova University in a descriptive and cross-sectional method between January-June 2017. This study's universe consisted of first-degree relatives of women with breast cancer who were hospitalized in these clinics and 110 patients who voluntarily participated for sampling surveys.

"Personal Information Form" and "The Information and Support Needs Questionnaire" were used to collect the data. Data were evaluated with SPSS 20.0 package program and descriptive statistics (number, percentage, mean and standard deviation) were made during analysis.

It was found that the information needs of the women who constituted the sample of the study had higher mean scores ($3,68 \pm 0,36$) than their support needs ($3,24 \pm 0,58$). At the same time, it was found that the level of satisfaction of the information needs of women was also higher (2.28 ± 0.35) than the support level average (1.93 ± 0.34).

As a result of, it has been determined that women's information needs are more important than their support needs and their level of meeting their information needs is higher than the level of meeting their support needs.

Key Words: Breast cancer, High risk women, First degree relatives, Information and support requirements, Nursing.

1. GİRİŞ

Meme kanseri, kadın kanserleri içerisinde en sık görülen tür olup, her yıl 1,5 milyondan fazla kişiyi etkilemektedir. Aynı zamanda kadınlarda kanserin neden olduğu ölümler içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2015 yılında meme kanserinden 570.000 kadın hayatını kaybetmiştir ve bu rakam, kadınlar arasındaki kanser ölümlerinin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki kadınlar arasında bu oran daha yüksek olmakla birlikte, hemen hemen her ülkede giderek artmaktadır (1). Türkiye verilerine göre meme kanseri kadınlar arasında %24,9 ile en fazla görülen kanser olup, kanser tanısı konulmuş olan her 4 kadından 1'inde görülmektedir. Ülkemizde yılda ortalama 17.000 kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır (2).

Diğer kanser türlerinde olduğu gibi meme kanserinde de tek bir neden yoktur. Genetik, hormonal ve çevresel etkenlerin oluşturduğu bir kombinasyonun meme kanseri oluşumunda rol aldığı kabul edilmektedir (3,4). Meme kanserine neden olan risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak gruplandırılabilir. Değiştirilebilen risk faktörleri; çocuk sahibi olunmaması, ilk gebelik yaşının 35'den büyük olması, postmenopozal hormon tedavisi almak, kombine östrojen ve progesteron kullanım öyküsü, alkol kullanımı, dengesiz beslenme, postmenopozal obezite ve fiziksel aktivite azlığı olarak sıralanabilir. Bu risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik bilgi gereksinimlerinin tanımlanmasının kanser yayılımını azaltabilir. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise; cinsiyet, yaş, genetik risk faktörleri (Breast Cancer1 (BRCA-1) ve Breast Cancer2 (BRCA-2) gen mutasyonu vb.), aile öyküsü, daha önce geçirilmiş meme kanseri öyküsü, ırk, meme dokusunun yoğunluğu, benign meme hastalıkları, erken menarş, geç menopoz ve daha önce göğüs bölgesine radyasyon uygulanması olarak sıralanmaktadır (5,6,7).

Değiştirilemeyen risk faktörleri arasındaki genetik faktör meme kanseri oluşumunda büyük öneme sahiptir (8). Çünkü meme kanseri olan kadınların %15'inde aile öyküsünün var olduğu bilinmektedir ve bu oran göz ardı edilemeyecek kadar yüksektir (9).

Aile öyküsünde; birinci derece yakınlardan bir kişide meme kanseri olması durumunda, meme kanseri olma riski 1,8 kat artarken, iki kişide olması durumunda bu

oran 2,9 kat artmaktadır. Kadınların, meme kanseri olan yakınları eğer 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2,9 katına, 60 yaşından sonra tanı almış ise risk 1,5 katına çıkmaktadır (10,11). Bu bağlamda yüksek risk altında olan kadınlarda aktif olarak tarama programlarının kullanılması meme kanseri mortalite oranlarının azalmasında rol oynamaktadır (12).

Erken evrede tanı koymak için her toplumun, kendine özel meme kanseri risklerini tespit ederek, kendi risk gruplarını belirlemesi ve tarama programlarını düzenli olarak uygulaması gerekmektedir. Son zamanlarda meme kanseri için yüksek risk grubundaki kadınlarda kanseri önlemek amacıyla yapılan çalışmalar ve geliştirilen yöntemler hız kazanmıştır (5). Yüksek riskli kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin belirlenerek bu gereksinimlerin karşılanması ve yakın izlemde tutulmaları meme kanserini önleyebilmek adına atılmış büyük bir adımdır (13).

Literatüre bakıldığında meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarında bilgi, danışmanlık ve duygusal destek ihtiyaçlarının arttığı ve bu kadınlarda meme kanserinin neden olduğu stres faktörleri ile baş etmeyi kolaylaştırmak için bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanmasının önem taşıdığı görülmektedir (14,15). Meme kanseri için yüksek riskli kadınlar, risk altında olduklarını bilmelerine rağmen farklı davranışlar sergileyebilmektedirler. Bazı kadınlar düşüncelerini baskılayıp riske yönelik genetik test, kimyasal korunma gibi konular hakkında bilgi almak istemezken; diğer kadınlar ise sürekli meme kanseri olacaklarını düşünüp konu hakkında bilgi almak isteyebilirler (14). Sinicrope ve ark.'nın (2009) çalışmasında, meme kanseri olan kadınların kızlarının kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma, klinik meme muayenesi (KMM) yaptırma, mamografi (MMG) çekirtme, hastalığa yakalanma riski ve sağlıklı yaşam biçimi gibi konularda bilgi sahibi olmak istedikleri belirlenmiştir (16). Bostean ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada ailesinde meme kanseri olan kadınların taramalara %91 oranında katıldığı sonucuna ulaşılmıştır (17). Özçam ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada ise ailesinde meme kanseri varlığı ile KKMM, MMG ve/veya meme ultrasonografi (USG) tarama testlerini yaptırmaları arasında belirgin bir fark tespit edilmemiştir (18).

Meme kanserinde erken tanılama ve hastalık ile baş etme gibi tüm aşamalarda hasta yakınlarıyla en fazla birlikte olan sağlık ekibi üyesi hemşiredir (18). Hemşireler kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda meme kanserli hastaların birinci derece kadın

yakınlarına risk faktörleri ve meme sağlığı için gereken eğitimleri vermenin, sorumlulukları içerisinde olduğunu unutmamalıdır (14,19). Bu bağlamda hemşirelerin, hasta yakınlarının bilgi ve destek gereksinimlerinin farkında olmaları ve bu gereksinimleri bakım sürecine yansıtmaları büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamız, meme kanseri olan kadınların birinci derece kadın yakınlarında bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Meme, toraks üzerinde vertikal olarak ikinci ve altıncı kostalar arasında, horizontal olarak sternum ve orta aksiller hat arasında simetrik olarak yer alan bir çift salgı organıdır. Meme dokusu ortalama 10-12 cm genişliğinde ve yaklaşık 150-400 gr ağırlığındadır. Orta kısımda 5-7 cm kalınlığa sahip olan memenin yaklaşık %85' i yağ dokusundan oluşup, derisi ince ve yumuşaktır. Şeklini ise cooper ligamentleri sayesinde korumaktadır. Erişkin sağlıklı bir kadının memeleri simetrik olup tamamen eşit değildir. Kadınlarda sekonder cinsiyet özelliklerinden olan memenin şekil ve boyutları kişinin genetiği, diyet özellikleri, yaşı, ırkı, doğum sayısı, menstrüel siklusun dönemine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (20,21).

Meme temel olarak üç yapıdan oluşmaktadır. Bunlar; cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusudur. Meme dokusunun üçte ikilik bölümü pektoralis majör kasının üzerinde yer alırken, üçte birlik kısmı ise serratus anterior kasının üzerinde yer almaktadır. Meme dokusu asini ve duktusları oluşturan epitelyal parankim, bu yapıları destekleyen kas ve fasya elemanları, farklı oranlarda yağ, kan damarları, sinirler ve lenfatik yapılardan oluşmaktadır. Her bir meme bezi yaklaşık 15-20 adet lobdan oluşur. Her lobda da sekresyon hücrelerinin meydana getirdiği 20-40 civarında lobül bulunmaktadır. Bu lobüllerin her birisi 10 ile 100 arası alveolden meydana gelmektedir. Loblar üzüm salkımı şeklinde görülmekte ve kendilerine ait bir kanal aracılığıyla meme başına açılmaktadırlar (19).

Meme başı (papilla mammae) genelde dördüncü kosta hizasında olup memenin merkezinde yer almaktadır. Bu yapıda duysal sinir uçları, düz kas lifleri ve yüzeye açılan 8- 10 adet majör süt kanalı bulunmakta ve yüzey kısmında yağ bezleri olarak görev yapan montgomery bezleri yer almaktadır. Bu bezlerin salgıları sayesinde emzirirken cildin kuruyarak çatlaması önlenmiş olur. Meme başının çevresindeki koyu renkli yuvarlak bölüme ise “areola mamma” denilmektedir. Erişkin meme derisi ve areola yoğun elastik liflerden dolayı buruşuk görünümde olup gül pembesi ve açık kahverengi arasında bulunan renklerden oluşmaktadır (21).

2.1.1. Memenin Kanlanması

Meme dokusu, birçok kaynaktan beslenen ve kanlanması iyi olan bir organdır. Arteryel beslenmesi internal mamaryan arter, lateral torasik arter ve interkostal arter tarafından sağlanır. Memenin venöz drenajını ise internal torasik venin perforan dalları, posterior interkostal venlerin perforan dalları ve aksiler venin dalları ile sağlamaktadır (20).

2.1.2. Memede Lenf Yolları

Lenfatik sistem vasküler sistemin bir bölümüdür. Hücreler arası boşlukta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillere geçerek öncelikle toplayıcı lenf damarlarına sonra da lenf nodlarına drene olur. Lenf nodlarından çıkan lenf damarları genişler ve birleşip venöz dolaşıma karışır. Memenin lenf yolları deri ve parankimal lenf yolları olarak iki gruba ayrılır. Lenf akımının %75'i aksillaya olurken, %25'i internal mamma lenf nodüllerine olmaktadır (19).

Aksiller Lenf Nodları: Aşağıdaki gibi gruplara ayrılabilir.

- Aksiller ven grubu
- Eksternal veya pektoral grup
- Skapular, posterior veya subskapular grup
- Santral grup
- Subklaviküler grup
- İnterpektoral veya rotter ganglionları

Aksiller lenf nodları ayrıca pektoralis minör kası ile ilişkilerine göre 3 gruba ayrılır:

- Level I (Alt aksilla)- Muskulus pektoralis minörün lateralindeki lenf nodları,
- Level II (Orta aksilla)- Muskulus pektoralis minörün ve interpektoral lenf nodlarının mediyal ve lateral sınırları arasındaki lenf nodları,
- Level III (Apeks aksilla)- Muskulus pektoralis minörün mediyali ile aksiller bölgenin süperioru, arasındaki lenf nodları (21).

Yoğun Meme Dokusu: Meme hacmi büyük olan kadınlarda meme dokusu daha yoğun yer alırken, yağ dokusu ise daha az yer almaktadır. Bu sebepten dolayı meme hacmi arttıkça meme kanseri görülme riski de artmaktadır. Meme yoğunluğu fazla olan kadınları, düşük olan kadınlar ile karşılaştırıldığında, meme yoğunluğu fazla olanların 3-4 kat daha fazla riske sahip olduğu görülmektedir (9,36).

İrk ve Etnik Köken: Beyaz tenli kadınlarda, Afrika kökenli ve Amerikalı kadınlara göre meme kanseri görülme oranı daha yüksek iken meme kanserinden ölüm oranı ise daha düşüktür (20).

Benign Meme Hastalıkları: Meme kanseri için büyük risk faktörlerindendir. Memeye yapılan biyopsi, riski artırmamaktadır ancak çıkarılan parçada bazı benign lezyonların yüksek risk taşıyor olduğunun bilinmesi durumunda, biyopsi yapılan kadının ileride meme kanseri olma riskinin olduğu kabul edilmektedir. Bu risk sadece biyopsi yapılan memede değil, her iki meme için de eşit orandadır. Memeye yapılan biyopsiler sonucu ortaya çıkan benign lezyonların (kitlelerin) büyük çoğunluğunun meme kanseri riskini arttırmadığı bilinmektedir (36).

Hormonlar: Seks hormonları olan östrojen ve progesteronun uyarıcı etkisine maruz kalma süresinin artması ile meme kanseri görülme riski artmaktadır. Erken menarş ve geç menopoz gibi dönemsel değişiklikler de riskin artmasına neden olmaktadır (37).

Menopoz sonrası dönemde hormon replasman tedavisi almak meme kanseri görülme oranını neredeyse %30 arttırmaktadır (38).

Daha Önce Göğüs Bölgesine Radyasyon Alınması: Yüksek dozda radyasyona maruz kalmanın meme kanserine neden olan bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Fakat tanı koyma amaçlı çekilen mamografinin meme kanseri riski için artırıcı etkisinin olmadığı gösterilmiştir (19). Özellikle 30 yaşından önce memeye veya göğüs bölgesine radyoterapi uygulandığında meme kanseri riski ilk 15 yıl için artmaktadır. Daha sonraki yıllar için ise risk azalmaktadır (33).

Genetik Mutasyon: Son yıllarda meme kanserine yol açan genetik değişikliklere olan ilgi oldukça artmıştır. Her ne kadar genetik mutasyonlar kalıtsal olsa da, meme kanserinin %5-10 kadarı kalıtsal gen mutasyonlarına bağlı olarak gelişmektedir (33). Genetik üzerine yapılan araştırmalar sonucunda meme kanserine yatkınlık sağlayan genler bulunmuştur (39). Genetik yatkınlığa sebep olduğu düşünülen

majör etkili BRCA-1 ve BRCA-2 genlerindeki mutasyon sonucu meme kanseri olduğu tespit edilmiştir. Ailede BRCA-1 gen mutasyonu olan kişilerin yaşamları boyunca meme kanserine yakalanma oranı ortalama %55-65 arasında değişirken, BRCA-2 gen mutasyonunda risk daha düşük olup yaklaşık %45 oranındadır (20,40). Purcu ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışma sonucunda, bu genleri taşıyan kişilerde meme kanseri görülme yaşının (<30 yaş) oldukça küçük olduğu görülmüştür (41). BRCA-1 ve BRCA-2 genleri dışında diğer bazı genler de meme kanseri riski oluşturabilmekte fakat düşük orandadır (9,39).

2.3.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Hiç doğum yapmamış olmak: Doğum yapmamış olmak meme kanseri riskini az da olsa arttırırken, doğum sayısı arttıkça risk azalmaktadır. Ancak risk değerlendirmesi için tek başına yeterli değildir (29,37).

İlk doğumunu 35 yaş sonrası yapmış olmak: Hiç doğurmamış olmaya göre riski daha fazla artırdığı düşünülmektedir, fakat tek başına önemli bir risk faktörü değildir (29).

Oral kontraseptif kullanımı: 10 yıl ve daha fazla östrojen tedavisi almanın meme kanseri görülme oranında artışa neden olduğu bilinmekle birlikte, kombine oral kontraseptif ilaçların meme kanseri riski üzerine etkisi ise tartışılmaktadır (42).

Emzirme: Emzirmenin menstruasyon siklusu etkileyerek meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (20). Eti Aslan ve Gürkan (2007) İstanbul ilinde 1085 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; çocuk emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı sonucuna varmışlardır (43).

Alkol: Alkol alımında artışın meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Alkol alımı günde 2-5 bardak olan kadınlarda risk yaklaşık bir buçuk kat artmaktadır. Alkol almaya 30 yaşından önce başlayan kadınlarda ise risk daha fazladır (19,29,44).

Beslenme: Son zamanlarda beslenme ile ilişkili faktörlerin de meme kanseri gelişiminde etkili olduğu fakat değiştirilebilen grupta yer aldığından bahsedilmektedir. Özkan ve Çelik (2009) kanser oluşumunda sigaradan sonra en önemli etken olarak yanlış beslenme alışkanlıklarının yer aldığına dikkat çekmişlerdir (45).

Aktivite: Çok tartışılmasının yanı sıra düzenli egzersiz faaliyetlerinin özellikle premenopozal dönemde olan kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (46).

Tütün Ürünleri Kullanımı: Birçok kansere neden olduğu bilinen sigara ve meme kanserinin oluşumu arasında net bir ilişki tespit edilememiştir (5). Özellikle sigaraya genç yaşta başlayan kadınların yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir. Fakat meme kanseri ile pasif içicilik arasındaki ilişki ise tartışılmaktadır (20,47).

Bu risk faktörlerinin, meme kanseri gelişecek kadınların yalnızca %25'inin tespit edilmesine yardımcı olduğu rapor edilmiştir. Risk faktörlerini tanılamaya yardımcı olmasını etkileyen temel problem, meme kanserinde bazı türlerin belirti vermeden önce 15-20 yıl gibi uzun bir gelişim evresinin olmasıdır (48).

2.4. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular

Meme kanseri erken evrede hiçbir belirti vermeyebilir. Belirtiler hastalığın vücuttaki gelişim sürecine ve kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (49). Çok çeşitli olmakla birlikte en sık görülen belirti ele gelen şişlik ya da kitledir (9). Belli başlı görülen belirtiler aşağıda verilmiştir.

Kitle: Genellikle ağrısız, sınırları belli olmayan ve düzensiz kenarlara sahiptir. Kitle memede herhangi bir yerde oluşabilir ancak çoğunlukla meme dokusunun bulunduğu üst dış kısımda yer alır. Kitlenin palpe edilmesi zor olup genellikle tek taraflı ve sürekli (3,20). Meme kanserinde kadınların yaklaşık %70'i ilk olarak memede bir kitlenin varlığı ile hastaneye başvurmaktadır (50).

Ağrı: Meme kanseri olan hastalarda ilk dönemde ağrı yakınması sık görülmeyp genellikle geç dönemde oluşur (50). Ağrı şikayeti ile hastaneye başvuran hastalarda gereksiz tetkik yapmamak için bu yakınmanın önemsenmemesi ve buna bağlı olarak meme kanseri tanısının atlanması gibi sonuçlar ile karşılaşmaktadır Dinç ve ark. (2013) meme ağrısı şikayeti olan hastalarla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %2,1'inde meme kanseri saptamışlardır ve sonuç olarak konunun atlanmaması gereken bir durum olduğunu bizlere göstermektedir (51).

Meme Başı Akıntısı: Meme kanserinin %6-8 oranında ilk bulgusu olarak görülmektedir. Tüm meme kanserlerinin %2'sinde görülür. Özellikle 60 yaş üzerinde

meme kanserini düşündürmelidir. Genellikle tek taraflı olup içeriği kanlı, seröz ya da seröz-kanlı olabilir (52).

Forgue Belirtisi: Meme başının kitleye doğru çekilmesi durumunda ön taraftan bakıldığında, hastanın meme başının daha yüksek olması durumuna denilmektedir (53).

Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünüm (Paud'orange): Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyip derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfleri tıkayıp lenfatik dolaşımı bozarak deride ödem oluşturur. Aynı zamanda lenf akımında meydana gelen yavaşlama ile deri ve deri altı dokusunda beslenme yetersizliği meydana getirebilir. Bunun sonucunda deri kalınlaşıp, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi olur ve deri klasik portakal kabuğu şeklini alır (52).

Meme Başı Değişiklikleri: Tümörün büyüyüp meme başını tutması ile meme başında içe çekilme meydana gelebilir (52).

Deride Ülserasyon ve Eritem: Tümörün hastalığın ilerleyen evrelerinde ilk olarak derin fasyaya sonra musculus pectoralis'e, göğüs duvarına ve deriye ulaşması ile meydana gelir (20).

Memelerde Asimetri: Bir memenin diğer memeden biraz büyük olması normal kabul edilmektedir. Fakat tümör büyümesi ile asimetri oluşabileceği unutulmamalıdır (20).

Lenf Nodüllerinde Büyüme: Tümör hücrelerinin lenf nodüllerine metastazı ile lenf nodüllerinde tıkanma olur ve nodüllerde büyüme meydana gelir. Genellikle aksilla ya da klavikula çevresinde ele gelen kitle veya şişlik ile fark edilmektedir (20).

Enflamasyon Bulguları: Memede enflamasyon bulgularından olan kızarıklık, kalınlaşma, ısı artışı ve hassasiyet görülebilir (50).

2.5. Meme Kanserinden Korunma Yöntemleri

Meme kanserinin görülme oranındaki artışa bağlı olarak meme kanserinden korunma, günümüzde büyük önem taşımaktadır. Tarama programlarının etkin uygulanması ile kanserden korunma veya kanseri erken dönemde tespit etmek hedeflenmektedir (54). Korunma yöntemleri; elde edilecek yarar, riskte beklenen azalma, farklı hastalıkların önlenmesine katkısı, yan etkilerinin olup olmadığı,

uygulayabilme kolaylığı ve maliyet dikkate alınarak belirlenmelidir. Korunma yöntemleri; birincil, ikincil ve üçüncül olarak gruplandırılır (19,21).

2.5.1. Birincil (Primer) Korunma

Birincil korunmada temel hedef karsinogenezis sürecini başlatabilecek her türlü madde ve oluşumla kişinin temasını engelleyerek hastalığın meydana gelmesini önlemektir. Birincil korunma, teknolojik ve bilişsel olmak üzere 2 ana sınıfa ayrılmaktadır. Teknolojik korunma, kanserden koruyucu aşılarda geliştirilmesi gibi faaliyetleri içerirken; bilişsel korunma ise hemşirelerin asıl sorumlulukları içerisinde bulunan sağlık eğitimi gibi konuları içermektedir. Bu bakımdan halka verilecek eğitimin, korunma sırasında büyük rolü olduğu unutulmamalıdır (19).

Meme kanserinin etiyolojik nedenleri tam olarak bilinmediği için, hastalığın gelişimini önlemek pek mümkün olmamaktadır. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü, menstrüel durum gibi kontrol edilemeyen risk faktörleri birincil korunmayı engellemektedir. Ancak yaşa göre tavsiye edilen kilonun korunması, fizik egzersizler yapılması, düşük yağlı ve bol posalı gıdalar ile beslenilmesi alınabilecek önlemler arasında yer almaktadır (19,55).

BRCA Mutasyonu Taşıyıcılarının Belirlenmesi

Hastalıkları önlemek ve daha iyi tedavi edebilmek için, moleküler biyolojinin ve hastalığın gelişimine etki eden mekanizmaların anlaşılması büyük önem taşımaktadır (21). Kalıtsal meme kanseri riskinin belirlenmesi 4 temel adımda yapılabilir. Bunlar;

- 1) Birden çok kuşağı içeren tam bir aile öyküsünün alınması.
- 2) Belli bir hasta için genetik test yaptırmanın uygunluğunun değerlendirilmesi.
- 3) Hasta ile görüşme.
- 4) Test sonuçlarının yorumlanması şeklinde sıralanabilir (56).

Ailesel riskin meme kanseri üzerindeki etkilerini tespit etmek için günümüzde birçok çalışma yapılmaktadır. Yapılan bu çalışmalar sayesinde yüksek risk altında olan kadınlar belirlenerek genetik danışmanlık için yönlendirilmektedir (56,57).

BRCA Analizi

BRCA-1 geni 1990 yılında haritalanmış ve 1994 yılında klonlanmıştır (21). Test yapılacak olan kişilere uygun bilgilendirme yapılması ve bu kişilerden bilgilendirilmiş onam formu alınması gereklidir. BRCA mutasyonu analizi için klinik açıdan mevcut test, gen dizilim analizidir. Kalıtsal meme kanseri olduğunu düşündüren bir öykünün var olması durumunda önceden test yapılmış bir bireyin bulunmadığı ailede en fazla bilgi sağlayan strateji ilk olarak etkilenen aile üyesine test yapılmasıdır. Bu kişiye hem BRCA-1 hem de BRCA-2 genlerinin tam bir dizilim analizi yapılmaktadır. Bir mutasyon saptandığı durumda ise genellikle akrabalar sadece o özel mutasyon açısından test edilmektedir. Pozitif test, BRCA mutasyonunun varlığını ortaya koymaktadır. Negatif test sonucu ise, kişinin özel ve ailesel öyküsüne göre yorumlanır ve mutasyon yok ise kadına riskin genel nüfustan fazla olmadığı açıklanmalıdır (38).

BRCA mutasyonu pozitif olan kadınlarda yönetim;

- 18 yaşında başlayarak meme farkındalığını sağlamak,
- 25 yaşından itibaren 6-12 ayda bir KMM yaptırmak,
- 25-29 yaş arası yıllık meme MRG taraması (kontrastlı tercih edilir) veya aile geçmişi temel alınarak MRG veya bireyselleştirilmişse MMG yaptırmak,
- Eğer ailede 30 yaşından önce meme kanseri tanısı var ise, 30-75 yaş arası yıllık kontrastlı MRG ve MMG taraması yaptırmak ve
- 75 yaşından sonra ise, yönetimin bireysel olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (35).

2.5.1.1. Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma

Meme kanseri için yüksek risk altında olan kadınları aşağıdaki şekilde gruplayabiliriz. Bunlar;

- Birinci derece veya ikinci derece kadın yakınları arasında geçirilmiş meme veya over kanseri olanlar,
- Birinci veya ikinci derece yakınları arasında bilateral veya premenopozal meme kanseri olanlar,

- Atipik hiperplazi, lobüler karsinoma insitu ve pozitif gen testi (BRCA1, BRCA2 gen mutasyonu) olan kadınlardır (57).

Meme kanseri için yüksek risk grubunu oluşturan kadınlarda risk azaltıcı farklı yöntemler uygulanmaktadır. Bu tedavilerde asıl amaç; kanserden korunmayı sağlama, sağ kalım süresini ve hayat kalitesini artırmaktır (21).

Yüksek riskli gruba giren kadınlar risk azaltıcı stratejileri seçerken kendileri için en uygun yöntemin hangisi olacağına dair net bir sınır olmadığından, bu süreçte karar vermekte zorlanmaktadırlar. Bir yandan cerrahi dışı prosedürler ile daha iyi bir vücut görüntüsü ve kaliteli bir hayat sağlarken, aynı zamanda ileri evre kanser ve mortalite riski taşıyabilmektedir. Diğer yandan cerrahi yöntemler ile, kansere karşı iyi bir koruma sağlarken, bu yöntemlerin invaziv ve geri dönüşümsüz olmasından kaynaklanan cerrahi morbidite gibi dezavantajlarının olması düşündürücüdür. Bu kişiler sağlık çalışanları tarafından detaylı olarak yararları ve riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Fakat karar müdahale edilmeksizin mutlaka bireye bırakılmalıdır (58).

2.5.1.1.1. Kimyasal Korunma

Tamoksifen: Meme kanserini önlemek amacı ile en sık kullanılan kısmi antiöstrojen özellikli ilaçtır. 1977 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmasından günümüze halen altın kıymetinde görülen bir tedavidir (59). Antiöstrojenik bir madde olan tamoksifenin hastalıksız sağ kalımı ve sağ kalım süresini artırdığı bilinmektedir (60). Yararlarının yanı sıra tamoksifen kullananlarda; bulantı, kusma ve oküler yan etkiler görülebilmektedir. Oluşan bu yan etkilerden bazıları tamoksifen kullanımının bırakılması ile düzelirken bazıları ise devam etmektedir (61).

Raloksifen: Son 10 yılda osteoporoz ve kırıklarda ikinci nesil bir selektif östrojen reseptör modilatörü olarak kullanılan raloksifenin yararını anlayabilmek için çok sayıda çalışma yapılmıştır (21,62,63).

Vogel ve ark.'nın (2006) yüksek riskli ve menopozdaki 19.747 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışma sonucuna göre; tamoksifen ve raloxifen adlı ilaçların meme kanseri üzerine risk azaltıcı etkileri eşit olarak tespit edilmiştir (64). Fakat raloksifenin, tamoksifene göre daha düşük oranda uterus şikayetine, katarakta ve tromboemboliye neden olduğu bilinmektedir (65).

BRCA1/BRCA2 gen mutasyonu olan kadınlarda sık takip yapılarak tamoksifen veya raloksifen kullanımı uygun olan kadınlarda bu ilaçların kullanılması tavsiye edilmektedir (35,66,67).

Hemşireler, bu seçeneği düşünen kadınlara yardımcı olmak için ilaçların faydaları, riskleri ve muhtemel yan etkileri hakkında bilgi vermeyi ihmal etmemelidirler (62).

2.5.1.1.2. Koruyucu Cerrahi

Bilateral Profilaktik Mastektomi: Günümüzde meme kanseri riski yüksek olan bazı kadınlar profilaktik mastektomi yaptırmaya karar vermektedirler. Profilaktik mastektomi, meme kanserinden korunmak için risk grubundaki kadınlarda kanseri engelleyebilmek amacıyla kullanılan yöntemlerdendir. Bu yöntem meme kanseri olma ihtimalini %90 azalttığı için “risk azaltıcı mastektomi” olarak da adlandırılmaktadır. İşlem sırasında sadece meme dokusu çıkarılmakta olup aynı zamanda rekonstrüksiyon uygulaması yapılabilmektedir. Böylece hastanın beden algısında yaşayacağı olumsuz etkiler en aza indirilerek hastanın daha sonra ek bir travma yaşaması önlenmekte ve ikinci bir operasyon ihtiyacı ortadan kalkmaktadır (62).

Hastanın psikososyal olarak etkilendiği unutulmadan karar verme sürecinde operasyonun tüm yarar ve zararları multidisipliner bir yaklaşım ile hastaya açıklanmalıdır (68). Bilateral profilaktik mastektominin morbiditesi düşük olup aynı anda rekonstrüksiyon yapılmış olan vakalarda kozmetik ile doğru orantılı olarak hasta memnuniyetinde de bir artış olmaktadır (10).

Proflaktik Ooferektomi: BRCA 1/2 pozitifliği olan hasta grubunda bilateral proflaktik ooferektomi, meme ve over kanseri olma ihtimalini azaltmak için kullanılan cerrahi bir yöntemdir (10). BRCA-1 ya da BRCA-2 mutasyon taşıyıcısı olan kadınlar gebelik düşünmüyorlar ise, meme kanseri gelişimi ve buna bağlı oluşacak mortalite oranını azaltmak için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem meme kanserini azaltmak amacı ile birçok ülkede çok sık kullanılmaktadır (58). Obermair ve ark.’nın (2014) yaptığı çalışmada, 21.067 primer meme kanserli kadın incelenmiş ve çalışma sonucunda bu yöntemin meme kanserinde mortalite oranını yarı yarıya azalttığı tespit edilmiştir (69).

Birinci derece risk grubunu oluşturan kadınların büyük bir kısmı, koruyucu cerrahiye ve/veya kimyasal korunmaya karşı olduklarını belirtip, gözlem altında kalmayı tercih etmektedirler (14).

2.5.2. İkincil Korunma

İkincil korunmada; gelişmiş olan hastalığın tanısını erken tespit ederek mortalite ve morbidite oranını azaltmak hedeflenmektedir (67). Günümüzde meme kanseri tanısı basit tarama yöntemleri ile kısa zamanda konulmaktadır. Bu sayede erken dönemde tedaviye başlanmakta ve böylece hastalığın toplumdaki yükü de azalmaktadır (70).

2.5.2.1.Risk Değerlendirme Modelleri

Meme kanserinde risk düzeylerini belirleyerek bu konuda koruyucu önlemler almak meme kanseri insidansının ve mortalitesinin azalmasında büyük öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunucularının, yüksek risk altında oldukları belirlenen kadınlar için klinik uygulamalara karar vermelerinde de yol gösterici olmaktadır (71,72). Birkaç önemli tıbbi karar, bir kadında altta yatan meme kanseri riskini etkileyebilir. Bu kararlar, menopoz sonrası hormon replasman tedavisini ne zaman kullanmak gerektiği, mamografi taramasına ne zaman başlanması gerektiği, meme kanserini önlemek için tamoksifen ne zaman kullanmak gerektiği ve meme kanserini önlemek için ne zaman profilaktik mastektomi yapmak gerektiği gibi konuları içermektedir (38).

Özellikle yüksek risk oluşturan ailesel meme kanseri riskini belirlemek düşünülen olumsuz algıyı değiştirmektedir. Van Erkelens ve ark.'nın (2017) çalışmasında kadınların mamografi taramaları için yaptıkları ziyaretten önce, hemen sonra ve 2 hafta sonra kadınlara ailesel risklerini belirlemek ve olumsuz algıyı azaltmak için e-posta yöntemi ile bir anket uygulamışlar. Bu çalışmanın sonucunda ailesel meme kanseri belirlenen kadınlarda stres, anksiyete ve risk algılama durumlarının azaldığı görülmüştür (73).

Risk belirlemesi yapmak için değişik araçlar geliştirilmiştir. Bu araçlardan bazıları ek risk faktörlerini içermesine rağmen danışmanlık amacıyla, yol göstermeyi hedeflemekte olup günümüzde de kullanılmaktadır (74).

2.5.2.1.1. Gail Modeli

Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi için sık kullanılan risk belirleme araçlarından birisi Gail modelidir. Gail ve arkadaşları tarafından 1973-1980 yılları arası tarama amacı ile mamografi yapılmış olan 284.780 kadının verileri incelenerek 1989 yılında oluşturulmuş bir modeldir (21). Gail modeli ile risk faktörlerinden birçoğu incelenmektedir. İncelenen bu risk faktörleri; yaş, ırk, menarş yaşı, ilk tam dönem hamilelik yaşı veya nulliparite, meme kanseri olan birinci derece yakın sayısı, daha önceki meme biyopsilerin sayısı ve sonucu şeklinde sıralanabilir (21,66).

Modelin baba tarafında ve birinci derece yakınlarda olan kanser öyküsünü değerlendirmemesi ise yetersiz yanlarındandır (37).

Gail modeline göre; bir kadının, 5 yıllık süre içinde meme kanseri olma riski %1,67'nin üzerinde hesaplanmış ise, önümüzdeki 5 yıllık süreçte meme kanseri olma riski yüksektir. Risk %30'dan fazla hesaplanmış ise kadın meme kanseri yönünden tüm hayatı boyunca yüksek risk taşımaktadır (8,66).

Ülkemizde bu model kullanılarak Açıkgöz ve Ergör (2010) tarafından, 35- 69 yaş arası 250 kadın ile yapılan çalışmada kadınların bireye ait meme kanseri risk algısı ile Gail modeline göre yaşamı boyunca meme kanseri risk düzeyi arasındaki ilişki anlamlı ($p<0,01$) bulunmuştur (72).

2.5.2.1.2. Claus Modeli

Bu model 1980-1982 yılları arasında kayıt yapılan meme kanseri hastalarını içeren kanser ve steroid hormon çalışması verileri ile oluşturulmuştur. Orijinal model, sadece meme kanseri aile öyküsünü içerirken, son güncellenen şeklinde over kanseri ile ilgili veriler de eklenmiştir (21). Claus modeli 1. ve 2. dereceden 2 adet akrabada meme kanseri öyküsü, bunların anne veya baba tarafından olması ve bu kişilerin kansere yakalanma yaşlarına bakılarak hazırlanmıştır (37).

Bu modelin en büyük sınırlılığı ise genetik dışındaki diğer risk faktörlerini içermemesidir. Bu yüzden Claus modeli ile sadece, ailesinde kanser hikayesi olanların değerlendirilmesi daha uygundur (74).

Gail ve Claus modelleri arasındaki uyum oldukça zayıf olarak görülmektedir. Risk belirlemede farklılık oluşturan konular ise; nullipar, multiple benign meme biyopsileri ve güçlü paternal veya birinci derece aile öyküsü olan kadınlar olarak

sıralanabilir (21). Gail ve Claus modelleri, BRCA1 ve BRCA2 genleri bulunmadan önce oluşturulmuş oldukları için bu konuda yetersizlikleri vardır. Genetik mutasyonlar tanımlandıktan sonra BRCA1 ve BRCA2 genlerinin bulunma olasılığını tahmin eden farklı modeller geliştirilmiştir (37).

2.5.2.1.3. Tyrer-Cuzick Modeli

Bu modelde aile hikayesi, hormonal faktörler, benign meme hastalığı, BRCA1 ve 2 gen mutasyonu ile birlikte düşük geçişli genlere ait değişkenler belirlenerek risk düzeyi hesaplanmaktadır. Bütün risk faktörlerini değerlendirerek hesaplayan bir model olmasından dolayı Gail ve Claus modelleri ile kıyaslandığında daha başarılı olduğu düşünülmektedir (37,74).

2.5.2.2. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde morbidite ve mortaliteyi azaltmada en etkin yol tanıyı erken tespit etmektir. Tarama yöntemleri sayesinde tanıların %63,7'si ilerlemeden tespit edilmektedir. Erken evrede tespit edilen hastaların 5 yıllık yaşam beklentileri %97,9'dur (75). Bunu sağlayabilmek taramaların düzenli olarak yapılması ile mümkün olur. Çünkü meme kanserinin erken evrede yakalanması başarılı tedavi sağlanması açısından oldukça önemlidir.

Hastalığın erken tanısı için kadınların tanıya yönelik tarama yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olması gerekmektedir. KMM ve MMG, meme kanseri erken tanısı için önerilmekte olan temel tarama yöntemlerindendir. KKMM ile ilgili ise günümüzde farklı düşünceler olmasına rağmen hissedilebilen meme tümörlerinin belirlenmesinde kullanımı tavsiye edilmektedir. Ayrıca KKMM gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde birey ve toplumu meme sağlığı konusunda bilinçlendirerek farkındalık sağlamak için kullanılan bir yöntemdir (8). Meme kanserinin erken tespit edilmesi için bu konuda tarama ve kayıt programlarının geliştirilmesi ve belirli standartların oluşturulması büyük önem taşımaktadır (76). Fırsatçı tarama programlarını önleyerek yerine toplumu temel alan organize programların oluşturulması gerekmektedir (77). Ülkemizde bu misyonu Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) yürütmektedir.

KETEM meme kanserinde erken tanı ile sağlıklı ve uzun bir yaşamın sürdürülmesi, memenin korunması ve hayat kalitesinin yükseltilmesini sağlamakta aynı zamanda meme kanserine bağlı ölüm oranlarının azaltılması için çeşitli tarama faaliyetlerini yürütmektedir. 2016 verilerine göre toplam 197 KETEM şubesi mevcut olup, her ilimizde en az birer tane bulunduğu ve 2.017.128 kişinin meme kanseri için yapılan tarama programlarına katıldığı görülmektedir. Bu merkezlerde kanserden korunma ve tarama faaliyetleri konusunda eğitim almış multidisipliner bir ekip çalışmaktadır (2,74). KETEM'e gelen kadınlarda meme kanserinin belirti ve bulgularının değerlendirilmesi sırasında fizik muayene ve çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır (78). Bu yöntemler kullanılarak kitle saptandığında ise meme kanseri olarak ele alınıp ciddi araştırmaların yapılması ve hastanın doğru merkezlere yönlendirilmesi sağlanmaktadır (79).

Amerikan Kanser Birliği ve Amerikan Kanser Enstitüsü; hiçbir belirti taşımayan kadınlarda 40 yaş ve üzerinde mamografiyi her yıl önerirken 20-40 yaş arasında olan kadınlarda üç yılda bir, 40 yaş sonrasında da bu konuda eğitim almış sağlık çalışanlarına yılda bir kez KMM yaptırmalarını tavsiye etmektedir. Ayrıca 20 yaşından itibaren sağlık çalışanı tarafından eğitim alan kadınların KKMM yapmalarını da önermektedir (9).

Ulusal Türk Kılavuzuna göre ise; meme kanseri tarama programı kapsamında kadınların 40 yaşında taramaya başlaması ve 69 yaşına kadar yılda bir kez tarama programlarına katılmaları tavsiye edilmektedir (2).

Ulusal kanser tarama programı sayesinde erken tanı ve tarama hizmetlerine ulaşılması günümüzde daha kolay ve ücretsizdir. Fakat bu olanaklara rağmen, kadınların taramalara katılım oranları hedeflenen rakamların oldukça aşağısında kalmaktadır (80). Kadınlarda tarama programlarının etkin olması için bu konuda farkındalık düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Özellikle meme kanseri açısından birinci derece riskli grupların belirlenerek bu kadınların tarama programlarına katılmaları konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem taşımaktadır (81). Literatüre bakıldığında meme kanseri taramalarını etkileyen en önemli etkenin sağlık inançları olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili Karasu ve ark.'nın (2015) Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 135 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin yalnızca dörtte bir oranında KKMM konusunda bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir (82). Kolutek

ve Aydın Avcı'nın (2015) 153 kadın ile görüşerek yaptığı çalışmada; kadınların yakınlarının %10,5'inde meme kanseri olmasına rağmen, kadınların KKMM'yi hiç yapmadıklarını tespit etmişlerdir (80).

2.5.2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Meme kanserinin erken tespitinde KKMM; kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zaman kaybına neden olmaması, fiziksel enerji harcanmaması, profesyonel yardım gerektirmemesi ve ekonomik olması nedeni ile avantajlı bir yöntemdir. Fakat bu yöntemin başarılı olması için düzenli ve belirli aralıklar ile uygulanması, kişilerin meme muayenesine istekli olmaları ve muayene tekniklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir (78). Kadınlara muayene sırasında memelerinde bir değişiklik saptamaları durumunda sağlık çalışanlarına haber vermeleri gerektiği açıklanmalıdır (79). KKMM hakkında dünyada çeşitli fikir ayrılıkları vardır. Amerikan Kanser Derneği (ACS) ve Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı 20 yaşından itibaren ayda bir defa düzenli olarak KKMM yapılmasını tavsiye etmektedir. Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kılavuzu ise meme kanserinde mortalite oranlarında bir farklılığa neden olmadığı için KKMM yapılmasını önermemektedir (83).

Günümüzde meme kanserlerinin %70'i hastanın KKMM yapması esnasında saptanmakta olup dikkate alınması gereken bir durumdur (84). KKMM uygulamalarına yönelik literatürde, kadınların çoğunun bu yöntemin ne olduğunu bildikleri, fakat çok az bir kısmının düzenli olarak uyguladıkları tespit edilmiştir (53). Ülkemizde Aksoy ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmaya katılan kadınların sadece %31,9'u düzenli olarak her ay KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir (70). Alan ve ark.'nın (2016) yurtdışı kalan üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmanın sonucunda KKMM yapma oranı %37 olarak bulunmuştur (85). Bu neden ile kadınlara KKMM hakkında bilgi verilmesi önem taşımaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler; kadınla karşılaştığı her alanda, KKMM'nin kadınlara öğretilmesinde ve davranış olarak kazandırılmasında çok büyük bir role sahip olduğunu unutmamalıdır (53,86).

2.5.2.2.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM, sağlık çalışanı (hekim, hemşire) tarafından yapılan fiziksel meme muayene yöntemidir. Meme muayenesinde amaç, özellikle memede kitle yakınması ile

2.5.2.2.3. Mamografi (MMG)

Hem tarama amaçlı hem de tanı koyma amaçlı olarak kullanılan mamografi Kuzey Amerika'da 1960'lardan beri kullanılmaktadır (38,84). MMG her türlü meme lezyonunun araştırılmasında ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemi olmalıdır. Fakat ucuz, yaygın ve kolay ulaşılabilir olmasına rağmen benign ve malign lezyonların ayırımı sırasında çok etkili olmamaktadır. Optimum şartlarda uygulanırsa kadınlar için erken evrede en etkili ve en iyi görüntüleme yöntemidir. En sık karşılaşılan problem ise genç hastalarda, cerrahi ya da radyoterapi görmüş memenin değerlendirilmesi sırasında yaşanmaktadır. Günümüzde tarama amaçlı mamografinin yaygınlaşması ile meme kanseri erken evrede tespit edilmektedir. Son yıllarda tarama amacı ile yapılan mamografiler sonucunda meme kanserinin mortalitesi %8,1 azalmıştır (78).

Townsend ve ark.'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada, ailelerinde meme ya da over kanseri olan kadınların mamografi taramalarına katılım oranlarının 1,6 kat daha fazla olduğu görülmeye rağmen kadınların olumlu davranış sergilemedikleri tespit edilmiştir (75,87).

Mersin ve ark. (2015) retrospektif olarak yaptıkları çalışmada meme kanserinde son 10 yıl içinde meydana gelen farklılıkları belirlemeye çalışmışlardır. Bu çalışma sonucunda hastalarda genç nüfusun arttığı ve premenopozal hastaların toplam hastalar arasındaki oranının düştüğü, tanı sırasındaki tümör çapında azalma görüldüğü, boyutu 2 cm ve daha küçük olan hastaların sayısında artış olurken daha büyük tümöre sahip hasta sayısında azalma olduğu gibi bulgular elde edilmiştir. Bu bulguların oluşmasında tanı ve tarama amaçlı kullanılan mamografinin daha sık kullanılmasının etkili olabileceğini ifade etmişlerdir (88). Khoshravesh ve ark. (2016) İran'da 50 yaş üzeri 1507 kadınla MMG'nin tekrarlanması üzerine yaptıkları kesitsel çalışma sonucunda MMG tekrarının morbiditeyi azaltmada etkili olduğu fakat risk algısının MMG yaptırmayı etkilemediği sonucuna varılmıştır (89).

2.5.2.2.4. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Meme görüntülenmesinde son yıllarda giderek önem kazanmıştır. MMG'ye ek fonksiyonel bilgiler de verebilmesi kullanım oranındaki artışın en önemli nedenidir. Maliyet-yararlılık oranı göz önüne alındığında ancak bazı durumlarda kullanılabilir. MRG incelemesi premenopozal hastalarda kullanılırken hormonal değişikliklerden

etkileneceği unutulmamalıdır. Mestruel siklusun proliferatif fazında normal meme dokusunda da kontrast tutulumu olmaktadır. Bu nedenle MRG siklusun 6-16 günleri arasında yapılmalıdır (52).

ACS'nin hazırlamış olduğu rehber, meme kanserinin MMG'ye ek olarak MRG ile taranmasına yönelik detaylı bilgiler içermektedir. Bu rehber genel olarak günümüzde de kabul görmektedir (10).

2.5.2.2.5. Ultrasonografi (USG)

Ses dalgalarından yararlanılarak meme görüntüsünün elde edilmesi yöntemidir. Çeşitli uluslararası rehberler USG'nin, tarama amaçlı, özellikle MMG'ye ilaveten kullanılması gereken bir yöntem olduğundan bahsetmiştir (10,53).

2.5.3. Üçüncül Korunma (Rehabilitasyon)

Üçüncül korunmanın amacı ise hastalarda maximum tedavi ve rehabilitasyonun yapılmasını sağlamaktır. Bu hastalığa bağlı olarak gelişebilecek beklenenden erken ölüm ve oluşabilecek sakatlık durumunu engellemektir (19). Charmes ve ark. (2003) birinci derece yakınlarının içerisinde meme kanseri olan kadınları meme kanserli yakınları ile uygun iletişime geçemediklerini, tedavi ve rehabilitasyonları sırasında yakınlarına destek olamadıklarını ifade etmişlerdir (90). Hemşireler bu gereksinimlerin karşılanmasını sağlamak için genetik testlerin sonuçları gibi tarama faaliyetlerinde ve aile bireylerinin eğitimi sırasında yer almalıdırlar (62).

2.6.Yüksek Riskli Kadınlarda Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirelik Girişimleri

Kadınların meme kanserinden dolayı yaşadıkları korku ve anksiyeteyi eşlerine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz olarak etkiledikleri, bu nedenle meme kanserinin aile hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiğinden bahsedilmektedir. Yaşanan anksiyete düzeyi kadının daha önce yaşamış olduğu deneyimlere, meme kanseri olan yakınıyla ilişkisine, meme kanserine diğer aile bireylerinin yaklaşımlarına, baş etme mekanizmasına ve destek sistemlerini içine alan birden fazla etkene bağlıdır (14). Kadınlarda meme kanseri erken tanı ve tarama programlarına katılım oranlarına bakıldığında bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu düşük oranın sebebi

olarak gösterilen nedenler arasında korku, ulaşım olanaklarının azlığı, kanser ve erken tanı gibi konularda bilgi eksikliklerinin olduğu ifade edilmiştir (80). Bu eksiklerin giderilmesinde hasta ve ailesiyle daha yakın iletişim kurma imkanına sahip hemşirelere büyük görev düştüğü söylenebilir. Meme kanserinde kadınların farkındalık düzeylerini yükseltebilmek için, hemşireler ilk olarak iyi birer rol model olmaya çalışmalıdırlar. Hemşireler; meme kanseri için düzenlenen tarama programlarında rehber olarak, onların bilgi gereksinimlerini belirleyip, erken tanı ve teşhis yöntemlerini öğretmek gibi sorumlulukları olduğunu unutmamalıdırlar. Bu kapsamda sağlık ekibinin temel üyelerinden olan hemşireler sağlığı geliştirici davranışların yükseltilmesi için meme kanserini önlemek ve erken dönemde tespit edebilmek için eğitimler düzenlemelidir (91).

Bir bireyin hastalığı yalnızca hasta olan bireyi değil aynı zamanda onun tüm ailesini ve onların refah düzeyini de etkilemektedir. Bu durum akılda tutularak aileler ihtiyaçları yönünden desteklenmelidir. 24 saat hasta ve hasta yakınlarıyla beraber olan hemşireler, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve onlara daha iyi danışmanlık vermek için çalışmalıdır. Özellikle genetik geçiş gösteren hastalığa sahip hastaların yakınlarında bilgi ve destek gereksinimlerinin daha fazla olduğunu unutulmamalı ve emosyonel destek sağlanmalıdır. Çünkü hasta yakınları kendileri ve diğer aile bireylerinde de her an bu hastalığın olabileceği endişesini taşımaktadırlar (92).

Meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarından 128 kadını inceleyen Tunin ve ark. (2009) yüksek risk grubunu oluşturan bu kadınlarda bilgi, danışmanlık, duygusal destek gibi ihtiyaçların arttığı ve kadınların multidisipliner bir yaklaşıma gereksinimlerinin olduğu sonucuna ulaşmıştır (93).

Hemşireler bulundukları topluma göre meme kanserine yönelik taramaları engelleyen nedenleri tespit edip, kadınların meme kanseri tarama programlarına olan katılım oranlarını artırarak erken tanı almalarını sağlayabilirler. Ayrıca meme kanseri riski yüksek olan kadınların gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerin karşılanmasına yardımcı olarak risk durumlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir. Yüksek risk altında olan kadınlara güven vererek rahatlamalarını sağlayabilirler aynı zamanda bakımlarına ilişkin memnuniyet düzeylerini de artırabilirler. Böylece kadınlara

verilen danışmanlık sayesinde onların tarama rehberlerine uyumu ve meme kanseri riskinden kaynaklanan anksiyete seviyeleri azaltılmış olur (14).

Çizelge 2.1. Meme kanseri yüksek olan kadınlara uygulanabilecek hemşirelik girişimleri (94,95).

Uzun Süreli Gözlem	· İyi bir aile öyküsü olarak genetik yatkınlık düzeyleri tespit edilmeli, · Risk durumlarının farkına varabilmeleri için eğitimler düzenlenmeli, · Genetik test öncesi ve sonrası gerekli olan eğitimler verilmeli, · Kanıta dayalı yeterli bilgi sağlama ve klinik uygulama yöntemleri önerilmeli, · Karar vermeleri sırasında yarar ve zararları göstererek rehberlik edilmeli, · Toplumun kültürlerine uygun eğitimler geliştirilmeli, · Bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemeleri sağlanmalı, · Farkındalık düzeylerini artırmak için çeşitli tarama faaliyetleri düzenlenmeli ve katılımları sağlanmalı, · Doğru değerlendirmeyi yaparak risk seviyeleri belirlenmeli, · Olumlu davranış değişiklikleri geliştirmeleri sağlanmalı, · Menopoz belirti ve bulgularını, hormonal olmayan yöntemler ile yönetebilmeleri için eğitimler verilmeli, · Kadınların duygularını ifade etmeleri sağlanarak aktif dinleme gibi yöntemler ile anksiyeteleri yönetilmeli, · Kimyasal korunma, genetik test veya profilaktik cerrahi gibi konularda karar verme sırasında rehber olunmalıdır.
Proflaktik Cerrahi	· Kadınlar için cerrahi işlemlerin gerekçesini açıklayarak uygunluk durumunun tespit edilmesine yardımcı olunmalı, fakat kararı müdahale etmeden bireye bırakılmalı, · Genetik danışmana, plastik cerraha, ruh sağlığı uzmanı gibi danışmanlık almaları gereken ekibe yönlendirilmeli, · Mastektomi, ooferektomi, rekonstriksiyon gibi cerrahi işlemlerle ilgili ameliyat öncesi eğitim düzenlenmelidir.
Kimyasal Korunma	· Kimyasal korunma yönteminin beraberinde getirdiği olumlu ve olumsuz yönler açıklanmalı ve yarar-zarar oranları gösterilmeli, · Kimyasal korunmaya bağlı oluşan olumsuzlukları tanımaları sağlamalı ve böyle bir durumda sağlık profesyonellerine hemen bildirilmesi hakkında eğitim (vaginal kanama, bacak ağrısı veya rahatsızlık, görme bozuklukları) verilmeli, · Yan etkilerin (sıcak basması, vaginal kuruluk) yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli, · Kadınların tedavileri boyunca tedaviye uyum sağlamaları için destek olunmalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Çalışma; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2 ve Cerrahi Onkoloji Servislerinde yürütülmüştür. Cerrahi Onkoloji servisi Genel Cerrahi 2 Servisi içerisinde hizmet vermektedir. Genel Cerrahi 1 ve 2 servisleri toplam 74 yataklıdır. Servislerde gündüz 08-16 vardiyasında 8, 16-08 vardiyasında ise 4 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına başvuru yapıp yatışı uygun görülen meme kanseri tanısı almış kadınların birinci derece kadın yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 110 kadın hasta yakını oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine dahil edilme kriterleri;

1. Araştırmaya katılmayı kabul etme,
2. 18 yaşından büyük olma,
3. İletişim kurabilme,
4. Bir veya daha fazla birinci derece yakınında meme kanseri olma,
5. Kendisinde meme kanseri olmama.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanması sırasında kadınlara ait bilgileri kapsayan ve literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. On kadına ön uygulama yapılmış, elde edilen veriler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Kişisel bilgi formu; kadınların yaşı, eğitim seviyeleri, medeni durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, meme kanserli olan birinci derece yakınlarının sayısı ve kim olduğu, KKMM yapma durumu ve yapıyorsa yapma sıklığı, daha önce meme kanseri risklerine ilişkin destek alıp almadığı, destek almış ise kimden destek aldığı gibi meme kanserinde farkındalığa yönelik hazırlanmış toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (Ek-2)

BDGÖ, Chalmers ve ark. (2001) tarafından birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığını belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Bu ölçek likert tipte olup; “Gereksinimlerin Önemi” ve “Gereksinimlerin Karşılanması” olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır (15).

1.Gereksinimlerin Önemi Ölçeği: Bu ölçek, 29 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin ilk 18 maddesi bilgi gereksinimini, diğer 11 maddesi ise destek gereksinimini belirlemeye yöneliktir (15). Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin her bir maddesi 1 ile 4 arasında puan (“1=önemli değil”, “2=az önemli”, “3=biraz önemli”, “4=çok önemli”) almaktadır.

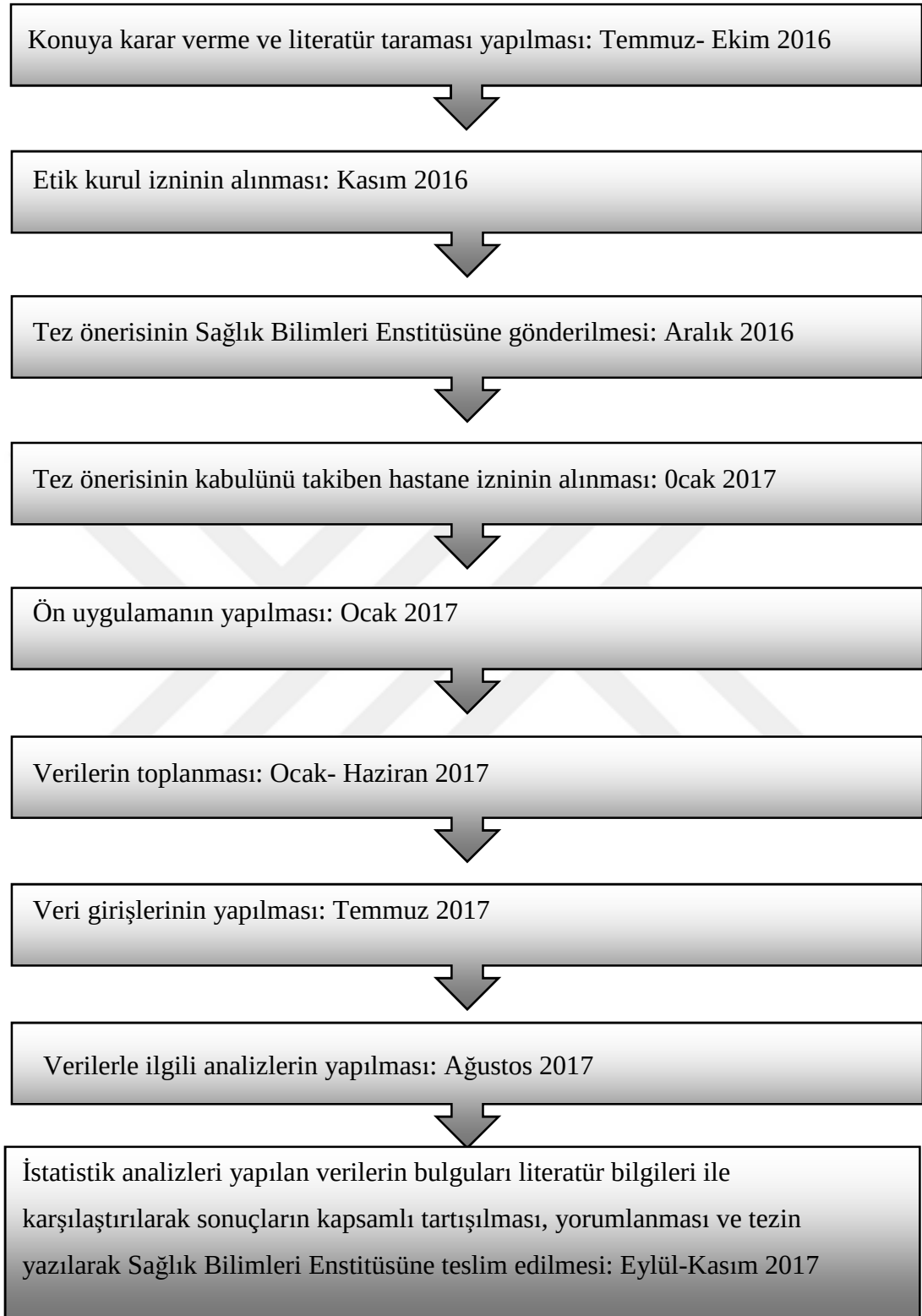
2.Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği: Bu ölçekte de Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nde yer alan aynı maddeler kullanılmaktadır. Fakat bu kısımda gereksinimlerin ne derece karşılandığı tespit edilmektedir (15). Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin her bir maddesi 1 ile 4 arasında puan (“1=hiç karşılanmadı”, “2=az karşılandı”, “3=biraz karşılandı”, “4=tamamen karşılandı”) almaktadır.

Her iki ölçekte de her madde tüm katılımcılar açısından uygulanabilecek nitelikte olmayacağından “0=uygulanabilir değil” seçeneği de bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların ilk olarak bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi; daha sonra da hangi oranda karşılandığı belirlenir. Ölçeklerden toplam puan elde edilmemekte her bir madde için puan ortalamaları hesaplanarak “gereksinimlerin önemi” ve “gereksinimlerin karşılanması” öncelik sıralamaları yapılmaktadır (15).

Zorukoş ve Karayurt tarafından (2008) Türkçe’ye uyarlanan Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin Cronbach Alfa katsayısı 0,81, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin Cronbach Alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (94). Çalışmamızda ise Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin Cronbach Alfa katsayısı 0,88, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin Cronbach Alfa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde yatmakta olan meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarından, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan toplanmıştır. Katılımcılara uygun oldukları zamanda görüşmenin amacı açıklanıp sözlü onamları alındıktan sonra anket formları uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anlaşılmayan bir durumda, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Veri toplama sürecinde bir kadın ile görüşme yaklaşık olarak 30 dakika sürmüştür.



Şekil 2.5. Araştırma Planı ve Takvimi

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 programında analiz edilmiştir. Verilerin analizi sırasında tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Zorukoş Tokkaya'dan mail yolu ile izin alınmıştır (EK-3). Araştırmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK-4), Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (EK-5). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; çalışma grubunda yer alan kadınların tanıtıcı özellikleri, bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi ile karşılanmalarına ilişkin olarak verdikleri cevapların maddelerinin puan ortalamaları yer almaktadır.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma grubuna alınan birinci derece yakını meme kanseri olan 110 kadının yaş grupları, eğitim seviyeleri, aile yapıları, çalışma durumları, gelir düzeyleri, medeni durumları, meme kanseri olan birinci derece yakın sayıları, yakınlık dereceleri, KKMM yapma sıklıkları ve destek alma durumları incelenmiştir. Araştırmada yer alan kadınların bu tanıtıcı özellikleri Çizelge 4.1.'de verilmiştir.

Çizelge 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler (n=110)	Sayı	Yüzde (%)
Yaş		
18-30	31	28,2
31-45	34	30,9
46-60	28	25,4
61-68	17	15,5
Eğitim Durumu		
İlkokul	38	34,5
Orta okul	14	12,7
Lise	28	25,5
Üniversite ve üzeri	30	27,3
Medeni Durum		
Evli	67	60,9
Bekar	43	39,1
Aile Yapısı		
Çekirdek aile	88	80
Geniş aile	22	20
Çalışma Durumu		
Çalışan	26	23,7
Çalışmayan	84	76,3
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	29	26,4
Gelir gidere denk	71	64,5
Gelir giderden fazla	10	9,1
Meme Kanseri Olan Birinci Derece Yakın Sayısı		
1	91	82,7
2	15	13,7
3 ve üzeri	4	3,6
Meme Kanseri Olan Birinci Derece Yakını		
Anne	50	45,5
Kız	16	14,5
Kız kardeş/ kız kardeşler	43	39,1
Hem anne hem de kız kardeş/ kız kardeşler	1	0,9
KKMM Yapma Durumu		
Yapmayanlar	49	44,5
Her ay	21	19,1
Yılda birkaç defa	29	26,4
Yılda bir defa	11	10,0
Destek Alma Durumu		
Destek almayanlar	76	69,1
Doktordan alanlar	21	19,1
Hemşireden alanlar	5	4,6
Aileden alanlar	4	3,6
Arkadaştan alanlar	4	3,6

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $41,31 \pm 14,54$ olup, %30,9'unun 31-45 yaş arasında olduğu, %34,5'inin ilkokul mezunu, %60,9'unun evli ve %80'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların %76,3'ünün çalışmadığı ve %64,5'inin gelir seviyelerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.).

Çalışmaya alınan kadınların %82,7'sinin 1 yakınında meme kanseri görüldüğü ve %45,5'inin annesinde, %39,1'inin ise kız kardeşinde meme kanseri olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1.).

KKMM yapma durumlarına bakıldığında ise çalışmaya katılan kadınların %44,5'i (n=49) KKMM yapmadıklarını belirtmişlerdir. Kadınlardan %19,1'inin (n=21) her ay, %26,4'ünün (n=29) yılda birkaç defa, %10'unun (n=11) yılda bir defa KKMM yaptığı saptanmıştır (Çizelge 4.1.).

Kadınların %69,1'i (n=76) daha önce meme kanseri riski ile ilgili herhangi bir destek almadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar destek aldıkları kişileri; %19,1'i (n=21) doktorlar ve %4,6'sı (n=5) hemşireler olarak sıralamaktadır (Çizelge 4.1.).

4.2. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ve Karşılama Düzeylerinin Madde Puan Ortalamaları

Çizelge 4.2. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ve Karşılama Düzeylerinin Madde Puan Ortalamaları

	Gereksinimlerin Önemi		Gereksinimlerin Karşılama Düzeyi	
	Bilgi Gereksinimi	Destek Gereksinimi	Bilgi Gereksinimi	Destek Gereksinimi
Madde Sayısı	18	11	18	11
Bilgi ve Destek Gereksinimleri Önem Düzeyi	$3,68 \pm 0,36$	$3,24 \pm 0,58$	$2,28 \pm 0,35$	$1,93 \pm 0,34$

Ölçekte toplam 29 madde bulunmaktadır. İlk 18 madde bilgi gereksinimini ifade ederken, diğer 11 madde ise destek gereksinimini ifade etmektedir. Çalışma örneklemine aldığımız kadınların bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarının ($3,68 \pm 0,36$) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarından ($3,24 \pm 0,58$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamaları ($2,28 \pm 0,35$), destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından ($1,93 \pm 0,34$) daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.2.)

4.3. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların bilgi ve destek gereksinimleri önemi ölçeğine verdikleri cevapların madde puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sıralanması Çizelge 4.3.'de verilmiştir.

Çizelge 4.3. Bilgi (1-18) ve Destek (19-29) Gereksinimlerinin Önemi Ölçeğinin Madde Puan Ortalamalarının Sıralaması

Madde No	Gereksinimlerin Önemi	Ortalama	Standart Sapma
1*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3,87	0,43
12*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	3,87	0,39
13*	Meme kanseri olan yakınımın nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	3,87	0,41
4*	Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) hakkında bilgi.	3,86	0,46
5*	Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) ve hastalığın fiziksel belirtileri	3,85	0,54
10*	Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3,80	0,59
6*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3,78	0,58
9*	Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	3,75	0,72
2*	Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi	3,73	0,62
21**	Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşiresi vs.).	3,67	0,65
15*	Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	3,65	0,77
7*	Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	3,63	0,86
23**	Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	3,63	0,70
14*	Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.).	3,62	0,70
3*	Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.).	3,61	0,68
24**	Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi.	3,59	0,84

Çizelge 4.3.(devamı)

26**	Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	3,56	0,82
16*	Mamografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).	3,53	0,81
17*	Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	3,52	0,83
11*	Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarında yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	3,51	0,79
8*	Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3,50	0,90
28**	İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	3,49	0,88
18*	Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	3,44	0,89
27**	Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması.	3,43	0,96
22**	Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	3,24	0,93
19**	Mamografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	2,99	1,03
29**	Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	2,87	1,28
20**	Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	2,77	1,06
25**	Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.	2,45	1,20

*Bilgi gereksinimi maddeleri **Destek gereksinimi maddeleri

Çalışmaya katılan kadınların çok önemli olarak belirttikleri bilgi gereksinim maddelerinden ilk sırayı aynı puan ortalamasına (3,87) sahip 3 madde almıştır. Bunlar “Meme kanseri olan yakınım ile yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi”, “Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi” ve “Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi” maddeleridir. İkinci sırayı “Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri hakkında bilgi” (3,86 ±0,46) ve üçüncü sırayı “Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi” (3,85 ±0,54) olmuştur (Çizelge 4.3.).

Destek gereksinimi maddeleri arasında kadınlar tarafından en çok önem arz ettiği belirtilen ilk üç madde ise; ilk sırada “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” (3,67 ±0,65), ikinci sırada “Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek

olunması” (3,63±0,70) ve üçüncü sırada “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” (3,59 ±0,84) yer almıştır (Çizelge 4.3.).

4.4. Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılama Düzeyinin Önemi İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinin önemi ölçeğine verdikleri cevapların madde puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe doğru sıralanarak Çizelge 4.4.’de verilmiştir.

Çizelge 4.4. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Karşılama Ölçeğinin Madde Puan Ortalamalarının Sıralaması

Madde No	Gereksinimlerin Karşılama Düzeyi	Ortalama	Standart Sapma
26**	Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	3,36	0,75
15*	Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	3,27	0,90
16*	Mamografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım).	3,15	0,95
17*	Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	3,12	0,76
22**	Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	2,88	0,85
11*	Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarında yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	2,83	0,54
14*	Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn; yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.).	2,75	0,55
5*	Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke depresyon vs.) ve hastalığın fiziksel belirtileri	2,59	0,51
3*	Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.).	2,53	0,57
21**	Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşiresi vs.).	2,52	1,09
2*	Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi.	2,45	0,66
23**	Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	2,45	0,92
4*	Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs.) hakkında bilgi.	2,42	0,60
28**	İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	2,39	0,85

Çizelge 4.4.(devamı)

27**	Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması.	2,37	0,91
7*	Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	2,19	0,57
9*	Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	2,07	0,59
6*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	2,05	0,71
1*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1,81	0,63
8*	Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1,81	0,68
10*	Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1,64	0,67
18*	Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	1,53	0,69
13*	Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	1,50	0,60
12*	Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	1,47	0,66
29**	Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	1,15	0,47
24**	Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi.	1,10	0,33
25**	Bana destek olabilecek bir gruba katılmam.	1,01	0,10
19**	Mamografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	1,00	0,00
20**	Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	1,00	0,00

*Bilgi gereksinimi maddeleri **Destek gereksinimi maddeleri

Kadınların daha yüksek oranda karşılandığını belirttikleri bilgi gereksinimi maddelerinin ilk üçü; “Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi” ($3,27 \pm 0,90$), “Mamografi taraması hakkında bilgi” ($3,15 \pm 0,95$) ve “Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” ($3,12 \pm 0,76$) olarak sıralanmaktadır. Daha yüksek oranda karşılandığını ifade ettikleri ilk üç destek gereksinimi maddesine bakacak olursak sırasıyla; birinci sırada “Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması” ($3,36 \pm 0,75$), ikinci sırada “Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” ($2,88 \pm 0,85$) ve üçüncü sırada “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” ($2,52 \pm 1,09$) yer almaktadır (Çizelge 4.4.).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde BDGÖ uygulanan, birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların; “tanıtıcı özellikleri”, “bilgi ve destek gereksinimlerinin önemi” ve “bilgi ve destek gereksinimlerinin karşılanması” ile ilgili bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan kadınların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %30,9’unun 31-45, %28,2’sinin 18-30, %25,4’ünün 46-60 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Literatürde, kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin yaşla birlikte artış gösterdiği ve vakaların %78’ini 50 yaş ve üstündeki kadınların oluşturduğu belirtilmektedir (23). Charmes ve ark.’nın (2001) meme kanseri olan hastaların birinci derece yakınları ile yapmış olduğu çalışmada kadınların yaş ortalamalarının $40 \pm 8,96$ olduğu saptanmıştır (15). Başka bir çalışmada ise Aslan ve ark. (2011) meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarının çoğunluğunun 35-39 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir (13). Bu sonuçlar çalışmamızın bulguları ile paralellik göstermiştir.

Çalışmamız kapsamına alınan kadınların; %34,5’inin ilkokul, %27,3’ünün üniversite ve üzeri, %25,5’inin ise lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ülkemizde 2011 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre kadın nüfusunun %7,6’sının okur-yazar olmadığı, %20,7’sinin okur-yazar olduğu fakat okula gitmediği, %27,8’inin ilkokul, %20,4’ünün orta ve dengi okul, %14,8’inin lise ve dengi okul, %7,8’inin yüksekokul ve fakülte mezunu olduğu belirtilmektedir (96). Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olması ülkemizde ki eğitim düzeyinin doğal bir yansımadır. Charmes ve ark.’nın (2001) meme kanseri olan hastaların birinci derece yakınları ile yapmış olduğu çalışmada kadınların %69’unun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (15). Zorukoş ve ark.’nın (2008) meme kanseri olan hastaların birinci derece yakınları ile yaptıkları çalışmada %62,9’unun ilkokul, %19,6’sının ise lise mezunu olduğu saptanmıştır (94). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %60,9’unun evli, %39,1’inin ise bekar olduğu görülmektedir. Tunin ve ark. (2010) meme kanserli kadınların birinci derece kadın

yakınları ile yapmış oldukları bir çalışmada kadınların %78'inin evli olduğunu belirtmişlerdir (93). Başka bir çalışmada ise Aslan ve ark. (2011) meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarının %57'sinin evli olduğunu belirtmiştir (13). Araştırmamızda ki bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kadınların %76,3'ünün çalışmadığı ve %64,5'inin gelirinin giderine denk olduğu görülmektedir. Bu sonuçların, çalışmayı yaptığımız hastanede tedavi gören hastaların sosyo-ekonomik seviyelerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Benzer şekilde Andıç'ın (2011) meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınları ile yapmış olduğu bir çalışmada da kadınların %54,5'inin çalışmadığı ve %82,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu görülmüştür (57).

Araştırma grubundaki kadınların meme kanseri olan yakın sayıları incelendiğinde; %82,7'sinin bir yakınında meme kanseri olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların meme kanseri olan yakınları ile akrabalık derecelerine bakıldığında %45,5'inin annesinin, %39,1'inin kız kardeşinin meme kanseri olduğu tespit edilmiştir. Charmes ve ark. (2001) yapmış olduğu çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun bir yakınının meme kanseri tanısı aldığını ve %85 gibi bir oranda annelerinde meme kanseri görüldüğünü saptamıştır (15). Andıç'ın (2011) yaptığı çalışmada ise kadınların %96,2'sinin bir yakınında meme kanseri görüldüğü ve %50,6'sının kız kardeşinde, %48,1'inin ise annesinde meme kanseri görüldüğü belirtilmiştir (57). Araştırmamızın bulguları literatür ile yakın sonuçlar göstermektedir. Literatürde, meme kanseri riski açısından, birinci derece yakınlarından kaç kişide meme kanseri bulunduğu ve bu kişilerin hastalığa yakalanma yaşının önemli olduğu belirtilmektedir (10,11).

Çalışmamıza katılan kadınların KKMM yapma durumlarına bakıldığında %44,5'i yapmadıklarını ifade ederken, %26,4'ü yılda birkaç defa, %19,1'i her ay, %10'u ise yılda 1 defa yaptığını ifade etmiştir (Çizelge 4.3.). Aslan ve ark.'nın (2011) yaptığı çalışmada kadınların KKMM yapma oranlarına baktığında %55,3'ünün yaptığını fakat KKMM yapan kadınların %69,9'unun doğru zamanda ve doğru sıklıkta yapmadıklarını saptamıştır (13). Andıç'ın çalışmasında ise (2011) araştırmaya katılan kadınların %36,5'inin KKMM'yi düzenli olarak her ay, %30,8'inin yılda birkaç kez yaptığı, %3,2'sinin ise hiç yapmadığı tespit edilmiştir (57). Araştırmamızdaki kadınların KKMM yöntemlerini uygulama oranlarının yapılan diğer çalışmalar ile benzer nitelikte olduğu görülmektedir. KKMM yapma oranının düşük olması kadınların

bu yöntemi nasıl ve ne amaçla yaptıklarını tam olarak bilmediklerini düşündürebilir. Ya da kanser tanısı almamış olmaları nedeni ile önemsemediklerini düşündürebilir.

Çalışmada kadınların %69,1'i daha önce meme kanseri riski ile ilgili herhangi bir destek almadıklarını ifade ederken; %19,1'i doktorlardan, %4,6'sı hemşirelerden destek aldıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 4.1.). Chalmers ve ark. (2003) çalışmalarında meme kanserli kadınların meme kanseri ile ilgili destek aldıkları kaynağı ilk sırada “aile hekimi”, dördüncü sırada ise “hemşire” olarak belirtmişlerdir (90). Andıç'ın (2011) çalışmasında ise kadınların destek aldıkları kaynaklar arasında en yüksek oranla “aile” ilk sırada yer alırken, “hemşire” dördüncü sırada yer almıştır (57). Araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermektedir. Hemşireden destek aldığını ifade eden kadınların sayısının düşük oranda olması hemşirelerin çalışma şartlarının ağır olmasından ve bu konuda uzmanlaşan meme kanseri hemşirelerinin olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu düşünce literatür tarafından desteklenmektedir (97,98). Bu sonucun ayrıca, tanı aşaması ile başlayan ve tüm tedavisi boyunca hasta ve yakınlarına bilgi-destek sağlayan ve danışmanlık hizmeti veren bu konuda uzmanlaşmış meme bakım hemşirelerinin olmamasına bağlı olduğu da söylenebilir.

5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yer alan kadınların bilgi gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarının ($3,68 \pm 0,36$) destek gereksinimlerinin önemi puan ortalamalarına ($3,24 \pm 0,58$) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 4.2.). Bu çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir (13,57,93).

5.2.1. Bilgi Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmada, kadınların çok önemli olarak belirttikleri bilgi gereksinimlerinin önemi maddeleri arasında; ilk sırada “Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi”, “Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi” ve “Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi” aynı puan ortalaması ile (3,87) yer almıştır. İkinci sırada “Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler

hissedebilecekleri hakkında bilgi” (3,86 $\pm$ 0,46) ve üçüncü sırada ise “Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebileceklerinin” (3,85 $\pm$ 0,54) yer aldığı saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Chalmers ve ark.’nın (2003) yaptıkları çalışmada, katılımcıların çok önemli olarak ifade ettikleri ilk üç madde; “kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi”, “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” ve “Mamografi taraması hakkında bilgi” şeklinde sıralanmıştır (90). Tunin ve ark.’nın (2010) İsrail’de aynı ölçek ile yapmış oldukları çalışmada, kadınların çok önemli olarak belirttikleri ilk üç maddede; “Mamografi taraması hakkında bilgi”, “kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi”, “Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi” olarak sıralanmıştır (93). Andıç’ın (2011) yaptığı çalışmada ise, kadınların çok önemli olarak belirttikleri bilgi gereksinimi maddeleri arasında; ilk sırada “Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi”, ikinci sırada aynı puan ortalamasıyla; “Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi”, “Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi” ve “Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi” ve üçüncü sırada “Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” yer almıştır (57).

Araştırma sonuçları, literatür ile bazı farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar Türk toplumunun kültürel yapısından dolayı kendi riskleri ile ilgilenmeyip yakınlarının hastalığına odaklandığından kaynaklanıyor olabilir. Hasta yakınlarının, hastalarının psikolojik durumları ile ilgilendiklerini ve onlar ile yararlı iletişime geçmeye çalıştıkları düşünülebilir. Bunun yanı sıra, katılımcıların ifadelerinden sağlık profesyonellerinin tedavi ve bakım sırasında hastaların psikolojik durumlarını yeterince değerlendirmedikleri söylenebilir.

5.2.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Önemi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmada destek gereksinimlerinin önemi maddeleri arasında kadınlar tarafından en çok önem arz ettiği düşünülen ilk üç madde; “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık çalışanı tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” (3,67 $\pm$ 0,65), “Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek

olunması” (3,63±0,70) ve “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık çalışanının beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” (3,59±0,84) şeklinde sıralanmaktadır (Çizelge 4.2).

Chalmers ve ark.’nın (2003) yapmış oldukları çalışmada kadınların çok önemli olarak belirttikleri destek gereksiniminde ilk üç madde; “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” ve “Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” şeklinde sıralanmaktadır (90). Tunin ve ark.’nın (2010) çalışmalarında kadınlar tarafından çok önemli olarak görülen destek gereksinimlerinin ilk üç maddesi; “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” ve “Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması” olarak sıralanmaktadır (93). Andıç’ın (2011) yaptığı çalışmada ise kadınların çok önemli olarak belirttikleri ilk üç destek gereksinim maddesi; “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi”, “İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması” ve “Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” olmuştur (57).

Çalışmamıza katılan kadınların destek gereksinimleri literatür ile paralellik göstermektedir. Katılımcıların, sağlık çalışanlarından profesyonel destek ve onay alma ihtiyacı olduğunu düşündürmektedir. Sağlık çalışanının birinci derece risk altında olan kadınlara KKMM yapmayı öğretme, KMM’nin önemini anlatma ve hastalık hakkındaki endişelerine yönelik faaliyetlerde bulunmak için yeterli zaman ayıramadıkları düşünülebilir.

5.3. Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Karşılanma Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma örneklemindeki kadınların genel olarak bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamaları ($2,28 \pm 0,35$), destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyi puan ortalamalarından ($1,93 \pm 0,34$) daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.3). Bu çalışmanın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir ($13,57,93$).

5.3.1. Kadınların Bilgi Gereksinimlerinin Karşılanma Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan kadınların, bilgi gereksiniminin karşılanma düzeyi maddeleri arasında daha yüksek oranda karşılandığını ifade ettikleri ilk üç madde; “Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi” ($3,27 \pm 0,90$), “Mamografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi” ($3,15 \pm 0,95$) ve “Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” ($3,12 \pm 0,76$) şeklinde sıralanmaktadır (Çizelge 4.4).

Chalmers ve ark.’nın (2003) yapmış oldukları çalışmada, kadınların tamamen karşılandığını bildirdikleri karşılanma düzeyi ile ilgili ilk üç madde; “Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi”, “Mamografi taraması hakkında bilgi” ve “daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı değiştirmem gerektiği hakkında bilgi” olmuştur (90). Tunin ve ark.’nın (2010) yaptıkları çalışmada kadınların tamamen karşılandığını belirttikleri maddeler; “mamografi taraması hakkında bilgi”, “Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi” ve “meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi” olmuştur (93). Andıç’ın çalışmasında (2011) ise araştırmaya katılan kadınların tamamen karşılandığını belirttikleri ilk üç madde; “Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi”, “Mamografi taraması hakkında bilgi” ve “Kendimin meme kanseri olma riski hakkında bilgi” şeklinde sıralanmıştır (57).

Araştırmaya katılan kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeyleri yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir ($13,57,90,93$). Bu bulgular bize risk grubunu oluşturan kadınların mamografi ile ilgili yeterli düzeyde bilgi aldıklarını göstermektedir. Tıp bilimindeki ilerlemeler ve sağlık profesyonellerinin alanlarında uzmanlaşması bu konudaki gelişmelere katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınlar tarafından bilgi gereksiniminin karşılanma durumu maddeleri arasında kadınlar tarafından çok düşük oranda karşılandığını belirttikleri üç madde; “Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi” ($1,47 \pm 0,66$), “Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi” ($1,50 \pm 0,60$), “Kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” ($1,53 \pm 0,69$) şeklinde sıralanmaktadır.

Chalmers ve ark.’nın (2003) çalışmasında kadınların hiç karşılanmadığını ifade ettikleri maddeler ise; “Kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi”, “Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi” dir (90). Tunin ve ark.’nın (2010) çalışmalarında kadınlar tarafından hiç karşılanmadığı belirtilen maddeler; “Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi”, “Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi” olmuştur (93). Andıç’ın (2011) çalışmasına katılan kadınların hiç karşılanmadığını belirttikleri ilk üç madde ise; “çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi”, “kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi” ve “kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” şeklinde sıralanmaktadır (57).

Bu bulgular birinci derece risk altında olan kadınların meme kanseri olan yakınları ile yaşadıkları üzüntüyü nasıl konuşup yakınlarına nasıl destek olacakları hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir. Kadınların kendilerinin ve çocuklarının meme kanseri olma riskleri hakkında nasıl konuşmaları gerektiği ve genetik danışmanlık hakkında bilgi gereksinimlerinin çok düşük oranda karşılanması da sağlık çalışanlarının daha çok hastalık ve tedavisi ile ilgili bilgi verip, hasta ve ailesine doğru ve yararlı iletişim konuları hakkında bilgi vermeyi ihmal ettiğini düşündürülebilir. Ayrıca bu bulgular çerçevesinde sağlık çalışanlarının genetik danışmanlık rolünün de hastaların bilgi gereksinimini karşılayacak şekilde sunulmadığı söylenebilir.

5.3.2. Kadınların Destek Gereksinimlerinin Karşılanması ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan kadınlarda destek gereksinimlerinin karşılanma durumu maddeleri arasında daha yüksek oranda karşılandığı belirtilen ilk üç madde; “Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması” ($3,36 \pm 0,75$), “Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” ($2,88 \pm 0,85$) ve “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi” ($2,52 \pm 1,09$) olarak sıralanmıştır (Çizelge 4.3).

Chalmers ve ark.’nın (2003) çalışmasında, kadınların destek gereksinimlerinden tamamen karşılandığını belirttikleri maddeler; “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık çalışanı tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “KKMM’yi düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” ve “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” olmuştur (90). Tunin ve ark.’nın (2010) yapmış oldukları araştırmada ise kadınların tamamen karşılandığını ifade ettikleri maddeler; “Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi”, “Mammografi randevularımın bana hatırlatılması” ve “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” olarak sıralanmıştır (93). Andıç’ın çalışmasında (2011) kadınların tamamen karşılandığını ifade ettikleri maddeler; “Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması”, “Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması” ve “Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması” olmuştur (57).

Çalışmaya katılan kadınlar tarafından destek gereksinimlerinin karşılanma durumu maddeleri arasında hiç karşılanmadığı belirtilen maddeler ise; mammografi randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile) ve kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile) olmuştur (Çizelge 4.3).

Tunin ve ark.’nın (2010) çalışmasında kadınların hiç karşılanmadığını ifade ettikleri maddeler; “İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan

yapmamda bana yardımcı olunması”, “bana destek olabilecek bir gruba katılmam” ve “KKMM yapmamın bana hatırlatılması” olmuştur (93). Andıç’ın çalışmasındaki (2011) kadınlar tarafından hiç karşılanmadığı belirtilen maddeler ise; ilk sırada “Bana destek olabilecek bir gruba katılmam” ve “Mamografi randevularımın bana hatırlatılması”, ikinci sırada “Kendi kendine meme muayenesi yapmamın bana hatırlatılması”, üçüncü sırada ise “Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” yer almaktadır (57).

Araştırmadaki kadınların destek gereksinimleri mamografi randevularının ve KKMM yapmanın hatırlatılması gibi konuları içermekte olup yabancı literatür ile farklılık gösterirken ülkemizde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (57,90,93,95). Bu durum Türkiye’de uygulanan sağlık sistemi içerisinde kadınların mamografi randevularının ve KKMM yapmasının hatırlatılmasına ilişkin herhangi bir uygulamayı içermemesi ile ilgili olduğunu düşündürebilir.

Çalışmanın bulguları hem kültürel farklılıklar hem teknolojik gelişim hem de sağlık sistemindeki yeniliklerden dolayı literatürdeki yabancı çalışmalar ile kısmi farklılıklar göstersede, ülkemizde ve dünya literatüründeki çalışmalarda kadınların meme kanseri konusunda bilgi ve destek gereksinimleri benzerdir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın sonuçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Kadınların %30,9'unun 31-45 yaş arasında, %34,5'inin ilkokul mezunu ve %60,9'unun evli olduğu,
- Birinci derece yakınları meme kanseri olan kadınların %45,5'inin annesinde meme kanseri olduğu,
- Kadınların büyük oranda hiç destek almadığı, hemşirelerden destek alan kadınların ise çok düşük oranda olduğu,
- KKMM'yi her ay düzenli yapan kadınların oranının %19,1 olduğu,
- Kadınların bilgi gereksinimlerinin, destek gereksinimlerinden daha çok önem taşıdığı,
- Kadınların bilgi gereksinimlerinin karşılanma düzeylerinin, destek gereksinimlerinin karşılanma düzeyinden yüksek olduğu,
- Kadınların büyük çoğunluğunun çok önemli olarak belirttikleri bilgi gereksinimi maddelerinin “meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi”, “meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi” ve “meme kanseri olan yakınımın nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi” olduğu ve yakınların hastalarının yaşadığı duyguları anlayarak daha doğru bir iletişim kurmak istedikleri,
- Kadınların en çok ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri destek gereksinimlerinin; konu hakkında bilgisi olan bir sağlık çalışanı tarafından düzenli olarak memelerinin muayene edilmesi, yakınlarının hastalığı ile ilgili endişeleri ile baş etmek için kendilerine destek olunması ve KKMM yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık çalışanı onları izleyerek, doğru yapıp yapmadığını kontrol etmesi olduğu,

- Kadınların hiç karşılanmadığını ifade ettikleri destek gereksinimlerinin ise; MMG randevularının ve KKMM yapmalarının hatırlatılmasının (posta ya da telefon ile) ülkemizdeki sağlık sisteminde yer almayan uygulamalar olduğu.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Meme kanserli kadınların birinci derece kadın yakınlarından iyi bir aile öyküsü alınarak kadınların meme kanseri riskleri açısından değerlendirilmesi,
- Birinci derece risk altında olan kadınlara meme kanserinin nedenleri, tarama, tanılama ve korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmesi,
- Eğitim programları düzenlenirken, BDGÖ ile belirlenen bilgi ve destek gereksinimlerindeki önceliklere göre eğitim konuları belirlenmesi,
- Hemşireler, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara, KKMM yapmayı öğretme, meme kanseri ile ilgi kendisi ve yakını hakkındaki endişelerini azaltmaya yönelik destek verme gibi konuları içeren özel eğitimler düzenlemesi ve eğitimlerin sonuçlarını değerlendirmesi,
- Ülkemizde meme bakım hemşireliğinin aktif duruma getirilerek yaygınlaştırılması ve bu konuda çeşitli eğitim programlarının hazırlanması,
- Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların arttırılması,
- Medya iletişim araçlarının kullanılarak meme kanserinden korunma ve tedavi uygulamalarının geliştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** Breast cancer. Erişim: (<http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>) **2017**. Erişim tarihi: 10.10.2017.
2. **Gültekin M, Boztaş G, Utku EŞ, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, Dündar S, Seymen E.** Türkiye Kanser İstatistikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, Ankara, **2017**.
3. **Smeltzer SC, Bare BG.** *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*. 9th Ed., USA: **2000**;1259-1292.
4. **Aydoğan T, Cakcak E, Şimşek O, Erginöz, E, Aydoğan F, Hatipoğlu S, Kapan S.** Güncel çevresel risk faktörlerinin meme kanserine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **2013**;9:176-182.
5. **Çakır S, Kafadar MT, Arslan ŞN, Türkan A, Kara B, İnan A.** Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, **2016**;2(3):186-194.
6. **Mavaddat N, Pharoah PD, Michailidou K, Tyrer J, Brook MN, Bolla MK, et al.** Prediction of breast cancer risk based on profiling with common genetic variants. *Journal of the National Cancer Institute*, **2015**;107(5):1-15.
7. **Yılmaz MS, Atak N.** The evaluation of risk of breast cancer from the perspective of nutritional factors. *Turkish Journal of Public Health*, **2014**;12(1):51-60.
8. **Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E.** Samsun ilinde yaşayan yirmi yaş üstü kadınların meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2014**;10(4):229-233.
9. **American Cancer Society.** About Breast Cancer, Erişim: (<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>) **2016**. Erişim tarihi: 19.06.2017.
10. **Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B.** Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2011**;7(2):47-61.
11. **Tünel M, Vural A, Evlice YE, Tamam L.** Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2012**;21(3):189-219.
12. **Kılıç D, Sağlam, R, Kara Ö.** The examination of the factors affecting the awareness of breast cancer in college students. *Journal of Breast Health*, **2009**;5(4):195-199.
13. **Aslan G, Çeber E.** Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer. *The Journal of Breast Health*, **2011**;7(1):15-21.
14. **Karayurt Ö, Zorukoş S.** Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi-destek gereksinimlerinin karşılanması. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2008**;4(2):56-61.
15. **Chalmers KI, Luker KA, Leinster S, Ellis I, Booth K.** Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the information and support needs questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, **2001**;35(4):497-507.
16. **Sinicrope PS, Patten CA, Clark LP, Brockman TA.** Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. *Psycho-oncology*, **2009**;18(2):169-78.

17. **Bostean G, Cresp CM, McCarthy WJ.** Associations among family history of cancer, cancer screening and lifestyle behaviors: a population-based study. *Cancer Causes & Control*, **2013**;24(8):1491–1503.
18. **Özcam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B.** Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Istanbul Medical Journal*, **2014**;15(3):154-160.
19. **Kaymakçı Ş.** Meme Hastalıkları. Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., **2011**:975-999.
20. **Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, Çömez S.** Endokrin cerrahisi: meme cerrahisinde bakım. Editör: Eti Aslan F. *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte*. 1. Baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık, **2016**:583- 608.
21. **Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z.** *Meme Hastalıkları Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Ayrıntı Basımevi, **2012**.
22. **Çabuk D, Demir MV, Yaylacı S, Temiz T, Tamer A.** Meme kanseri hastalarımızın retrospektif analizi. *Sakarya Tıp Dergisi*, **2014**;4(1):22-26.
23. **Diñçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E.** Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. *J Kartal TR*, **2014**;25(3):181-186.
24. Kanser İstatistikleri. Erişim: (http://kanser.gov.tr/Dosya/2017Haberler/2017_4_subat.pdf). **2017**. Erişim tarihi: 07.08.2017.
25. **Dean A.** Primary breast cancer: risk factors, diagnosis and management. *Nurs Stand*, **2008**;22(40):47-55.
26. **Somunoğlu S.** Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**;2(5):1-12.
27. **Fejerman L, Stern MC, John EM, Torres-Mejía G, Hines LM, Wolff RK, et al.** Interaction between common breast cancer susceptibility variants, genetic ancestry, and non-genetic risk factors in hispanic women. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, **2015**.
28. **Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P.** Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2009**;5(12):87-91.
29. **Güllüoğlu BM.** Approach to common breast diseases: risk evaluation and screening strategies for breast cancer. *Turkish Journal of Family Practice*, **2008**;12(1):9-17.
30. **Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ.** Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Research and Treatment*, **2017**;165(1):193-200.
31. **Kosova F, Arı Z.** Adipositokinler ve meme kanseri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, **2008**;22(6):377-384.
32. **Kaynaroglu V, Keşkek M, Yorgancı K.** Meme hastalıkları. Editörler: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yarı H, Yüce K. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, **2008**:91-107.
33. **İlgaz A, Gözüm S.** Kanser taramalarında öncelikli hedef birinci derece akrabalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2014**;7(4):345-353. Erişim: (<http://deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/131>.)
34. **Brennan P, Claber O, Brennan T.** Cancer family history triage: a key step in the decision to offer screening and genetic testing. *Fam Cancer*, **2013**;12: 497-502.

35. **National Comprehensive Cancer Network.** Clinical Practice Guidelines in Oncology. Erişim: (https://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/gynecological/english/genetic_familial.pdf) **2017.** Erişim tarihi:07.08.2017.
36. **Brower V.** Breast density gains acceptance as breast cancer risk factor. *Journal of the Nationall Cancer Institute*, **2010**;102(6):374–375.
37. **Demirkazık FB.** Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı?. *Türk Radyoloji Semineri*, **2014**;2:206-216.
38. **Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE.** *Cerrahinin İlkeleri.* Editörler: Geçim İE, Demirkan A. 8. Baskı, İstanbul: Baskı Evi Matbaa Promosyon ve Rek. Hiz. San. Ltd. Şti., **2008.**
39. **Yavuz M, Dolgun E.** Meme kanserinde risk faktörleri ve korunma. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, **2015**;1(1):1-6.
40. **Evans C, Hamilton RJ, Tercyak KP, PeshkinBN, Rabemananjara K, Isaacs C, et al.** Understanding the needs of young women regarding breast cancer risk assessment and genetic testing: convergence and divergence among patient-counselor perceptions and the promise of peer support. *Healthcare*, **2016**;4(3):35.
41. **Purcu DU, Karaca B, Kapkac M, Ozdemir N, Uzunoglu S, Ruchan U.** High-resolution melting analysis for screening of Turkish germline mutations in BRCA1 and BRCA2. *International Journal of Hematology and Oncology*, **2010**;26(4):235-240.
42. **Işıklar C, Özçakar N.** Oral kontraseptif kullanımında uzun dönem sağlık sorunları. *Turkish Family Phycsian*, **2016**;2(2):16-21. Erişim: (<http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C2-S2-oral-kontraseptif-kullaniminda-uzun-donem-saglik-sorunlari.pdf>).
43. **Aslan FE, Gürkan A.** Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2007**;3(2):63-68.
44. **Edwards QT, Palomares MR.** Assessment of risk for breast cancer utilizing history & quantitative models in primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*, **2008**;5(4):361-369.
45. **Özkan Ç, Çelik İ.** Beslenme ve Kanser. *Akad Geriatri*, **2009**;1:132-138.
46. **Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC.** Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *Cancer Journal for Clinicians*, **2008**;58:347-371.
47. **Şen S, Aygin D.** Meme kanserinin etiyolojisinde çevresel karsinojenlerin rolü. *Sakarya Tıp Dergisi*, **2014**;4(3):109-114.
48. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* 13. Baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık, **2016**:815- 823.
49. **Somunoğlu S.** Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**;4(10):103-122.
50. **Tümentemur V.** Orta Karadeniz Bölgesinde Meme Kanseri Tespit Edilen Kadınlarda Mamografik Yoğunluk İle Meme Kanseri ve Tümör Özellikleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun, **2014.**
51. **Dinç T, Dikmen K, Coşkun F.** Mastalji yakınması ile polikliniğe müracaat eden hastalarda meme ultrasonografi bulguları ve risk faktörlerinin önemi. *Gazi Medical Journal*, **2013**;24(4):127-129.
52. **Kiştir S.** Meme kanseri. Editör: Bilgel H. *Genel Cerrahi.* 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., **2007**:319- 347.

53. **Sevgi Gençalp N.** Meme hastalıkları. Editörler: Şirin A, Kavlak O. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı, İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., **2008**;174-196.
54. **Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD.** Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, **2017**;1:73-83.
55. **Gençtürk N.** Meme kanserinde korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**;10(4):72-82.
56. **Solomon SL, Whitman T, Wood ME.** Contribution of extended family history in assessment of risk for breast and colon cancer. *BMC Family Practice*, **2016**;17:126.
57. **Andıç S.** Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2011**.
58. **Öztürk R, Güner Ö, Sevil Ü.** Meme ve over kanseri riskinin azaltılmasında profilaktik ooforektomi gerekli mi?. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **2016**;13(2):88-94.
59. **Lukong KE.** Understanding breast cancer—the long and winding road. *BBA Clinical*, **2017**;7:64-77.
60. **Alacacıoğlu A, Ülger E, Varol U, Yıldız İ, Salman T, Bayoğlu V, vd.** Premenopozal meme kanseri hastasında tamoksifenin anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi ve cinsel doyum üzerine etkisi. *Acta Oncologica Turcica*, **2014**;47(3):1-8.
61. **Çelik E, Bozkurt E, Çakır B, Aksoy N, Babashlı T, Alagöz G.** Erken dönemde tespit edilen tamoksifen retinopatisi. *MN. Oftalmoloji*, **2016**;23(1):62.
62. **Freedman AN, Yu B, Gail MH, Costantino JP, Graubard BI, Vogel VG.** Benefit/risk assessment for breast cancer chemoprevention with raloxifene or tamoxifen for women age 50 years or older. *J Clin Oncol.*, **2011**;29(17):2327-2333.
63. **Costa M, Saldanha P.** Risk reduction strategies in breast cancer prevention. *Eur J Breast Health*, **2017**;13:103-112.
64. **Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, et al.** Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes: the NSABP study of tamoxifen and raloxifene (STAR) P-2 trial. *Jama*, **2006**;295(23):2727-2741.
65. **Crew KD, Albain KS, Hershman DL, Unger JM, Lo SS.** How do we increase uptake of tamoxifen and other anti-estrogens for breast cancer prevention?. *Breast Cancer*, **2017**;3(1):20.
66. **Şahin S.** Kanserde erken tanı ve tarama programları. *Ege Tıp Dergisi*, **2015**;54(10):41-45.
67. **Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle LJ, Cheever KH.** *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing*. 12th. Ed., USA: Lippincott Williams & Wilkins, **2010**.
68. **Parker PA, Peterson SK, Bedrosian I, Crosby MA, Shen Y, Black DM, et al.** Prospective study of surgical decision-making processes for contralateral prophylactic mastectomy in women with breast cancer. *Annals of Surgery*, **2016**;263(1):178.
69. **Obermair A, Youlden DR, Baade PD, Janda M.** The impact of risk-reducing hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy on survival in patients with a history of breast cancer-a population based data linkage study. *International Journal of Cancer*, **2014**;134(9):2211-2222.
70. **Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E, Mermer G.** Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*, **2015**;11:26-30.

71. **Bener A, Çatan F, El Ayoubi HR, Acar A, Ibrahim WH.** Assessing breast cancer risk estimates based on the gail model and its predictors in qatari women. *Journal of Primary Care & Community Health*, **2017**;8(3):180–187
72. **Açıkgöz A, Ergör G.** Kadınlarda meme kanseri risk algısını etkileyen etmenler ve Gail modeli ile risk düzeyinin karşılaştırılması. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2013**;9(3):156- 162.
73. **Van Erkelens A, Sie AS, Manders P, Visser A, Duijm LE, Mann RM et al.** Online self-test identifies women at high familial breast cancer risk in population-based breast cancer screening without inducing anxiety or distress. *European Journal of Cancer*, **2017**;78:45-52.
74. **Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvıkcı S, Gürbüz Z.** Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **2010**;1(20):27-33.
75. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** *Türkiye’de Kanser Kontrol Programı*. 1. Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim:(http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf) **2015**. Erişim tarihi:23.10.2017.
76. **Durdiyeva MK, Besim H, Arslan K, Özkayalar H, Yılmaz G, Mocan GK, et al.** KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde erken tanı ve tarama programında tanı konulan meme kanser olgularının değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2015**;11(1):22-30.
77. **Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, et al.** Türkiye' de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması: Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2009**;5(3):125-133.
78. **Kerimoğlu RS.** Meme kanseri. Editörler: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı, Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şirketi, **2012**:1493-1500.
79. **Demir Korkmaz F.** Meme değerlendirilmesi ve klinik karar verme. Editör: Eti Aslan F. *Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme*. 1. Baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık, **2017**:621-634.
80. **Kolutek R, Aydın Avcı İ.** Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2015**;11(4):155-162.
81. **Kozan R, Tokgöz VY.** Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2016**;7(4):185-188.
82. **Karasu F, Göllüce A, Güvenç E, Polat F, Delibaş L, Bayır B, vd.** Bir vakıf üniversitesindeki öğrencilere meme kanseri hakkında verilen eğitiminin etkinliği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;10(1):14-24.
83. **T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Meme kanseri taramaları: tarama mamografileri. Erişim: (<http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/raporlar/1293-mamaografi-raporu.html>) **2012**.
84. **Esinler İ, Yaralı H.** Meme lezyonları. Editörler: Attar E, Ata B. *Gomel’ in Jinekolojisi*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Matbaacılık, **2007**:605-610.
85. **Alan H, Karadağlı F, Şıpkın S, Kocadaş S.** Yurtta kalan üniversite öğrencilerinin meme kanseri ile ilgili bilgileri ve kendi kendine meme muayenesini uygulama durumları. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **2016**;56 (1):13-21.
86. **Kartal A, İnci FH, Koştu N, Çınar İÖ.** Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2017**;10(1):7-13.
87. **Townsend, J.S., Steele, C.B., Richardson, L.C., Stewart, S.L.** Health behaviors and cancer screening among Californians with a family history of cancer. *Genet Med*, **2013**;15:212-221.

88. **Mersin HH, Kınaş V, Gulben K, İrkin F, Berberoğlu U.** On beş yıl içinde meme kanserinin klinik özelliklerinde ne değişti. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, **2015**;31(3):148-151.
89. **Khoshravesh S, Taymoori P, Roshani D.** Evaluation of the relationship between family history of breast cancer and risk perception and impacts on repetition of mammography. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2016**;17:135-141.
90. **Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scott-Findlay S, Serfas K.** Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, **2003**;12:81-90.
91. **Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F.** Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri erken tanı metotlarından yararlanma durumları üzerine etkisinin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2014**;10(3):166-173.
92. **Merimaa E.** How patients and their family members' need of support and counselling can be assessed by written measures. Bachelor's Thesis, Tampere University of Applied Sciences Degree Programme in Nursing Option in Medical-Surgical Nursing, Finland, **2012**.
93. **Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble AC.** First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psycho-Oncology*, **2010**;19:423-430.
94. **Zorukoş S.** Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Türkçe'ye Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2008**.
95. **Aslan G.** Meme Kanseri Bireylerin Birinci Derece Akrabalarının Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
96. **Türkiye İstatistik Kurumu.** Eğitim durumu ve cinsiyete göre nüfus. Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047) **2011**. Erişim tarihi:23.10.2017.
97. **Karayurt Ö, Andıç S.** Meme bakım hemşireliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2011**;7(4):196-201.
98. **Rees CE, Bath BA.** The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of Advanced Nursing*, **2000**;31(4):833-84.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Eğitim Durumunuz:

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

3. Medeni durumunuz nedir?

a. Evli b. Bekar

4. Çalışma durumu.....

a. Çalışan b. Çalışmayan

5. Gelir Durumunuzu nasıl tariflersiniz?

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

6. Meme kanseri olan birinci derece yakınlarınızın sayısı (anne, kız, kız kardeş) kaçtır?

a. 1 b. 2 c. 3

7. Meme kanseri olan birinci derece yakınınız kimdir?

a. Anne

b. Kız

c. Kız kardeş/kız kardeşler

d. Hem anne hem de kız kardeş/ kız kardeşler

8. Son iki yılda kendi kendine meme muayenesi yaptınız mı?

a. Evet b. Hayır

9. (8. Soruya yanıtınız evet ise) Kendi kendine meme muayenesini ne sıklıkta yaptınız?

a. Düzenli olarak her ay b. Yılda birkaç kez c. Yılda bir kez

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

a. Evet **b.** Hayır

11. (10. Soruya yanıtınız evet ise) Destek kimden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a.Doktor **b.**Aile **c.**Arkadaşlar **d.**Hemşire **e.**Diğer



EK-2. Bilgi Ve Destek Gereksinimleri Ölçeği

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

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

EK-3. Ölçeğin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışmasını Yapan Araştırmacıdan Alınan İzin

Ynt: İzin talebi



szorukos@mynet.com
8.9.2016 (Per) 19:45
Kime: ssumer01@hotmail.com



Yanıtla | v

8.9.2016 20:02 tarihinde yanıt verdiniz.

Sayın Sedefnur Zorukoş Tokkaya,

Ben Çukurova Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisiyim. Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği' ni sizin de onayınız olursa tezimde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla,

Şeyma Yurtseven

Sayın Şeyma Yurtseven,

Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğum Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği' ni tezinizde kullanmanıza izin veriyorum.

Saygılarımla,

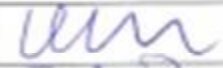
Sedefnur Zorukoş Tokkaya

EK-4. Etik Kurul Onayı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
58	4 Kasım 2016

KARAR NO 14- Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sevban Arslan yönetiminde, Şeyma Yurtseven tarafından yürütülmesi öngörülen, "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK-5. Araştırmanın Yürütüldüğü Kurumların Resmi İzin Yazısı

Tarih ve Sayı: 27/01/2017-E.13366



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 59565534-605.99/
Konu : Şeyma YURTSEVEN'in çalışması hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.12.2016 tarih ve 42410047/E.162766 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile ilgili, Hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 26.01.2017 tarih ve E.12654 sayılı yazısı ve eki ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Yeşim TAŞOVA
Başhekim

Ek-Yazı (2 syf.)

Mevcut Elektronik İmzalar

YEŞİM TAŞOVA (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim) 27/01/2017 11:12

Adres Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam /
Adana
Telefon 0 (322) 338 60 60 Faks 0 (322) 338 69 00
e-Posta hastane@cu.edu.tr Elektronik Ağı www.cu.edu.tr

Bilgi için: Sema OKÇU
Unvanı: İyici(Ş)
Tel No: 3001-3002

Bu belge 6070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 6. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 40525243-605.99/
Konu : Şeyma YURTSEVEN'in Çalışması

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 27/12/2016 tarihli, 166103 sayılı ve "Şeyma YURTSEVEN'in çalışması hk." konulu yazı,

Başhekimliğin ilgi yazısı ekinde, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Servan ARSLAN'ın danışmanı olduğu, yüksekisans öğrencisi Şeyma YURTSEVEN'in "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri olan Kadınların Bilgi ve Destek Gerekçilerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2 ve Cerrahi Onkoloji Servislerinde yapılabilmesi talebi ile ilgili yazısı gönderilmiştir.

Çalışmanın, Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2 ve Cerrahi Onkoloji Servislerinde yapılabilmesine ilişkin Anabilim Dalımızın 20.01.2017 tarih ve 1 sayılı oturumunda alınan 1 nolu Akademik Kurul Kararı ektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Yalçın KEKEÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Ek-Akademik Kurul Kararı

Ek Üzerindeki Mevcut Elektronik İmzalar

MUSTAFA YALÇIN KEKEÇ (GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI - Anabilim Dalı Başkanı) 26/01/2017 10

Adres: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi 1330 Balcalı, Sarıçam / Adana
Telefon: 0 (322) 338 64 04 Faks: 0 (322) 338 65 72
e-Posta: tp@cu.edu.tr Elektronik Ağı: www.cu.edu.tr

Bilgi için: Cemile UĞURLU
Ünvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni
Tel No: 0(322) 338 60 60



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHI ANABİLİM DALI

Büro :

Sayı : 40522/2437

Konu :

Adına :

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI
20.01.2017	1

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Akademik Kurulu 20.01.2017 tarihinde Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mustafa Yalçın KEKEÇ başkanlığında toplanarak, görüşmelerde bulunmuş ve aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO 1) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim üyesi Doç. Dr. Sevdan ARSLAN'ın danışmanı olduğu, yükseköğretim öğrencisi Şeyma YURTSEVEN'in "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri olan Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Genel Cerrahi 1, Genel Cerrahi 2 ve Cerrahi Onkoloji Servislerinde yapılabilmesine ilişkin Başhekimin 27.12.2016 tarih, 156103 sayılı yazısı hakkında görüşmelerde bulunuldu.

Çalışmanın Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda yapılmasını, çalışmasını Yrd. Doç. Dr. Kubilay DALCI gözetiminde yapılmasını uygun olduğuna ve konunun Detanik Makama arzına oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Aiper AKINOGLU
Üye

Prof. Dr. Ömer ALABAZ
Üye

Prof. Dr. Gürhan SAKMAN
Üye

Yrd. Doç. Dr. Abdullah ÖLKÜ
Üye

Yrd. Doç. Dr. İsmail Cem ERAY
Üye

Yrd. Doç. Dr. Ali RENCÜZOĞULLARI
Üye

Prof. Dr. Mustafa Yalçın KEKEÇ
Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Hüseyin ÇONMEZ
Üye

Prof. Dr. Cem Kaya PARSAK
Üye

Doç. Dr. Tolga AKÇAM
Üye

Yrd. Doç. Dr. Orçun YALAV
Üye

Yrd. Doç. Dr. Kubilay DALCI
Üye

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Osmaniye de doğan Şeyma YURTSEVEN, İlköğretimini ve liseyi aynı şehirde tamamladı. 2005 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde başladığı lisans eğitimini ise 2009 yılında bitirdi. 2009-2016 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde hemşire olarak çalıştı. 2016 yılından itibaren ise aynı kurumda supervisor hemşire olarak görevine devam etmektedir. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.

Lisans eğitiminden sonra hemşirelik ile ilgili çeşitli seminer, sempozyum, konferans, çalıştay ve kongrelere katılan Şeyma YURTSEVEN İngilizce bilmektedir.