



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CEZA İNFAZ KURUMUNDA BULUNAN KADINLARA
VERİLEN MEME SAĞLIĞI BECERİ EĞİTİMİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASIYE KOCATÜRK
DOKTORA TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL-2010



T. C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CEZA İNFAZ KURUMUNDA BULUNAN KADINLARA
VERİLEN MEME SAĞLIĞI BECERİ EĞİTİMİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASIYE KOCATÜRK
DOKTORA TEZİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Asiye KOCATÜRK

Tez Başlığı : Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda Bulunan Kadınlara Verilen
Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 23 Eylül 2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Doç. Dr. Sibel KALAÇA

Marmara Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Marmara Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP

Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 15.../10.../2010 tarih ve 138 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr.
Gülden Z. OMURTAG
Müdür

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

18.08.2010

Asiye Kocatürk

ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde bana rehberlik eden, desteği ve ilgisinden ötürü şükran duyduğum değerli danışman hocam Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye;

Doktora çalışmalarım sırasında desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Sibel KALAÇA ve Öğr. Gör. Dr. Nilüfer ÖZAYDIN'a; Araştırmaya ait verilerin toplanmasına izin veren Adalet Bakanlığı'na ve çalışma süresince uygun ortamı sağlayan Cezaevi Müdürü Hulusi SAĞIR'a;

Çalışmalarım sırasında göstermiş oldukları çok değerli ilgi ve yardımlarından ötürü Dr. Levent AYDEMİR, Psikolog Yücel SÖZER ve Psikolog Hülya KIRAN'a, Sağlık Memurları; Uğur TOPKARAOĞLU ve Soner FİDAN'a öğretmenler; Harun ŞİMŞEK, İsa DEVRİM, Hülya TAŞ ÖZTÜRK ile tüm cezaevi çalışanlarına;

Çalışmaya katılmayı kabul ederek, bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm kadın hükümlü ve tutuklulara;

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmelerini yapan ve hep yanımda olan Biyo-İstatistik uzmanı Sayın Rana KONYALIOĞLU'na;

Çalışmalarım sırasında ilgisini ve desteğini esirgemeyen çok değerli yeğenim Dermatoloji Uzmanı Dr. Emek KOCATÜRK GÖNCÜ'ye, sevgili kızım Nazlı Pelin'e ve sevgili oğlum Ahmet Selim'e;

Yaşamımdaki değerli varlığıyla bana her konuda destek olup, omuzlarımdaki yükü hafifleten sevgili eşim İnş. Müh. Cevdet KOCATÜRK'e;

Sonsuz teşekkürü borç bilirim.

İstanbul 2010

Asiye KOCATÜRK

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Dünyada Meme Kanseri Epidemiyolojisi	5
4.2. Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi	6
4.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	8
4.4. Meme Kanseri Tanı	11
4.5. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programları	12
4.6. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	16
4.6.1. Kendi kendine meme muayenesi.....	16
4.6.2. Klinik meme muayenesi	21
4.6.3. Mamografi.....	22
4.6.4. Manyetik rezonans görüntüleme (MR).....	23
4.7. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model).....	24
4.7.1. Sağlık inanç modeli değişkenleri	25
4.8. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp	28
4.9. Kadın ve Suçluluk.....	30
4.10. Ceza Evlerindeki Kadınların Sorunları	31
4.11. Cezaevi Hemşireliği ve Adli Hemşireli.....	32
4.12. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Hemşirenin Rolü.....	34
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	35
5.1. Araştırmanın Tipi.....	35
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	37
5.5. Etik Konular	37

5.6. Veri Toplama Araçları	38
5.6. 1. Anket Formu	38
5.6.2. Form-A: Meme Kanseri Bilgi Formu.....	39
5.6.3. Form-B: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	39
5.6.4. Form-C: Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi	40
5.6.5. Form-D: Aydınlatılmış Onam Belgesi	41
5.7. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği	42
5.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	43
5.9. Verilerin Toplanması	43
5.9.1. Meme Sağlığı Beceri Eğitimi.....	44
5.9.2. Veri Toplama Süreci.....	46
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi	47
5.11. Araştırmada Kullanılan Bazı Kavramların Tanımı	48
6. BULGULAR.....	50
6.1. Tanıtıcı Özellikler	50
6.2. Katılımcıların Program Öncesi Yaş, Eğitim, Medeni Durumuna Göre KKMM Bilme Durumu	53
6.3. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	55
6.4. Cezaevlerinde Bulunan Kadınlara Verilen Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesi	59
7. TARTIŞMA.....	63
8. SONUÇLAR.....	80
9. ÖNERİLER.....	83
10. KAYNAKLAR	85
11. EKLER.....	92
Ek 01. Anket Formu.....	92
Ek 02. FORM-A Meme Kanseri Bilgi Formu.....	94
Ek 03. FORM-B Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	95
Ek 04. FORM-C Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi	98
Ek 05. FORM-D Aydınlatılmış Onam Belgesi Formu	99

Ek 06. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitim Seti.....	100
Ek 07. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitim Broşürü	101
Ek 08. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu Kararı.....	102
Ek 09. T.C. Adalet Bakanlığı Araştırma İzin Yazısı	103
12. ÖZGEÇMİŞ	104

KISALTMALAR ve SİMGELER

SBKSDB	: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
TDK	: Türk Dil Kurumu
MR	: Manyetik Rezonans
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (Complementary and Alternative Medicine)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 01. Meme Kanseri Risk Faktörleri	8
Tablo 02. Semptomsuz Kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Öneriler	15
Tablo 03. KETEM Tarafından Yapılan Tarama Programları.....	15
Tablo 04. Semptomsuz Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırmasına İlişkin Öneriler.....	22
Tablo 05. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut İç Tutarlılık Değerleri	42
Tablo 06. Beceri Eğitim Akış Şeması	44
Tablo 07. Meme Sağlığı Beceri Eğitiminde Verilen Mesajlar	45
Tablo 08. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistikî Analizler	47
Tablo 09. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	50
Tablo 10. Katılımcıların Meme Kanseri İlişkin Bilgi ve Uygulama Durumları	52
Tablo 11. Program Öncesinde Çalışma Grubunun Eğitim Durumuna Göre KKMM Bilme Durumu.....	53
Tablo 12. Program Öncesinde Kontrol Grubunda Eğitim Durumlarına Göre KKMM Bilme Durumu.....	54
Tablo 13. Katılımcıların Gail'in Risk Değerlendirme Ölçeğine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 14. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 15. Çalışma Grubunu Oluşturan Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Dağılımı	57

TABLÖLAR LİSTESİ (Devam)

Tablo 16. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Medeni Durumuna Göre

Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Dağılımı58

Tablo 17. Katılımcıların Program Öncesi, Sonrası ve 3. Ayda Meme Kanseri

Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması59

Tablo 18. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Meme Kanseri Bilgi

Puanlarının Öncesi, Sonrası ve 3. Ayda Karşılaştırılması59

Tablo 19. Katılımcıların Program Öncesi ve 3. Ay Sonrası Kendi Kendine

Meme Muayenesi Yapma Sıklığı60

Tablo 20. Katılımcıların KKMM Yapma Durumunun Standart Rehber Puanlarına

Göre Karşılaştırılması (Program Öncesi, Program Sonrası ve 3. Ayda) ...60

Tablo 21. Katılımcıların KKMM Sonucu Ortaya Çıkan Şikayetleri61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil. 01. Meme Muayenesinde Parmakların Kullanımı.....	20
Şekil. 02. Çalışma Planı.....	36
Şekil. 03. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları.....	41

1. ÖZET

Bu çalışma; cezaevinde bulunan kadın hükümlü ve tutuklulara verilen kendi kendine meme muayenesi (KKMM) beceri eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, 1 Mayıs 2009 – 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda çalışma araştırması yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden 211 kadın randomize olarak çalışma ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Kadın hükümlü ve tutuklulara, Sosyo-Demografik bilgilerini, KKMM bilgi ve uygulamalarını değerlendiren bir anket formu ile meme kanseri Sağlık İnanç Model ölçeği verilmiştir. Çalışma grubundaki kadınlara, 13 oturumda meme sağlığı beceri eğitimi verilmiş ve eğitim broşürü dağıtılmıştır. 3 ay sonra KKMM bilgi ve uygulama durumları tekrar değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna eğitim verilmeyip, 3 ay sonra KKMM bilgi ve uygulama durumları değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların program öncesinde KKMM bilgi puanları düşük (37.31 ± 9.49), uygulama davranışları yetersiz (%75.70) bulunmuştur. Kontrol grubunda da yeterli bilgi puanlarının olmadığı (39.26 ± 7.57), doğru uygulama davranışlarına (%78.00) sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Çalışma grubundaki kadınların KKMM uygulama teknikleri kontrol puanları, program öncesi 4.10 ± 10.52 , eğitim sonrası 99.62 ± 3.38 ve 3 ay sonra ise 79.11 ± 25.27 olmuştur. Kadınların KKMM yapma sıklığı eğitim öncesi %5.98 iken üç ay sonra %32.91 oranında bulunmuştur. Kontrol grubunda KKMM uygulama teknikleri kontrol puanlarının 7.71 ± 20.88 olduğu; KKMM yapma sıklığının %7.45 oranında, üç ay sonra, %7.14 olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, kadınların KKMM konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve doğru uygulama yapamadıkları; program sonrası ise yeterli bilgi düzeyine sahip oldukları, doğru ve etkili KKMM yaptıkları gözlenmiştir. Sonuç olarak; hükümlü ve tutuklulara meme sağlığı beceri eğitiminin sürekli ve düzenli olarak verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Cezaevi, kadın mahkum, kendi kendine meme muayenesi, meme kanseri sağlık inanç model ölçeği,

2. SUMMARY

The Evaluation of the Efficacy of Breast Health Training Programme on Women Prisoners

The aim of this study is to investigate the efficacy of the self-breast examination (SBE) training programme on women prisoners. The study involved 211 women prisoners who have been separated into study and control groups. A questionnaire including socio-demographic information, SBE knowledge with practice patterns and Health Belief Model Scales of breast cancer was given to the women prisoners. Breast cancer training programme was performed in 13 sessions and training leaflets were supplied to the prisoners in the study group. Levels of SBE knowledge and practice patterns were evaluated before, immediately after and 3 months after the training programme. Before the training, the level of knowledge was low (37.31 ± 9.49) and the practice behaviors were insufficient in 75.70% of the prisoners in the study group and these figures were (39.26 ± 7.57) and (78.00%) in the control group, respectively. SBE training practice scores were 4.10 ± 10.52 before training and were 99.62 ± 3.38 immediately after the training and were 79.11 ± 25.27 after 3 months in the study group. The frequency of SBE practice of prisoners was 5.98% and 32.91% before and 3 months after the training, respectively. SBE training practice scores were 7.71 ± 20.88 and the frequency of SBE practice was 7.45% and 7.14% before and after 3 months in the control group. The differences between study and control group with respect to SBE training scores and the frequency of SBE practices were found statistically significant ($p < 0.05$). The women prisoners did not have sufficient knowledge and could not perform SBE properly before the training programme, but improved their knowledge and skills after the programme. Therefore, we recommend performing periodical breast health training programmes to the prisoners to raise awareness for the early diagnosis of breast cancer.

Key words: Prison, women prisoners, self-breast examination, Health Belief Model Scales,

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Türkiye’de kadınlar arasında en sık görülen 10 kanser türü içerisinde meme kanseri birinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan meme kanseri, önlenebilen erken dönemde tanı konulduğunda da tedavi edilebilen hastalıklar grubundadır. Klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi gibi erken tanıyı kolaylaştıran meme kanseri taramaları sağlığı geliştirme aktiviteleri olarak tanımlanmakta ve bu uygulamalar meme kanserinin erken tanısında oldukça önemli rol oynamaktadır. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) mortalite oranını azaltmasa da erken tanıdaki farkındalığın sürdürülebilmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Seçginli 2003, 2007, Tümer ve Bayek 2010).

Kadınların kendi meme dokusunu tanınması ve oluşan değışiklikleri fark etmesi her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanabilir. Meme kanserlerinin yaklaşık %90’ı hastaların kendisi tarafından belirlenmektedir. Düzenli ve doğru uygulanan KKMM erken dönemde meme kanserinin saptanması için en ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (Kanser Savaş Daire Başkanlığı 2004 izlem raporu, Seçginli 2007).

Özgürlüğün kısıtlanması ile oluşan hapis cezası, ailenin parçalanması ve sosyal yıkım gibi pek çok sorunu ortaya çıkarmasının yanında, kadın sağlığını da derinden etkilemektedir. Erken tanı ve tedavi hizmetlerinin yeterince yerine getirilemediği ve hastaneye sevk isteminin formaliteler nedeniyle aylar mertebesinde gerçekleştirildiği cezaevlerinde sağlık hizmetleri aksamaktadır (Öztürk 1997). Oysa kadınların cezaevinde olmaları, sağlıklı yaşamaları için bir engel teşkil etmemelidir.

Toplumun eğitimi ve bilinçlendirilmesi hemşirelerin vazgeçilmez rolleri arasındadır. Meme kanserinin gelişmesinde önemli olan riskler, meme kanseri tanısına götüren belirti ve bulgular, meme kanseri erken tanısı konularında risk grubundaki kişilerle hükümlü ve tutukluları bilinçlendirmek hemşirelerin öncelikli

görevlerinden biridir. Bu amaçla cezaevlerinde hemşirelerin görev yapması önemli bir gereklilik olarak gündeme gelmektedir.

Sağlık İnanç Modeli, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya motive eden durumu araştıran bir modeldir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre, meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayan kadınlar KKMM'yi daha fazla yapacaklardır. Yapılan araştırmalar, kadınların KKMM ve diğer meme kanseri taramalarına yönelik inançlarının ortaya konmasının, bu yöndeki uygulamaların öğretilmesi ve benimsetilmesinde etkili olacağını göstermektedir (Aydın 2004, Seçginli 2007).

Bu çalışma; katılımcıların kendi kendine meme muayenesine (KKMM) ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Sağlık İnanç Modeli'nin (SİM) uygulanması ve meme sağlığı beceri eğitiminin, koruyucu sağlık hizmetlerinden kısmen yoksun olan kadın hükümlü ya da tutuklulara götürülmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dünyada Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalara göre, 2030 yılında kanser, hastalıklara bağlı ölüm sıralamasında ilk sırada yer alacaktır. 2005 yılında dünyada insanların %13'ü kanserden ölmüştür ve kansere bağlı ölümlerin %70'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Ülkelerin sağlık sorunlarının farklılığına rağmen, kadınlarda meme kanseri en çok öldüren kanserlerin başında gelmektedir (İrgil 2001, WHO 2008, Gürsoy 2009). Amerika Birleşik Devletlerinde her 3 kadından birinin yaşamı süresince kansere yakalanacağı ve kanser türünün de meme, akciğer ya da rektum kanseri olacağı tahmin edilmektedir. 1960'lı yıllarda her 14 kadından biri meme kanseri riski altında iken, günümüzde bu risk 7 kadından biri için geçerlidir. (Elovainio and Nieminen 1997, American Cancer Society 2008, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kadınlarda meme ve serviks kanseri, erkeklerde ise prostat kanserine yönelik tarama ve eğitim çalışmalarına öncelik vermektedir. Ülkelerin kendilerine ait kanserle savaş programlarını geliştirmeleri için Birleşmiş Milletler'e üye ülkelerin kanser verilerinin bir elde toplanması ve değerlendirilmesi amacıyla "Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı" (IARC) kurulmuştur. Gelişmiş ülkelerde meme kanserinden ölümlerde 1989 yılından itibaren azalma gözlenmektedir. Bu azalma meme kanserinin tedavisindeki gelişmelere ve mamografi ile yapılan taramalara bağlıdır (American Cancer Society 2010). Dünya genelinde meme kanserinden ölümler Japonya dışında endüstrileşmiş ülkelerde yoğunlaşmasına rağmen gelişmekte olan ülkeler içinde önemli bir sağlık sorunu olarak hızla artmaktadır (İrgil 2001, Levi et al. 2004). Toplumlar yaşlandıkça meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. ABD'de yapılan değerlendirmelerde premenopozal dönemden sonra zencilerde ve beyaz ırkta meme kanserleri daha fazla görülmektedir. Meme kanseri Avrupa ve Türkiye'de kansere bağlı ölümlerin en sık görülme nedenini oluşturmaktadır.

ABD’de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin %15’i meme kanseri nedeniyle oluşmakta ve meme kanserine bağlı ölümler, akciğer kanseri sonrası ikinci sırayı almaktadırlar. Mortalite yaşı bağlı olarak artmakta ve 80 yaşındaki 100000 kadından 155’i meme kanserinden ölmektedir. Kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri ile yaşı grupları arasındaki ilişki araştırıldığında ise, 40- 44 yaşı arasında meme kanserinin birinci sırayı aldığı görölmektedir. Dünyada meme kanserine bağlı mortalite, ölkeden ölkeye de değişmekte olup; İngiltere ve Galler’de en yüksek, Japonya ve Tayland’da ise en düşük seviyededir (Vural 2003).

Avrupa’da meme kanserinin yaşı standardize görölme sıklığı yüz binde 94.30’tür. En düşük insidans hızı Moldova Cumhuriyeti’nde (51.60/yüz bin) iken, bu oranın en yüksek olduğu ölkeler (137.80/yüz bin) Belçika’dır.

Avrupa’da meme kanserinin yaşı standardize mortalite hızı ise, yüz binde 26’dır. Mortalite hızı yüz binde 34.50 ile en yüksek Danimarka’da, en düşük mortalite hızı ise yüz binde 16.90 ile en az meme kanserinin görüldüğü ölkeler olan İzlanda’dadır (Ferlay et al 2006).

4.2.Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Amerikan Kanser Derneği (American Cancer Society) Amerikalı bir cerrah olan Willam Mayo tarafından 1907 yılında kurucusu olduğu Mayo klinikte düzenli hasta kayıtlarıyla başlamıştır ve bu derneğin 103 yıllık bir geçmişı vardır (Çetiner 2010).

Türkiye’de ise kanserle ilgili ilk organizasyon 1947 yılında Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu’nun kurulmasıyla başlamış olmasına karşın, halen ölkemizde güvenilir istatistiksel verilere ulaşılamamaktadır. 1962 yılına kadar kanser tedavisi genel tedavi kuruluşları içinde yapılmaktayken, 1967 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Etimesgut Onkoloji hastanesi kurulmuştur. 1982 yılında kanser bildirimi zorunlu hastalıklar arasında olmasına rağmen Türkiye genelini temsil etmeyen, sınırlı kanser insidanslarına ait bilgiler vardır. Ölkemizde gerçekçi verileri elde etmek amacı ile 1992 yılında Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi çalışmaları başlatılmış ve 1996 yılında Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Bu merkezlerde tarama programları ücretsiz hale getirilmiştir (Özen

2007, Özaydın 2009). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı’nca, 2008 yılsonu itibari ile 81 ilde 84 KETEM, devlet hastanelerinin bünyesinde kurulmuştur. Bu merkezlerin en önemli amaçları toplumda kanser konusunda farkındalık yaratmak, yüz yüze eğitimlerle kişilere korunma yöntemleri ve tarama programları hakkında bilgi vermektir.

Türkiye’de kadınlar arasında en sık görülen 10 kanser tipi içerisinde meme kanseri birinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde 2001 yılı Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Daire Başkanlığı verilerine göre, meme kanserinin kadınlarda görülen tüm kanser türleri içinde görülme sıklığı %24.20’dir. Kanserden ölümler arasında ise üçüncü sıradadır (Vural 2003, [http://www.saglik.gov.tr/KKMME 2004 izlem raporu-8.doc](http://www.saglik.gov.tr/KKMME%202004%20izlem%20raporu-8.doc), Yeter, Savcı ve Sayiner 2009).

Türkiye’de meme kanseri insidansı yüz binde 22 (WHO) olarak tahmin edilmiştir. Yüz binde 9.7 mortalite hızı ile, kadınlar arasında ölüme neden olan kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır (Globocan 2002, Ferlay et al 2004).

Türkiye’de 1992 yılından 2000’li yıllara gelindiğinde batı bölgesindeki meme kanseri insidansının doğu bölgesine göre iki kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde 1992 yılında meme kanseri insidansı yüz binde 50 iken, doğu bölgelerinde yüz binde 20’dir. Türkiye’de 2000’li yıllarda yaşanan coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdeki değişimlerin, meme kanseri insidansının artışına katkısı olduğu görülmüştür. Türkiye’nin batısındaki meme kanseri insidansı ‘Batılılaşmış Yaşam’ (erken menarş, geç menopoza, ilk doğum > 30 yaş, emzirme azlığı vb.) ve diğer ilgili faktörler nedeniyle artmıştır. (Özmen 2006, 2008).

Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (2001), Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı ile 11000’den daha fazla meme kanserli hastasını kayıt altına almıştır. Bu hastalar Şubat 2008’de değerlendirilmiş ve istatistiksel sonuçlara göre kayıt programındaki 11208 meme kanserinin çoğunluğunun (%52.8) Evre 2’de olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde meme kanserinin ortalama yaşının 51.5 olduğu, hastaların %20.20’sinin 40 yaş veya altında ve 35 yaş altı meme kanseri hastalarının batı’da rapor edilen meme kanseri vakalarının %2 - 4’ünü oluşturduğu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 2003 istatistiklerine göre Türkiye’de kadınlarda en çok görülen

10 kanser türü arasında meme kanseri ilk sıradadır (%26.58).
<http://www.saglik.gov.tr>.

4.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Tablo 01. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
Cinsiyet Kadın olmak	Artırır	Meme kanserinin gelişimi için kadın olmak önemli bir risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir.
Yaş 50 yaşın üzerinde olmak	Artırır	Genetik yatkınlığı olan kişilerde meme kanseri tanısı erken yaşlarda konulabilir. Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı konan hastaların %77'si, meme kanserinden ölümlerin %84'ü 50 yaş ve üzerindeki kadınlardır.
Habis ya da selim meme kanseri öyküsünün olması	Artırır	Meme kanseri oluşan bir kadında hayatı boyunca ikinci bir meme kanseri olma riski %25-30'dur. Memede atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırırken, selim meme hastalığının (fibrokistik meme hastalığı) kanser riski tartışmalıdır.
Aile öyküsü Anne ve kız kardeş veya her ikisinde meme kanseri bulunması BRCA-1 VE BRCA-2 genlerinde mutasyon olması	Artırır	Ailede meme kanseri öyküsünün olması, bireyin yaşamı boyunca meme kanseri olma riskini % 15-30 artırır. İki veya daha fazla birinci derecede akrabasında meme kanseri varsa bu risk çok daha fazla artar. Aile hikayesinde meme kanseri olanların üçte birinde 17. kromozomda BRCA1geninin mutasyonu ile ilgilidir. Olguların çoğunda kansere yakalanma oranı % 85 dir ve kanser 50 yaşından önce gelişir.

Tablo 01. Meme Kanseri Risk Faktörleri - Devam

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
Östrojen alımı Oral kontraseptifler (OK) ve hormon replasman tedavisi	Tartışmalı	10 yıl boyunca OK kullanan bir kadında, hiç OK kullanmayan bir kadına göre, meme kanseri riski %36 artmaktadır. Özellikle 35 yaş altında ve 6 aydan uzun süre kullanım, hiç kullanmayanlara göre meme kanseri riskini %70 artırmaktadır. Menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda beş yıldan fazla östrojen tedavisinin meme kanseri riskini arttırdığı, kısa süreli kullanımda bir risk oluşturmadığı belirtilmiştir.
İrk	-----	Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksektir.
Menarş yaşı Erken menarş(12 yaşından önce) Geç menopoz (55 yaşın üzerinde olmak)	Artırır	Menarş ve menopoz arasındaki sürenin uzaması meme kanseri riskini yükseltir. Menarşın bir yıl gecikmesi meme kanseri riskini %20 azalttığı kabul edilmektedir. 40 yıl menstruasyon gören kadınla 30 yıl gören kadın arasında riskin iki katı olduğu kabul edilmektedir. Menarşı erken (12 yaş öncesi) başlayan ve düzenli menstruasyonlara kısa sürede geçen kişilerde meme kanseri görülme riski diğerlerine göre 4 kat daha fazladır.
Doğum Öyküsü Hiç doğum yapmayanlar, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuranlar	Artırır	İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında meme kanseri gelişme riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat fazladır. İlk doğumun koruyucu etkisi, doğum yapmış kadınlarda prolaktin düzeyinin, doğum yapmamış kadınlara göre daha düşük değerde olması ile açıklanmaktadır.
Emzirme-laktasyon	Azaltır	Uzun süreli laktasyonun toplam ovulatuvar dönem süresini azaltarak koruyucu bir etki gösterdiği belirtilmektedir.

Tablo 01. Meme Kanseri Risk Faktörleri- Devam

Faktör	Risk Derecesi	Açıklama
• Alkol kullanımı	Artırır	Günde iki kadeh (24 gram) alkol alımının meme kanseri riskini % 21 oranında artırdığı belirtilmektedir. Alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna ve alkolün meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açması olduğuna inanılmaktadır.
• Yağlı diyet	Tartışmalı	Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Menopoz Öncesi dönemdeki dönemde düşük vücut ağırlığı meme kanseri riskini azaltırken, menopoz sonrası dönemde artmış vücut ağırlığının riski artırdığı belirtilmektedir.
• Sigara kullanımı	Tartışmalı	Sigaranın meme kanseri gelişimine olan etkisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, genel sağlık durumuna olan olumsuz etkisinden dolayı sigara içiminin bırakılması önemlidir. Bununla birlikte, pasif sigara dumanına maruz kalanlarda da meme kanserinin arttığına yönelik farklı çalışmalar bulunmaktadır.
• Radyasyona Maruz kalma	Artırır	Özellikle 30 yaşın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski artırır. Radyasyona sık maruz kalanlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir.

Meme kanserinin oluşumunda etkili olduğu düşünülen risk faktörleri ve meme kanseri oluşumuna etkileri Tablo 01’de özetlenmiştir (Carmen at all. 2003, Öztürk, Şen ve Kişioğlu 2001, Sevil ve Ünsal 2002, American Cancer Society 2010, Türk Kanser Haberleri 2008, Gürsoy 2009, Erenel 2009, Can, Hadımlı ve Bozkurt 2009, Steven, Cummings and Jeffrey 2009, Özalp 2009, Onan 2009, Güllüoğlu 2010).

Meme kanserinde risk oluşturan faktörlerin pek çoğu, toplum tarafından bilinmemektedir. Bu konuda toplumu bilinçlendirmek sağlık çalışanlarının öncelikli görevlerinden birisi olarak gündeme gelmelidir. Bu nedenle, sağlık sisteminde önemli bir yere sahip olan hemşirelerin, birinci basamak hizmetlerde KKMM uygulamasına yönelik hizmetleri, belirtilen risk gruplarına öncelik vererek sağlaması gerekmektedir. Ayrıca KKMM uygulamasını yaygınlaştırmaya yönelik sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve her kesime ulaşılabilir hale getirilmesi de önemlidir (Altunkan, Akın ve Ege 2008, Gülerman 2009, Onan 2009, Güllüğü 2010).

4.4. Meme Kanseri Tanı

Meme hastalarının %90'ında kadınlar hastalıklarını kendileri bularak hekime başvururlar. Meme kanserinde en uygun tedavi yönteminin seçilmesi için tanı; anamnez, klinik meme muayenesi, mamografi, ultrasonografi, sitolojik inceleme, manyetik rezonans görüntüleme ve biyopsi yardımıyla konmaktadır. Kesin tanı histopatolojik olarak konmaktadır. Erken tanı ve tedavi edilen meme kanserli hastalarda iyileşme ve kanserden kurtulma oranı oldukça yüksektir (Randolph and Gross 2000, Göksel 2004, Tomruk 1997, Karayurt 2009).

- **Anamnez:** Yaş, aile öyküsü, menarş yaşı ve düzeni, menopoz yaşı, doğum yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar vb. sorular.
- **Fizik muayene:** Memelerin büyüklüğü, simetrisi, üzerinin ve kenarlarının görünümü, deride değişiklik, retraksiyon, ödem, ülserasyon ve meme başları dikkatle gözlenir. Hastadan ayakta, otururken ve sırt üstü yatar pozisyonda inspeksiyon ve palpasyonla muayenesi yapılır. Kitle hissedildiğinde, kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilir. Aksiller ve subklaviküler lenf nodları dikkatlice muayene edilir.
- **Sitolojik inceleme:** Meme başından gelen akıntıda habis hücre aranmasıdır.
- **Ultrasonografi:** Memedeki kitlenin kistik ve solid tümör olup olmadığını, kistik lezyonların benign ve malign ayırımının ortaya konmasına yardımcı en önemli görüntüleme metodudur. Yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mamografiye göre daha uygun bir yöntemdir. Memede görülen minimal değişikliklerin ve sekonder bulguların değerlendirilmesinde bilgi vermektedir. Ancak ele gelmeyen

lezyonlarda yetersiz kaldığı için mamografinin gösterdiği alanlara odaklanarak kitle hakkında bilgi vermektedir.

- **Renkli doppler ultrasonografi:** Meme kitlelerinin tanısal amaçlı incelenmesinde kullanılmaktadır. Meme lezyonlarının habis ve selim ayırıcı tanısında vaskülitinin değerlendirilmesinin anlamlı olması nedeniyle kullanılmaktadır.
- **Manyetik rezonans görüntüleme:** Güçlü bir manyetik alan içerisinde değişik dokuların, gönderilen radyo frekans dalgalarına bağlı olarak farklı yoğunluklarda sinyaller oluşturmaları esasına dayanmaktadır. Mamografide klinik olarak tanı konulamayan, erken evre meme kanserinin tanısında kullanılan duyarlılığı yüksek bir görüntüleme yöntemidir. Ancak tek başına kullanılabilecek görüntüleme yöntemi olmayıp, klinik bulgular, mamografik ve sonografik bulgular ile birlikte değerlendirmektedir.
- **Biyopsi:** Meme hastalıklarının tanısı yalnız biyopsi ile konur. Biyopsiden başka kesin tanıya varan hiçbir yöntem yoktur. İnsizyonel, eksizyonel ve ince iğne aspirasyon biyopsisi olmak üzere üç çeşit biyopsi ile meme kanserinin kesin tanısı konulmaktadır. İnsizyonel biyopsi, memedeki kitleden örnek doku parçası alınması esasına dayanmaktadır. Eksizyonel biyopsi kitlenin tamamının çıkarılarak histopatolojik olarak incelenmesidir. Genellikle küçük ve tedavi edilebilir kitlelere yapılmaktadır. İnce iğne aspirasyon biyopsisinde, ince bir iğne ile kitlenin içine girilip ve hücre alındıktan sonra alınan materyal lama püskürtülerek sitolojik olarak incelenmektedir.

4.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Programları

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve kansere bağlı ölümler arasında da ilk sırayı almaktadır. Meme kanserlerinde mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi erken tanıdır. Erken tanı yöntemleri ile kadınların memelerindeki normal olmayan değişimlerin erken dönemde belirlenmesi amaçlanmaktadır. Toplumlar da hangi durumlarda tarama yapılmasının uygun olduğu ilk kez 1968'de Wilson ve Jungler tarafından dile getirilmiş, ardından farklı yazarlarca geliştirilerek "temel prensipler" halinde yayımlanmıştır. KKMM yöntemi 1900'li yılların başında Amerikalı bir cerrah olan William Halsted tarafından "lokal bir hastalık olarak

başlayan meme kanseri, tanısı erken dönemde konulabilirse daha kolay tedavi edilebilir” teorisinden doğmuştur (Esen 2001, Gürsoy 2008, Özaydın 2009).

Meme kanserinin önemli bir bölümü kadınların kendileri tarafından teşhis edilmektedir. Meme sağlığı merkezleri (American Cancer Society 2009) kanserin erken tanısı için her ay kadınların memelerini muayene etmesini önermektedir. Kendi kendine meme muayene yöntemi ucuz, kolay ve zahmetsiz bir yöntemdir. Buna rağmen yapılan araştırmalarda KKMM yapma oranlarının düşük kaldığı ve tekniğine uygun yapılmadığı belirtilmektedir. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı engelleyen faktörler arasında; bilgi eksikliği, meme kanserini sağlığı bozacak bir sorun olarak görmeme, KKMM yapmayı bilmeme, kendi kendine elle muayenenin hoş olmayan bir duygu ve durum olarak düşünülmesi ve kendine zaman ayırmama olarak sıralanmaktadır (Seçginli ve Nahcivan 2006) Meme kanseri taramalarında kendi kendine meme muayenesi, memenin fizik muayenesi ve mamografi kullanılmaktadır. Bu taramalarla, meme kanserinde erken tanının öneminin anlaşılması ve uygun tedavinin erken dönemde yapılması amaçlanmaktadır. Amaç, meme kanserinin biyolojik olarak başlamasından sonra klinik olarak belirti vermeden önce tespit edilmesidir.

Meme kanseri tarama programlarının primer amacı, erken tanı ile meme kanseri mortalitesini azaltmaktır. Meme kanserinin taranmasında kendi kendine meme muayenesinin öğretilmesi ve bunun tarama yöntemi olarak uygulanabilmesi St. Petersburg (Rusya) ve Shangai (Çin) çalışmaları ile araştırılmıştır. St. Petersburg çalışmasında, 40-64 yaş arasındaki 60221 kadına kendi kendini muayene öğretilmiş ve her ay yapmaları istenmiştir. Aynı yaş grubundaki 60089 kadın ise, kontrol grubuna alınmıştır. 13 yıl sonra; çalışma grubunda 157, kontrol grubunda ise 164 kadın meme kanserinden kaybedilmiştir. Shangai çalışmasında ise, 30-69 yaş arasındaki 133375 kadın çalışma, 133675 kadın ise kontrol grubundadır. 10 yıllık bir izlem sonunda muayene öğretilen 135 kadın, öğretilmeyen 131 kadın meme kanserinden kaybedilmiştir. **Görüldüğü gibi, kendi kendini muayene, mortalite oranını azaltmamıştır.** Klinik meme muayenesinin erken tanıdaki önemi, farkındalığın sürdürülebilmesidir (Thomas, Gao and Ray 2002, Hackshaw and Paul 2003). Meme kanseri mortalitesini azaltan en önemli tarama yöntemi mamografidir.

Ucuz, kolay uygulanır bir görüntüleme yöntemi olan mamografi, meme kanserinin saptanmasında %85-90'a varan duyarlılığı ile tarama için uygun bir yöntemdir. Meme kanserinin en eski randomize mamografi ile tarama çalışması ilk olarak 1963'de başlatılan Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen HIP çalışmasıdır (New York Health Insurance Plan). Bu çalışmada, çift yönlü mamografi + klinik muayene kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. On sekiz yıllık takipte %20 azalma görülmüştür (David, Thomas and Roberta 2002, Esen 2001, Özaydın 2009). En fazla azalma 50 yaşından sonra mamografi yapılan kadınlarda görülmektedir. Mamografinin, 40 yaş üstü kadınlarda erken tanı yararının kanıtlanmış olmasına rağmen, genç popülasyonda ve özellikle meme glandı yoğun olan kadınlarda duyarlılığı düşüktür.

WHO'nun Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi (IARC) 2002 yılından beri toplumsal olarak yürütülecek taramalar için 50-69 yaş grubuna, iki yıl aralıklı mamografi uygulamasını önermektedir. İki poz film çekilmesi ve iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından ayrı ayrı değerlendirilmesi önerilmektedir. Kendi kendine meme muayenesi yapmanın meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair kanıt bulunamadığı için klinik meme muayenesinin yapılması mamografinin duyarlılığını ve seçiciliğini artırdığı belirtilmektedir.

Tarama programlarının çok pahalı, yetişmiş eleman ve araç-gereç ihtiyacının fazla olması sebebiyle, Türkiye'de meme kanserine yönelik erken tanı ve tarama çalışmaları yetersizdir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nca, (SBKSDB), 2008 yılında 81 ilde toplam 84 KETEM merkezi kurulmuş ve devlet hastaneleri bünyelerinde faaliyete devam etmektedirler. KETEM'lerde 50-69 yaş aralığındaki kadınlar, 2 yılda bir mamografi ve hekim tarafından klinik meme muayenesi ile taranmaktadır (Özaydın 2009, Güllüoğlu 2010).

Tablo 02. Semptomsuz Kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Öneriler

Tarama yöntemi	Özelliği
Kendi kendine meme muayenesi	• 20 yaşından itibaren her ay hayatının sonuna kadar yapılmasının önemi anlatılmalıdır. • Her kadına KKMM'nin yararları ve sınırlılıkları anlatılmalıdır. • KKMM yapan kadınların muayene tekniği kontrol edilmeli ve düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmanın önemi vurgulanmalıdır. • Normal olmayan değişim gözlemlendiğinde sağlık personeline başvurulmasının önemi belirtilmelidir.

(Kaynak: American Cancer Society.Breast Cancer Facts & Figures 2010)

Kendi kendine meme muayenesi yaptığını ifade eden kadınların, bu muayeneyi doğru ve etkin yapmadıkları gözlenmiştir. Meme kanserinin erken dönemde teşhisinin konulması için KKMM'nin her ay adet 5-7 günleri arasında ve 4.6.1'de belirtilen "KKMM" başlığı altında yer alan aşamalara göre muayene yapılmalıdır. (American Cancer Society 2007-2008, Akça 2007, Seçginli 2007, Şentürk 2009, Karayurt 2009, Güllüolu 2010).

Tablo 03. KETEM Tarafından Yapılan Tarama Programları

Özelliği	Tarama yöntemi
50-69 yaş arası kadınlara her yıl yapılacak muayeneler	• Kendi Kendine Meme Muayenesi (her ay) • Klinik Meme Muayenesi (her yıl) • Mamografi çekimi, gerek görülen vakalarda meme ultrasonografisi (iki yılda bir) • Normal olmayan değişim gözlemlendiğinde sağlık personeline başvurulması
35 yaş üstü kadınlara	• Muayene ile birlikte pap smear tetkiki (beş yılda bir), • Gerekli görülen vakalarda kolposkopi tetkiki
Kolorektal kanserler için 50-74 yaş arası erkek ve kadınlarda	• Gaitada gizli kan tetkikleri (iki yılda bir)

Kaynak: www.ketem.org

4.6. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

4.6.1. Kendi kendine meme muayenesi

KKMM koruyucu bir sağlık davranışıdır. Hastalıktan korunmak veya hastalık varsa belirtiler başlamadan erken tanı amacıyla yapılan bir aktivitedir. Doğru ve düzenli yapıldığında meme kanserini erken dönemde saptamak için en ekonomik, basit, invaziv olmayan etkili bir yöntemdir. Ancak kendi kendini meme muayenesinin, mortalite oranının azaltılmasında etkisi yoktur. Farkındalığı artırmaya yardımcıdır.

KKMM'nin kadının kendi meme dokusunu tanınması ve olası bir kitleyi kolay tespit edebilmesi için düzenli olarak her ay yapılması gerekir.

Yirmi yaşından itibaren adetın başlangıcından bir hafta sonra (5-7. günlerde) yapılır. Bu dönemde memeler normal şeklini almış, daha az duyarlı oldukları ve en kolay muayene edilebilecekleri için tercih edilir.

Menopozdaki kadınlar için her ayın belirli günü yapılması önerilir.

Kendi kendine meme muayenesi ayna karşısında ve sırt üstü yatarak yapılmalıdır.

1. Ayna karşısında

2. Yatarak

Ayna karşısında her iki kol havada, başın arkasında, belde ve göğüs bölgesi öne doğru biraz eğilmiş iken ve her iki kol kalçadayken gözle değerlendirme yapılır (Karen and Freund 2000, Ünal 2001, Göksel 2004, Türk Kanser Haberleri 2008, Erenel 2009).

Ayna karşısına geçilir.

- Meme cildinde renk değişikliği,
- Meme cildinde buruşukluk,
- Toplardamarlarda (venlerde) değişiklik,

- Meme başlarında değişiklik – kendiliğinden akıntı,
- Memelerde asimetri,
- Büyüklüklerinde normal olmayan değişiklik,
- Memeye komşu lenf nodlarında büyüme,
- Kitle görünümü yönünden gözle değerlendirilir.

Kendi kendine meme muayenesi yapacak kişinin bilmesi gerekenler:

- Doğru duruş/pozisyon
- Muayene edilecek bölge
- Palpasyon tekniği
- Muayene şekilleri
- Meme ucunun muayenesi
- Koltuk altının muayenesi

Ayna karşısında iken memeler aşığıdaki pozisyonlarda değerlendirilmelidir:

■ **Kollar yanlarda düz duruş**

Sağa dönerek
Sola dönerek



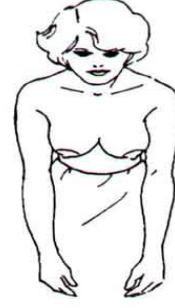
■ **Kollar yukarıya kaldırılmış**

Sağa dönerek
Sola dönerek



■ Eller sıkıca bele bastırılmış

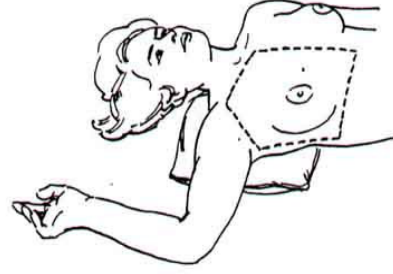
- Gövde öne eğik
- Göğüs kasları kasılmış
- Kollar yanlarda, gövde eğik



2- Yatarak – Elle Değerlendirme

Muayene alanının belirlenmesi:

Yanlarda ortada sternum ortasından aksiller çizginin ortasına kadar, yukarıda klavikuladan aşağıda meme hattı bitiminin birkaç cm. aşağıya kadar muayene edilir.

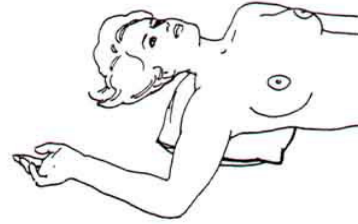


Palpasyon tekniği:

- ✓ Üç parmağın iç yüzü kullanılır.
- ✓ İtmeden, hem hafifçe ve hem daha derin bastırılarak daire çizerek palpasyon yapılır. Meme dokusunda olabilecek bir kitleyi hissedebilmek için meme hafif, orta, kuvvetli bir şekilde bastırılarak muayene edilir.

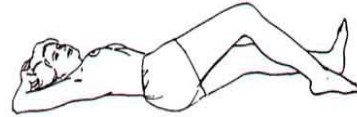
Memesi küçük olanda:

- ✓ Muayene edilecek tarafın altına bir yastık konulur.
- ✓ Kol avuç içi yukarı gelecek ve dik açı yapacak şekilde yana uzatılır.



Memesi büyük olanda:

Aynı pozisyonda kol baş üzerine doğru uzatılır



Yatarak elle değerlendirmede birinci pozisyon (memenin dış tarafının muayenesi için)

- Kadın sol tarafı üzerinde sırt üstü uzanır (sağ memenin muayenesi için; diğer meme için tersi uygulanır).
- Omuzlar geriye doğru, bacaklar dizlerden bükülmüş olmalıdır, gerekirse omuzun altına küçük bir yastık koyulabilir.
- Sağ el alnın üzerinde koyulur
- Sol el ile sağ koltuk altından başlayarak, meme başına kadar olan alan muayene edilir.
- Meme, meme başı dahil olmak üzere hiçbir alan atlanmadan aşağı yukarı-yukarı aşağı muayene edilir.

İkinci pozisyon (memenin i tarafının muayenesi için)

- Sırtüstü yatar pozisyonda muayenede kullanılmayan kol 90 derece yukarı dönük gelecek şekilde yana koyulur
- Meme başından başlanarak muayeneye devam edilir.
- Meme başından vücudun ortasına (göğüs kemiği) kadar hiçbir alan atlanmadan aşağı yukarı- yukarı aşağı muayene edilir.

nc pozisyon – (köprücük kemiğinin muayenesi için)

- Sırtüstü yatar pozisyonda muayenede kullanılmayan kol vücudun yanına uzatılır.
- Köprücük kemiğinin omuz eklemi ile birleştiği yerden başlanarak, yukarısı ve aşağısı iki yatay hat halinde iki parmağın i yüzü ile muayene edilir.

Muayene şekli: Aksilla st-Dıştan, Alt-Ortaya doğru-**VERTİKAL** yönde memenin tamamı muayene edilmelidir.



Meme ucu muayenesi

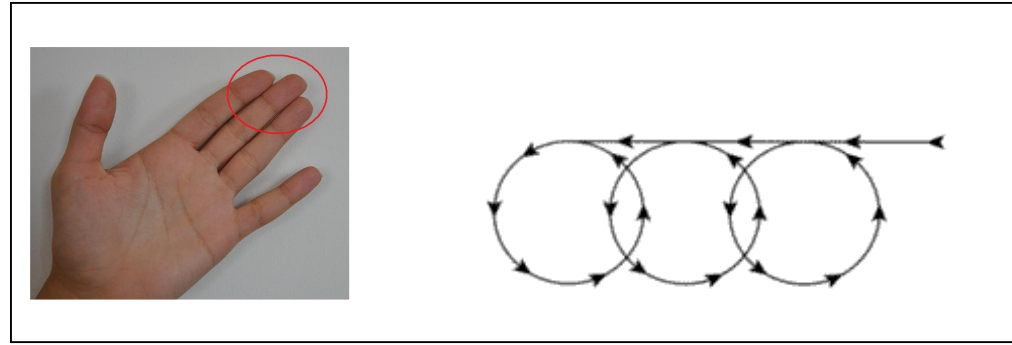
Meme başı ve etrafındaki dokular palpe edilmeli ama sıkılmamalıdır. Spontan akıntı varsa ileri incelemeyi gerektirir.



Aksilla

muayenesi:

Aksilla çukuru ön, orta ve dış aksilla çizgileri derinlemesine palpe edilir.



Şekil 01. Meme Muayenesinde Parmakların Kullanımı

Muayenede Neler Hissedilebilir?

- ✓ Sert – yumuşak
- ✓ Ağrılı – ağrısız
- ✓ Küçük – büyük
- ✓ Hareketli – hareketsiz

Derinde – yüzeyde kitle ya da kitleler hissedilir.

4.6.2. Klinik meme muayenesi

Klinik meme muayenesi (KMM) bir doktor veya hemşire/ebe tarafından memenin fiziksel olarak muayenesini içermektedir. Mamografi gibi bir tanı ya da tarama testidir. Kadının memesinde herhangi bir değişiklik olduğunu fark etmeksizin doktora başvurması ve muayene sırasında doktorun kanser bulgusu saptaması durumunda; KMM bir “tarama testidir”. Ancak kadının memesinde herhangi bir değişiklik fark etmesi, bu nedenle doktora başvurması ve doktorun muayene sonucunda kanser tanısı koyması durumunda; KMM “tanı testidir”. KMM meme muayenesi mamografi olanağının bulunduğu durumlarda tek başına önerilmemektedir. Ancak mamografi olanaklarının sınırlı olduğu ülkelerde KMM tek başına meme kanseri taraması için kullanılabilir (Gürsoy 2008). Bu taramalarla yavaş büyüyen tümörler ve invaziv kanser olarak gelişmeyecek tümörler daha az sıklıkla saptanabileceğinden, mamografik taramalardan daha az zarara neden olabilir. Bu yöntemlerin bir diğer avantajı, herhangi bir teknik donanım gerektirmemesi, pratisyen hekim veya hemşire/ebeler tarafından uygulanabilmesidir (Kösters 2008).

Klinik Meme Muayenesi: Bu muayene yöntemi ile meme ya da koltuk altı bölgesinin kitle yönünden, inspeksiyon ve palpasyon yöntemi ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. KMM’nin hassaslığının %40 - %69 oranlarında, kesinliğinin ise %88 - %99 oranlarında olduğu ifade edilmektedir. KMM, mamografi ile kullanıldığında mortalite oranının %14 - %29 azaldığı görülmektedir.

Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20- 39 yaşlarındaki semptomsuz kadınların her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından klinik muayenesinin yaptırılmasını önermektedir. Menopoz öncesi dönemdeki kadınlar için klinik meme muayenesinin (KMM) hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden en uygun olduğu zaman adetten sonraki haftadır.

Meme kanseri taramasında özellikle 40- 49 yaş arasındaki kadınlarda KMM, meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Klinik

meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oran %5- 20 artmaktadır.

Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen, periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır. İdeal bir tarama programında, memenin klinik muayenesi, kendi kendini muayene ve mamografi ile birlikte olmalıdır (İğci ve Asoğlu 2003)

Tablo 04. Semptomsuz Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırmasına İlişkin Öneriler

Tarama yöntemi	Uygulama sıklığı
Klinik meme muayenesi	• 20- 39 yaş arasında üç yılda bir kez yaptırılmalıdır. • 40 yaşından sonra her yıl yaptırılmalıdır.

(Kaynak:www.ketem.org.)

4.6.3. Mamografi

Mamografi: Memenin yumuşak dokusunu ve patolojik değişikliklerinin erken tanısında yararı kanıtlanmış tek görüntüleme yöntemidir. Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeni ile elle hissedilemeyen kitleleri ortaya koyup, biyopsi alanını belirlemektedir. Aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri belirlenemeyen primer lezyonu bulmaya yarar ve tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik devrede birçok kanserli hastayı saptamaktadır. Memenin primer görüntüleme yöntemi olan mamografi tanı ve tarama amaçlı olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır. Tanı amaçlı mamografinin etkinliği için önce meme muayenesi yapılmalıdır. Meme kanserlerinin %5-15’inde mamografi bulgusu vermeden muayenede kitle ele gelebilmektedir. Mamografide kanserin verdiği görüntünün yoğunluğu homojen değildir. Mikrokalsifikasyonlar, asimetrik yoğunluklar, düzgün veya düzensiz konturlu kitleler şeklinde görülürler. Vakaların %30’unda kanser için tipik olan küçük ve çok sayıda mikrokalsifikasyon odakları bulunur. Benign kitlelerin ve kistlerin verdiği görüntü homojendir, kenarları düzgündür. İçinde kalsifikasyon

odağı genelde yoktur, varsa da az sayıda ve küçüktür. Her kalsifikasyon kanser işareti olmadığından, şüpheli kabul edilmesi için mamografideki görüntü özelliklerinin çok iyi yorumlanması gerekmektedir. Şüpheli mamografilere US incelemesi ve MRG ile ayırıcı tanı konur (Tükel 2009, Güllüoğlu 2010).

Meme kanserlerinin erken tanısına yönelik mamografi ile tarama çalışması ilk olarak 1963 yılında başlamıştır. Konvansiyonel film-screen mamografinin duyarlılığı %86-97 arasındadır (Clinical Guidelines 2002, Demirkazık 2004). Mamografinin 40 yaş üstü kadınlarda erken tanıda yararı kanıtlanmış olmakla beraber, genç popülasyonda ve özellikle meme glandı yoğun olan kadınlarda duyarlılığı düşüktür. Bu nedenle yeni görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Dijital mamografi bunlar arasında en ümit vaat eden yöntemlerdendir. Yapılan tarama çalışmalarında bugün henüz dijital mammografinin konvansiyonel mammografi ile karşılaştırıldığında daha fazla meme kanseri saptadığını göstermemektedir. Konvansiyonel mammografi ile karşılaştırıldığında 3-5 kez daha pahalı bir yöntemdir (Güllüoğlu 2007, 2010).

4.6.4. Manyetik rezonans görüntüleme (MR)

Çok önemli bir inceleme yöntemi olmasına rağmen, günümüzde çokça istismar edilmektedir. Bugün rutin uygulamada MR görüntülemenin gereksiz yere yapılması ciddi maddi ve manevi yük getirmektedir. MR'ın bugün için tavsiye edilen uygulama alanları;

- Görüntüleme bulguları ile biyopsi histopatolojisinin birbiri ile uyumlu olmadığı durumlarda,
- Kanser nedeni ile meme koruyucu cerrahi yapılmış kadında operasyon bölgesinde şüpheli görüntü saptanmışsa,
- Aksillada kanser metastazı olduğu halde konvansiyonel yöntemle kanser kitlesinin görüntülenememesinde,
- Meme kanseri nedeni ile mastektomi yapılmış memenin takibinde,
- Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedavinin etkinliğinin izlenmesinde,

- Meme kanseri yönünden riski çok yüksek olan sağlıklı bireylerin tarama yapılması için kullanılmalıdır (Balcı 2001, Güllüoğlu 2007).

4.7. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)

Sağlık inanç modeli (SİM) 1950’li yıllarda Amerika’da halk sağlığı servisinde çalışan psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Model, 1950’li yıllarda Amerika’da halk sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan sağlık taramalarına ve koruyucu programlara (ücretsiz tüberküloz tarama ve aşılama programları), halkın katılımının düşük olmasının nedenlerini anlamak ve açıklık getirmek amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir (Seçginli 2007). Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram; algılanan duyarlılık, önemseme ciddiyeti, yarar ve engel algılarıdır. Becker ve Rosentock 1988 yılında, modele sağlık motivasyonu ve güven kavramını eklemişlerdir (Gözüm, Karayurt ve Aydın 2003). Sağlık inanç modeli uzun yıllar meme kanseri erken tanı/tarama davranışlarını ve koruyucu davranışları (bağışıklama, prenatal ve sigara içme davranışı vb.) etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılmıştır. Hemşirelik alanında Victoria Champion, sağlık inanç modelini temel alarak 1984 yılında “meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli ölçeği”ni geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999’da revize etmiştir. Champion’un meme kanseri taramalarına ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği Türkiye’de birbirlerinden habersiz ve hemen hemen eş zamanlı üç ayrı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır (Gözüm ve Aydın, 2003; Karayurt, 2003; Seçginli, 2003). Seçginli ölçeğin, 1993 versiyonunu yüksek lisans tezi kapsamında, Karayurt ölçeğin meme kanseri ve KKMM boyutlarının en son versiyonlarını doktora tezi kapsamında ve Gözüm ve Aydın ise bir doktora tezinde kullanmak amacıyla bağımsız bir çalışmada ölçeğin tüm boyutlarının (meme kanseri, KKMM, mamografi) en son versiyonlarını Türkçeye uyarlamışlardır (Gözüm ve Aydın 2003, Karayurt 2003, Seçginli 2003). Türkiye’de farklı bölgelerde ve farklı örneklemeler üzerinde yapılan bu uyarlama çalışmaları ile ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin kanıt sağlanmıştır.

4.7.1. Sağlık inanç modeli değişkenleri

Modelde yer alan değişkenler aşağıda açıklanmıştır. Buna göre:

1. **Tehdit algısı (Perceived Threat):** İki bölümden oluşur. Bunlar yatkınlık algısı (perceived susceptibility) ve hastalığa ilişkin ciddiyet algısıdır (perceived seriousness).
 - Yatkınlık algısı (Perceived Susceptibility): Hastalığa yakalanmada bireysel riskin algılanmasıdır.
 - Ciddiyet algısı (Perceived Seriousness): Hastalığın öneminin, ciddiyetinin, bireysel tehdidin, tıbbi, klinik ve sosyal sonuçlarının algılanmasıdır.
2. **Yarar algısı (Perceived Benefits):** Hastalık tehdidinin yada risklerin azaltılmasında kullanılan yöntemlerin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanmasıdır.
3. **Engel algısı (Perceived Barriers):** Sağlık davranışını engelleyen fiziksel, psikososyal ve finansal durumların algılanmasıdır.
4. **Güven (Confidence):** Bireyin sağlık davranışını başarılı bir şekilde yapabilmeye olan bireysel inancıdır. Bu değişken, modele 1977 yılında Bandura tarafından eklenmiştir.
5. **Sağlık motivasyonu (Health Motivation):** Eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanır.
6. **Eyleme geçiriciler (Cues to Action):** Bireyi eyleme geçiren etkenlerdir (hastalığın belirtileri, medya gibi).
7. **Diğer değişkenler:** Bireyin algısını ve dolayısıyla sağlık davranışını etkileyen demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenlerdir.

Modelin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesinde; "bireysel algılara, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara" ilişkin değişkenleri içerir. Bu yönüyle ele alındığında modelin, özellikle bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel algılara temellendiği söylenebilir. Modelde sağlık davranışlarında etkili olduğu varsayılan bireysel algılar tanımlanmıştır (Vietri at all. 1997, Petro-Nustas and Mikhail 2002).

- **Yatkınlık algısı:** Meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanmasıdır. Diğer bir ifadeyle kişinin meme kanseri olmasındaki bireysel yatkınlığının farkında olmasıdır.
- **Ciddiyet algısı:** Meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanmasıdır. Meme kanserinin oluşturacağı sonuçların öneminin farkında olunmasıdır.
- **Yarar algısı:** Meme kanseri tarama davranışlarının (KKMM, mamografi ve klinik meme muayenesi) olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanmasıdır.
- **Engel algısı:** Bireyin meme kanseri tarama davranışlarını gerçekleştirmesini engelleyen faktörlerin (zaman bulamama, sağlık sigortasının veya güvencesinin olmaması, işlemin pahalı ve/veya zahmetli olması, zaman alması, ağrılı olması vb.) algılanmasıdır,
- **Güven algısı:** Bireyin erken tanıya ilişkin davranışları (KKMM'ni doğru ve etkin yapabilme durumu) başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancıdır.
- **Sağlık motivasyonu algısı:** Bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır (Seçginli S, Nahcivan N 2004, Champion 1993, Champion ve Scott 1997, Champion 1999).

Yatkınlık ve ciddiyet algısı

Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Bireyde meme kanserine yönelik yatkınlık ve hastalığa ilişkin ciddiyet algısının bulunması gerekir. Örneğin, yakın çevresinde meme kanseri öyküsü olan bireyin, meme kanserine yakalanma konusunda kendini daha yatkın hissetmesi gerekir. Ciddiyet algısı tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyet algısı birlikte tehdit algısını oluşturur. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla tarama programlarına katılarak KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğiliminde olacaktır (Seçginli 2007, Çenesiz ve Atak 2007).

Meme kanserine yönelik Sağlık İnanç Modelinin temel alınarak yapılan çalışmalarda bireylerin ciddiye almasının yüksek olması beklenen bir davranış modelidir. Kadınların bireysel sağlık algıları, erken tanıya yönelik davranışları başlatmada önemlidir. Davranışı başlatan en önemli etken bireydeki tehdit algısıdır. Bir kadının mamografi yaptırması için öncelikle meme kanserine yatkın olduğunu hissetmesi ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılaması gereklidir (Elik 2006, Çenesiz ve Atak 2007). “Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği”nin Türk kadınları üzerinde yapılmış geçerlik/güvenirlik araştırmasında 20-60 yaş grubundaki 430 kadında yürütülen çalışmada algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyetin, KKMM uygulama sıklığını etkileyen en güçlü bileşenler olduğu belirtilmiştir.

Yarar ve engel algısı

Modele göre, meme kanserinde gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının beklenen sağlık davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenir. Yapılan çeşitli çalışmalarda meme kanseri erken tanısına yönelik davranışları etkileyen başlıca engelleyici nedenler arasında; hekim önerisinin olmaması, bilgi eksikliği, utanma, ağrı, maliyet, vakit bulamama, radyasyon alma korkusu, işlemleri gereksiz bulma ve kötü bir sonuçla karşılaşma endişesinin yer aldığı belirtilmektedir (Elik 2006, Seçginli 2007, Çenesiz ve Atak 2007).

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiye ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Baltaş 2000). 430 kadınla yapılan çalışmada algılanan engeller arttıkça, KKMM uygulama sıklığı azalmıştır. Algılanan

duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonu yüksek olan kadınlar daha yüksek oranda önerilen şekilde KKMM uygulamıştır (Çenesiz ve Atak 2007). Yarar algısı tarama davranışları ile pozitif ilişkili iken, engel algısı negatif ilişkilidir. Yarar algısı arttıkça tarama davranışları oranı artmakta, engel algısı arttıkça aynı oranda düşmektedir.

Sağlık motivasyonu ve güven algısı

Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır.

Gözüm ve Aksayan'ın (1999) çalışmasında bu kavram “bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı” olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle güven algısı yüksek olan bir kadının KKMM'ni doğru ve etkin yapacağı varsayılır. Benzer şekilde, sağlık motivasyon algısı yüksek olan kadınların düzenli KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çekirme eğilimleri daha yüksek olacaktır.

4.8. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

Kanser tedavisinde temel olarak cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Bu tedavilerin bazı yan etkileri, uzun sürmesi ve tam başarı sağlanamaması gibi nedenlerle hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri zaman zaman değişik arayışlara girmektedirler. Yine sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler de bu tür arayışları artırmaktadır.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (Complementary and Alternative Medicine) (CAM), (TAT), konvansiyonel temel medikal tedaviye ek olarak veya onun yerine kullanılan birçok işlemi tanımlar. Ruhsal, bedensel ve beyinsel metotlar ile bitki, vitamin, mineraller, metabolik ve klinik tedavi metodları yer almaktadır (Topuz 2007, Kav, Hanoğlu ve Algier 2008). Tüm dünyada konvansiyonel tıbbın önerileri

dışında kalan tedaviler gittikçe daha çok kabul görmektedir, ancak hasta tedavisindeki pozitif veya negatif etkisi hastalar ve sağlık çalışanları tarafından yeterince iyi anlaşılamamıştır. Kanserli hastaların beklentisi TAT'ın semptom tedavisi, yaşam kalitesinin düzelmesi, bağışıklık sistemine destek sağlaması ve bazı hastalarda hastalık sürecini geriletmesi amacıyla kullanım sıklığı %7-91 oranında bildirilmiştir. Kanserli hastalar için kullanımın bu kadar yüksek olması hastalığın doğası ve şiddeti ile ilgili olsa da, kişinin inancı, kültürü, denenmemiş hiçbir seçenek bırakmamak ve konvansiyonel tedavilerle tatmin olmamakla yakından ilgilidir (Samur M. 2003, Topuz 2007, Uğurluer, Karahan, Edirne ve Şahin 2007).

Ülkemizde kanserli hastalarda TAT kullanım konusunda ilgi giderek artmasına bağlı olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kanser Danışma Kurulunun bir alt yapısını oluşturan Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Kurul doktorları halkı bu konularda aydınlatıp, medyadaki bilim dışı yayınlarla mücadele ederek binlerce hasta mağdur olmaktan kurtaracaktır (Topuz 2007).

Meme kanserlerinde en çok kullanılan TAT yönteminin bitki karışımları olduğu ve en yaygın olarak kullanılan bitkinin ise “ısırgan otu” olduğu belirlenmiştir. Kullanılan diğer yöntemler ise dini uygulamalar, vitamin/özel diyet olduğunu, kadınların erkeklerden daha fazla bu yöntemlere başvurdukları, sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük olanların daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu aile, arkadaş ve klinikteki diğer hastaların önerisiyle TAT yöntemine başvurdukları, bu yöntemleri kanser tanısı sonrası tıbbi tedavileri süresince kullandıkları ve doktor/hemşireden olumsuz tepki alacakları endişesiyle sağlık personeline bilgi vermedikleri belirlenmiştir (Kav, Hanoğlu ve Algier 2008). Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi ve kemoterapi hastalarda trombosit sayısının azalmasına neden olmaktadır. Meme kanserli hastaların kullandıkları sarımsak ve keten tohumunun bu tedaviler sırasında kullanılması kanama ile ilgili problemleri artıracığından hastaların bu konuda uyarılması gerekmektedir. Ayrıca ısırgan otu bazı farmakolojik ajanlar ile yan etki, alerjik reaksiyon, aşırı doz zehirlenmeye neden olmaktadır. Pek çok kişi ismini dahi bilmediği bitki karışımlarını satın almakta ve bitkisel ise iyidir, zararsızdır inancıyla gelişi güzel dozlarda kullanabilmektedir. Sağlık profesyonellerinin bu konu üzerinde hassasiyetle durması

yanlış inanışların doğru bilgilerle yer değiştirilmesi süreci başlatılmalıdır (Samur M. 2003, Şarışen ve Çalışkan 2005, Yavuz, İlçe, Kaymakçı, Bildik ve Dıramalı 2007).

4.9. Kadın ve Suçluluk

Suç evrensel bir olgudur. Yasağın ve kuralın olduğu her yerde kuralı bozma yasağı çiğneme, doğruluktan sapma davranışı vardır. Bu birey - toplum çatışmasının bir sonucudur. Kişi kendi arzularına, güdülerine doyum sağlamaya çalışırken, toplum ona “ötekiler” adına “dur” demektedir. Yaşamın her döneminde kişiler toplumsal, dinsel, hukuksal kurallara uymak için kendi kendini zorlamaktadır. Kurallar bireyin güduleriyle, arzularıyla çoğu kez çatışmaktadır. Bu nedenle kişi bu kuralları oldukça sık bozmaktadır (Yavuzer 1993).

Kanun koyucular tarafından topluma zarar verdiği ya da tehlikeli olduğu kabul edilen eylem, tavır, davranış ve hareketlere suç denir. Kadın suçluluğu, kriminolojinin en önemli konularından biridir. Kadın suçluluğu incelendiğinde kadınların özellikle adam öldürme ve adam yaralama gibi suçları büyük çoğunlukla kendilerini korumak amacı ile işledikleri görülmektedir (İçli 2000).

Balcıoğlu (2004), Türkiye’de kadınların ekonomik yasamdaki rolleri ve etkinliğinin düşük, genelde yaşadıkları mekansal ve işlevsel çevrenin ev ile sınırlı olması, kadınların yakın çevresine yönelik suç işlemleri ihtimalini artıran bir faktör olarak değerlendirmektedir. Kadınların özellikle öldürme, yaralama gibi suçları büyük oranda nefsi müdafaa ve savunmak için işlemek zorunda kaldıkları görülmüştür. Ayrıca aile içerisinde şiddet olgusuyla sıklıkla karşılaşan kadınların, kendilerine saldırı olduğu zaman orantısız güç kullanma eğilimi içerisinde oldukları ifade edilmektedir (Balcıoğlu 2004).

Sosyo-ekonomik gelişme ile birlikte kentleşme, piyasadaki malların çeşitlenmesi ve çoğalması, toptan alışveriş merkezlerinin artması, kredi kartı kullanımının ve tüketiminin yaygınlaşması sonucu kadınların karıştığı hırsızlık ve dolandırıcılık olaylarını da artırmaktadır (Balcıoğlu, www.kriminoloji.com, erişim 10.08.2010).

Toplumsal gözünde kadın suç işlememelidir. Eğer gözaltına alınır ve tutuklanırsa toplum tarafından asla affedilmemekte ve bu suçluluk yaşam boyu taşınan bir kimlik

olmaktadır. Yapılan çalışmalarda suç işleyen kadınların, erkeklere oranla daha fazla toplumsal ve psikolojik baskı hissettikleri ifade edilmektedir (Terzi 2007). Kadın suçluluğu aile içi şiddet, parçalanma, sosyal yıkım gibi pek çok boyutu beraberinde getiren önemli bir hukuksal sorun olarak kendini gösterirken, erkeğin suçluluğunda evliliği ve aile bütünlüğünün bozulma olasılığı kadınlara oranla daha azdır.

4.10. Ceza Evlerindeki Kadınların Sorunları

Cezaevlerinde; alkol, ilaç bağımlılığı, bulaşıcı hastalıklar, üreme sağlığı sorunları, cinsel taciz vb. sorunlar sıklıkla gündeme gelen sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Post travmatik stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, kendine zarar verme ve intihara teşebbüs gibi ruhsal sorunlar kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. (Erdal 2000, Aloğlu 2008). Toplumumuzda kadınlar, aileyi çekip çevirendir. Ailedeki erkek birey cezaevine girdiğinde, kadın çocuklarının bakımını üstlenirken; kadın ceza aldığı anda erkekler aynı rolü üstlenmemektedirler. Bu kuruyucu rolü taşıyan kadınların, aniden suçluya dönüşmesi yüzünden dışarıda kalan çocuklarından haber alamamaları ise, yaşadıkları kaygılar nedeniyle psikolojilerinin bozulmasına ve akıl sağlıklarına ciddi zarar vermektedir. Hiçbir cezaevinde, psikiyatri uzmanı ve yeterli sayıda psikolog yoktur. Yasalar gereği altı yaşından büyük çocuklar cezaevinde annelerinin yanında kalamazken; altı yaşından küçük yaştakiler ise anneleri ile birlikte tutukevi ya da cezaevlerinde kalmaktadırlar. Cezaevlerinde kalan çocuklar için uygun koşulların sağlanması zor olduğundan, çocuğun psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceği gibi, akıl sağlığına da kalıcı zararlar verebileceği düşünülmektedir.

Ceza infaz Kurumları ile Tutukevleri Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük'ün 7. maddesi, kadınlar yönünden, "Müstakil cezaevleri kurulmadığı takdirde, cezaları, diğer hükümlülere mahsus cezaevlerinin kadınlara ayrılan bölümlerinde infaz olunur." hükmünü içermektedir.

Türkiye'de bulunan 600 cezaevinden yalnızca dördü kadınlar içindir. Bunlar: Karataş (Adana), Ankara, Çifteler (Eskişehir) kadın kapalı ve Denizli açık ceza infaz kurumlarıdır (<http://www.cte.adalet.gov.tr/kurumlar/cik/cezaevi-liste-xls>). Ancak bu kadın cezaevlerinde yöneticiler başta olmak üzere personelin büyük bir kısmı

erkektir. Türkiye'de kadınlara özel yapılmış tek bir cezaevi vardır, o da Bakırköy Kadın Kapalı cezaevidir. Cezaevi bahçesinde dışarıda bile örneğine zor rastlayacağımız 0-6 yaş grubuna ait çok güzel bir kreş bulunmaktadır. Bu kreş sayesinde çocuklar gün boyu özgürdür ama akşam olunca koşu alanlarına döndüklerinde annelerinin kaderine ve yataklarına ortak olmaktadır.

Kadınların cinsiyetlerine özel sağlık ihtiyaçları bulunduğundan, bunları rahatça konuşabilecekleri kadın sağlığı konusunda uzmanlara düzenli danışabilmelidirler. Cezaevlerinde sağlık hizmetlerinin donanımsız olmasının yanı sıra; yeterli sayıda sağlık personeli bulunmamaktadır. Hiçbir cezaevinde hemşire/ebe kadrosu ve kadın doğum uzmanı yoktur. Narin (2004) cezaevlerinde kadınların üreme sağlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, üreme sağlığı şikayetlerinin %53.30'ünün akıntı, %21.20'sinin idrar yolu enfeksiyonu ve %15.60'sının inkontinansa bağlı şikayetlerden kaynaklandığını belirlemiştir.

Cezaevlerinde tutuklu ve hükümlülerin hastane gibi sağlık birimlerine sevkini sağlayan araçların az sayıda olması nedeniyle, ancak çok acil ve önemli vakalarda sevkler yapılabilmektedir. Bu durum ise, sağlık hizmetleri donanımının hali hazırda yetersiz olduğu cezaevlerinde önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Ceza infaz kurumlarındaki sağlık personeli atamalarını daha önce Adalet Bakanlığı gerçekleştiriyorken, 2009 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı'nın üstlenmiş olmasından dolayı, kurumlarda uzun yıllar boyunca görev yapan doktorların başka yerlerde görevlendirilmesi, çalışan, hükümlü ve tutuklular üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Geçici görevlendirmelerle gelen doktorların kurumu benimsemediği, genel olarak hasta takibinin yapılamadığı, önleyici değil, tedavi odaklı bakımın söz konusu olduğu ve rutin taramaların gerçekleştirilmediği görülmektedir. Bu uygulama, çözüm olmaktan ziyade yeni sorunları da beraberinde getirmektedir.

4.11. Cezaevi Hemşireliği ve Adli Hemşireli

Ülkemizde cezaevi personeli kadro durumları incelendiğinde hemşire kadrosu bulunmamakta, ancak adli hemşirelik tanımları bulunmaktadır. Cezaevlerinde ebe/hemşire çalışmamaktadır.

Cezaevi Hemşiresi terimi İngiltere’de “Cezaevinde hem yönetici hem de çalışan hemşiredir” biçiminde tanımlanmaktadır. İngiltere’de cezaevi hemşiresinin sorumlulukları şunlardır: Cezaevi hemşiresi, hastane hemşiresine benzer biçimde çalışır. Yüksek kalitede tedavi ve bakımı güvenli ve gizli bir çevrede verir. Hükümlü ve tutukluların sağlık davranışlarını geliştirmek ve akıl sağlığı üzerindeki cezaevi koşullarının olumsuz etkilerini hükümlü ve tutukluların önlemek, hükümlü ve tutukluların güçlendirmek ve böylece hükümlü ve tutukluların, onların arkadaş ve ailelerini ve giderek halkı etkilemek hemşirenin görevi olarak belirlenmiştir (Norman and Parish 2002).

Adli hemşirelik, hemşirelik biliminin yasal veya toplumsal olaylara uygulanmasıdır. Amerikan Hemşireler Derneği (American Nurses Association-ANA) 1992 yılında Adli hemşireliğin şiddet çemberini kırmaya yardımcı olabilecek en önemli on güçten bir olduğunu belirlemiştir.

Adli hemşireler çalışacakları alanlara göre farklı bireysel eğitimler almakta, çalışacakları alanda pratik yapmakta, alan çalışmalarına katılmakta ve bu alanda çalışabileceklerine dair sertifika ile derecelendirilmektedirler (Hancı 2002).

Adli hemşirelik, geçmişte bazı Avrupa ülkelerinde özellikle suçlu ve sanıkların tedavisinde, özel psikiyatri hastaneleri, cezaevleri ve genel hastanelerin kapalı adli tıp kliniklerinde uygulanmıştır. Günümüzde başta ABD ve diğer bazı ülkelerinde adli hemşirelik, suç kurbanlarının bakımı üzerinde yoğunlaşan bir uzmanlık alanı olmuştur.

Türkiye’de Adli Hemşirelik, yeni bir alan olmasına rağmen, hemşireler yıllarca herhangi bir resmi eğitim almadan ve resmi makamlar tarafından onaylanmadan adli hemşire olarak tanımlanmış ve özellikle adli psikiyatri servislerinde gözlem altında tutulan hastaların izlenmesinde ve tedavisinde önemli bir gereksinim olarak kabul edilmiştir (Eşiyok, Hancı, Özdemir ve Yelken 2004).

Türkiye’de ilk adli hemşirelik birimi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde açılmıştır. Adli hemşirelik özellikle çocuk istismarı, aile içi şiddet ve cinsel suçlarla ilgili vakalarla ilgilenmektedir. İstanbul Üniversitesi (İ.Ü) Adli Tıp Enstitüsü’nde,

Bakırköy Hemşirelik Yüksekokulu son sınıf öğrencilerine 2002-2003 eğitim-öğretim yılında Adli hemşirelik dersi, 'seçmeli' olarak verilmeye başlanmıştır.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Anabilim Dalı bünyesinde Şubat 2006'da yüksek lisans programı açılmıştır ve dört öğrenci ile 2006-2007 güz döneminde eğitimine başlanmıştır. Marmara Üniversitesi bünyesinde açılan bu program adli hemşireliğin, akademik alanda gelişmesine ve yaygınlaşmasına büyük katkı sağlayacaktır.

4.12. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Hemşirenin Rolü

Tüm hemşireler sağlığı geliştirme projelerinin bir parçası olarak hastalarla sürekli iletişim halindedir. Risk tanılama, eğitim, psikososyal destek, sağlığı koruma ve kanser risk yönetimi için danışmanlık sağlamada önemli görevlere sahiptirler. Sağlık bakım hizmetlerini nasıl kullanacakları konusunda bilgi sağlamada, sağlık bakımında engelleri nasıl kaldıracağı konusunda anahtar rol oynayan hemşireler KKMM'nin öğretilmesi ve etkili uygulanması konusunda da önemli görevleri vardır. Sağlık çalışanları, herkesin öğrenme tarzının farklı olduğunun bilincinde olmalı ve eğitim verirken farklı eğitim yöntemlerini kullanmalıdır (Karamanoğlu ve Özer 2008, Tümer ve Bayek 2010). Bu eğitim yöntemleri afiş ve broşürler, basit ve anlaşılır çizimler, meme modelleri ve video izletmek olabilir. KKMM'ni etkileyen faktörler bilinirse hemşireler KKMM uygulama sıklığını artırmak için bu bilgiyi kullanarak girişimler planlayabilirler. Hemşireler KKMM'nin önemine ve meme kanserinin erken saptanmasında önemli bir rol oynadıklarına inanmalı, KKMM uygulama becerisinin sürdürülmesinden, geliştirilmesinden, hastalara ve halka öğretilmesinden sorumlu olduğunun bilincinde olmalıdırlar. Cezaevlerinde hemşireler mutlaka görev almalı ve yaş gruplarına göre; üreme sağlığı, menopoz, kendi kendine meme muayenesi ve kadın sağlığı açısından tüm önemli konular düzenli sağlık eğitimi şeklinde verilmelidir. Tarama çalışmaları ile kanserde erken tanı sağlanmalıdır. Kronik hastalıklar, kanser önemle izlenmeli, sigaranın bırakılması konusunda kurumda çalışan ve hükümlü ya da tutuklulara yardımcı olunmalı ve hastaların en uygun koşullarda tedavisi sağlanabilmelidir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma cezaevinde bulunan kadınlar eğitilerek, meme kanseri erken tanı yöntemleri konusunda bilinçlendirmek, erken tanı yöntemlerinin uygulanmasını sağlamak, kendi sağlık sorunlarına karşı duyarlı hale getirmek için yapılmış olan randomize, kontrollü bir müdahale araştırmasıdır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 1 Mayıs 2009 – 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında İstanbul Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda gerçekleştirilmiştir.

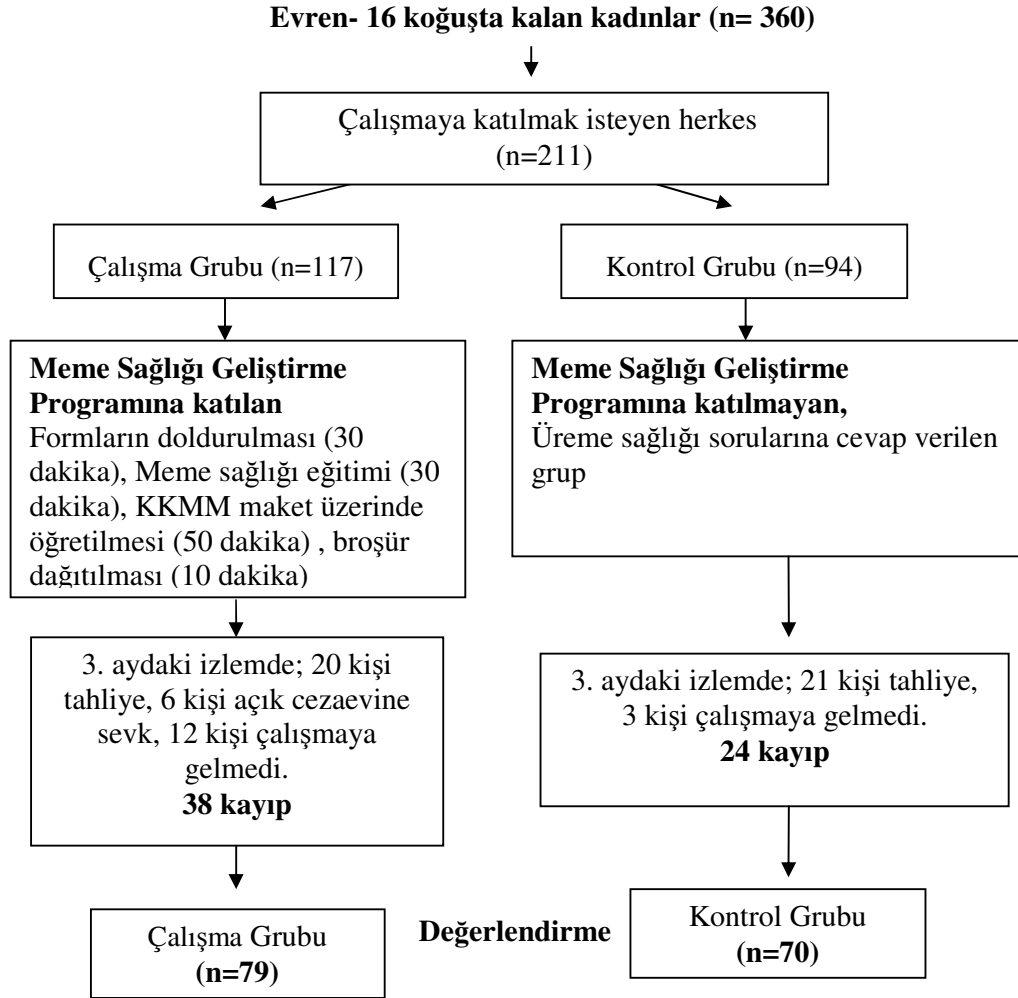
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda bulunan tutuklu ve hükümlüler oluşturmuştur. Ceza infaz kurumunda toplam 42 koğuş, bir koğuşta 12 oda, her odada 2 kişiden bir koğuşta 24 kişi olmak üzere, toplam 910 kişi bulunmaktadır. Kapalı cezaevi olduğundan hiçbir hükümlü ve tutuklu diğer koğuştaki hükümlü ve tutuklu ile görüşmemektedir. Yabancılar ve adolesan koğuşları çalışmaya dahil edilmemiştir. 16 koğuş bilgisayar ortamında çalışma ve kontrol grubu olarak seçilmiştir. 8 koğuş çalışma (180 kişi), 8 koğuş kontrol (180 kişi) grubunu oluşturmuştur.

Örnekleme seçilen koğuşlarda, araştırmaya katılmaya istekli olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

Çalışmaya alınmayan koğuşta bulunan 10 kişiyle ön çalışma yapılmıştır. Kurumda çalışan psikolog, doktor ve öğretmenlerle iş birliği yapılarak eğitimler planlanmıştır. Kurum müdürü değişikliği nedeniyle çalışmaya 09.07.2009 tarihinde başlanmış ve 31.07.2009 tarihinde bitirilmiştir. Eğitimler sabahları katılımın az olması nedeniyle saat 13:00'e alınmıştır. Çalışmanın başlangıcında aynı koğuşta

bulunan (Meme ucunda akıntı, süt kanallarındaki tıkanıklığa bağlı asimetrik bir meme, memede kitle) dört kadın meme şikayetleri nedeniyle doktora sevk edilmiştir. Koşullardan eğitime katılım 4 ila 20 katılımcı arasında değişmiştir. Çalışma sonunda 117 kişi ile çalışma grubu, 94 kişiyle kontrol grubu ile görüşmeler tamamlanmıştır.



- Geçen 3 ay içinde kaç kez KKMM yaptığı sorulmuş,
- Form A “Meme Kanseri Bilgi Formu” doldurmaları sağlanmıştır.
- Meme maketi üzerinde kendi kendine meme muayenesini yapmaları istenmiş, KKMM kontrol listesi araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Kontrol grubundaki kadınlara KKMM yapılması öğretilerek soruları cevaplandırılmış ve broşür verilmiştir.

5.4. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1

Kadın hükümlü ve tutukluların KKMM bilgi düzeyleri düşük, uygulama davranışları yeterli değildir.

Hipotez 2

Meme sağlığı geliştirme programına katılan kadınlarda yeterli (KKMM'nin üç ayda 3 kez yapılması) kendi kendine meme muayenesi yapma oranı, bu programa katılmayanlardan daha yüksek olacaktır.

Hipotez 3

Hükümlü ve tutuklu kadınlarda kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi arttıkça kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışı da artar.

Hipotez 4

Meme kanseri sağlık inanç model ölçeğinin puanlarının yüksek olması, kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeylerini artırır.

5.5. Etik Konular

Çalışmaya başlamadan önce **Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğünden** yazılı izin alınmıştır. İlgili kurum müdür ve çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılmıştır. **Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi**

Araştırma Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır. Yapılan tüm eğitimlerde **çalışmaya alınan kadınlardan gönüllü olarak eğitime katıldıklarına dair** yazılı onayları alınmıştır. Her katılımcıya çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman rahatlıkla çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış, merak ettikleri sorular yanıtlanmış ve hükümlü ve tutukluların istekleri yetkili birimlere iletilmiştir. Ayrıca çalışma bitiminde kontrol grubunda yer alan katılımcılara çalışma grubuna uygulanan meme sağlığı eğitim programı uygulanmıştır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, anket formu, “Gail’in Risk Değerlendirme Ölçeği”, meme kanseri bilgi formu, kendi kendine meme muayenesi kontrol listesi, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği ve KKMM yapma sıklığı izlem formu kullanılarak toplanmıştır.

5.6. 1. Anket Formu

Anket formu "Sosyo-Demografik özellikler" ve "Meme kanserine ilişkin özellikler" olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Form literatürde (Champion ve Menon 1997; Fung 1998; Champion 2000-2003 Seçginli 2002-2007, Chouliara ve ark. 2004, Ho 2006, Secginli ve Nahcivan 2006) belirtilen ve meme kanseri tarama davranışlarının sergilenmesinde etkili olduğu düşünülen değişkenler dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler

Katılımcılara; yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, öğrenim durumu, cezaevinde kalma süresi, cezaevindeki harcamalarını kimin karşıladığı, sağlık güvencesi gibi Sosyo-Demografik özellikler ve adetten kesilme durumu doğrudan sorularak öğrenilmiştir.

Meme Kanserine İlişkin Özellikler

Katılımcıların KKMM hakkında bilgisi var mı, varsa bilgiyi kimden aldığı, KKMM yapma, hangi sıklıkta yaptığı, yapmama nedenleri, mamografi ve ultrason çekirtme, ailede meme kanseri öyküsü doğrudan sorularak öğrenilmiş ve alınan cevaplar değerlendirilmiştir.

GAIL'İN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Yaş, ilk adetın görüldüğü yaş, ilk doğumun yapıldığı yaş, daha önce yapılan biyopsi var mı? Biyopsi sonucu doğrudan sorularak öğrenilmiştir.

5.6.2. Form-A: Meme Kanseri Bilgi Formu

Form, kadınların meme kanserine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (Seçginli 2002, Champion ve ark. 2003, Chouliara ve ark. 2004, Ho 2006, Seçginli ve Nahcivan 2006b). Formda meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin toplam 22 ifade bulunmaktadır. Formda 10 ifade meme kanseri, 8 ifade KKMM, 4 ifade mamografi bilgisini ölçmektedir. Her bir ifade "doğru", "yanlış" ve "fikrim yok" seçeneklerinden biri ile değerlendirilmiştir. Formda doğru cevaplanan ifadelere "1 puan", yanlış veya fikrim yok cevaplarına "0 puan" verilmiştir. Buna göre, toplam meme kanseri bilgi puanı 0 - 22 puan arasında değişmektedir. Toplam puan 100 puana çevrilmiştir. Formdan alınan puanın yüksek olması, bireyin meme kanseri bilgisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Formun 8- 10 dakikada doldurulduğu belirlenmiştir. Meme kanseri bilgi formu deney grubuna uygulama öncesi, sonrası ve 3 ay sonra olmak üzere toplam üç kez; kontrol grubuna ise uygulama öncesi ve 3.ayda uygulanmıştır.

5.6.3. Form-B: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Victoria Champion tarafından 1984 yılında İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Ölçek, kadınların KKMM yapma ve mamografi çekirtmelerinde etkili olan sağlık algılarını tanımlamaktadır. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçeye uyarlama çalışması 2002 yılında

yapılmış olup, Türkçe Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Crombach alfa güvenirlik katsayısı 0.871 arasında değişmiştir. Bu özelliği ile ölçeğin Türk kadınlarında kullanımı için uygun özellik gösterdiği belirlenmiştir (Gözüm, Aydın, Karayurt 2003).

Ölçeğin toplam sekiz alt boyutu bulunmaktadır ve 53 maddeyi içermektedir. Bunlar; yatkınlık algısı (5 madde), ciddiyet algısı (7 madde), KKMM- yarar algısı (6 madde), KKMM- engel algısı (6 madde), mamografi- yarar algısı (6 madde), mamografi- engel algısı (5 madde), güven (11 madde) ve sağlık motivasyonu (7 madde) alt boyutlarıdır Ölçek, 5'li likert tipte olup, her bir maddeye ilişkin 1- "Kesinlikle katılmıyorum", 2- "Katılmıyorum", 3- "Kararsızım", 4- "Katılıyorum", 5- "Tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçekte, KKMM ve mamografiye ilişkin alt boyutlar ayrı ayrı kullanılabileceği gibi, tüm alt boyutlar birlikte de kullanılabilir. Bu çalışmada ölçeğin tüm alt boyutları ile çalışılmıştır. Ölçekte engeller alt boyutundaki maddelerde (#19- #24) ve (#49- #53) puanlama ters döndürülür. Ölçekte engeller boyutları dışında diğer alt boyutlara ilişkin toplam puanın yüksek olması, bireyin meme kanseri tarama davranışlarına yönelik ilişkili sağlık algılarının yüksek olduğunu ve davranışın sergilenme oranının yüksek olacağını açıklamaktadır. Öz değerlendirmeye dayalı ölçeğin uygulanması 8-10 dakika içinde tamamlanabilmektedir.

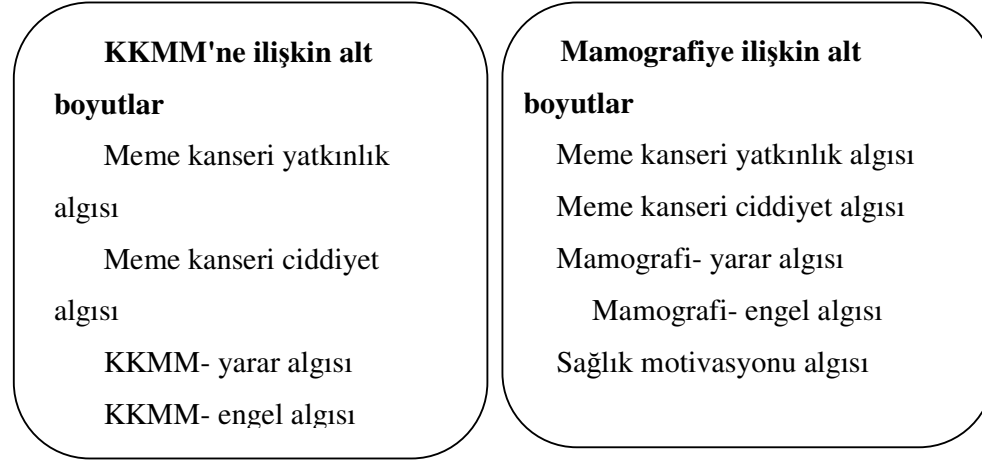
5.6.4. Form-C: Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi

Kendi kendine meme muayenesi kontrol listesi (Form-C) (Breast self-examination proficiency rating instrument-BSEPRI), 1994 yılında Robin Wood tarafından geliştirilmiştir. Çalışmada form, kadınların kendi kendine meme muayenesini uygun aşamalara göre yapma becerilerini ve memedeki kitleleri bulma becerilerini değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Formda, KKMM yapma aşamalarını içeren 10 ifade bulunmaktadır. Muayene ile ilgili doğru yapılan her aşamaya 10 puan, yanlış yapılan ya da yapılmayan aşamalara 0 puan verilmektedir. Buna göre formdan en az 0, en fazla 100 puan alınır. KKMM yapma puanının 90 ve üstünde olması "*KKMM'nin doğru yapıldığını*", 80 ve altında olması "*KKMM'nin doğru yapılmadığını*" göstermektedir. KKMM yapma becerisini değerlendirmek için

kadından kendi kendine meme muayenesini meme maketi üzerinde yapması istenir. Kadın KKMM yaparken gözlemci meme muayenesi yapma aşamalarını izler ve formu doldurur.

Form, KKMM'nin doğru yapma becerisini değerlendirmesinin yanında, KKMM yaparken, memedeki kitleleri bulma becerisini değerlendirmek için de kullanılır. Bu amaçla kadından KKMM'ni bir maket üzerinde yapması istenir. Çalışmada içinde beş kitlenin yer aldığı ve Health Co tarafından hazırlanmış, KKMM'ni öğretmek amacı için tasarlanmış meme maketi kullanılmıştır. Katılımcının KKMM yaptığı maket üzerinde bulduğu her kitle için 1 puan verilir. Buna göre toplam puan 0-5 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması, katılımcının kitle bulma becerisinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmada her kadından KKMM yapması istenmiş ve meme maketindeki kitleleri bulma durumları araştırmacı tarafından değerlendirilmemiştir. Kitleleri bulmak ilgilerini çekse de uzun süre ilgilerini toplamak mümkün olmamıştır.



Şekil 03. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları

5.6.5. Form-D: Aydınlatılmış Onam Belgesi

Araştırmaya katılan kadınlardan gönüllü olarak bu eğitimi kabul ettiğine dair yazılı izinleri alınmıştır.

Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı:

Kadınlara "Son üç ay içinde kaç kez kendi kendine meme muayenesi yaptınız" sorusu sorulmuş, alınan cevaplara göre; Son üç ayda 3 kez yapanlar "Yeterli", Son üç ayda 3'den az yapanlar "Yetersiz" olarak değerlendirilmesine rağmen iki kez adet gördükleri için, iki kez yapanlar yeterli olarak değerlendirilmiştir.

5.7. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği

Anket Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan formun ön uygulaması 10 kişi üzerinde 07.07.2009 tarihinde yapılmış, anlaşılır bulunmayan sorular yeniden düzenlenmiştir. Bu katılımcılar çalışmanın bütününe dahil edilmemiştir.

Meme Kanseri Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu

Formun güvenirliliğini belirlemek amacıyla Cronbach - alfa katsayılarının tümü kabul düzeyi olan 0.700'ün üzerinde bulunmuştur (**Tablo 05**).

Tablo 05. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut İç Tutarlılık Değerleri

Sağlık algıları	Madde sayısı	Minimum-Maximum puan	İç tutarlılık (Alfa Cronbach)
Yatkınlık algısı	5	5-25	0.822
Ciddiyet algısı	7	7-35	0.819
KKMM-Yarar algısı	6	6-30	0.834
KKMM-Engel algısı	6	6-30	0.829
Güven algısı	11	11-55	0.897
Sağlık motivasyonu algısı	7	7-35	0.825
Mamografi- Yarar algısı	6	6-30	0.862
Mamografi- Engel algısı	5	5-25	0.849

5.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Yeterli kendi kendine meme muayenesi yapma oranı
- Etkin kendi kendine meme muayenesi yapma oranı

Bağımsız Değişkenler

- Meme kanseri bilgi düzeyi puan ortalaması
- Sağlık algıları puan ortalamaları (yatkınlık, ciddiye, güven, sağlık motivasyonu, KKMM-yarar, KKMM-engel, mamografi-yarar, mamografi-engel algısı)

5.9. Verilerin Toplanması

Veriler deney ve kontrol grubundan *programdan önce, programdan hemen sonra, programdan 3 ay sonra* olmak üzere üç kez toplanmıştır. Meme sağlığı beceri eğitimi programı 9 - 31 Temmuz 2009 tarihleri arasında toplam 13 oturumda gerçekleştirilmiştir. Her bir oturumda sayıları 4 - 13 arasında değişen kadınlar yer almıştır. Eğitim oturumlarından ikisi sabah 10.30 - 12.30; diğer oturumlar 13.30-16.30 saatleri arasında yapılmıştır. Görevlilerle eğitim gününden bir gün önce, hangi koşunun çalışmaya alınacağı belirlenmiştir. Görüş günü, kantin günü gibi sorunları olanların uygun günleri belirlenerek çalışmaya alınmıştır. Sabah yapılan oturuma katılım çok az olmuştur. Genellikle hükümlü ve tutukluların gece oturduğu, gündüz uyuduğu belirlendiği için oturumlar 13.30'da başlayıp 14.30'da bitirilmiştir. Öğleden sonraki oturumlara kadınlar, genellikle çocuklarıyla katılmışlardır. Ceza infaz kurumunda bulunan kreş yoğunluk nedeniyle sabah ve öğle olmak üzere ikili eğitim hizmeti verdiği için, çocuklar annelerinin yanında iken eğitim yapılmıştır. Beceri eğitimi için ceza infaz kurumunun sınıfı kullanılmıştır. Eğitim için ortam aydınlık sessiz ve çok uygun olarak düzenlenmiş, ceza infaz koruma memuru kapıda beklemiştir. Okuma yazma bilmeyen katılımcıların çok olduğu oturumlarda kurumun öğretmenlerinden yardım alınmıştır. KKMM yapma becerisi ve meme kanseri bilgi

formu; eğitimden önce ve sonra her kadın için uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Kontrol grubunun verileri saat 10.30 - 16. 30 arasında 4 günde toplanmıştır.

5.9.1. Meme Sağlığı Beceri Eğitimi

Meme sağlığı beceri eğitimi programı literatür bilgileri doğrultusunda ve sağlık inanç modeli temel alınarak oluşturulmuştur (Lee at all 2003, Seçginli 2007). Eğitim tek oturumda ve toplam 120 dakikada tamamlanmıştır.

Tablo 06. Beceri Eğitim Akış Şeması

Tek oturum (Saat)	Meme Sağlığı Beceri Eğitimi (120 dak)
13.00	Tanışma, amacın anlatılması (10 dk.) Yaka kartlarının yazılması (5 dk.) Formaların Doldurulması (25 dk.) Meme sağlığı Beceri eğitimi (30 dk) KKMM öğretilmesi (45dk.) Broşürün dağıtılması ve soruların cevaplanması (5 dk.)

Eğitimde, meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemlerinin öneminin kavranması ve KKMM'sini doğru yapabilme becerisinin kazanılması amaçlanmıştır. Eğitim kapsamında, kadınların meme kanseri yatkınlık algısını artırmak amacıyla, meme kanseri ve epidemiyolojisi, memenin yapısı, meme kanseri risk faktörleri paylaşılmıştır. Kadınların meme kanseri ciddiyet algısını artırmak amacıyla, erken ve geç evrede tanımlanan meme kanserinde kitlenin özellikleri ve tedavi yöntemlerindeki farklılıklar anlatılmıştır. Kadınların KKMM-yarar ve mamografi-yarar algılarını artırmak için, meme kanserinin erken tanısının tedaviye olan yararı anlatılmıştır. Doğru KKMM yapma aşamaları açıklanmıştır. Kadınların KKMM-engel ve mamografi-engel algılarını azaltmak için kadınların KKMM yapmalarını ve mamografi çekmelerini engelleyen faktörler ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Bu kapsamda mamografi çekiminde hissedilen ağrı, alınan radyasyon miktarı, KMM, KETEM, mamografi ve smear testi yapan kurumlar hakkında bilgi verilmiştir.

Tablo 07. Meme Sağlığı Beceri Eğitiminde Verilen Mesajlar

Yatkınlık algısı	Meme kanserinin yaygınlığı, her sekiz kadından birisine meme kanseri tanısı konulduğu, tanı konulan kadınların büyük çoğunluğunda risk faktörlerinin bulunmadığı, yaş arttıkça meme kanseri olma riskinin önemli oranda arttığı,
Ciddiyet algısı	Erken ve geç evrede tanı konulan meme kanserinde kitlenin özellikleri ve tedavi şekillerindeki farklılıklar,
Güven algısı	Doğru ve etkin kendi kendine meme muayenesi yapma aşamaları
KKMM ve Mamografi Yarar Algısı	Meme kanseri erken teşhis edildiğinde tedavi şansının yüksek olduğu, radikal mastektomi yerine lumpektomi gibi alternatif yöntemlerin tedavideki yeri ve önerilen aralıklarla yapılan KKMM, KMM, mamografi ile memedeki kitlelerin çok küçük iken teşhisi,
KKMM ve Mamografi-Engel algısı	Utanma, muayenenin hoş olmayan bir durum olarak algılanması, kanser olma korkusu, zamanın olmaması, ağrı, radyasyon alma korkusu, işlemin ücretli olması.

KKMM uygulamasının maket üzerinde öğretimi: Bu bölümde kadınlara doğru ve etkin KKMM yapabilme becerisi kazandırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla Health Co tarafından hazırlanmış ve KKMM'nin bire-bir ve grup eğitimleri ile kadınlara öğretmek amacı için tasarlanmış meme maketi kullanılmış ve etkin KKMM yapma aşamaları öğretilmiştir. Bunun için her kadından KKMM yapması istenmiş ve maket içinde yer alan farklı büyüklükteki kitlelerin bulunması istenmiştir.

Yazılı eğitim materyallerinin dağıtılması ve açıklanması: KKMM uygulamasının meme maketi üzerinde öğretilmesinin ardından kadınlara, çalışma için hazırlanan KKMM broşürü verilmiş, Form 1. Form A, Form B,'nin doldurulması istenmiştir.

KKMM Broşürü: Broşür (13 x 25 cm) boyutlarında renkli ve duvara, banyoya, elbise dolabına, kapı koluna vb. yerlere asılabilecek özellikte hazırlanmıştır. Broşürde KKMM'nin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin bilgiler yer almakta olup,

verilen bilgiler resimlerle gösterilmektedir. Ayrıca, broşür 12 ayın yer aldığı ve KKMM yapmayı unutmayı önlemek için her ay KKMM yapıldıktan sonra muayene yapılan ayın işaretlenmesine uygun olarak hazırlanmıştır.

5.9.2. Veri Toplama Süreci

Program öncesi: Çalışma ve kontrol grubundaki kadınlara araştırmanın amacı ve süreci anlatılarak hazırlanan formları doldurmaları istemiştir. Çalışma grubundaki kadınlara meme sağlığı beceri eğitimi uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların meme kanseri dışındaki soruları cevaplanmıştır. Kadınlar genellikle kurumda yaşadıkları sorunların iletilmesini istemişlerdir. Formların doldurulmasından sonra kurumda yetkili olan kişilerle iş birliği yapılarak sorunlar birlikte dinlenilmiş ve katılımcılar isteklerini yazılı olarak yetkili kişiye bildirmişlerdir.

Program sonrası: Çalışma grubunu oluşturan kadınlardan meme sağlığı beceri eğitiminin sonunda Form A, "meme kanseri bilgi formu" doldurmaları istenmiştir. KKMM kontrol listesi, Form C araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Programdan 3 ay sonra: Deney ve kontrol grubundaki kadınlarla tekrar görüşme yapılmıştır. Her kadına;

- Geçen 3 ay içinde kaç kez KKMM yaptığı,
- Meme Kanseri Bilgi Formunu doldurmaları sağlanmıştır.
- Meme maketi üzerinde kendi kendine meme muayenesini yapması istenmiş, araştırmacı tarafından "Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi" doldurulmuştur.

Çalışmanın başında katılımcılar 117 kişi iken, 3 ay sonra 79'a düşmüştür. Bunlardan 20 kişi tahliye edilmiş, 12 kişi çalışmaya katılmak istememiş ve 6 kişi açık cezaevine sevk edilmiştir. Çalışmanın başında, kontrol grubunu oluşturan katılımcılar 94 kişi iken, 3 ay sonra 70 kişiye düşmüştür. Bunlardan 21 kişi tahliye edilmiş, 3 kişi ise çalışmaya katılmak istememiştir.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS Windows 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences) ve PASW Statistics 18 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırılmasında, Student “t” testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney testi kullanılmıştır. Grup içi normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırmalarında, eşleştirilmiş gruplarda “t” testi, normal dağılım göstermeyen grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, Normal dağılım göstermeyen tekrarlı ölçümlerde Friedman testi, alt grup karşılaştırmalarında Dunn’s çoklu karşılaştırma testi, verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tablo 08. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Deney ve kontrol grubunun meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin bulguları değerlendirmede	* Ki-kare testi * Bağımsız gruplarda uygulanan t testi * Mann Whitney testi
Deney ve kontrol grubunun program öncesi, sonrası, 3. ayda meme kanseri bilgi puanlarını karşılaştırmada	* Eşlendirilmiş t testi * Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi * Bağımsız gruplarda uygulanan t testi
Deney ve kontrol grubunun KKMM yapma ve beceri puanlarını değerlendirmede	* Friedman testi * Mann Whitney U testi * Wilcoxon testi
Ölçümle hesaplanan iki verinin karşılaştırılması	* Spearman Korelasyon testi

5.11. Araştırmada Kullanılan Bazı Kavramların Tanımı

Meme kanseri tarama davranışı: Bireyin kendi kendine meme muayenesi yapması, klinik meme muayenesi yaptırması ve mamografi çekirtmesi olarak tanımlanmıştır.

Etkin KKMM yapma: KKMM'ni doğru aşamalara göre yapmak ve memede bulunan kitleyi belirleyebilmek olarak tanımlanmıştır.

Yeterli KKMM yapma: KKMM'nin üç ayda üç kez yapılması olarak tanımlanmıştır.

Sağlık inançları: Bireyin sağlık ve hastalık durumunu ve erken tanı davranışını etkileyen değişkenlerdir. Çalışmada sağlık inanç modeli kapsamında meme kanseri yatkınlık, ciddiyet, KKMM-yarar, KKMM-engel, mamografi-yarar, mamografi - engel, güven ve sağlık motivasyonu algıları değerlendirilmiştir.

Meme kanseri yatkınlık algısı: Bireyin meme kanserine yakalanma riskini algılamasıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Meme kanseri ciddiyet algısı: Bireyin meme kanseri hastalığının ciddiyetini, önemini, kendi sağlığına olan etkisini algılamasıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

KKMM- Yarar algısı: Bireyin KKMM yapmanın sağlığına olan olumlu ve yararlı sonuçlarını algılamasıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Mamografi - Engel algısı: Bireyin mamografi çekirtmesini engelleyen faktörleri algılaması, farkında olmasıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Güven algısı: Bireyin KKMM'ni başarı ile yapabilmeye olan inancıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sağlık motivasyonu algısı: Bireyin genel olarak sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. Çalışmada meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Suç: Törelere, ahlak kurallarına aykırı davranış, yasalara aykırı davranış, cürüm (TDK) töreye, usule aykırı davranış. Dine ahlaka veya kanuna aykırı hareket. (Okyanus ansiklopedik sözlük)

Suçlu: Suç işlemiş, suçu olan (kimse), kabahatli, mücrim (TDK)

Ceza: Uygunsuz davranışlarda bulunanlara uygulanan üzüntü, sıkıntı, acı verici işlem veya yaptırım suç işleyen bir kimsenin yaşantısına, özgürlüğüne, mallarına, onuruna karşı yasaların öngördüğü yaptırım (TDK)

Gözetim: Birinin, güvenlik kuvvetleri tarafından belli bir yerde belli bir süre alıkonulması, gözetim, nezaret. (TDK) Sanık olarak yakalanan bir kimsenin, yargıç önüne çıkarılincaya değin güvenlik güçlerinin gözetimi altında tutulmasıdır. Salıverilinceye ya da tutuklanmasına karar verilinceye kadar, bu iş için ayrılan "nezarethane" adı verilen yerde alıkonulur (Öztürk 1997).

Tutuklu: Kanun yoluyla hürriyetlerinden alıkonularak bir yere kapatılan (kimse), tutuk, mevkuf (TDK) Ceza muhakemesinde, henüz kesin hükümlü özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya hükümlü veya tutuklu olmamışken, suçu işlediği konusunda kuvvetli şüphe bulunan ve yargıç kararıyla özgürlüğünden yoksun bırakılan sanık anlamındadır (Öztürk 1997).

Hükmen Tutuklu: Suçu kesinleşmiş fakat ceza süresi belirlenmemiş kimse.

Hükümlü: Ceza hükmü verilmiş, hüküm giymiş, mahkûm (TDK) Suç işlediği yargı kararıyla kesin olarak saptanan kişiyi tanımlamak için kullanılır. "Hükümlü" sıfatıyla birlikte "sanık" kimliği sona erer. Tutuklu ve hükümlüler ceza infaz kurumlarında yani tutukevi ve cezaevlerinde kalırlar (Öztürk 1997).

6. BULGULAR

İstanbul Kadın Kapalı Cezaevi'nde bulunan kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik hazırlanan meme sağlığı beceri eğitiminin kendi kendine meme muayenesi yapma ve etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular;

1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri,
2. Katılımcıların yaş, eğitim, medeni durumuna göre KKMM bilme durumu,
3. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği,
4. Cezaevinde bulunan kadınlara verilen meme sağlığı beceri eğitiminin değerlendirilmesi,

6.1. Tanıtıcı Özellikler

Tablo 09. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikleri	Çalışma Grubu (n=117)		Kontrol Grubu (n=94)		İstatistik
	n	%	n	%	
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	17	14.50	23	25.60	
İlkokul / Ortaokul	55	47.00	45	48.90	$\chi^2= 5.08$
Lise	38	32.50	11	12.00	P: 0.078
Üniversite	7	6.00	8	8.70	
Medeni Durumu					
Evli	52	44.40	50	55.30	$\chi^2= 4.35$
Bekar	30	25.60	14	14.90	P: 0.226
Dul/ Boşanmış	35	29.90	28	29.80	
Çocuk Sayısı					
Yok	46	39.30	18	19.10	$\chi^2= 14.46$
1 -2 Çocuk	41	22.20	19	46.70	P: 0.006
3 Çocuk ve üzeri	30	25.60	34	36.20	
Cezaevindeki gelirinin kimin karşıladığı					
Kendisi	10	8.60	15	16.00	$\chi^2= 7.06$
Yakınları	101	87.10	69	73.40	P: 0.070
Kurum	5	4.30	10	10.60	
Sağlık Güvencesi					
Var	36	30.80	29	30.90	$\chi^2= 0.00$
Yok	81	69.20	65	69.10	P: 0.99

Sosyo-Demografik Özellikler

Bu bölümde, eğitim düzeyi, medeni hali, sağlık güvencesi, harcamalarının kimin karşıladığı Tablo 09’da sunulmuştur.

Çalışmaya alınan tüm kadınların, yaş ortalamasının 31.69 ± 33.52 olduğu (en az 17, en çok 62 yaş), cezaevinde kaldıkları sürenin (en az 2 en çok 3245 gün) çalışma grubunda ortalama 521.91 ± 636.06 iken, kontrol grubunda 386.42 ± 493.92 olduğu tespit edilmiştir.

Cezaevindeki katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcıların, sırasıyla %47 ve %48.90 oranında ilkokul / ortaokul mezunu olduğu, %14.50 ve %25.60 oranında okuryazar olmadığı, %32.50 ve %12 oranında lise mezunu olduğu, %6 ve %8.70 oranında üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim durumları açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($P > 0.05$).

Katılımcıların medeni durumları ve çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde ise, çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların sırasıyla, %44.40 ve %55.30 oranında evli olduğu, %39.30 ve %46.70 oranında çocuk sahibi olmadığı, %36.20 oranında üç ve daha fazla çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların cezaevindeki giderlerini karşılama durumları ve sağlık güvencesine sahip olma durumları incelendiğinde, çalışma grubundaki ve kontrol grubundakilerin %87.10, %73.40 kadarının harcamalarının yakınları tarafından karşılandığı, %69.20 ve %69.10 kadarının ise sağlık güvencesine sahip olmadığı görülmüştür.

Ayrıca katılımcılara adetten kesilme durumları ve adetlerinin düzenli olup olmadığı sorulduğunda; her iki grupta sırasıyla %10.30 ve %12.40 oranda adetten kesilme durumunun bulunduğu, strese bağlı adet düzensizliklerinin %11.10 ve %14.60 oranlarında olduğu anlaşılmıştır.

Çalışma ve kontrol gruplarının Sosyo-Demografik özellikleri incelendiğinde; gruplar arasında “yaş ortalaması, cezaevinde kalma süresi, medeni durum, sağlık güvencesi ve giderlerinin karşılanması” açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$). Gruplar arasında çocuk sayısı yönünden fark vardır ($P < 0.05$).

Tablo 10. Katılımcıların Meme Kanseri İlişkin Bilgi ve Uygulama Durumları

Meme Kanserine İlişkin Bilgi ve Uygulama	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	n=117		n=94		
	n	%	n	%	
KKMM Bilme durumu					
Biliyor	35	30.40	24	29.30	$\chi^2 = 0.03$ P: 0.86
Bilmiyor	80	69.60	58	70.70	
KKMM Bilgisini Kimden aldığı					
Doktor/ Hemşire	22	62.80	20	83.30	$\chi^2 = 1.99$ P: 0.157
Görsel ve Yazılı Medya	13	37.20	4	16.70	
KKMM Yapma Durumu					
Yapıyor	25	24.30	18	22.00	$\chi^2 = 0.13$ P: 0.71
Yapmıyor	78	75.70	64	78.00	
KKMM Yapmama Nedenleri					
Yöntemin ne olduğunu bilmiyorum	4	10.00	10	30.30	$\chi^2 = 8.29$ P: 0.14
Nasıl yapılacağını bilmiyorum	19	47.50	9	27.30	
Önemini biliyorum, ihmal ediyorum	17	42.50	14	42.40	
KKMM Yapma Sıklığı					
Her ay birden çok	5	13.90	10	37.00	$\chi^2 = 5.13$ P: 0.27
Ayda bir	10	27.80	6	22.20	
2 -5 ay ve üzeri	10	27.80	6	21.20	
Yılda bir	11	30.60	5	18.50	
Mamografi, Ultrason Çektirme					
Evet	14	12.60	10	11,50	$\chi^2 = 0.05$ P: 0.81
Hayır	97	87.40	77	88.50	
Ailede Meme Kanseri Hikayesi					
Var	11	9.70	7	8,00	$\chi^2 = 0.19$ P: 0.66
Yok	102	90.30	81	92,00	

Tablo 10’da Katılımcıların meme kanserine ilişkin bilgi ve uygulama özellikleri görülmektedir. Çalışma grubundaki ve kontrol grubundaki katılımcıların, kendi kendine meme muayenesini bilmedikleri (%69.60, %70.70); bilenlerin sırasıyla %30.40 ve %29.30 kadar olduğu, bilenlerin ise %62.80 ve 83.30 kadarının bu bilgiyi doktor ve hemşireden aldıkları; büyük çoğunluğun KKMM yapmadığı (%75.70, %78.00) yapmama nedenlerinin başında bilgi eksikliğinin olduğu (sırasıyla %47.50, %27.30), mamografi ve ultrason yaptırmadığı (%87.40, %88.50) ve ailesinde (anne, kız kardeş, annanne, teyze) meme kanseri öyküsünün bulunmadığı (%90.30, %92.00) belirlenmiştir.

Gruplar arasında KKMM bilgisi, bilgiyi kimden aldığı, KKMM yapma durumu, yapma sıklığı, yapmama nedenleri, mamografi ve ultrason yaptırmama, ailede meme kanseri hikayesi yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$).

Meme kanserine ilişkin bilgi ve uygulama soruları değerlendirildiğinde çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Böylelikle, benzer gruplar seçildiği anlaşılmıştır.

6.2. Katılımcıların Program Öncesi Yaş, Eğitim, Medeni Durumuna Göre KKMM Bilme Durumu

Tablo 11. Program Öncesinde Çalışma Grubunun Eğitim Durumuna Göre KKMM Bilme Durumu

Eğitim Durumu	Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilme				İstatistik
	Biliyor		Bilmiyor		
	n	%	n	%	
Okur Yazar Değil	1	5.90	16	94.10	$\chi^2= 10.21$ $p=0.037$ $sd=4$
İlkokul/Ortaokul	14	26.40	39	73.60	
Lise	17	44.70	21	55.30	
Yüksekokul	3	42.90	4	57.10	

Tablo 11’de görülebileceği üzere, çalışma grubunda, eğitim durumuna göre Kendi Kendine Meme Muayenesini bilenlerin büyük çoğunluğunun lise mezunu

oldukları (%44.70) belirlenmiştir. Hayır diyenlerin %94.10'unun eğitiminin olmadığı ve eğitim durumu ile KKMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 12. Program Öncesinde Kontrol Grubunda Eğitim Durumlarına Göre KKMM Bilme Durumu

Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilme					
Eğitim Durumu	Biliyor		Bilmiyor		İstatistik
	n	%	n	%	
Eğitimi Yok	4	16.00	21	84.00	$\chi^2= 9.12$ $p=0.058$ $sd=4$
İlkokul/Ortaokul	9	49.00	28	151.00	
Lise	7	58.30	5	41.70	
Yüksekokul	4	50.00	4	50.00	

Tablo 12'de ise, program öncesinde kontrol grubundaki katılımcıların eğitim durumuna göre KKMM bilme durumları özetlenmiştir. KKMM bilenlerin oranlarının büyük çoğunluğunu lise mezunu olduğu (%58.30), hayır diyenlerin (%84)'nün eğitiminin olmadığı belirlenmiştir. Eğitim durumu ile KKMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Gerek çalışma gerek kontrol grubunda KKMM bilme ile medeni durum arasında ilişki yoktur ($p>0.05$)

Çalışma grubunda yaş ile meme muayenesi bilme arasında ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Ancak, kontrol grubunda yaş ile KKMM bilme arasında ilişki vardır (37.88 ± 11.28) ve yaş arttıkça KKMM bilme durumu artmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 13. Katılımcıların Gail'in Risk Değerlendirme Ölçeğine Göre Dağılımı

Değişkenler	Çalışma Grubu n=117		Kontrol Grubu n=94	
	n	%	n	%
50 Yaş ve Üzeri	4	3.42	6	6.39
Menarş Yaşının 12 ve Altı Olması	12	10.26	6	6.39
İlk Doğumunu 30 Yaşın Üzerine Yapmış Olması	---	---	---	
Biyopsi Yaptırma	4	3.42	2	2.13
Kaç Kez Biyopsi Yaptırdığı	1	---	1	
Biyopsi Sonucunu Bilme	---	---	---	---

Gail'in Risk ölçeği değerlendirildiğinde, genelde risk dağılımının az olduğu; çalışma grubu ve kontrol grubu için sırasıyla, 50 yaş ve üzeri %3.42 ve %6.39, Menarş yaşı 12 ve altında olanların sırasıyla %10.6, ve %6.39 ve biyopsi yaptıranların sırasıyla %3.42 ve %2.13 olduğu, biyopsi yaptıranların ise yalnızca bir kez biyopsi yaptırdıkları ve sonucunu bilmedikleri anlaşılmıştır. İki grup Gail risk değerlendirme kriterleri açısından benzerlik taşımaktadır ve istatistiksel olarak anlamlılık görülmemiştir.

6.3. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Tablo 14. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Göre Dağılımı

FORM B	Çalışma Grubu n=117	Kontrol Grubu n=94	T	p
Yatkınlık algısı	12.96±3.37	12.12±3.68	1.65	0.101
Ciddiyet algısı	21.65±5.62	22.82±6.53	-1.27	0.207
KKMM Yarar algısı	20.72±5.14	18.99±4.99	2.22	0.028
KKMM Engel algısı	15.47±2.23	16.67±3.24	-2.99	0.003
Mamografi yarar algısı	18.93±5.19	18.88±5.29	0.07	0.946
Mamografi engel algısı	14.54±4.02	14.51±4.81	0.06	0.953
Güven algısı	41.98±7.91	38.68±10.58	2.29	0.023
Sağlık motivasyon algısı	20.6±2.79	20.65±2.79	-0.13	0.895

Tablo 14’te görülen çalışma ve kontrol gruplarının sağlık algı puanları, program öncesinde ölçölmüştür. Buna göre Kendi Kendine Meme Muayenesi yarar algısı, engel algısı, güven algısı çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Yatkınlık algısı, ciddiyeet algısı, mamografi yarar algısı, mamografi engel algısı, sağlık motivasyon algısı puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P > 0.05$).

Program öncesi medeni duruma göre sağlık inanç modeli ölçeği

Tablo 15. Çalışma Grubunu Oluşturan Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Dağılımı

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	Eğitim Durumu	n	Ortalama	±	Standart Sapma	ANOVA F	P
Yatkınlık Algısı	Eğitimi Yok	16	12.56	±	3.56	0.72	0.58
	İlköğretim mezunu	29	13.79	±	3.16		
	Ortaokul	21	12.81	±	2.73		
	Lise	36	12.44	±	3.80		
	Yüksekokul	7	12.86	±	3.08		
Ciddiyet Algısı	Eğitimi Yok	13	24.54	±	6.68	1.99	0.10
	İlköğretim mezunu	28	21.54	±	5.30		
	Ortaokul	19	19.21	±	6.33		
	Lise	34	21.44	±	4.84		
	Yüksekokul	7	23.14	±	3.80		
Yarar Algısı	Eğitimi Yok	14	19.71	±	4.79	0.49	0.74
	İlköğretim mezunu	25	20.08	±	6.10		
	Ortaokul	17	20.47	±	5.16		
	Lise	35	21.29	±	4.31		
	Yüksekokul	7	22.29	±	6.78		
Engel Algısı	Eğitimi Yok	17	16.53	±	1.59	2.22	0.07
	İlköğretim mezunu	28	15.86	±	2.56		
	Ortaokul	17	15.00	±	2.26		
	Lise	33	14.79	±	2.20		
	Yüksekokul	7	15.57	±	1.13		
Mamografi - Yarar Algısı	Eğitimi Yok	14	17.29	±	4.38	1.04	0.39
	İlköğretim mezunu	24	18.29	±	5.86		
	Ortaokul	20	18.45	±	4.90		
	Lise	34	19.53	±	4.79		
	Yüksekokul	6	21.67	±	5.61		
Mamografi Engel Algısı	Eğitimi Yok	14	13.07	±	4.16	1.40	0.24
	İlköğretim mezunu	26	14.85	±	3.99		
	Ortaokul	20	13.80	±	3.30		
	Lise	33	14.58	±	4.14		
	Yüksekokul	7	17.00	±	3.27		
Güven Algısı	Eğitimi Yok	13	37.62	±	7.77	2.41	0.06
	İlköğretim mezunu	23	40.30	±	9.03		
	Ortaokul	18	42.11	±	6.35		
	Lise	29	43.52	±	6.13		
	Yüksekokul	7	47.00	±	10.44		
Sağlık Motivasyon Algısı	Eğitimi Yok	15	19.60	±	2.87	0.93	0.45
	İlköğretim mezunu	29	21.24	±	3.51		
	Ortaokul	17	20.35	±	1.90		
	Lise	36	20.61	±	2.59		
	Yüksekokul	7	21.00	±	1.83		

Çalışma Grubunu Oluşturan Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 16. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Dağılımı

<i>Ölçek</i>	Medeni Durumu	n	Ortalama	±	Standart Sapma	ANOVA F	P
<i>Yatkınlık Algısı</i>	Evli	49	12.90	±	2.77	1.39	0.25
	Dul / Boşanmış	21	27.38	±	8.27		
	Bekar	28	12.11	±	3.17		
<i>Ciddiyet Algısı</i>	Evli	43	21.93	±	5.93	0.24	0.87
	Dul /Boşanmış	21	43.86	±	11.59		
	Bekar	27	20.85	±	4.85		
<i>Yarar Algısı</i>	Evli	45	22.29	±	4.60	5.54	0.0001
	Dul /Boşanmış	17	36.06	±	8.91		
	Bekar	25	20.60	±	5.61		
<i>Engel Algısı</i>	Evli	46	15.28	±	2.17	0.64	0.59
	Dul / Boşanmış	18	32.08	±	4.93		
	Bekar	26	15.23	±	2.01		
<i>Mamografi - Yarar Algısı</i>	Evli	43	18.86	±	4.56	1.00	0.40
	Dul / Boşanmış	19	40.26	±	10.44		
	Bekar	27	17.74	±	5.80		
<i>Mamografi Engel Algısı</i>	Evli	44	14.70	±	3.76	0.72	0.54
	Dul / Boşanmış	17	30.16	±	8.68		
	Bekar	28	13.68	±	4.14		
<i>Güven Algısı</i>	Evli	39	42.72	±	5.79	0.94	0.43
	Dul / Boşanmış	16	80.05	±	20.68		
	Bekar	25	42.60	±	7.70		
<i>Sağlık Motivasyon Algısı</i>	Evli	45	20.67	±	2.88	3.49	0.02
	Dul / Boşanmış	20	42.97	±	5.23		
	Bekar	27	19.70	±	2.52		

Tablo 16 Çalışma grubundaki kadınların medeni durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinde yarar algı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir (36.06 ± 8.91 , $p=0.0001$). Dul / boşanmış grubunun yarar algısı

puanları evli / bekar grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ayrıca medeni durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinde sağlık motivasyon algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p=0,02$). Yarar algısı puanlarında olduğu gibi sağlık motivasyon algısı grubunun dul/boşanmış grubunun yarar algısı puanları evli ve bekar grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (42.97 ± 5.23) ($p<0.05$).

6.4. Cezaevlerinde Bulunan Kadınlara Verilen Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesi

Tablo 17. Katılımcıların Program Öncesi, Sonrası ve 3. Ayda Meme Kanseri Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Bilgi Puanı	Çalışma	Kontrol	İstatistik	P*
Program Öncesi	37.31±9.49	39.26±7.57	-1.33	0.187
Program Sonrası	54.96±8.01	-----		
3. ayda	44.11±11.90	37.19±8.34	4.002	0.0001
	F: 16.45	t:0.569		
P**	0.0001	0.572		

* Gruplar arası fark

**Grup içi fark

Tablo 18. Çalışma Grubundaki Katılımcıların Meme Kanseri Bilgi Puanlarının Öncesi, Sonrası ve 3. Ayda Karşılaştırılması

Meme Kanseri Bilgi Puanı	(P)
Program Öncesi / Program Sonrası	0.0001
Program Öncesi / Programdan 3 Ay Sonra	0.0001
Program Sonrası / Programdan 3 Ay Sonra	0.01

Meme Kanseri Bilgi Puanı ortalamaları çalışma öncesi, sonrası ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir ($p>0.0001$).

Program öncesi meme kanseri bilgi puanlarının (37.31 ± 9.49) hem program sonrası (54.96 ± 8.01) hem de 3. ayda (44.11 ± 11.90) meme kanseri bilgi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p > 0.0001$). Ayrıca katılımcıların 3. ayda (44.11 ± 11.90) meme kanseri bilgi puanları program sonrasında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($P = 0.0001$ ve $P = 0.0001$).

Tablo 19. Katılımcıların Program Öncesi ve 3. Ay Sonrası Yeterli Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Sıklığı

KKMM Yeterli Yapma Sıklığı	Çalışma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)
Program Öncesi (n=117, n=94)	9 (5.98)	7 (7.45)
Program Sonrası 3.ay (n=79, n=70)	26 (32.91)	5 (7.14)

Çalışmada KKMM yapma sıklığı “Yeterli” (üç ayda üç kez) ve yetersiz (üç ayda 3’den az) olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonrasında 3. ayda KKMM’sini yeterli yapanların oranı (%32.91, %7.14) olup; gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.05$).

Tablo 20. Katılımcıların KKMM Yapma Durumunun Standart Rehber Puanlarına Göre Karşılaştırılması (Program Öncesi, Program Sonrası ve 3. Ayda)

KKMM Kontrol Puanı	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	MW	P*
Eğitim Öncesi	0.60 ± 4	0.96 ± 9.63	-5160	0.146
Eğitim Sonrası	99.62 ± 3.38	--		
3. Ayda	79.11 ± 25.27	1.21 ± 7.43	-347	0.0001
	Fr: 99.3	Z: 0.024		
P**	0.0001	0.998		

**Eğitim öncesinde ve eğitimden sonraki 3.ayda çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark*

***Çalışma ve kontrol gruplarının eğitimden önce ve sonra kendi içlerindeki fark*

Kendi Kendine Meme Muayenesini Doğru Yapma Durumu

Beceri programı sonrası 3. ayda grupların KKMM'sini doğru yapma durumları KKMM yapma beceri puanlarına göre değerlendirilmiştir. Çalışmada KKMM yapma puanı 85 ve üstü olanlar “doğru yapan”, 85 ve altı olanlar “doğru yapmayan “ olarak tanımlanmıştır.

Katılımcıları, eğitim öncesi son derece düşük KKMM yaptıkları ($0.60 \pm 4, 0.96 \pm 9.63$ eğitim sonrası çalışma grubunun neredeyse tamamının doğru yaptığı (99.62 ± 3.38) 3 ay sonraki kontrollerde çalışma grubunun (79.11 ± 25.27) olmasına karşın kontrol grubunda ise eğitim öncesine göre de daha az (1.21 ± 7.43) KKMM yaptıkları gözlenmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların KKMM Sonucu Ortaya Çıkan Şikayetleri

Koşuş Sayısı (8 – 8) KKMM sonucu ortaya çıkan şikayetler	Çalışma Grubu n=117		Kontrol Grubu n=94	
	n	%	n	%
Memede kitle	13	11.11	7	7.45
Meme Başı Akıntısı, Ağrı, Cilt Belirtileri	3	2.56	7	7.45
Asimetrik Meme	2	1.71	---	---
Yakınlarında Meme Kanseri Olanlar	10	8.55	7	7.45

Çalışma grubunu oluşturan katılımcıların meme muayenesi sırasında %11.11’inde ele kitle geldiği, %2.56’sının meme ucu kızarıklığı, ağrı ve akıntı şikayeti olduğu, %1.71’sinin asimetrik meme şikayeti olduğu ve yakınlarında meme kanseri olanların oranı ise %8.55 olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda ise; kitle, meme şikayetleri ve yakınlarında meme kanseri olanlarının oranı %7.45 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan 211 kişiden 49’unda meme şikayetleri olduğu gözlenmiştir.

Cezaevinde müdahale araştırması yapmanın zorlukları:

Cezaevinde bulunan kadınlarla yürütülen KKMM beceri eğitimi müdahale araştırması, diğer çalışma ortamlarında karşılaşılmayan engeller ve yöneme ilişkin sorunlar gibi zorluklar içermektedir. Hapishane ortamında kapıların büyük bir gürültüyle kapanmasından sonra yaşanan deneyimleri tarif etmek oldukça zordur. Cezaevi yöneticilerinin, çalışmanın yürütülüşünü olumsuz yönde etkileyen çeşitli kararları nedeniyle, çalışma planlanan sürede tamamlanamamaktadır.

Katılımcıların genellikle, gergin, üzgün oldukları, eğitim sırasında dikkatlerini toplayamadıkları, sorulara cevap vermede güçlük yaşadıkları gözlenmiştir. Beceri eğitiminde ulaşılan başarı, bilgi düzeyinde elde edilememiştir. Beceri eğitiminde saptadığımız riskli grupların erken tanı ve tedavilerinin aksamaması ve düzenli olarak izlenmesi, insani bir yaklaşımın gereğidir. Bu çalışmada mamografi uygulaması gerçekleştirilemediği için tanı konulamaması, risk altındaki katılımcılara bir stres yükü daha eklemiştir.

Tutuklu ve hükümlülerin kanser tedavilerine bile güçlüklerle gidebildiği ortamda, tanı testi için araç istemenin güçlüğü ortadadır. Gezici mamografi cihazının olmayışı, ulaşımındaki güçlükler nedeniyle, tüm tutuklu ve hükümlüler için planlanan mamografi taraması gerçekleştirilememiştir.

7. TARTIŞMA

Kadın Kapalı Cezaevinde bulunan kadınları meme sağığı beceri eğitimi ile KKMM yeterli ve etkin yapmalarını sağılamak erken tanı yöntemleri konusunda bilgilendirmek, kendi sağık sorunlarına karşı duyarlı hale getirmek için yapılmış olan randomize, kontrollü bir müdahale araştırması olan çalışmamızda; elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışma, meme sağığı beceri eğitimi ve sağık inanç modeli kullanılarak planlanmıştır. Cezaevinde bulunan kadınların yeterli ve etkin kendi kendine meme muayenesini yapma, klinik meme muayenesi ve mamografi çekirme durumları, meme sağığı bilgisi incelenmiştir. Meme sağığı beceri eğitimi yapılmış, kendi kendine meme muayenesi anlatılmış ve katılımcıların etkin KKMM yapabilme becerisini geliştirmek için maket üzerinde uygulama yaptırılmıştır.

Çalışma bulguları, meme sağığı beceri eğitimi, broşür, meme maketi kullanılarak yapılan yeterli ve etkin KKMM yapma oranlarını, meme kanseri bilgi düzeyini artırdığı, memesinde kitle şikayeti olan ve biyopsi için sevki bulunan kadınların hastaneye araç sıkıntısı nedeniyle gidemedikleri için KMM ve mamografi yaptırma oranlarına etkisi olmadığı saptanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Büyük Şehir Belediyesinden yardım istenmiş, büyük çabalarımıza rağmen smear ve mamografi taraması yaptırılmamıştır. Hafta içi araçların uygun olmaması hafta sonu kurumun açık olmaması nedeniyle istenilen hizmet, tutuklu ve hükümlülere verilememiştir. 3. ayda yapılan veri toplama sırasında iki kişiyle görüşölmeye izin verildiğı için bu çalışma süreci uzamıştır.

• Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu çalışmadaki kadınların demografik özellikleri diğer çalışmalarla aynı dağılımı gösterse de bu çalışma farklıdır. Bu çalışma cezaevinde istekli katılımcılarla

yapılmıştır. Hiç biri istediği zaman KMM, mamografi, ultrason yaptıрма şansına sahip değildir.

Araştırma kapsamına giren her iki gruptaki katılımcıların; en az 17, en çok 62 yaşında, yaş ortalaması ($\%31.69 \pm \%33.52$) olduğu, en fazla ilkokul/ortaokul mezunlarının ($\%47.00$, $\%48.90$) olduğu, lise mezunlarının ($\%32.5$, $\%12$) oldukları ve az sayıda ($\%6$, $\%8.7$) üniversite mezunu oldukları anlaşılmıştır. Ayrıca okuma yazması olmayanlar ($\%14.50$, $\%25.60$)'ı oluşturduğu, çoğunluğunun evli ($\%44.40$, $\%55.30$), bekar ($\%25.60$, $\%14.90$), dul ($\%25.60$, $\%36.20$) olduğu, çalışma grubunda $\%39.30$ 'unun çocuk sahibi olmadığı, kontrol grubunda ise $\%46.70$ 'inin (1-2), $\%36.20$ 'sinin üç ve daha fazla çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların cezaevinde kalma süreleri incelendiğinde; cezaevinde kaldıkları süre (521.91 ± 636.06 , 386.42 ± 493.92) gün olarak (en az 2 en çok 3245 gün) bulundukları, kadınların cezaevindeki harcamalarının tamamına yakını ($\%87.10$, $\%73.40$) yakınları tarafından karşılandığı, ($\%4.30$, $\%10.60$)'ının kurum tarafından karşılandığı tespit edilmiştir. Kurumda tekstil, mutfak vb. işlerde çalıştıkları gözlenmiş ($\%69.20$, $\%69.10$), sağlık güvencelerinin olmadığı görülmüştür.

Ayrıca katılımcılara adetten kesilme ve adetlerinin düzenli olup olmadıkları sorulduğunda; her iki grupta ($\%10.30$, $\%12.40$) oranda adetten kesildikleri ve strese bağlı adet düzensizlikleri ($\%11.10$, $\%14.60$) yaşadıkları anlaşılmıştır.

Bu bulgulara göre kadın hükümlü ve tutukluların orta yaş grubunda bulundukları söylenebilmektedir.

Narin (2004) kadın ve çocuk tutukevinde bulunan kadınların üreme sağlığı durumlarının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada; yaş ortalamasını $x=32.3 \pm 10.93$ olarak bulmuştur.

Adalet Bakanlığı Mart 2010 yılı istatistiklerine göre; 2005 yılında 55 bin 870 olan cezaevinde bulunanların sayısı 5 yılda yüzde 100.8 oranında artarak 2010 yılı mart ayında 119 bin 288 kişi 81 ilin cezaevlerinde bulunmaktadır. Suç işleyenlerin ağırlıklı olarak 43 bin 617'si ilkokul mezunu oldukları daha çok genç nüfusun suç

işlediği, suç işleyenlerin arasında 4 bin 109'unun okuryazarlığının olmadığı açıklanmıştır. Türkiye'de cezaevlerinde 2010 yılı mart ayı itibarı ile kadın suçlu istatistiğine bakıldığında, 12-17 yaş arasında 68, 18-20 yaş arasında 228, 21-39 yaş arasında 2630, 40-64 yaş arasında 1186, 65-79 yaş arasında 44, yaş grubu bilinmeyen 15 olmak üzere toplam 4171 kadın bulunmaktadır. Kadın suçlulardan 1110'u ilköğretim mezunudur. <http://www.memurlar.net/haber/162624/>.

Narin (2004) yaptığı çalışmada; ilköğretim %34.40, okuryazar olmayanlar %32 olduğu ve en düşük eğitim durumunun %9 üniversite ve yüksekokul mezunlarının oluşturduğunu tespit etmiştir.

Çağlar ve Özkaya'nın (2003) yılında yaptıkları "Türkiye'de kadın mahkumlar İzmir, Muğla, Ödemiş" araştırmasında ilköğretim mezunu kadın mahkumların %27.10 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Narin'in (2004), cezaevinde yürüttüğü çalışmada; çalışmaya katılan kadınların (%50)'si evli, (%32.80)'i dul/boşanmış, (%17.20)'si ise bekdir.

Harputlu'nun 2005 yılında cezaevinde yürüttüğü çalışmada, çalışmaya katılan kadınların 33.74 ± 0.83 yaş ortalaması ve medeni durumlarının %42.90'ının evli, %24.80'inin bekar, %18.60'ının dul, %13'ünün boşanmış olduğu görülmektedir. Bu durum bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur.

Harputlunun (2005) çalışmasına katılanların eğitim durumları incelendiğinde, %27.30'unun okuryazar olmadığı %32.30'unun ilköğretim okulu mezunu, %14.90'ının lise mezunu %9.90'ının yüksek okul mezunu olduğu görülmektedir.

Bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Türkiye'de yaşayan kadınların 2008 TNSA verilerine göre, %18'inin eğitimi yoktur ve ilköğretili bitirmemiştir, %89'u okuryazardır. Victor Hugo, XVII. Yüzyılda; "bir okulun yapılması bir hapislinin kapanması demektir" sözüyle eğitim ve suçluluğun arasında doğrudan bir ilişki olduğunu vurgulamıştır. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre hem bireyin eğitim durumu hem de ana babasının eğitim durumu bireyin suç işlemesinde önemli bir etkidir. İnsanı başarılı bir

toplumsallaştırma sürecine ulaştıran eğitim ve öğretim sürecidir (Yavuzer 1998). Kadınların mahkumiyetlerinde eğitim sürecinin yanı sıra kişilik özellikleri ve diğer etmenlerin etkisi de söz konusu olduğu düşünülmektedir.

Narin (2004) yaptığı çalışmada, kadınların %67.20'sinin en az bir çocuk sahibi olduğunu, %57.40'ının 1-4 sayıda yaşayan çocuğu olduğunu belirtmiştir. Harputlu'nun 2005 yılında yaptığı çalışmada %24.20'sinin çocuğunun olmadığı, %33.60'ının bir ve iki çocuğu olduğu görülmüştür. Veriler çalışmamızla benzer sonuçlar ortaya koymaktadır.

Kaliforniya'daki kadın hükümlü ve tutukluların sağlık durumlarını düzeltmek için 2000 yılında yapılan bir araştırmada, Kaliforniya Hapishanesi'ndeki kadın mahkumların başlıca sağlık problemlerinin HIV/AIDS, kronik hastalıklar ve Jinekolojik-obstetrik problemler olduğu görülmüştür. Narin'in (2004) cezaevinde bulunan kadınların üreme sağlığı durumlarını belirlemek amacıyla yaptığı gelmesi sağlanmıştır çalışmasında, adetlerinde değişiklik yaşayan kadınların %42.40 olduğunu belirtmiştir. Çalışmamız sırasında da kadınlarda jinekolojik şikayetlerin oldukça fazla olmasından dolayı katılımcıların şikayetleri yetkililere iletilmiştir. Haftada bir gün poliklinik hizmeti veren jinekoloğun işleri kolaylaşmış, cezaevine jinekolojik masa, ultrason cihazının gelmesi sağlanmıştır.

Çalışma ve kontrol gruplarının Sosyo-Demografik özellikleri incelendiğinde; gruplar arasında “yaş ortalaması, cezaevinde kalma süresi, medeni durum, sağlık güvencesi ve giderlerinin karşılanması” açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$).

Gruplar arasında çocuk sayısı yönünden fark vardır ($P < 0.05$) (Tablo 09).

- **Program Öncesi Meme Kanseri İlişkin Bilgi ve Uygulama Durumlarının Tartışılması**

Her iki çalışma grubundaki kadınların çoğunluğu (%69.60, %70.70) KKMM'sini bilmiyorlardı. KKMM bilgisini %62.80, %83.30 oranlarında doktor ya da hemşireden öğrenmişlerdi. Büyük çoğunluğu (%75.70, %78.00) KKMM'si

yapmıyordu. KKMM'si yapma sıklıkları, çalışma grubunda yılda bir kere %30.60 idi. Kontrol grubunda ise her ay bir kere ya da birden çok kere muayene %37 idi. KKMM'si yapmama nedeni, çalışma grubunda %47.50 oranında nasıl yapılacağını bilmediği için, %42.50 oranında önemini bilmediği için ihmal ettiği, kontrol grubunda ise %30.30 oranında muayene yöntemini bilmediğini neden olarak göstermişlerdir. Ayrıca çalışmamızda, her iki gruptaki kadınların büyük çoğunluğunun (%87.40, %88.50), mamografi, ultrasonografi yaptırmadığı anlaşılmıştır. Her iki gruptaki kadınların %90.30, %92.00'nin ailelerinde meme kanseri hikayesinin olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 10**).

KKMM, meme kanserini erken saptamada çok önemli bir davranış olmasına rağmen diğer tanı yöntemlerinden farklıdır. Kişinin bu sorumluluğu alması aylık KKMM uygulaması ve kişisel katılımı gerektirir. Pender'e göre (1996) sağlık davranışını koruma ve artırmak için motivasyon gereklidir. KKMM kesin tanı yöntemi olmamakla beraber, eşsiz bir sağlık koruyucu davranışı olarak düşünülebilir. İyi beslenme ve egzersiz gibi sağlığı artıran davranışlar olarak kişisel katılımı gerektirir. Kadınların KKMM ile meme kanserinin erken tanısından en iyi şekilde faydalanabilmeleri için, istekli ve yetenekli olmaları gerekir (Gasalberti 2002).

Meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi için KKMM ve KMM yapılması, mamografi çektilmesi ve gerekli hallerde de ultrasonografi ve manyetik rezonans gibi ilave tarama yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir (Karayurt, Coşkun, Cerit 2008, Somunoğlu 2009). Meme kanseri tarama davranışlarını inceleyen çalışmalarda sağlık algıları, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, bilgi eksikliği gibi pek çok faktörün tarama davranışlarını etkilediği, olumlu davranışları geliştirmek ve tarama oranlarını artırmak için bu faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekliliği ileri sürülmektedir.

Meme kanseri tarama davranışlarını, artırmayı hedefleyen birçok çalışmada, “bireysel danışmanlık, telefonla danışmanlık, film gösterisi, eğitim ve hatırlatıcıların (mektup, telefon vb.)” tarama oranlarını artırmada etkili olduğu belirlenmiştir (Champion 2000, Janda 2002).

Mohammed (2002) ve arkadaşının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi daha düşük olan kadınların, KKMM daha az yaptıkları belirlenmiştir. Çalışmamızda da kadınların çoğunluğu ilkokul/ortaokul mezunu (%47.00, %48.90) olup, KKMM yapma durumları da, eğitim düzeyine bağlı olarak daha az sayıda saptanmıştır.

TNSA 2008 verilerine göre, kadınların ortalama eğitim alma süresi 4 yıl olarak belirlenmiştir. Cumhuriyetin ilanından bu yana 86 yıl geçmesine rağmen kadınların bu durumu oldukça düşündürücüdür.

Çadır ve arkadaşları (2004), kadınların meme kanseri hakkındaki bilgilerinin ana kaynağını, %30.90 oranında radyo/televizyon, %24.10'unun da ise sağlık personeli olduğunu belirlemişlerdir.

Kum, Göksu ve Kelkitli'nin (2004), "Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörleri" araştırdığı çalışmalarında doktorların sadece %31,20'sinin hastalarına, kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verdiklerini belirlemiştir.

Dişçigil ve Şensoy'un (2007), Özmen, Çetinkaya ve Karayurt'un (2007), Harputlu'nun (2005), kadın mahkumlarda benlik saygısı ve KKMM bilgilenme kaynaklarının çalışmalarında öncelikle televizyon, ardından sağlık çalışanları olduğu görülmüştür.

Elik (2006) yaptığı çalışmada, KKMM konusunda bilgi alma kaynağının çoğunlukla televizyon ve sağlık personeli olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda beceri eğitiminden önce, KKMM yapıyorum diyenlerin oranı her iki grupta %24.30, %22.00 olarak bulunmuştur. KKMM uygulayan kadınlara "hangi sıklıkta yapıyorsunuz?" sorusu sorulmuştur, uygulamanın gruplarda, %27.80, %22.20 oranında ayda bir defa uyguladıkları saptanmıştır.

Harputlu'nun (2005) çalışması incelendiğinde, kadınların %75.10'u KKMM uygulamamaktadır. %24.90'ının ise uyguladığı belirtilmiştir. KKMM uygulamayan kadın mahkumların %52.10'u muayene yöntemini bilmediği için uygulamadığını söylemiştir.

Brewer ve Baldwin'in (2000), kadın mahkumlar üzerinde yaptıkları çalışmada, KKMM'nin doğru sıklıkta uygulayanların oranı %26 olarak bulunmuştur.

KKMM'nin uygulamasını, her ay düzenli olarak yapılmadığı bulgusuna dayanarak, meme kanseri günümüzde artmasına rağmen KKMM uygulama bilgi ve farkındalığının artmadığını söyleyebiliriz (Altunkan, Akın, Ege 2008). Bu veriler değerlendirildiğinde bilgisizlik ve motivasyon eksikliğinin temel neden olduğu görülmektedir.

Çadır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, KKMM yapan kadınların uygulama sıklıklarının dağılımı incelendiğinde, %34.30'unun adet bitiminden 2-3 gün sonra uyguladıkları belirlenmiştir. Kadınların ayda bir KKMM uygulama sıklığı, bizim çalışmamızdan ve diğer araştırmacıların bildirimlerinden yüksektir.

Karayurt'un (2003) yaptığı çalışmada da, kadınların yalnızca %6.20'sinin KKMM'ni doğru sıklıkta yaptığı saptanmıştır. Yapmama nedenlerinin başında “nasıl yapılacağını bilmeme” gelmektedir. Çalışmamız Kılıç, Sağlam ve Kara'nın (2009), çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Merey'in (2002) çalışmasında, kadınların sadece %5.50'inin her ay düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur. Hong-Kong'da 124 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise, kadınların %48'inin KKMM'ni uyguladığı ve yalnızca %16'sının aylık düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir (Fung 1998).

Harputlu'nun 2005 yılında yaptığı çalışmada, kadın mahkumların yakın akrabaları arasında meme kanseri olan birey olup olmadığı incelendiğinde; kadınların %93.10'u akrabaları arasında meme kanseri olan birey bulunmadığını belirtmiştir. Sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Ekici ve Utkualp'in (2007), “Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları” incelendiği çalışmalarında katılımcıların %10.40'nın yakın akrabasında meme kanseri öyküsü olduğunu ifade etmiştir.

Karayurt'un (2003), çalışmasında son bir yılda klinik meme muayenesi yaptıranların oranı %18.10 iken, mammografi çektirenlerin oranı %15.30'dur.

KKMM’de olduğu gibi mammografi ve klinik meme muayenesi yaptırma oranlarının düşük olması, bu konuda bir takım engellerin olduğunu göstermektedir. Ülkemizde mammografi ünitelerinin sayı olarak yeterli olmaması, her iki erken teşhis yönteminin tarama amacıyla değil de, şikayet olduğunda hastanın başvurusu halinde kullanılması gereken yöntemler olduğu şeklindeki anlayış bu sonucu doğurmuş olabilir. KETEM merkezlerinin sayılarının artırılması maddi nedenler sebebiyle tarama davranışlarındaki düşüklüğü ortadan kaldırabilir.

Gruplar arasında KKMM bilgisi, bilgiyi kimden aldığı, yapma sıklığı, yapmama nedenleri, mamografi ve ultrason çekirme, ailede meme kanseri hikayesi olup olmadığı yönünden incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$) (**Tablo 10**).

- **Program Öncesinde Her iki Gruptaki Katılımcıların; Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Durumlarına Göre KKMM Bilme Durumunun Tartışılması.**

KKMM bilenlerin büyük çoğunluğunun lise mezunu olduğu (%44.70, %58.30) bilmiyorum diyenlerin ise her iki grupta %94.10, %84.00 oranlarında eğitimlerinin olmadığı belirlenmiştir. KKMM bilme ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışma ve kontrol grubunda KKMM bilme ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca yaş ile meme muayenesini bilme arasında çalışma grubunda ilişki bulunamazken ($p>0.05$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak yaş ile KKMM bilme arasında ilişki söz konusudur. Kontrol grubunda, (37.88 ± 11.28) yaş arttıkça, KKMM bilme artmaktadır ($p< 0.05$).

Akyolcu’nun çalışmasında (1985), yaş gruplarına göre KKMM yapma durumları incelendiğinde, genç yaşlarda uygulama yapanların sayısının fazla, ileri yaşlarda ise daha az olduğu saptanmıştır. Çadır ve arkadaşları (2004) çalışmalarında, 50-59 yaş grubunun %22.40’ünün KKMM yaptıklarını tespit etmişlerdir. Taşçı (2008) yaptığı çalışmada, 40-49 yaş grubunun KKMM yapma durumunu %55.00 olarak, 60 yaş

üstü grupta ise %17.90 olarak bulmuştur. Çalışmamızda, yaş arttıkça KKMM bilme durumu artmaktadır. Bu çalışma ile uyumlu değildir. Bizim çalışmamızdaki farklılığın, olguların sosyokültürel durumundan kaynaklandığı düşünülmüştür. Ürkmez (2009) ve arkadaşlarının, Eskişehirli kadınlarda, meme kanseri bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, kadınların meme kanseri bilgi puanları düşük bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, mesleği, aile tipi, bilgi alma durumu, biyopsi yaptırma durumu meme kanseri bilgi puanını etkilerken, ailesel meme kanseri öyküsünün varlığı meme kanseri bilgi puanını etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 11, 12**).

- **Gail'in Risk Değerlendirme Ölçeği**

Steven ve Jeffrey'in (2009), 12935 meme kanserli kadınla yapılan çalışmada, kullandığı Gail modeli en çok kullanılan ve çalışılan yöntemdir. Bu model; yaş, ırk, meme kanseri olan birinci derece akraba, atipik hiperplaezi geçmişi, meme biopsi tetkik sayısı, canlı doğum sayısı ve ilk çocuğunu doğurma yaşı göz önüne alarak risk tespiti yapar.

Bizim çalışmamızda geleneksel aile modeli yaygın olup çok fazla risk modeli görülmemektedir. Çalışmamızda kadınların en az iki çocuk sahibi olması, ilk doğumlarını 30 yaşından önce gerçekleştirmesi, ilk adet yaşının (menarş) çalışma grubunda 12 yaşından önce %10.26 olması, çalışma grubunda 50 yaş ve üzeri kadının %3.42 yüzdesi ve oranına karşın kontrol grubunda 50 yaş ve üzerinde olan kadın yüzdesinin %6.39 olması önemlidir. Biyopsi yaptıranların oranının çalışma grubunda %3.42, kontrol grubunda %2.13 olması bize meme kanseri riskinin düşük olduğunu göstermektedir (**Tablo 13**).

Meme kanserinde yaş önemli bir risk faktörüdür. 20 yaşında bir kadının meme kanseri riski %0.05 iken, bu oran 40 yaşında %1.49'a, 60 yaşında ise %3.45'e yükselmektedir. Ancak Türkiye'de yaşam kalitesinin giderek yükselmesi ve sağlık bakım olanaklardan yararlanma durumunun iyileşmesiyle birlikte 74 olan ortalama yaşam süresinin gittikçe artması ve ülkemiz kadınları için de yaşın, meme kanseri açısından risk olabileceği unutulmamalıdır (Aslan 2007).

TNSA-2008'den önce yapılan bütün araştırmalarda, Türkiye'de en yüksek doğurganlığın 20–24 yaş grubunda olduğu belirtilirken, TNSA 2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaş grubunda gözlenmiştir. Bu durum bize doğumların daha ileriki yaşlara ertelendiğini göstermektedir (TNSA 2008). Çalışmamızda, bütün kadınların 30 yaşından önce doğumlarını gerçekleştirdikleri gözlenmiştir. Bulgularımız TNSA 2008 verileriyle uyumludur.

Hormonların özellikle de östrojenlerin meme dokusunu uzun süre etkilemesinin meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir (Gülerman 2009, Onan 2009). Erken menarş, geç menopoş, doğum yapmama ya da ilk doğumu 30 yaşından sonra yapma östrojenlerin meme dokusunu etkileme sürecini uzatır. Bu nedenle geç menarş, 30 yaş öncesi doğum, emzirme ve erken menopoşun meme kanseri riskini azalttığı düşünölmektedir. McCredie ve arkadaşları 30 yaşından önce doğum yapmanın meme kanseri rölatif riskini $RR=1.8$ arasında azalttığını belirtmişlerdir (McCredie 1997).

Oran'ın (2004) yaptığı çalışmada, ilk doğum yaşı ile meme kanseri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Beji ve arkadaşının (2007), Türk kadınlarında yaptığı çalışmada ilk doğumun erken yaşta yapılmasının meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiştir.

Erdem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, %97.10'inin ilk gebeliğini 30 yaşından önce yaptıklarını, %37.70'inin 12 yaşından önce menarş oldukları saptanmıştır (Erdem, Açıkgöz, Erdoğan ve Polat 2008).

Bizim çalışmamızda kadınların çoğunluğunun (%90) menstruasyonlarının 12-14 yaş arasında başladığı ve menstruel öykü açısından ortalama risk puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir (**Tablo 13**).

- **Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle İlgili Tartışma**

Sağlık davranışı: bireyin sağlıklı olabilmesi için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanır (Birol 2004, Seçginli 2007). Sağlık inanç modeline göre, insanlar hastalık veya bir durum tehdidi ile karşılaştıklarında ya da önleyici bir takım şeyler yapıp yararını

gördüklerinde koruyucu sağlık davranışı göstermektedirler. Sağlık davranışı olarak düzenli ve doğru biçimde KKMM uygulaması ele alınacak olursa, çalışmaya katılan kadınlarda davranış değişikliği sağlamak için sürekli ve etkin eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada sağlık inanç modeli (SİM) ölçeği kullanılarak “meme sağlığı beceri eğitimi programı” uygulanmıştır. Kadınların yeterli ve etkin kendi kendine meme muayenesini yapma, mamografi ve klinik meme muayenesini yaptırma durumları, meme sağlığı bilgisi ve beceri eğitiminin KKMM’sine etkisi incelenmiştir.

Etkin muayene yapabilme becerilerini geliştirmek *amacıyla maket üzerinde uygulama yapma*; hatırlatıcı uyarıların yer aldığı ve doğru zamanda meme muayenesi yapmaları için takvimli **KKMM broşür** yer almıştır. KKMM’sini düzenli yapmayan, daha önce KMM ve mamografi yaptırmamış kadınlarla yapılan çalışmada SİM ölçeği puanlarından **KKMM yarar, engel, güven algısı çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur**. Yarar algısı tarama davranışları ile pozitif yönde ilişkili iken, engel algısı negatif ilişkilidir. Başka bir deyişle yarar algısı arttıkça tarama davranışları oranı artmakta, engel algısı arttıkça aynı oran düşmektedir. Bu verilerin yüksek bulunması, bize çalışma grubunun sağlık algılarının farklılığını göstermektedir. Beceri eğitiminden hemen sonra KKMM yapanların kontrol puanlarının 99.62 ± 3.38 olması, istendik düzeye gelmesinin nedeni SİM’nin yarar algı puanlarını yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Tablo 14).

Petro-Nustas ve Mikhail (2002), çalışmalarında meme kanseri hassasiyet algısı arttıkça KKMM sıklığının da arttığını tespit etmişlerdir. Atlı’nın (2002), meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile KKMM eğitiminin değerlendirilmesine yönelik çalışmasında, KKMM yapma durumları ile gelecek yıllarda meme kanserine yakalanma riskleri hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Rao ve arkadaşlarının (2005), yaptığı çalışmada eğitimsel girişimin meme kanseri ile ilgili farkındalığı ve KKMM uygulamalarını arttırdığı tespit edilmiştir. Aydın’ın (2004) çalışmasında, maketle

eğitim sonrasında öğretmenlerin duyarlılık algılarında anlamlı bir fark meydana geldiğini tespit etmiştir.

Çeşitli çalışmalarda meme kanseri tarama davranışlarını artırmada anlamlı etkisi kanıtlanan SİM, sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan özellikleri tanımlamaktadır (Seçginli 2007). Modele göre, kendini meme kanseri olmaya yatkın hisseden ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan bir kadının KKMM yapma, mamografi ve KMM yaptırmaya eğilimde olması beklenir. Yine tarama davranışlarının sağlığına olan yararını algılayan ve bu davranışları yapmakta engel koyan nedenlerin farkında olan ve bu nedenlerle baş edebilen bir kadının KKMM yapması, mamografi ve KMM yaptırmaya eğilimde beklenir. SİM modelinde, tarama davranışlarının erken tanıya yararı ve tedavi şansını artırması gibi özellikler yarar algısını; utanma, kanser olma korkusu, zaman bulamama, ağrı, radyasyon alma korkusu, maliyet gibi özellikler engel algısını oluşturan durumlar olarak tanımlanmıştır.

Kişinin KKMM'sini yapabilmesi için muayeneyi başarı ile yapabileceğine inanması gereklidir. Bireyin sağlıklı kalmayı sürdürmeye inancının yüksek olması tarama davranışlarının yerine getirme olasılığını artırır (Champion ve arkadaşları 2000, Seçginli 2007).

Bizim çalışmamızda meme sağlığı beceri eğitimi öncesi sağlık algı puanlarının yaş, eğitim ve medeni durumla ilişkisine bakılmıştır. Katılımcıların yaş durumuna göre meme kanseri, sağlık inanç model ölçeği, mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışma grubunda eğitim durumuna göre istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 15).

Yarar algısı: Mamografi meme ultrasonografisi, KKMM ve klinik meme muayenesinin olumlu sonuçlarının yararlarının algılanmasıdır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığı yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Engel algısı: Erken tanı davranışlarını engelleyen durumların algılanmasıdır. Ağrı, utanma, maliyet, vakit bulamama, radyasyon alma korkusu, kötü bir sonuçla karşılaşma endişesi vb.

durumlardır. SİM'e göre engel algısı ne kadar düşükse, davranışa başlama olasılığı o kadar yüksek olacaktır [Nahcivan ve Seçginli (2003, 2007), Çenesiz ve Atak (2007)]. SİM ölçeğine göre beklenen davranış KKMM yapma, mamografi yaptıрма, klinik meme muayenesi yaptırmadır. Katılımcıların bulundukları şatlar gereği KKMM yapabilmenin dışında olanakları olmadığından diğer çalışmalarda olduğu gibi bu durum sorgulanmamıştır.

Bizim çalışmamızda medeni duruma göre, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinde yarar algısı puanları ile sağlık motivasyon algısı puanları dul ve boşanmışlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 16**).

Sağlık motivasyon algısı: bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır (Nahcivan ve Seçginli 2003).

Merey'in (2002), yaptığı çalışmada KKMM konusunda bilgi alan kişilerin KKMM yarar algısı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002), çalışmasında yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Graham'ın (2002), sağlık inançları ve KKMM arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmada KKMM yararları her iki grupta da yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada eğitim öncesi duyarlılık algısının düşük olması; kadınların meme kanserinin kendilerine yakın olduğunu ifade etmeleri “hastalığa neden olur” ya da “kaderde varsa olur” fikrinden kaynaklanıyor olabilir.

- **Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Meme Kanseri Bilgi ve Beceri Düzeylerine Etkisinin Tartışılması**

Çeşitli çalışmalarda kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu ve bu bilgi eksikliğinin tarama davranışlarını etkilediği

saptanmıştır (Seçginli ve Nahcivan 2006, Ahmad 2005, Dişçigil 2007). Kadınların bilgi düzeylerini artırmayı amaçlayan çalışmalarda meme sağlığına ilişkin “broşürler, kitapçıklar, el kartları, video ve yüz- yüze yapılan eğitimlerin” meme kanseri bilgi düzeylerinin artırdığı gözlenmiştir. Çalışmamızda meme sağlığı beceri eğitimi, maket üzerinde KKMM, broşür verilerek çalışma grubundaki kadınların bilgi düzeyleri artırılmaya çalışılmıştır. Meme kanseri bilgi puanları beceri eğitimi öncesi, sonrası ve 3. ay sonra değerlendirilmiştir.

Program öncesi meme kanseri bilgi puanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, program sonrasında müdahale grubunda yükselmiş, ortalama puan (54.96) ancak 3. ayın sonunda puanlarda düşme gözlenmiştir (44.11). (**Tablo 17**).

Eğitim öncesinde katılımcıların, ayna karşısında meme kontrolü yapmadıkları, ayakta muayene esnasında kollarını başının arkasına koydukları, buna karşın; göğüs kaslarını kasarak değişik pozisyonlarda incelemedikleri, muayene esnasında parmak uçlarını kullanmadıkları, koltuk altı kontrolü yapmadıkları ve KKMM yaparken yeterli basınç uygulamadıkları, meme muayenesini gelişigüzel yaptıkları ortaya çıkmıştır. Program öncesi %5.98 3 ay sonra %32.91, kontrol grubunda ise % 7.45, %7.14 (**Tablo 19**).

Çalışmamızda, meme kanseri hakkında bilgi, erken tanı yöntemlerine ait bilgiler sağlık eğitimi ile anlatılmış, meme maketi ile beceri eğitimi her kadına yeterliliğe dayalı eğitim yöntemleriyle verilmiştir. Beceri eğitimi sonrası doğru zamanda meme muayenesi yapmak için takvim ve meme sağlığı bilgilerini içeren broşür verilerek kendi ortamlarında istedikleri zaman okumaları ve arkadaşlarıyla bu bilgiyi paylaşmaları istenmiştir. 3.ay sonra meme kanseri bilgi puanlarında beceri eğitimi sonrasına göre çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. (**37.31 – 54.96, 54.96 -44.11**)

Çalışma grubundaki kadınlarda, eğitim öncesi meme kanseri ve KKMM kontrol puanları son derece düşük olduğu, eğitim sonrası ise puanın belirgin olarak arttığı gözlenmiştir (99.62 ± 3.38). Üç ay sonra yapılan değerlendirmelerde, Puan

79.11±25.27, kontrol grubunda 1.21±7.43'dür. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo 20**).

Attia ve arkadaşlarının (1997), yaptığı çalışmada eğitim sonrası KKMM'ni etkili bir şekilde yaptıklarını düşünenlerin oranında anlamlı bir fark tespit etmişlerdir.

Rao ve arkadaşlarının (2005), yaptığı çalışmada eğitimsel girişimin meme kanseri ile ilgili farkındalığı ve KKMM uygulamalarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmalarımızla meme kanserinin erken teşhisi konusunda, bilgilendirilen ve bilinçlendirilen, kendi bedenine duyarlılığı ve farkındalığı artırılan her kadının, tahliye olanlar ve aynı koğuşı paylaşanların çevresine yapacağı bilgi aktarımını da düşünürsek, elde ettiğimiz sayısal sonucun en az üçe dörde katlanacağını söyleyebiliriz.

Beceri eğitimi sırasında maket üzerinde ve kendi meme muayenelerini çok iyi yapanların bulundukları koğuştaki bu bilgilerini arkadaşlarına öğrettikleri ve meme muayenelerinin bu kişiler tarafından yapıldığı saptanmıştır. Gürsoy ve arkadaşlarının (2009) Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde öğrenim gören 180 hemşirelik kız öğrencileri tarafından bireysel ve grup olarak KKMM konusunda eğitildikten sonra KKMM bilgilerinin eğitimden sonra anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Akranı tarafından grup olarak eğitilen öğrencilerin KKMM bilgilerinde, bireysel olarak eğitilenlere göre daha fazla artış olduğu saptanmıştır. Çeber (2009) ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, 1990'ların başından beri akran eğitimi tüm dünyaya yayılmış ve giderek daha çok ilgi görmeye başlamıştır. Akranları tarafından KKMM yapılan koğuşlarda bulunan katılımcıların motivasyonu yüksek, beceri, tutum ve davranışları eğitim öncesine göre çok olumlu bulunmuştur.

Maliyet ve sevk sistemindeki bürokrasi nedeniyle cezaevlerinde, kırsal alanlarda sağlık kurumlarına olan uzaklık nedeniyle, özellikle gelir seviyesi düşük kişilerde ucuz ve pratik bir yöntem olan KKMM'nin yeterli ve etkin bir şekilde yapılması oldukça önemlidir. Gelişmekte olan ülkemiz için meme kanserinin erken tanısında etkin KKMM yapma aşamalarının kadınlara öğretilmesinin özel önemi vardır. Türk kadınlarında KKMM'ni yapma oranının düşük olması nedeniyle,

kadınların meme kanseri konusunda farkındalıklarının artırılması, yeterli ve etkin meme muayenesi yapmalarını geliştirecek meme sağlığı programlarına gereksinim vardır. Her yaş grubundan kadının, sık sık ziyaret ettiği birinci basamak sağlık merkezlerinde, KKMM uygulanması ve eğitimi için uygun ortamların hazırlanmasının önemi vurgulanmalıdır (Seçginli 2007). Çalışmamızda KKMM yapma oranlarının eğitim sonrası istenilen düzeyde olduğu, sonraki aylarda azaldığı gözlenmiştir. Lu'nun (2001), Seçginli'nin (2007) çalışmalarında da giderek azaldığı bulunmuştur. Bu nedenle kadınlarda KKMM yapmayı kalıcı duruma getirecek yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması, biz sağlık çalışanların önemli görevlerinden biri olmalıdır. Hemşireler görevleri gereği kadınlarla sık karşılaşma fırsatı olduğu için meme sağlığı geliştirme programlarında anahtar konumundadırlar. Bu nedenle, KKMM yapma oranlarının yükseltilmesinde okullardan başlanarak, koruyucu hizmet veren birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan ebe-hemşirelerin meme kanseri farkındalığının artırılması ve muayeneyi doğru yapıp yapmadıklarının değerlendirilmesi önemlidir. Kömürcü, Taşçı, Doğan, Merih, Erten ve Can, (2010) “Sağlık Personellerinin Kanserde Erken Tanı Yöntemlerine Ait Bilgilerinin ve Uygulamalarının Değerlendirmek” için yaptıkları çalışmalarında ebe/hemşirelerin %90.60'ının KKMM yaptığını, ancak sadece %17.60'ının her ay düzenli olarak KKMM yaptığını ifade etmiştir. Hemşire ve ebelerin %12.90'ı bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi yaptırdığını, %7.10'u mamografi çektiğini söylemişlerdir. Görüldüğü gibi sağlık personelinin de erken tanı ve tarama davranışları düşüktür. Ebe ve hemşirelerin meme sağlığını koruyucu davranışlar konusunda standart bir eğitimle bilinçlendirilmesi ve bu davranışları kendi yaşamlarında hayata geçirecek inancın oluşturulması gerekmektedir.

Kontrol grubunda KKMM'ni yeterli yapanların oranı %7.14'dür. Çalışmaya alınan kadınların memelerinde kitle olması nedeniyle kontrollere düzenli gidemeseler bile KKMM her ay düzenli uyguladıkları gözlenmiştir. KKMM'ni KETEM merkezinden ve doktorlarından öğrendikleri saptanmıştır. Bu kişilerden ikisinin eğitim düzeyi yüksektir. Biri beyin cerrahı, diğeri eczacıdır. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) çalışmalarında kadınların yüksek eğitim almış olmaları, ailelerinde meme kanseri hikayesi olma durumu ve ileri yaşta olmalarının KKMM uygulama durumunu arttırması bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Gasalberti (2002) çalışmasında, ileri yaş ve ailede kanser tanısı olanları çalışmaya dahil etmediğini, çünkü sağlık gözetmenlerinin düzenli hatırlatmaları bu kadınların KKMM önemini ve aksatmadan yaptığını açıklıyor. Biz çalışmamızda bir sınırlama getirmediğimiz. Bu yüzden kontrol grubunda KKMM'ni düzenli yapanların oranı %43 olarak bulunmuştur.

Champion Sağlık İnanç Modeli ile KKMM uygulama sıklığı arasındaki arkadaşlarının (2001) çalışmasında Arabistan'da kadınların %12.70'inin KKMM yaptığı belirlenmiştir.

- **Katılımcıların KKMM sonucu ortaya çıkan şikayetleri**

Çalışmamız sırasında, tarafımdan yapılan meme muayenesi sonucu kitle (%11.11,%7.45), meme ucu kızarıklığı, ağrı ve akıntı %2.56, %7.45 olduğu, (%1.71) oranında göğsünden birinin diğerinden çok büyük, yakınlarında meme kanseri (%8.55, %7.45) olan vakalar tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan 211 kişiden 49'unda meme şikayetleri olduğu gözlenmiştir. Bu kişilerin kurumdan sevk işlemlerinin yapılması için girişimlerde bulunulmuştur (**Tablo 23**).

8. SONUÇLAR

Yapılan çalışma kapsamında, cezaevindeki kadınlara KKMM eğitiminin etkinliği anlatılmıştır. Bu amaçla, araştırmaya katılan kadınların çalışma grubuna KKMM beceri eğitimi verilmiş; eğitimden önceki, hemen sonraki ve 3 ay sonraki KKMM bilgi ve beceri düzeyleri incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların bir grubuna eğitim verilmeyip kontrol grubu oluşturulmuştur ve bu gruptaki katılımcıların da, program öncesi ve programdan 3 ay sonraki KKMM bilgi ve beceri düzeyleri ölçülmüştür. Çalışmaya dahil olan katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra cezaevinde bulunma süreleri de araştırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların; yaş ortalaması çalışma grubun da 31.69 ± 9.05 kontrol grubunda ise 33.52 ± 10.35 (en az 17, en çok 62 yaş), olduğu, cezaevinde kaldıkları sürenin (en az 2 en çok 3245 gün) çalışma grubunda cezaevinde kaldıkları sürenin gün olarak ortalaması (521.91 ± 636.06) ve kontrol grubunda (386.42 ± 493.92) bulundukları, çalışma grubunda %47.00 oranında ilkokul/ortaokul mezunu, lise mezunu olanlar %32.50, üniversite mezunu olanlar %6 idi. Katılımcıların %14.50'si okur-yazar değildi.

Kontrol grubundaki katılımcıların %48.90'ı ilkokul/ortaokul mezunu idi. Lise mezunu olanların oranı %12.00 iken, üniversite mezunu olanlar ise %8.70 idi. Katılımcıların %25.60'ı okur-yazar değildi.

Çalışma grubundaki katılımcıların %44.40'ı kontrol grubunda ise %55.30'u evliydi. Çalışma grubunda %39.30'nunu çocuk sahibi olmadığı, kontrol grubunda ise %46.70'inin 1-2 çocuğa sahipti.

Cezaevindeki harcamalarının çalışma grubunda %87.10'nun, kontrol grubunda %73.40'ı yakınları tarafından karşılanıyordu. Sağlık güvenceleri her iki grupta %69.20, %69.10 yoktu (**Tablo 09**).

Çalışma grubundaki kadınların program öncesinde KKMM bilgi puanları düşük (37.31 ± 9.49) uygulama davranışları yetersiz (%75.70) bulunmuştur. Kontrol grubunda da yeterli bilgi puanlarının olmadığı (39.26 ± 7.57), doğru uygulama davranışlarına (%78.00) sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Kontrol grubunda yaş ile KKMM bilme arasında ilişki vardır (37.88 ± 11.28) yaş arttıkça KKMM bilme artmaktadır ($p < 0.05$).

Kadınların KKMM'sini çalışma grubunda %69.60'ı, kontrol grubunda %70.70'inin bilmedikleri idi. Her iki grupta bilenlerin %30.40'ı, %29.30'u doktor ve hemşireyi bilgi kaynağı olarak %62.80'i, %83.30'u oranında gösterdi.

Çalışma grubundaki kadınların KKMM'ni %75.70'i, kontrol grubunda %78.00'i yapmadığı, yapmama nedenlerinin başında çalışma grubunda %47.50'si, kontrol grubunda ise %27.30'u bilgi eksikliği idi.

Her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun %87.40'ının, %88.50'sinin mamografi ve ultrason yaptırmadığı ve ailesinde (anne, kız kardeş, annanne, teyze) meme kanseri öyküsünün %90.30, %92.00'sinin yoktu (**Tablo 10**).

Gail'in Risk ölçeği değerlendirildiğinde, genelde her iki grupta risk dağılımının az olduğu; 50 yaş ve üzeri %3.42, %6.39, menarş yaşı 12 ve altında olanların %10.60, %6.39 idi. İlk doğumlarını 30 yaşından önce gerçekleştirdikleri ve biyopsi yaptıranların çalışma grubunda %3.42'si, kontrol grubunda %2.13 olduğu, bir kez biyopsi yaptırdıkları ve sonucunu bilmedikleri belirlenmiştir (**Tablo 13**).

Kadınların meme kanseri sağlık inanç model ölçeği puanları KKMM yarar algısı, engel algısı, güven algısı çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışma ve kontrol grubunu oluşturan kadınların sağlık inanç model ölçeği puanları ile yaş durumu değişkenleri arasında mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı alt boyutları puan ortalamaları ile ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Çalışma grubunda medeni durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinde yarar algı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 14**).

Katılımcıların KKMM bilgi puanları program öncesi çalışma grubunda 37.31 ± 9.49 , sonrası 54.96 ± 8.01 , 3 ay sonrası ise 44.11 ± 11.90 'dır. Uygulama teknikleri kontrol puanları program öncesi 4.10 ± 10.52 , eğitim sonrası 99.62 ± 3.38 ve 3 ay sonra ise 79.11 ± 25.27 olmuştur. Kadınların KKMM yapma sıklığı eğitim öncesi %5.98 iken üç ay sonra %32.91 oranında belirlenmiştir (Tablo 20,21).

Kontrol grubunda KKMM'si bilgi puanları program öncesi, 39.26 ± 7.57 , 3 ay sonra ise 37.19 ± 8.34 beceri puanları 0.96 ± 9.63 , 3 ay sonra 1.21 ± 7.43 olduğu, KKMM'sini yapma sıklığı %7.45 ve üç ay sonra %7.14 oranında belirlenmiştir.

Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo 19**).

Program öncesi KKMM uygulama teknikleri hakkında yeterli bilgi düzeyine ve doğru davranışlara sahip olmadıkları, program sonrası ise etkili KKMM davranışını yaptıkları, yeterli bilgi düzeyine eriştikleri gözlenmiştir. Ancak üç ay sonra bilgi düzeyinde ve KKMM uygulama davranışında azalma olduğu görülmüştür. Verilen beceri eğitiminin kalıcı olması için periyodik aralıklarla yapılması gerekmektedir.

“Kadın hükümlü ve tutukluların KKMM bilgi düzeyi ve uygulama davranışı yeterli değildir” hipotezi doğrulanmıştır. 211 kadın üzerinde yapılan fiziki muayenede 49 kişide (%23.23) oranında, ele kitle geldiği, meme ucu kızarıklığı, ağrı, akıntı ve yakınlarında meme kanseri gibi şikayetleri olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 22**).

9. ÖNERİLER

Cezaevleri çeşitli nedenlerle suç işlemiş bireylerin kanunca belirlenmiş süre boyunca hükümlü ya da tutuklu olarak bulundukları kurumlardır. Bu kurumlar tıpkı hastaneler gibi her insanın beklenmedik şekilde çeşitli nedenlerle kendini bir anda orada bulabileceği yerlerdir.

Dünyada ve ülkemizde cezaevi, hükümlü ve tutukluların sayıları giderek artmaktadır. Bu insanların cezaevinde ve cezaevinden çıktıktan sonra topluma yararlı ve sağlıklı bireyler olmaları sağlanmalıdır. Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Üniversiteler ve Adalet Bakanlığı ortak çalışmalar yürüterek hükümlü ve tutukluların sağlık düzeyinin ve sağlık bilgisinin artması için çalışmalı,
- KKMM konusunda bilinç düzeyini artırmak ve yanlış bilgileri düzeltmek amacıyla cezaevindeki kadınlara kitle iletişim araçları tarafından uygun program modelleri ile eğitim verilmeli,
- Verilen eğitimlerde kadınların sağlık ile ilgili inançlarının göz önünde bulundurulması ve KKMM eğitim programının bu doğrultuda sunulması önemli olmalı,
- KKMM konusunda verilecek eğitimlerde ilgilerini toplamak için demonstrasyon, meme maketi, broşür vb. görsel eğitim yöntem ve araçlarının kullanılmalı (4.10±10.52, 99.62±3.38, 79.11± 25.27).
- KKMM yararları, erken teşhisin önemi konusunda olumlu mesajlar verilmesi, içinde kitleler bulunan meme maketinin kullanılarak memedeki değişikliklerin fark edilmesine yönelik öz-etkililiğin vb artırılmalı,
- KKMM eğitimlerinin sürekliliği sağlanmalı 31±9.49, sonrası 54.96±8.01, 3 ay sonrası ise 44.11±11.90'dır,

- Ülkemizde cezaevlerinde kadın hükümlü ya da tutuklulara yönelik araştırmalar desteklenmeli,
- Kadın hükümlü ve tutukluların sağlık ve sosyal sorunları daha geniş ölçekli çalışmalarla incelenmeli,
- Akran eğitim yöntemi kullanılarak cezaevlerinde meme sağlığı beceri eğitimi verilmeli,
- Tutuklu ve Hükümlülerin sağlık hizmetine ulaşması sağlanmalı,
- Ceza infaz kurumunda çalışan elamanların meme sağlığı konusunda eğitilerek hizmetlerin sürekliliği sağlanmalı,
- Tüm ülkedeki cezaevlerini temsil eden araştırmalar yapılmalıdır.

10. KAYNAKLAR

- Ahmad F, Cameron JJ, Stewart DE. (2005). A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science and Medicine*, 60,575-586.
- Akça T. (2007). Meme Tarama Programı Nedir ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır? Mersin Üniversitesi Yayınları No:16 Can matbaacılık, Mersin.
- Akyolcu N. (1985). Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık Bilgisi Düzeylerinin Ölçülmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aloğlu B. (2008). Cezaevi Müdürleri ve Politika Yapıcılar İçin Kadınlar ve Hapsedilme Üzerine El Kitabı. Birleşmiş Milletler Yayınları New – York.
- Altunkan H, Akın B, Ege E. (2008). 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*; 4(2):84-91.
- American Cancer Society. (2008). *Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008* Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society. (2010). *Breast Cancer Facts & Figures 2010* Atlanta: American Cancer Society.
- Aslan F, Gürkan A. (2007). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3,s.63-68.
- Atlı Ö. (2002). “Yetişkin Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları İle Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi” Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Halk Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Attia A, Rahman D, Kamel L. (1997). Effect of an educational film on the Health Belief Model and breast self-examination practice. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 3(3): 435-443.
- Aydemir G. (1990). Halk Sağlığı Stajyerleri.”15-49 yaş Evli Kadınların Kendi Kendine Meme Muayene Yöntemi İle İlgili Bilgileri”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(3), s: 1-10.
- Aydın İ. (2004). Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramasındaki İnanç ve Davranışlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum.
- Bahar Z, Özsoy S. (2004). “Determination of Self Breast Examination of Married Women Over Fifteen Years Old”, The European Cancer Conference, 29 Oct-2 Nov, Paris, France, 1995 Balcıoğlu İ, Taktak Ş, Ortaköylü L Kadın ve Suç.Yeni Symposium 42(1): 13–19, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2744.pdf>
- Balcı P. (2001). Konvansiyonel ve Dijital Mammografi, Tanıda Zorluklar. İçinde Meme Hastalıkları. Ed. Ünal G, Ünal H Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.60-64.
- Baltaş Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul, Remzi Kitapevi.
- Beji NK, Reis N. (2007). Risk Factors For Breast Cancer in Turkish Women: A Hospital-Based Case- Control Study, *European Journal Of Cancer Care* 16, 178-184.

- Brewer MK, Baldwin D. (2000). The relationship between self-esteem, health habits, and knowledge of breast self-examination practice in female intimates. *Public Health Nursing*. 17(1): 16-24.
- Can H, Hadımlı A, Bozkurt Ö. (2009). Jinekolojik Kanseler ve Meme Kanserinin Aile Planlaması Yöntemleri İle İlişkisi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara.
- Cancer of the Breast. (2004) *Clinical Oncology* 3rd Edition.
- Carmen C, Solorzano P, Ahearne M, Steven D, Leach B, Feig W. (2003). *Invasive Breast Cancer. The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook.*, USA.
- Champion VL. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 42, 139-143.
- Champion VL. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health*, 22, 341-348.
- Champion VL, Menon U. (1997). Predicting mammography and breast self examination in African American women. *Cancer Nursing*, 20, 315-322.
- Champion VL, Scott CR. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Research*, 46, 331-337.
- Champion VL, Skinner CS, Foster JL. (2000). The effects of Standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs, knowledge and behaviour related to mammography screening. *Oncology Nursing Forum*, 27, 1561570.
- Chouliara Z, Papadioti V, Power KG, Swanson V. (2004). Practice of and attitudes to ward breast self-examination (BSE): a cross-cultural comparison between younger women in Scotland and Greece. *Health Care Women International*, 25, 311-333.
- Clinical Guidelines. (2002). Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. *Annals of Internal Medicine* . Volume 137. Number 5.
- Coleman Metal. (2008). World Health Statistics 2008. Breast Cancer: Mortality and Screening. Responding to the challenge of cancer in Europe. *Inst. Of Public Health*.
- Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othar K, Arslan K. (2004) Muğla Merkez Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusundaki Bilgi ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* ISSN: 1303-5134 www.InsanBilimleri.com.
- Çağlar A, Özkaya M. (2003). Türkiye’de Kadın Mahkumlar, İzmir, Muğla ve Ödemiş Cezaevleri. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, Sayı:13, ss:103-134, İstanbul.
- Çeber E, Ekşioğlu A, Demirelöz M, Baykal Z. (2009). Türkiye’de Akran Eğitimi Uygulamalarının ve Etkinliğinin İncelenmesi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara, s 227.
- Çenesiz E, Atak N. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007: 6 428 “elektronik dergi” www.korhek.org.
- Çetiner M. (2010). *Güncel Tıp. Bilim Teknoloji*. Yıl 24, Sayı 1222.
- David B, Thomas D, Roberta M. (2002). Randomized Trial of Breast Self – Examination in Shanghai: Final Results. *Journal of the National Cancer Institute*, vol, 94, No. 19.

- Demirkazık F. (2004). Meme Hastalıklarında Görüntüleme. İçinde: Temel Cerrahi. Editör, Sayek İ.3. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. (2007). Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Türkiye Marmara Medical Journal;20(1);29-36.
- Dorcas RH. (1996). Meme Kanseri. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. Platin, N.Çev. ed. İnanç N. Akşam Sanat Okulu Matbaası. ss:259-274 Ankara.
- Ekici E, Utkualp N. (2007). Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları. Meme Sağlığı Dergisi cilt: 3 sayı: 3.
- Elik Z. (2006). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. (Danışmanı Seçil AKSAYAN)
- Elovainio L, Nieminen P, Miller B. (1997). Impact of cancer screening on women's health. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 58.137-147, Canada.
- Erdal M. (2000). Cezaevinde Kadın Olmak. Türkiye İnsan Hakları Hareketi Konferansı Bildiri Kitabı. S.209-217.
- Erdem Y, Açıkgöz İ, Erdoğan N, Polat F. (2008). Ankara'da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturan Kadınların Meme Kanseri Risk Durumları ve Erken Tanıya Yönelik Uygulamaları. Sağlık ve Toplum. Yıl: 18, sayı:1 Ocak-Mart 2008.
- Erenel A. (2009). Meme Kanserinden Korunma. Meme Kanseri Eğitim Programı, Ankara.
- Esen G. (2001). Meme Kanseri Mamografik Tarama. İçinde: Meme Hastalıkları. Ed. Ünal G, Ünal H Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.89-95.
- Eşiyok B, Hancı H, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y, Adli Hemşirelik [elektronik dergi] 2004, cilt 13, sayı:5, ss:169.
- Meric F, Rabinson E, Kelly H. (2003). Noninvasive Breast Cancer In Anderson Surgical Oncology Handbook. Eds: Feig B, Berger D, Fuhrman G. USA.
- Ferlay J, Autier M, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. (2006). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. 2007 European Society for Medical Oncology.
- Fung S. (1998). Factors associated with breast self-examination behaviour among Chinese women in Hong Kong, Patient Education and Counseling 33 233-243.
- Gasalberti D. (2002). Early Detection of Breast Cancer by Self-Examination The Influence of Perceived Barriers and Health Conception. Vol 29, NO 9.
- Göksel H. (2004). Meme Muayenesi. İçinde: Temel Cerrahi. Editör, Sayek İ. 3. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. (2003). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2004/1, s.71-85.
- Graham ME. (2004). Health beliefs and self breast examination in black women, www.findarticles.com/p/articles/mi_m0MJU/is_2_9/ai_93610993.
- Gülerman C. (2009). Menopozda Hormon Tedavisi: Güncel yaklaşım. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.

- Gözüm S, Aksayan S. (1999). Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 21-43.
- Güllüoğlu B, Aydın E, Saryona V. (2010). Meme Kanseriyle Baş Etme Rehberi. Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Yayınları 11.
- Güllüoğlu B. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Meme Hastalıklarına Yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. Cilt 11, Sayı 2.
- Gürsoy A. (2008). Kendi Kendine Meme Muayenesi Çelişkisi. Rewiev Article TAF Prev Med Bull 7(3):257-260.
- Gürsoy A, Yiğitbaş Ç. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Akran Eğitiminin Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgisi ve Sağlık İnançlarına Etkisi Meme Sağlığı Dergisi, No. 3, (s) 135-140.
- Hackshaw A, Paul E. (2003). Breast Self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. British Journal of Cancer.88, 1047-1053.
- Hancı H. (2002). Adil Hemşirelik. Adli Tıp ve Adli Bilimler, Ankara.
- Harputlu D. (2005). Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A Bayık).
- Ho TV. (2006). Effects of an educational intervention on breast cancer screeninig anda early detection in Wietnamese Americen women. Doctoral Thesis, Denton, Texas.
- İçli T. (2000). Türkiye'de Kadın Suçluluğunun Çeşitli Soso-kültürel ve Ekonomik Belirleyicileri. Adalet Bakanlığı Yayın İşleri Daire Başkanlığı Eğitim Serisi 2:10, Ankara.
- İğci A, Asoğlu O. (2003). Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. İçinde Topuz E, Aydınar A, Dinçer M. Editörler Meme Kanseri Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 113-123.
- İrgil E. (2001). Meme Hastalıkları. İçinde: Meme Kanseri Epidemiyolojisi. Editörler, Ünal G,Ünal H. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.227-232.
- Janda M, Stanek C, Newman B, Obermair A, Trimmel M. (2002). Impact of videotaped information on frequency and confidence of breast self-examination. Breast Cancer Research anda Treatment, 73, 37-43.
- Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Meme_Kanseri_Erken_Tani.pdf, Erişim Tarihi: Ağustos 2010.
- Karamanoğlu AY, Özer F. (2008). Mastektomili Hastalarda Evde Bakım. Meme Sağlığı Dergisi. Cilt 4, Sayı, 1. Ankara.
- Karayurt Ö. Meme Kanseri http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kanseri.pdf, Erişim Tarihi: Ağustos 2010.
- Karayurt Ö. (2009). Meme Kanserinde Tanı Yöntemleri ve Hastanın Hazırlanması. Meme kanserinde eğitimcinin eğitimi programı, Ankara.
- Karen M, Freund MD, MPH. (2000). Rationale and Technique of Clinical Breast Examination. www.medscape.com. Erişim Tarihi: 10.04.2009.
- Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L. (2008). Türkiyede Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması.

- Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt 5, Sayı 4, Sayfa(lar) 195-199.
- Kömürcü N, Taşçı KD, Doğan Merih Y, Erten, Can B. (2010). Sağlık Personellerinin Kanserde Erken Tanı Yöntemlerine Ait Bilgilerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 7th European Journal of Oncology Nursing Congress, 2010, Holland.
- Kösters JP, Gotzsche PC. (2008). Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (review). *Cochrane Database Syst Rev*. Issue 3: CD003373.
- Kum S, Göksu Alp U, Kelkitli E, Yücel İ. (2004). Orta Karadeniz Bölgesinde Kendi Kendine Meme Muayene Sıklığı ve Etki Eden Faktörler *Türk Onkoloji Dergisi*, Cilt 19, Sayı 1.
- Lee CY, Kim HS, Ko S, Ham OK. (2003). Evaluation of a communitybased program for breast self-examination offered by the community health nurse practitioners in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33,1119-1125.
- Levi F, Lucchini F, Negri E, Wzatonski, Boyle P (2004). Trends In Cancer Mortality In The European Union And Accession Countries, 1980-2000. *Annals of Oncology* 15.1425-1431.
- Lu ZJ. (2001). Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing*, 34,163-170.
- McCredie M, Paul C, Skegg DC, Williams S. (1997). Family history and risk of Breast cancer in New Zealand. *Int J Cancer*; 73(4): 503- 507.
- Mohammed S, Singh GK. (2002). Sociodemographic Variations In Breast Cancer Screening Behavior Among Australian Women Results From The 1995 National Health Survey, *Preventive Medicine*, 35:174-180.
- Nahcivan N, Seçginli S. (2003). Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1)
- Narin A. (2004). Bakırköy Kadın ve Çocuk Tutukevinde Bulunan Kadınların Üreme Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*, (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).
- Norman A, Parrish A. (2002). *Prison Nursing*. Blackwell science Ltd. a blackwell publishing company. USA.
- Nustus P, Mikhail B. (2002). Factors Associated with Breast Self-Examination Among Jordanian Women. *Public Health Nursing* Vol.19 No.4, pp.263–271.
- Onan A. (2009). Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) ve Meme Kanseri. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara, s 83.
- Oran B, Çelik İ, Erman M. (2004). Analysis Of Menstrual, Reproductive And Life-Style Factors For Breast Cancer Risk In Turkish Women A Case Control Study, *Medical Oncology* 21, 31-40.
- Özalp S. (2009). Kombine Oral Kontraseptif (KOK) Seçimi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara.
- Özaydın N. (2009) Kadın Sağlığı İçin Önemli Tarama Testleri. 6.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. Ankara, s 131-133.
- Özen E. (2007). Türkiye’de Kanseri Kontrolü. Onur Matbaacılık Ltd. Şti., s 1-3, Ankara

- Özmen D, Çetinkaya A, Karayurt Ö. (2007). Lisede Okuyan Kız Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Konusunda Bilgi ve Uygulamaları. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli.
- Özmen V. (2006). Türkiye’de ve Dünya’da Meme Kanseri. Meme Sağlığı Dergisi 2:13-17
- Özmen V. (2008). Breast Cancer In The World And Turkey, Meme Sağlığı Dergisi, Cilt:4, Sayı:2.
- Öztürk H. (1997). Gözaltı, Tutukluluk ve Hükümlülük Durumlarında "Hasta" Hakları. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1997 Türkiye Klinikleri J Med Sci. ANKARA.
- Öztürk M, Şen S, Kişioğlu A. (2001). Isparta'daki Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Ebelerin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi ve Tutumları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 8, Sayı 1.
- Pender N. (1996). Health promotion in nursing practice (2nd ed.) Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Randolph E, Gross M. (2000). Women and Cancer: Giselle J, Higgs M. Controversies in Breast Cancer. Jones and Bartlett publishers. Canada, S 539.
- Rao RSP, Nair Suma, Nair NS, Kamath VG. (2005). Acceptability and effectiveness of a breast health awareness of a breast health awareness programme for rural women in India. Indian Journal Medicine Science. 59(9): 398-402.
- Sağlık İstatistikleri. (2003). Ankara. Sağlık bakanlığı yayınları, s:97-98.
- Samur M. (2003). Kanser tedavisinde alternatif yaklaşımlar.
- Screening for Breast Cancer. (2002). USPSTF Recommendations. Preventive Services Task Force. www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf. Breastcancer/brcanrr.pdf.
- Seçginli (Merey) S. (2002). Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Nahcivan).
- Seçginli S, Nahcivan N. (2004). Reliability and Validity Of The Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women. Cancer Nursing vol.27 No 3.
- Seçginli S, Nahcivan N. (2005). Factors Associated With Breast Cancer Screening Behavior In A Sample Of Turkish Women a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 43, 161-171.
- Seçginli S. (2007). Meme Kanselerinde Erken Tanıya Yönelik, Sağlığı Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Nahcivan).
- Sevil Ü, Ünsal Ş. (2002). Meme Kanselerinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı. Hemşirelik Forumu Cilt 5. Sayı 6, s.32- 39.
- Somunoğlu S. (2009). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 4, Sayı:10
- Steven R, Jeffrey A. (2009). Prevention of Breast Cancer in Postmenopausal Women Approaches to Estimating and Reducing Risk. Articles JNCI Journal of the National Cancer Institute Advance Access Published. Vol.101 Issue 6.
- Şarişen Ö, Çalışkan D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat. Sted. Cilt 14 Sayı 8. s.182-187.
- Şentürk E. (2009). Meme Kanselerinden Koruma. Meme Kanselerinde Eğitimcinin Eğitimi Programı, Ankara.

- Taşçı A. (2008). Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 40 Yaş Üstü Kadınlarda ve Bu Merkezlerde Çalışan Hemşirelerde Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Dr. Yasemin YILDIRIM).
- Terzi S. (2007). Kadın Suçluluğu: Kahramanmaraş Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniveristesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Harun Arıkan)
- Thomas B, Gao D, Ray R. (2002). Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. Journal of the National Cancer Institute, Vol. 94, No. 19.
- Tomruk DG. (1997). Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul.
- Topuz E. (2007). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp: Onkoloji Tedavisindeki Güncel Durum. İçinde: Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ed. Tuncer M. Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, s.417-430.
- Tuncer M. (2004). T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar.
- Tükel S. (2009). Korkmuyorum! Meme Kanseri. E Yayınları. S.90-96.
- Tümer A, Baybek H. (2010). Çalışan Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi, Meme Sağlığı Dergisi. Cilt 6, sayı 1, sayfa(lar) 017-021.
- Türk Dil Kurumu www.tdk.gov.tr/TR/Genel/SozBul
- Türk Kanser Haberleri. (2008). Sayı:138, ss:42-46.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (2009). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara
- Türk Kanser Haberleri. (2008). Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, Sayı 138.
- Uğurluel G, Karahan A, Edirne T, Şahin H. (2007). Ayakta Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. Van Tıp Dergisi, Cilt:14, Sayı:3.
- Ünal G. (2001) Meme Kanseri Mamografik Tarama. İçinde: Meme Hastalıkları. Ed. Ünal G, Ünal H. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.10-28.
- Ürkmez E, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. (2009). Eskişehirli Kadınlarda Meme Kanseri Bilgi Düzeyi. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi. Ankara.
- Vietri V, Poskitt S, Slaninka SC. (1997). Enhancing breast cancer screeninig in the university setting. Cancer Nursing.
- Vural G. (2003). Meme Kanseri. 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.
- Yavuz M, İlçe A, Kaymakçı Ş, Bildik G, Dıramalı A. (2007). Meme KANSERLİ Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumlarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. S 680-686.
- Yavuzer H. 1998. Çocuk ve Suç. Remzi Kitabevi.
- Yeter K, Savcı A, Sayiner F. (2009). Meme Kanseri Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi. Meme Sağlığı Dergisi. Cilt 5, Sayı 2, s.65-68.

11. EKLER

Ek 01. Anket Formu

FORM- 1: ANKET FORMU

Bu çalışma "Meme kanserinin erken tanısına yönelik hazırlanan sağlık eğitim programının" kendi kendine meme muayenesi yapma, etkisini incelenmek amacıyla planlanmıştır. Aşağıda yanıtlamanız için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak cevaplamaya çalışınız. Size en uygun olan ifadeyi parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz. Verdiğiniz size ait bilgiler gizli kalacaktır. Bu eğitimde KKMM'nin nasıl yapıldığı katılımcılara öğretilenektir. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Öğretim görevlisi Asiye KOCATÜRK

Adınız-Soyadınız:

Telefon numaranız: 1, 2,

1. Kaç yaşındasınız?

2. Medeni haliniz nedir?

☐ Evli ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐ Diğer

3. Kaç tane çocuğunuz var?

☐ Yok ☐ 1 çocuk ☐ 2 çocuk ☐ 3 çocuk ☐ 4 çocuk ve üstü

4. Öğrenim durumunuzu yazınız (en son bitirdiğiniz okul):

☐ Eğitimi yok- ilkokulu bitirmemiş ☐ Lise mezunu
☐ İlkokul mezunu ☐ Yüksekokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu

5. Ne kadar süredir buradasınız?

6. Buradaki harcamalarınızı kim karşılıyor?

☐ Kendim ☐ Yakınlarım ☐ Kurum ☐ Diğerleri

7. Sağlık Güvenceniz var mı?

☐ Yok ☐ SSK ☐ Emekli Sandığı ☐ Bağ-kur ☐ Yeşil kart ☐ Özel sigorta ☐ Diğer

8. Adetten kesildiniz mi? (Evet ise) Adetten ne zaman kesildiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Kendi kendine meme muayenesi yöntemine ilişkin bilginiz var mı? Evet, ise bu bilgileri kimlerden aldınız?

☐ Evet ☐ Hayır

☐ Doktor ☐ Hemşire/Ebe ☐ Diğer insanlar ☐ Gazete ☐ Radyo-TV ☐ Hiçbir yerden

10. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz? (cevabınız hayır ise 13 soruya geçiniz)

☐ Evet ☐ Hayır

11. Kendi kendine meme muayenesini ne sıklıkta yapıyorsunuz?

☐ Her ay birden çok ☐ Ayda bir ☐ 2 ayda bir ☐ 5-6 ayda bir ☐ yılda bir ☐ diğer (açıklayınız)

12. Kendi kendine meme muayenesi yapmama nedeninizi belirtir misiniz?

☐ Böyle bir muayene yöntemi olduğunu bilmiyorum

☐ Böyle bir muayene yöntemi olduğunu biliyorum ancak nasıl yapıldığını bilmiyorum.

☐ Kendi kendine meme muayenesinin gerekliliğine inanmıyorum.

☐ Kendi kendine meme muayenesi için zamanım yok

☐ Kendi kendine meme muayenesinin gerekliliğine inanıyorum ama ihmal ediyorum.

☐ Diğer açıklayınız

13. Bu güne kadar meme muayenesinin yanı sıra mamografi (meme filmi), ultrason çekirttiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

14. Anneniz, kız kardeşiniz, anneanneniz, teyzeniz, halanız vb. gibi yakın akrabalarınızda meme kanseri hastalığı olan var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

GAİL'İN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Kaç Yaşındasınız?

2. İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?

3. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

4. Daha önce hiç meme biyopsisi (memenizden küçük bir parça alınarak incelenmesi) yaptırdınız mı?

5. Kaç kez meme biyopsisi yaptırdınız?

6. Biyopsi sonucunu biliyor musunuz? Açıklayınız.

Ek 02. FORM-A Meme Kanseri Bilgi Formu

FORM-2: MEME KANSERİ BİLGİ FORMU

Aşağıdaki ifadeler meme kanseri hakkındaki bilgilerinizi öğrenmek ve bu konuda size yardımcı olmak için hazırlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler sağlık eğitim programlarının hazırlanmasında katkı sağlayacaktır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyarak size en uygun olan cevabı (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

Asiye KOCATÜRK
Teşekkür ederim.

Meme Kanseri ile İlgili ifadeler	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
1. Kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir.			
2. Emzirme meme kanseri riskini azaltır.			
3. Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri daha fazla görülür.			
4. Meme kanseri irsi (genetik yada ailesel) geçiş gösterir.			
5. Az yağlı yiyeceklerle beslenen kadınların meme kanseri olma riski daha azdır.			
6. Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riski genç kadınlardan daha fazladır.			
7. Erken yaşla adet gören kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
8. Meme kanseri bulaşıcıdır.			
9. Meme kanseri büyük göğüslü kadınlarda daha fazla görülür.			
10. Meme kanseri olan bir kadının yaşama şansı, kanser erken dönemde bulunsa bile çok düşüktür.			
11. Kendi kendine meme muayenesi yaparak meme kanserini erken dönemde belirlemek mümkündür.			
12. Memedeki kitleleri sadece doktorlar yada hemşireler bulabilir.			
13. Memedeki kitleleri muayene etmek için en iyi zaman adetin bitmesinden hemen sonraki zamandır.			
14. Menopoza girmiş bir kadında kendi kendine meme muayenesi her ayın belirli bir gününde yapılabilir.			
15. Kendi kendine meme muayenesi yapmak çok zaman alır.			
16. Memelerin ayna karşısında gözlenmesi, memelerin elle muayene edilmesi kadar önemlidir.			
17. Kendi kendine meme muayenesi, elin orta üç parmağı ile dairesel hareketlerle yapılır.			
18. Kendi kendine meme muayenesi sırasında koltuk altı bölgesini muayene etmek gerekli değildir.			
19. 40 yaşından sonra her yıl meme filmi (mamografi) çektiirmek meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için en iyi yollardan biridir.			
20. Meme filmi (mamografi) çektiirmek çok ağır verici bir işlemdir.			
21. Meme filmi (mamografi) çektiirmek çok zaman alır.			
22. Meme filmi (mamografi) çektiirmek meme kanserine yol açar.			

Ek 03. FORM-B Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

FORM -3: MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışma “Meme kanserinin erken tanısına yönelik hazırlanan meme sağlığı eğitim programının” kendi kendine meme muayenesi yapma, etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen ifadeyi (X) işareti koyarak işaretleyiniz. Doğru yada yanlış fikir yoktur. Her bir ifadenin cevaplandırılması ve boş bırakılmaması çok önemlidir. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, lütfen size en yakın gelen cevabı işaretleyiniz.

Teşekkür ederim
Asiye KOCATÜRK

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
01. Gelecekte büyük bir olasılıkla meme kanseri olacağım.	()	()	()	()	()
02. Gelecekte meme kanseri olacağımı hissediyorum.	()	()	()	()	()
03. Büyük bir olasılıkla önümüzdeki 10 yıl içinde meme kanseri olacağım.	()	()	()	()	()
04. Meme kanserine yakalanma olasılığım çok yüksektir.	()	()	()	()	()
05. Meme kanserine yakalanma olasılığım herhangi bir kadına göre daha fazladır.	()	()	()	()	()
06. Meme kanseri düşüncesi beni korkutur.	()	()	()	()	()
07. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalp atışlarım hızlanır.	()	()	()	()	()
08. Meme kanseri hakkında düşünmeye korkarım.	()	()	()	()	()
09. Meme kanserine yakalandığımda yaşayacağım sorunlar çok uzun sürecektir.	()	()	()	()	()
10. Meme kanseri erkek arkadaşım ya da eşim ile olan ilişkimi olumsuz yönde etkiler.	()	()	()	()	()
11. Meme kanserine yakalansaydım bütün yaşamım değişirdi.	()	()	()	()	()
12. Meme kanserine yakalansaydım 5 yıldan fazla yaşamazdım.	()	()	()	()	()
13. Kendi kendime meme muayenesi yaptığım zaman kendimi iyi hissederim.	()	()	()	()	()
14. Kendi kendime meme muayenesini her ay yaptığım zaman meme kanseri hakkında çok fazla endişelenmem.	()	()	()	()	()
15. Her ay kendi kendime meme muayenemi yapmam kitleleri erken bulmamı sağlar.	()	()	()	()	()
16. Önümüzdeki yıl her ay kendi kendime meme muayenemi yaparsam, meme kanserinden ölme olasılığımı azaltırım.	()	()	()	()	()
17. Her ay kendi kendime meme muayenemi yaparsam, meme kanseri olduğumda tüm alınması ya da şekil bozukluğu yapacak bir ameliyat olma olasılığımı azaltırım.	()	()	()	()	()
18. Her ay kendi kendime meme muayenemi yaparsam, doktor ya da hemşireden önce kanser olabilecek bir kitleyi bulmam kolaylaşır.	()	()	()	()	()
19. Kendi kendime meme muayenesi yaparken kendimi tuhaf hissederim.	()	()	()	()	()

20. Önümüzdeki yıllarda kendi kendime meme muayenesi yapmak, meme kanseri konusunda beni endişelendirecektir.	()	()	()	()	()
21. Kendi kendime meme muayenesi yapmak beni utandırır.	()	()	()	()	()
22. Kendi kendime meme muayenesi yapmak çok fazla zaman alır.	()	()	()	()	()
23. Kendi kendime meme muayenesi yapmak hoş olmayan bir durumdur.	()	()	()	()	()
24. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için yeterli mahremiyetim yok.	()	()	()	()	()
25. Kendi kendime meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum.	()	()	()	()	()
26. Kendi kendime meme muayenesini doğru yapabileceğimden eminim.	()	()	()	()	()
27. Eğer meme kanserine yakalanmış olsaydım, kendi kendime meme muayenesi yaparak kitleyi bulabilirdim.	()	()	()	()	()
28. Kendi kendime meme muayenemi tek başıma yaparsam, mememdeki kitleyi bulabilirim.	()	()	()	()	()
29. Ceviz büyüklüğündeki bir meme kitlesini bulabilirim.	()	()	()	()	()
30. Fındık büyüklüğündeki bir meme kitlesini bulabilirim.	()	()	()	()	()
31. Bezelye büyüklüğündeki bir meme kitlesini bulabilirim.	()	()	()	()	()
32. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için izlenmesi gereken adımları bildiğimden eminim.	()	()	()	()	()
33. Kendi kendime meme muayenesi yaptığım zaman normal ve normal olmayan meme dokusunu anlayabilirim.	()	()	()	()	()
34. Aynaya baktığımda mememdeki normal olmayan değişiklikleri fark edebilirim.	()	()	()	()	()
35. Mememi muayene ederken parmaklarımın doğru kısımlarını kullanabilirim.	()	()	()	()	()
36. Sağlık sorunlarımı erken dönemde fark etmek isterim.	()	()	()	()	()
37. Sağlıklı kalmak benim için oldukça önemlidir.	()	()	()	()	()
38. Sağlığımın daha iyi olması için yeni bilgileri araştırırım.	()	()	()	()	()
39. Sağlığımın daha iyi olmasını sağlayacak etkinliklere katılmanın önemli olduğunu düşünürüm.	()	()	()	()	()
40. Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
41. Haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.	()	()	()	()	()
42. Hasta olmasam bile düzenli sağlık kontrolü yaptırım.	()	()	()	()	()
43. Önerilen mammografiyi (meme röntgeni) yaptırdığımda, kendimi iyi hissedirim.	()	()	()	()	()
44. Mammografi (meme röntgeni) yaptırdığım zaman, meme kanseri hakkında çok fazla endişelenmem.	()	()	()	()	()

45. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, kitlelerin erken bulunmasına yardım eder.	()	()	()	()	()
46. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanserinden ölme ihtimalini azaltır.	()	()	()	()	()
47. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri olduğumda tüm memenin alınması ya da şekil bozukluğu yapacak bir ameliyat olma olasılığımı azaltır.	()	()	()	()	()
48. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, bir kitlenin kendim yada bir sağlık personeli tarafından fark edilmeden önce bulunmasına yardım eder.	()	()	()	()	()
49. Düzenli mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri hakkında beni endişelendirecektir.	()	()	()	()	()
50. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak beni utandırır.	()	()	()	()	()
51. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak çok fazla zaman alır.	()	()	()	()	()
52. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak ağrılı olur.	()	()	()	()	()
53. Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak oldukça pahalıdır.	()	()	()	()	()

Ek 04. FORM-C Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONTROL LİSTESİ

FORM 4: Muayene yapılacak odada ayna ve meme maketi bulunmalıdır. Kişiye aynayı kullanması özellikle belirtilmemelidir. Aşağıdaki KKMM yapma beceri formu doldurulur. Her doğru işaretleme 10 puan değerindedir. En iyi puan 100'dür.

Kişi ayna karşısında memelerini kitle ya da şişlik, memelerden birinde normal olmayan büyüme, sarkma, meme cildinde buruşukluk yada çukurlaşma olması, meme ucunun renginde değişiklik açısından gözledi mi?	
1. Kollar yanda iken	
2. Kollar başın arkasında iken	
3. Öne doğru biraz eğilmiş iken	
Memelerini kitle açısından muayene ederken kişi;	
4. Bir kolunu başının arkasına yerleştirdi mi?	
5- Memenin en üst bölümünden muayeneye başladı mı?	
6. Parmakların iç yüzeyi ile muayene etti mi?	
7. Memeyi dairesel hareketlerle biraz bastırarak muayene etti mi?	
8. Meme ucunun etrafını geniş dairesel hareketle muayene etti mi? (meme ucuna doğru küçük dairesel hareketle)	
9. Tüm memeyi muayene etti mi? (memenin koltuk altından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanların muayenesi)	
10. Koltuk altını kitle açısından muayene etti mi?	
TOPLAM	
KİTLE BULMA DİAGRAMI Toplam bulduğu (doğru olarak) kitle sayısı:	

Ek 05. FORM-D Aydınlatılmış Onam Belgesi Formu

FORM- 5: AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ FORMU

Ben hiç bir baskı ve yönlendirme olmadan
tamamen kendi özgür irademle meme sağlığı eğitim programına katılmak ve mamografi, pap
smear, kemik yoğunluğu taraması katılmak istiyorum.

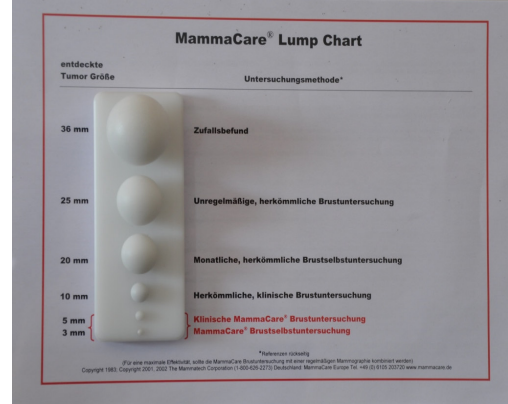
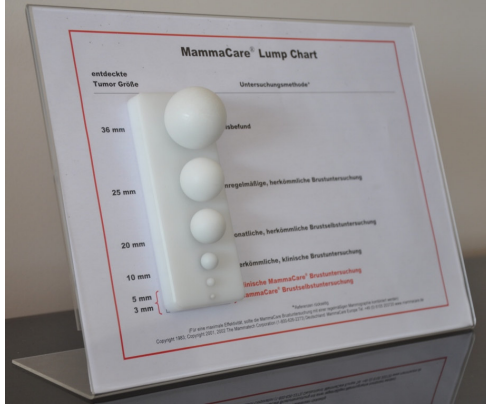
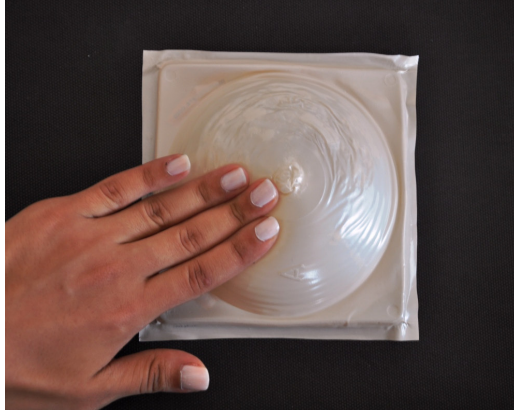
TARİH:

SAAT:

ONAY VERENİN İMZASI

Ek 06. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitim Seti

EĞİTİM SETİ



Şekil: Mamma Care Eğitim Seti



Ek 08. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu Kararı



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/41
İLGİ:

23.01.2009

Sayın : Prof.Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

MAR-YÇ-2008- 0171 protokol nolu “ Cezaevlerinde bulunan kadınlara verilen meme sağlığı beceri eğitiminin değerlendirilmesi” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

Ek 09. T.C. Adalet Bakanlığı Araştırma İzin Yazısı

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.03.0.CTE.0.00.09.00/1036/37856
Konu : Araştırma

09/04/2009

Sayın Asiye KOCATÜRK
Marmara Üniversitesi İstanbul Zeynep Kamil Sağlık Yüksek Okulu
Nuh Kuyusu Caddesi No:47
Üsküdar/İSTANBUL

İlgi : 24.03.2009 tarihli dilekçeniz.

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın Doktora öğrencisi Asiye KOCATÜRK'ün "Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunan Kadınlara Verilen Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesi" konusunda, Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlü-tutuklularla 1 Mayıs 2009-1 Mayıs 2010 tarihleri arasında anket uygulama talebine ilişkin ilgi dilekçesi ve ekinde alınan anket formu incelendi.

Söz konusu çalışmanın; hükümlü-tutukluların rızalarının alınarak, Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda, araştırma konusuyla sınırlı kalınması, ses kaydı ve görüntü alınmaması, araştırma sonucunda hazırlanacak raporun iki örneği ile CD'sinin de Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi koşuluyla ve 1 Mayıs 2009 - 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Ceza infaz kurumlarında yapılan çalışmalara gösterdiğiniz ilgiden dolayı teşekkür eder, aşağıda belirtilen telefon numarasıyla irtibata geçilerek, kurumun çalışma kuralları hakkında bilgi edinilmesini rica ederim.


Nizamettin KALAMAR
Hâkim
Bakan a.
Genel Müdür

Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu : 0506 600 63 44

Konya Yolu No:70 Beşevler 06330 ANKARA

Ayrıntılı bilgi için irtibat: T ÇELİBİ Şb.Md.

Telefon: 0 312 204 12 80-81 Faks: 0 312 223 60 07 e-posta:etc.adalet.gov.tr Elektronik Ağ: www.adalet.gov.tr.

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Asiye	Soyadı	KOCATÜRK
Doğum Yeri	Sinop	Doğum Tarihi	01.05.1961
Uyruğu	T.C.	Tel	(0533) 815 44 76
E-mail	asiye5561@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	2005
Lisans	M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Lisans tamamlama programı S.B. Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü	2000 1991
Lise	Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi	1984

İş Deneyimi

	Kurumu	Görevi	Süre (Yıl - Yıl)
1.	M.Ü. Zeynep Kamil Sağlık Y. O.	Öğretim Görevlisi	2002-
2.	Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi	Meslek Dersleri Öğretmeni	1993–2002
3.	Zonguldak Sağlık Meslek Lisesi	Meslek Dersleri Öğretmeni	1991–1993
4.	S.B. Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü	Tıbbi Teknolog	1989–1991
5.	Zeynep Kamil Hastanesi	Doğum ve Çocuk Servis Hemşiresi	1987–1989
6.	Ağrı Cumaçay Sağlık Ocağı	Sağlık Evi Ebesi	1984–1987

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu *								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Excel	Orta
Microsoft Office PowerPoint	İyi
SPSS	Orta

YAYINLAR:

01. Kocatürk A, Arslan H (2006) Ergen Cinselliğinde “Bebek Sahibi Olma“ Ciddiye Alınır Mı? Kadın Cinsel Sağlığı Dergisi, s.27: ss. 367-368
02. Çocuk Bakıcılığı Eğitimleri Kitabı (2009). Kadıköy’de Yeni Umutlar Projesi 1 İstanbul.
03. Çocuk Bakıcılığı Eğitimleri Kitabı (2009). Kadıköy’de Yeni Umutlar Projesi 2 İstanbul.
04. İsteğe Bağlı Kürtaj Sonrası Etkin Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçen Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Yönteme İlişkin Düşünceleri (**Poster Sunumu**)

KATILDIĞI KONGRE EĞİTİM VE SERTİFİKA PROGRAMLARI

01. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Rahim İçi Araç Uygulama Kursu 1986 (**Uygulayıcı Sertifikası**).
02. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü “Ana Çocuk Sağlığı ve Toplumu Tanıma” Hizmet İçi Eğitim Semineri 1993 (**Katılım Belgesi**).
03. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, “Eğitim Becerilerinin Standardizasyonu ve Danışmanlık” Sertifika Programı (JHPIEGO) 1998 – Ankara (**Eğitici Sertifikası**).
04. Aile Planlaması Danışmanlık ve Yeterliliğe Dayalı Eğitim Becerisi (JHPIEGO) 1998 – Ankara (**Eğitimci Sertifikası**).
05. Aile Planlaması Eğitim Becerilerinin Standardizasyonu ve Danışmanlık Kursu Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara 1998 (**Eğitimci Sertifikası**).
06. Management Sciences For Health tarafından Aile Planlamasında Kalite Araştırması 2000- İstanbul (**Araştırmacı**)
07. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Olağanüstü Hallerde Sağlık Eğitimi Paneli, İstanbul 2000 (**Panelist**).

08. İ.Ü İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Tarafından Düzenlenen III. Ürojinekoloji Mezuniyet Sonrası Sertifika Programı 2001 İstanbul (**Katılım Sertifikası**).
09. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İleri Eğitim Becerileri Kursu katılımcı 2002 Ankara (**İleri Eğitim Becerileri Sertifikası**).
10. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi “Anne Sütü ile Beslenmede Danışmanlık Eğitim Kursu” 2002 İstanbul (**Katılım Sertifikası**).
11. “3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi” Üreme Sağlığı Hemşireliği Kursu 2003 Ankara (**Katılım Sertifikası**).
12. T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Derneği “II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi” 2003 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
13. TAPD “TAPD Ulusal Aile Sağlığı Kongresi” Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı. 2004 Antalya (**Katılım Belgesi**).
14. Türkiye Kızılay Derneği İlk Yardım Temel Eğitim Sertifika Programı, 2004 İstanbul (**İlk Yardım Sertifikası**).
15. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi “İnfertilite Hemşireliği Kursu 2005 –Ankara (**Katılım Belgesi**).
16. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 2005 –Ankara (**Katılım Belgesi**).
17. Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, Texas Children’s Hospital ve Koç Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu “Kanıtı Dayalı Hemşirelik Uygulaması. 2005 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
18. Vehbi Koç Vakfı – Amerikan Hastanesi “Koruyucu Genetik Tanı II”, 2005 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
19. Türk Kalp Vakfı “Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisi Hemşireliği” Kursu 2007 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
20. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, “25. Zeynep Kamil Jinekolojisi – Patoloji Konkresi” 2007 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
21. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği “Meme Sağlığı Eğitim Programı Kendi Kendine Meme Muayenesi” 2008 İstanbul (**Katılım Sertifikası**).
22. İstanbul Tıp Fakültesi İnfertilite ve Perinatoloji Günleri “İstanbul Tıp Fakültesi İnfertilite ve Perinatoloji Günleri – hemşirelik Programı” 2008 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
23. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1. Lisans Üstü Eğitim Sempozyumu 2008 İstanbul (**Katılım Belgesi**).
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, “Neotanal Resüsitasyon” kursu 14-15-16 Mayıs 2008 İstanbul (**Uygulayıcı Sertifikası**).

25. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi 23-25 Nisan 2009 - Ankara **(Katılım Belgesi)**.
26. Onkoloji Hemşireliği Derneği IV. Meme Kanseri EĞİTİMİ Kursu, 16 – 18 Haziran 2009 – Ankara **(Eğitici Eğitimi Sertifikası)**
27. Perinotoloji Hemşireliği Sertifika Programı, 28 Eylül – 23 Ekim 2009 – İstanbul **(Eğitimci)**.
28. Doğum öncesi Bakım ve Gebe İzleniminde Standartizasyon Kursu 15 Ekim 2009 – İzmir **(Katılım Sertifikası)**.
29. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Kongresi, 15 – 17 Ekim 2009 – İzmir **(Kongre Katılım Belgesi)**.
30. Kadıköy Şifa 6. Kadın Sağlığı Paneli. Menopoz ve Ürojinekolojide Gencel Yaklaşımlar, 18 Kasım 2009- İstanbul **(Katılımcı)**.
31. Kadıköyde Yeni Umutlar 1 Projesi 2008 -2009 İstanbul **(Proje Eğitimcisi)**.
32. Kadıköyde Yeni Umutlar 2 Projesi 2008 -2009 İstanbul **(Proje Eğitimcisi)**.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı “Temel Toplum Sağlığı Eğitici Eğitimi” Sertifika Programı. 16 Şubat - 13 Mart 2009 **(Eğitimci)**
34. Yeni Yüzyıl Üniversitesi Cinsel Suç Kavramı ve Delillendirme Sempozyumu, 29 – 30 Nisan 2010 – İstanbul **(Katılımcı)**.
35. Kıbrıs Türk Hemşireler ve Ebeler Sendikası’nın düzenlediği 05 – 08 Mayıs 2010 Ebelik Haftası – Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti **(Konuşmacı)**.
36. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Bakım Matriksi ve Hemşirelik Bilimsel Toplantı. 14 Mayıs 2010 **(Katılım Belgesi)**.
37. 1999 yılından bu yana Marmara Üniversitesi Zeynep Kamil Sağlık Yüksek Okulunda Aile Planlaması Uygulama Sertifika Programını yürütmektedir.