



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN KADINLARIN MAMOGRAFİ TARAMASINA
KATILIMINI ETKİLEYEN PREDİKTÖRLER

TUĞÇE ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR

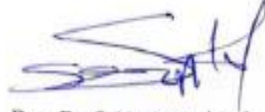
DANIŞMAN
DOÇ. DR. SELDA SEÇGİNLİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 12.02.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Selda SEÇGİNLI
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. M. Nihal ESİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Kamer GÜR
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda 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 olmadığını beyan ederim.

TUĞÇE ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR

İTHAF

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım Doç. Dr. Selda SEÇGİNLI'ye,

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına,

Araştırmanın uygulandığı kurumlardaki sağlık ekip üye ve çalışanlarına,

Araştırmamın her aşamasında yanımda hissettiğim eşim Süleyman TAŞDEMİR'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	II
BEYAN	III
İTHAF	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XII
ÖZET.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Meme Anatomisi	4
2.2. Meme Fizyolojisi.....	5
2.3. Meme Kanseri	5
2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	7
2.3.2. Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri	8
2.3.3. Meme Kanseri Belirti Ve Bulguları	14
2.3.4. Meme Kanserinde Tanı	15
2.3.5. Meme Kanseri Tedavisi.....	17
2.3.5.1. Cerrahi Tedavi.....	17
2.3.5.2. Radyoterapi.....	18
2.3.5.3. Kemoterapi.....	19
2.3.5.4. Hedefe Yönelik Tedavi.....	19
2.3.5.5. Hormonoterapi	19
2.4. Meme Kanserinde Korunma	19
2.4.1. Birincil (Primer) Korunma	19
2.4.2. İkincil (Sekonder) Korunma	20
2.4.3. Üçüncül Koruma.....	20
2.5. Meme Kanseri Erken Tanı/ Tarama Yöntemleri	21

2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	22
2.5.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?	23
2.5.2. Klinik Meme Muayenesi	26
2.5.3. Mamografi	28
2.6. Mamografi Taramasını Etkileyen Prediktörler.....	30
2.6.1. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)	31
2.6.1.1. Sağlık İnanç Modeli Değişkenleri.....	32
2.6.1.2. Meme Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık İnanç Modeli	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tasarım Tipi	39
3.2. Araştırma Soruları	39
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	39
3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	40
3.5. Veri Toplama Araçları	41
3.5.1. Görüşme Formu	41
3.5.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Ölçekleri	42
3.5.3. Mamografi Yeterlik Ölçeği	43
3.5.4. Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	44
3.5.5. Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği.....	44
3.5.6. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu	44
3.6. Verilerin Toplanması	46
3.7. Etik Konular	46
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
4. BULGULAR	48
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	48
4.1.1. Kişisel bilgiler.....	48
4.1.2. Meme Kanseri ve Mamografiye Yönelik Özellikler	49
4.2. Kadınların Meme Kanseri ve Mamografiye Yönelik Sağlık Algıları	51
4.3. Kadınların Meme Kanseri Yönelik Sağlık Algıları ile Tanıtıcı Özelliklerin İlişkisi	58
4.4. Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Prediktörler.....	68
5. TARTIŞMA	73
5.1. Kadınlarda Mamografi Çektirme Oranı.....	74

5.2. Kadınların Mamografiye İlişkin Sağlık Algıları	74
5.3. Kadınların Mamografi Çektirmesi ile İlişkili Prediktörler	75
5.4. Sonuç ve Öneriler	77
KAYNAKLAR	79
FORMLAR	94
ETİK KURUL KARARI	106
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	108
ÖZGEÇMİŞ	109



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Risk Faktörleri	11
Tablo 2-2: Semptomsuz Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırmasına İlişkin Öneriler	27
Tablo 2-3: Ortalama Riski Olan Kadınlar İçin Amerikan Kanser Birliği Mamografi Çektirme Önerileri.....	30
Tablo 2-4: Sağlık İnanç Modelinin Meme Kanseri Tarama Davranışlarına Uyarlanması (Seçginli, 2007).....	34
Tablo 3-1: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Mamografiye İlişkin Alt Boyutlarının Özellikleri.....	43
Tablo 3-2: Risk Değerlendirme Formu	45
Tablo 4-1: Çalışmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:139).....	49
Tablo 4-2: Kadınların Meme Kanseri ve Mamografiye İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (N:139).....	50
Tablo 4-3: Tanımlayıcı İstatistikler.....	51
Tablo 4-4: Kadınların Korku Puanları (N:139)	52
Tablo 4-5: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçekleri ve Diğer Ölçeklerin Madde Ortalamaları.....	52
Tablo 4-6: Kadınların Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139).....	54
Tablo 4-7: Kadınların Mamografi Yeterlik Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139).....	55
Tablo 4-8: Kadınların Meme Kanseri Korku Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139).....	56
Tablo 4-9: Kadınların Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139)	57
Tablo 4-10: Yaş Gruplarına Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	58
Tablo 4-11: Medeni Duruma Göre Ölçekler, Alt Boyutlar ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	59

Tablo 4-12: Beden Yapısına Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	60
Tablo 4-13: Çalışma Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları.....	61
Tablo 4-14: Sağlık Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	62
Tablo 4-15: Gelir Düzeyine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	63
Tablo 4-16: Eğitim Düzeyine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	64
Tablo 4-17: Sağlık Güvencesine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları.....	65
Tablo 4-18: Mamografi Bilme Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları.....	66
Tablo 4-19: Mamografi Çektirme Önerisi Alma Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	67
Tablo 4-20: Aile Öyküsüne Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	68
Tablo 4-21: Mamografi Çektirme ile İlişkili Sağlık Algıları ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları	69
Tablo 4-22: Mamografi Çektirme Durumunun Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı	70
Tablo 4-23: Mamografi Çektirme İle İlişkili Prediktörler	71
Tablo 4-24: Mamografi Çektirme İle İlişkili Prediktörler	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Memenin Yapısı ve Şekli	4
Şekil 2-2: Meme kanserinin en çok görüldüğü yerler	6
Şekil 2-3: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (100.000 Kişide)	8
Şekil 2-5: Ayna karşısında memelerin gözlenmesi	24
Şekil 2-6: Ayna karşısında memelerin gözlenmesi	24
Şekil 2-7: Kendi Kendine Meme Muayenesi Yönü	25
Şekil 2-8: Yatarken Elle Muayene	26
Şekil 2-9: Meme Muayenesinde Parmakların Kullanımı	26
Şekil 2-10: Klinik Meme Muayenesi	27
Şekil 2-11: Mamografi işlemi	29
Şekil 3-1: Araştırma yapılan bölgelerin haritadaki yeri	40

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

HGRH: Hipotalamik gonodotropin- rilising hormonlar

FSH: Folikül stimulan hormon

LH: Luteinizan hormon

LCIS: Lobüler karsinoma insitu

DCIS: Duktal karsinoma insitu

MKC: Meme Koruyucu Cerrahi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

SİM: Sağlık İnanç Modeli

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

ÖZET

Çiçekli Taşdemir, T. (2019). Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Mamografi Taramasına Katılımı Etkileyen Prediktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çalışmada kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörleri' belirlemek amaçlandı. Çalışma kesitsel tipte planlandı. Çalışma örneklemini İstanbul'da iki aile sağlığı merkezine hizmet almaya gelen 40 yaş ve üstü, okur yazar, gebe ve emziriyor olmayan, meme kanseri tanısı almamış 139 kadın oluşturdu. Çalışmada veriler *Görüşme Formu*, *Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Yatkinlık*, *Sağlık Motivasyonu*, *Yarar*, *Engel Alt ölçekleri*, *Mamografi Yeterlik Ölçeği*, *Meme Kanseri Korku Ölçeği*, *Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu* ve *Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği* ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı. Yaş ortalaması 40-50 yaş (% 65,5) grubunda olan kadınların çoğunluğu ilkokul mezunu (% 69,1) ve evli (% 90,6) olup, herhangi bir işte çalışmamakta (% 79,9), orta gelir düzeyinde (% 77,7) ve sağlık güvencesi (% 87,8) vardır. Çalışmada mamografi çektirme oranı %24,5'tir. Mamografi çektirme oranı, mamografi taraması yaptırmayı istenen, mamografiyi bilen ve sağlık güvencesi olan kadınlarda anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Mamografi çektirenlerde mamografi yarar algısı, mamografi engel algısı, yeterlik algısı ve sağlık motivasyonu algısı anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Çalışmada mamografi çektirmeyi etkileyen prediktörler, medeni durum, sağlık profesyonellerinden mamografi tarama önerisi alma, mamografi yeterlik algısı, mamografi engel algısı ve meme kanseri risk düzeyidir ($p<0,05$). Sonuç olarak, kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi çektirme oranlarının artırılmasında, mamografi çektirmeyi etkileyen prediktörleri dikkate alan girişimlerin planlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kırsal alan, mamografi, meme kanseri, sağlık inançları, prediktörler

ABSTRACT

Taşdemir Çiçekli, T. (2019). Predictors of Mammography Screening Among Women Living in Rural Areas. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Education, Public Health Nursing Department. Master Thesis. Istanbul.

This study aims to assess the predictors of mammography screening among women living in rural areas. The study was designed as cross-sectional study and included 139 women aged above 40 years, illiterate, not pregnant and breastfeeding, were not diagnosed with breast cancer. Attending at two family health centers in Istanbul. Data were collected with *Interview Form, Breast Cancer Health Belief Model Subscales of Susceptibility, Health Motivation, Mamography Benefits, Mammography Barriers, Mammography Self- Efficacy Scale, Breast Cancer Fear Scale, Breast Cancer Risk Assessment Form and Powe Breast Cancer Fatalism Scale*. Data were analysed by descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, chi-square test and logistic regression analysis.

Most of the participants were in the age of 40-50 (65.5 %). Most participants were married (90.6 %) and had an elementary school education (69.1 %), not working (79.9 %), to be middle level incomes (77.7 %) and had health insurance (87.8 %). In this study (24.5 %) women reported having had mamography in the last two years. A significant relationship was determined between having mammography and knowing mammography, having had a referral for mammography screening from health professionals, and having had health insurance ($p<0,05$). Among the health beliefs, mammography benefits, mammography barriers, mamography self-efficacy and health motivation perceptions are significantly higher in women who had mammography ($p<0,05$). Marital status, have an referral for mammography from health professionals, mammography self-efficacy, barriers and breast cancer risk level ($p<0,05$) are the predictors of mammography screening in this study. In conclusion, it is important to plan the interventions with taking into accounts of the predictors of affecting mammography screening for increasing the mammography rates of women living in rural areas.

Key words: Rural area, mammography, breast cancer, health beliefs, predictor

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri gelişimini tamamlamış ve hala gelişim sürecinde olan ülkelerde kadın sağlığını etkileyen önemini hala koruyan halk sağlığı problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada 2015 yılındaki kansere bağlı 8.8 milyon ölümün 571.000'nin meme kanseri nedeni olduğunu raporlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2015). Amerikan Kanser Birliği raporlarında da Amerika'da 2015 yılında 231.840 kadına meme kanseri tanısı konulduğu belirtilmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2015) ve 2018 yılında 268,670 kişiye meme kanseri tanısının konması beklenmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2018). Yine 2018 yılı verilerine göre 41,400 kişinin meme kanserinden ölmesi beklenmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2018). Ülkemize ilişkin ulusal veriler ise, 2014 yılında yaşa standardize edilmiş meme kanseri hızının kadınlarda yüz binde 43.0 olduğunu, 2015 yılında 43.8 olduğunu, 2016 yılında ise 46,8 olduğunu ve kansere bağlı her dört ölümden birinin meme kanseri nedeniyle oluştuğunu göstermektedir. Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin en başında gelmektedir. Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,6 sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Tanı alan kadınların ortalama yaşı 53'tür. Meme kanseri evreleri incelendiğinde vakaların %11,5'i uzak evrededir. 2015 yılında toplam 17.183 kadına meme kanseri teşhisi konulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2016; Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Meme kanseri, erken tanındığında ve uygun tedavi yöntemleri kullanıldığında tedavi edilme şansı oldukça yüksek olan bir kanser türüdür (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). Meme kanserinde sağlığı geliştirmenin, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkili yöntemi hastalığın en erken dönemde tanılanmasıdır. Mamografi, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi meme kanserinin erken tanısında önerilen yöntemlerdir. Bu yöntemler arasında mamografi meme kanserinin erken tanısında "altın standart" olarak nitelendirilen önemli bir erken tanı yöntemidir (Eser ve ark. 2006; Karayurt, 2014; Özmen 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018). Önerilen yaş ve sıklık özelliklerine göre düzenli olarak çekirilen mamografi ile meme kanseri erken evrede tanılanabilir ve kadınların meme kanseri sağ kalım oranları artırılabilir (Amerikan Kanser Birliği, 2015; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).

Çeşitli ülkelerde mamografiye ilişkin öneriler değişmekle birlikte, ülkemizde toplum tabanlı meme kanseri taraması kapsamında ülkemiz özelliklerine uyan Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Savaş Daire Başkanlığı'nın oluşturduğu *Ulusal Meme Kanseri Tarama Programında* mamografi sıklıkları belirlenmiştir. Bu programa göre, 40-69 yaş arasındaki kadınların iki yılda bir mamografi çektirmesi önerilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). Program kapsamında yaklaşık 12 milyon kişiye tarama yapılması hedeflenmiştir. Ülkemizde yapılan fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramaları % 30-35'leri kapsamaktadır. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise hastanelere başvuran kadınlara yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Mamografinin meme kanserinin erken tanısındaki önemi bilinmekle birlikte, ülkemizde düzenli mamografi çektirme oranları hala istenen düzeyde değildir. Literatürde, mamografi çektirmeyi etkileyen çeşitli prediktörlerin, kadınların mamografi çektirme oranlarının düşük olmasında etkili olduğu raporlandırılmıştır. Mamografiye katılımı etkileyen prediktörlerin belirlenmesi, mamografi çektirme oranlarının geliştirilmesini amaçlayan programların planlanmasında önemlidir (Onat ve Başaran, 2003; Elmore ve ark., 2005; Fernandez ve ark., 2005; Parvani, 2011; Squires ve ark., 2011; Amerikan Kanser Birliği, 2013; Yıldırım ve Özyayın, 2014; Rimer ve ark., 2014; Aksoy ve ark., 2015).

Literatürde, mamografi çektirmeyi etkileyen prediktörler arasında kadınların meme kanserine ilişkin sağlık algıları, risk algısı, meme kanseri ve mamografi bilgi düzeyi, aile öyküsünün varlığı, sosyoekonomik özellikler, sağlık hizmetine ulaşım, kültürel ve psikolojik özellikler yer almaktadır (Fernandez ve ark., 2005; Squires ve ark., 2011; Rimer ve ark., 2014; Kayhan ve ark., 2014; Özmen, 2015; Colliver, 2016). Kırsal alanda yapılan çalışmalarda ise meme kanserini ve mamografiyi bilmeme, kanser olma korkusu, utanma, sağlık kurumuna ulaşma güçlüğü, sağlık sigortasının olmaması ve hekim önerisinin olmaması gibi prediktörlerin mamografi çektirmede etkili olduğu belirtilmektedir (Fernandez ve ark., 2005; Squires ve ark., 2011; Rimer ve ark., 2014; Kayhan ve ark., 2014; Colliver, 2016). Mamografi taramasına katılımı etkileyen prediktörler arasında yer alan sağlık algılarının değerlendirilmesinde "Sağlık İnanç Modeli" sıklıkla kullanılmış bir modeldir (Fulton ve ark., 1991; Champion ve Menon,

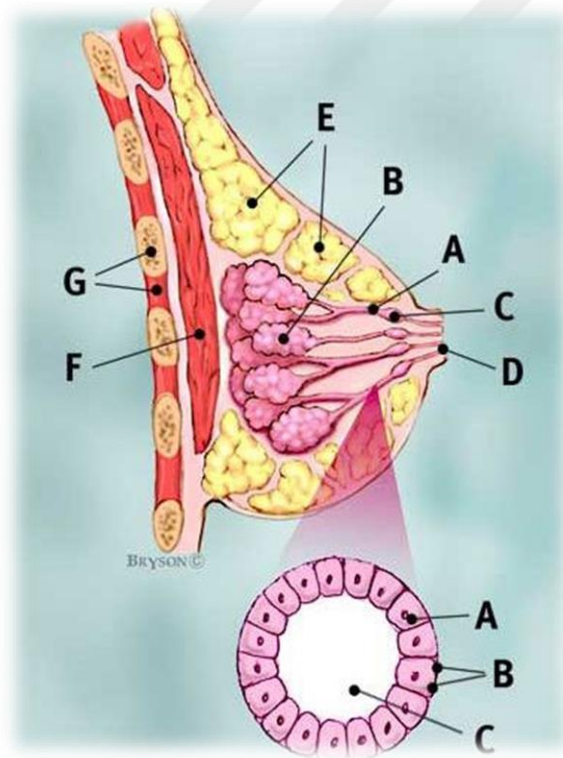
1997; Cole ve Bryant, 1997; Champion ve ark., 2003; Saywell ve ark., 2003; Seçginli ve Nahcivan, 2004; Norman ve Brain, 2005; Seçginli, 2007). Modelde mamografi çektirmede etkili olduğu varsayılan bireysel algılar arasında yatkınlık algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu yer almaktadır (Champion, 1993;1999; Vietri ve ark. 1997; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002).

Çeşitli kültürlerde ve ülkemizde kadınların mamografi çektirmesinde etkili olan prediktörleri belirleyen çalışmalar yapılmakla birlikte, kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörleri tanımlayan çalışmalar sınırlıdır. Kırsal bölgede yaşayan kadınların mamografi çektirme oranlarının kentsel bölgede yaşayan kadınlardan daha düşük olduğu belirtilmiştir (Ruchlin, 1997; Park ve ark., 2001; Shin et al., 2001; Korea Ministry of Health & Welfare, 2002; Ham, 2004). Bu düşüklüğün, kırsal alanlarda yerleşimin seyrek ve dağınık yapıda olması, insanların daha düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olması, sağlık merkezlerine uzaklık ve sağlık algıları ile ilgili olduğu bilinmektedir (Ruchlin, 1997; Park ve ark., 2001; Shin et al., 2001; Korea Ministry of Health & Welfare, 2002; Ham, 2004). Oysaki mamografi çektirme oranlarının daha düşük olduğu kırsal bölgede yaşayan kadınlarda etkili olan prediktörleri belirlemek önemlidir. Kırsal alanda yaşayan kadınların mamografiye katılımını etkileyen prediktörlerin belirlenmesi, bu alanda yaşayan kadınlarda mamografi çektirme oranlarının geliştirilmesini amaçlayan programların planlanmasına katkı yapabilir. Bu nedenle çalışmanın amacı, kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Anatomisi

Meme, toraks üzerinde 2. ile 6. kostalar arasında, sternum ile mid-aksiller hat arasında simetrik olarak bulunan bir çift bezdir. Memenin en dışında deri, altında yağ dokusu ve en iç kısmında meme dokusu bulunmaktadır (Karayurt, 2014; Mızrak, 2017; Rzayev, 2018). Meme, kadınlarda süt üretimini düzenleyen bir ter bezidir. Memenin üst dış bölgesinde daha fazla glandüler doku bulunur. Bu yüzden lezyonlar bu bölgede diğer bölgelerden daha fazla görülebilir. Yetişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir. Kadına ait olan yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, laktasyon, gebelik ve menstruasyon özellikleri gibi durumlara bağlı olarak memelerin büyüklüğü ve şekli değişiklik göstermektedir. Memenin sertliği ve şekli aynı zamanda yağ dokusunun hacmine göre de değişiklik göstermektedir (Karayurt, 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Memenin yapısı ve şekli şekil 1 gösterilmiştir.



Memenin yapısı

- A : Kanallar
- B : Lobüller
- C : Süt kanalları
- D : Meme
- E : Yağ dokusu
- F: Pektoralis majör kası
- G : Göğüs duvarı

Şekil 2-1: Memenin Yapısı ve Şekli

(Kaynak: http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc)

2.2. Meme Fizyolojisi

Memenin büyüme ve gelişmesi hipotalamus, ön hipofiz ve ovariumlardan salgılanan hormonlar tarafından stimüle edilir. Erkek veya kız yenidoğan bebeğin memesinden anneye ait hormonların stimülasyonu ile kolostrum denilen süt salgısı oluşmaktadır. Östrojen hormonu salgılanmaya erken puberte döneminde başlar. Kızlarda puberte dönemi 10-12 yaşlarında başlamaktadır. Hipotalamustan salgılanan hipotalamik gonodotropin- rilising hormonlar (HGRH) hipotalamus ile hipofiz arasındaki portal venöz sistem aracılığı ile hipofize gelir, ön hipofizden folikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salgılanır. FSH yeni oluşan over foliküllerinin, graaf folikülü içinde büyüüp gelişmesini sağlar. Buradan östrojenler yapıp salgılanır. Bu hormonların etkisiyle memeler ve genital organlar büyümeye başlar (Özdelikara, 2013; Mızrak, 2017; Rzayev, 2018). Ovulasyonsuz dönemde olan ve gelişimini tamamlamamış over foliküllerinden salgılanan östrojenler memelerde duktal epitelin uzunlamasına büyümesini ve genişlemesini, stroma dokusunun gelişmesini, vaskülarizasyon ve yağ dokusu birikimini stimüle eder (Özdelikara, 2013; Mızrak, 2017; Rzayev, 2018). Olgun foliküllerin oluşup ovulasyonun başlamasıyla progesteron salgılanmaya başlar. Östrojen ve progesteron birlikte, memenin duktal, alveolar ve lobüler yapılarının gelişmesini sağlar (Özdelikara, 2013; Mızrak, 2017; Rzayev, 2018).

2.3. Meme Kanseri

Meme kanseri, kontrol edilemeyen şekilde çoğalan hücrelerin, etrafta bulunan dokulara, organlara metastaz yaparak çoğalmını sürdürmesiyle oluşan lokal ve sistematik hastalıktır. Meme kanseri, tümörün ortaya çıktığı dokuya göre sınıflandırılmaktadır.

1) Lobüler Kanseler: Memede bulunan lobüllerdeki epitel dokuda ortaya çıkar.

-*Noninvaziv (insitu) lobüler kanseler (Lobüler karsinoma insitu) (LCIS):* Başlangıç safhasında lobül içerisinde sınırlıdır, belirti ve kitle oluşturmaz, yavaş büyür. Tanı konulması zor olabilir. Sıklıkla çift taraflıdır. Kansere gelişme riski yılda %1'dir. Çoğunlukla erken yaşlarda görülür.

-*İnvaziv (infiltratif) lobüler kanseler:* Çok sık görülmeyip, görülme oranı %5 ile 10 arasındadır. Sıklıkla aksiller lenf nodu tutumu vardır ve bir veya iki memede deri kalınlaşmaları görülebilir.

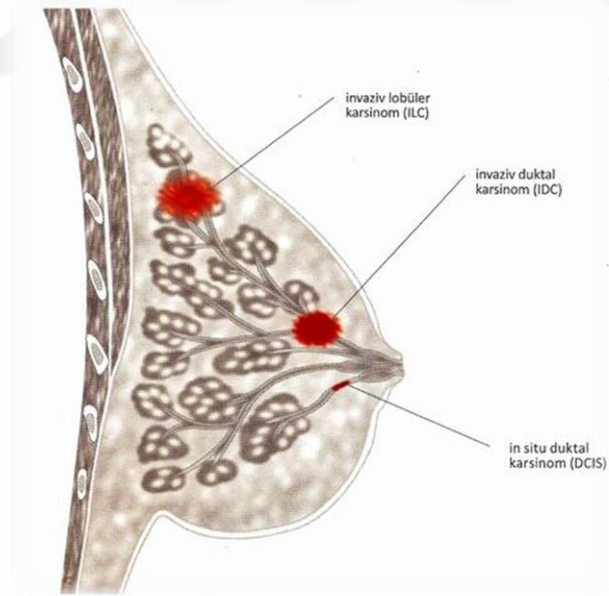
2) Duktal kanseler: Memede bulunan kanalların epitel dokusundan kaynaklanır.

- **Noninvaziv (insitu) duktal kanserler (Duktal karsinoma insitu) (DCIS):** Belirgin büyüklüğe ulaşan ve bu sebeple rahatlıkla tanı koyulabilen türdür. Tedavi edilmediği zaman invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir.

- **İnvaziv (infiltratif) duktal kanserler:** Meme kanserinin en fazla ortaya çıkan türüdür. Tüm meme kanseri tanılarının 3/4 'ünü oluşturur. Prognozu kötüdür ve aksiller lenf nodlarına sıklıkla metastaz gösterirler.

3)Paget hastalığı: Yüzde 3 oranında nadir görülen meme kanseri türüdür. İlk safhada meme başında ve areola bölgesinde yanma, kaşıntı, kabuklanma ve ülserasyon vardır. İleri safhalarda tümör invaziv hale gelir. Enfeksiyonla karıştırılabilir. Prognozu iyidir ve operasyon sonrası yaşam oranı %90'dır.

4) İnflamatuvar (iltihabi) kanserler: Yüzde 1-2 oranında görülür. Tümör ağrılı, yumuşak yapılıdır. Meme derisinde ödem, kızarıklık, sıcaklık ve deride kalınlaşma olur. Meme enfeksiyon görünümündedir. Prognozu kötüdür (Karayurt, 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Meme kanserinin görüldüğü yerler şekil.2.2 de verilmiştir.



Şekil 2-2: Meme kanserinin en çok görüldüğü yerler

(Kaynak: <http://www.memesaglik.com/hastalarimiz-icin-/meme-sagligi-kitapligi/178-meme-kanseri-tipleri.html>)

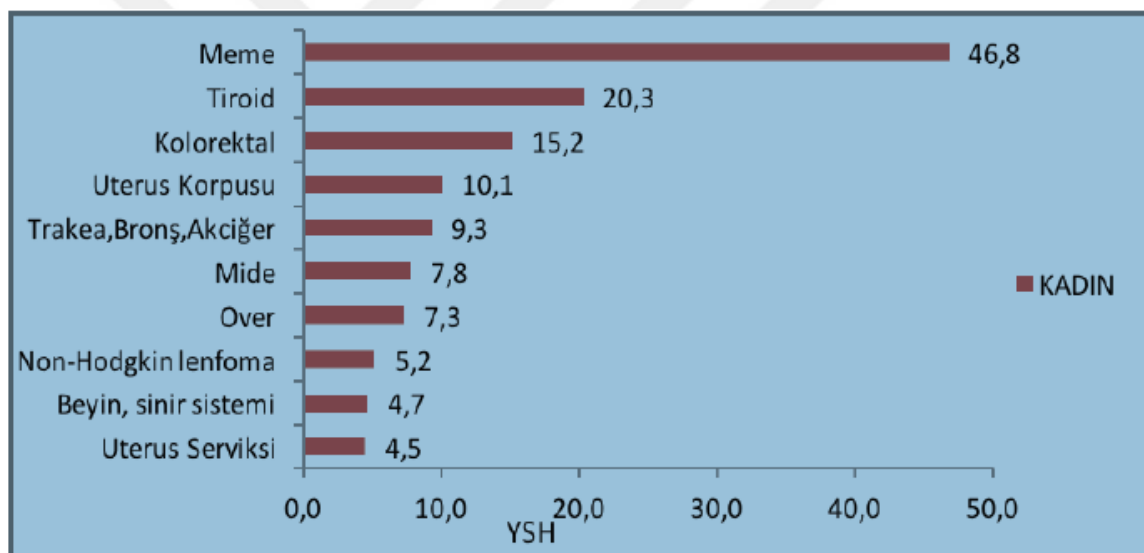
2.3.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri gelişmişimini tamamlamış ve hala gelişim sürecinde olan ülkelerde kadın sağlığını etkileyen önemini hala koruyan halk sağlığı problemidir. Meme kanseri kadınlarda görülen kanserlerin en başında gelmektedir. Amerikan Kanser Birliği verileri göre (2014), Amerika'da yaşayan sağlıklı kadınlarda yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %12,8 olup, her sekiz kadından birine meme kanseri tanısının konulabileceğini işaret eder (Amerikan Kanser Birliği, 2013). 2018 yılında meme kanseri insidansının sabit olduğu bildirilmektedir (Amerikan kanser Birliği, 2018). Meme kanseri Türkiye'de ve dünyada kadınlarda görülen kanserlerin en başında gelen ve aynı zamanda en fazla ölüme neden olan kanser türüdür (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2016). Kadınlarda bu kanser türünün ortalama görülme sıklığı Dünya'da yüz binde 38-40, Avrupa'da yüz binde 66-67 iken Türkiye'de bu oran yüz binde 40'dır (Cura ve ark., 2017a; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). 2014 yılında yapılan bir çalışmada dünyada yeni tanı alan tüm kanser vakaların %10'nun meme kanseri olduğu saptanmıştır (Amerikan Kanser Birliği, 2013).

Meme kanseri insidansı 50 yaşından itibaren artmakta ve 80 yaşına kadar bu artış devam etmektedir. Tüm meme kanseri vakalarının %50'sinden daha fazlası 61 yaş ve daha üstünde görülmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada 2015 yılındaki kansere bağlı 8,8 milyon ölümün 571,000'nin meme kanseri nedeniyle olduğunu belirtmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2015). Amerikan Kanser Birliği raporlarında, Amerika'da 2015 yılında 231,840 kadına meme kanseri tanısı konulduğu, 2017 yılında ise, 316,120 kadının meme kanseri tanısı aldığı ve 40.610 kadının ise meme kanserinden öldüğü raporlandırılmıştır. 2018 yılında ise 268,670 kişiye meme kanseri tanısının konması beklenmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018).

Meme kanseri insidans hızları dünya bölgelerinde yaklaşık dört kat farklılık göstermekte, Orta Afrika ve Doğu Asya'da yüz binde 27, Batı Avrupa'da yüz binde 96 iken, çok gelişmiş ülkelerde artış eğilimi göstermektedir. Meme kanseri az gelişmiş bölgelerde kadınlarda en sık rastlanan (324,000 ölüm, toplam ölümlerin %14,3'ü) ve daha gelişmiş bölgelerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer alan kansere bağlı ölüm sebebidir (198.000 ölüm, %15,4) (Amerikan Kanser Birliği, 2015). Ülkemize ilişkin ulusal veriler ise, 2014 yılında yaşa standardize edilmiş meme kanseri hızının

kadınlarda yüz binde 43,0 olduğunu ve 2015 yılında ise 43,8 olduğunu ve kansere bağlı her dört ölümden birinin meme kanseri nedeniyle oluştuğunu göstermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017; 2018). Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %45'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40'ının ise 25-49 yaş aralığında olduğu da bilinmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). Meme kanseri insidans hızları 35-39 yaş grubunda 50,8 (yüz bin kişide kaba hız), 40- 44 yaş grubunda 81,1 (yüz bin kişide kaba hız) ve 45-49 yaş grubunda 109,1 (yüz bin kişide kaba hız) olarak gözlenmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). 2018 yılı verilerine göre, ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu, %40,6 sının ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı ve meme kanseri tanısı alan vakaların 5 yıllık sağkalım hızlarının %90 olduğu raporlandırılmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017; 2018) .



Şekil 2-3: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (100.000 Kişide)

(Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2016)

2.3.2. Meme Kanseri Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri

Meme kanseri etiyolojisi birden fazla etkeni içinde barındırmaktadır. Hastalığın gelişmesine yol açan fazla sayıda faktör bulunmaktadır. Kadınların yaklaşık olarak %70'inde nedeni bilinmeyen meme kanseri gelişmektedir (Karayurt, 2014). Meme kanserinin oluşumunda genetik, çevresel, hormonal, biyolojik ve psikolojik etkenlerin

önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Amerikan Kanseri Birliği, 2017; 2018). Bununla birlikte, postmenopozal meme kanserlerinin yaklaşık üçte birinin obezite, fizik inaktivite, kombine östrojen ve progesteron hormonlarının kullanımı, alkol tüketimi ve emzirmek gibi davranışsal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Birçok risk faktörü (menstruasyon yaşı, menopozun geç olması, obezite ve hormon ilaçlarının alımı) meme dokusunun hormonlara uzun süre maruz kalmasına neden olmaktadır. Hormonların, hücre poliferasyonunu artırarak meme kanseri riskini etkilediği düşünülmektedir (Amerikan Kanseri Birliği, 2017; 2018).

Yapılan çalışmalar bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Karayurt, 2014; Amerikan Kanseri Birliği, 2017). “Risk faktörü” olarak tanımlanan bu özellikleri rölatif risk özelliklerine göre Amerikan Kanseri Birliği (2017) üç bölüme ayırmıştır. Bilimsel çalışmalarda etkene maruz kalan ve kalmayan gruplar arasında hastalık riski hesaplanır ve oranlanır. Bu orana *rölatif risk* denir. Rölatif risk, etkene maruz kalma durumunun hastalık üzerindeki etkisinin gücünü göstermektedir (Çaparlar ve Dönmez, 2016). Buna göre:

- *Rölatif riski 4.0'den fazla olan risk faktörleri:*

- Kadın olmak,
- 50 yaş üstünde olmak,
- Genetik mutasyonların varlığı (BRCA1 ve/veya BRCA2),
- Erken yaşlarda iki veya daha fazla birinci derece akrabalara meme kanseri tanısının olması,
- Meme kanseri öyküsünün bulunması,
- Meme dokusunun yoğunluğu.

- *Rölatif riski 2. 1 ve 4. 0 arasında olan risk faktörleri:*

- Birinci dereceden akrabaların birinde meme kanseri olması,
- Biyopsi ile tanımlanmış atipik hiperplazi varlığı,
- Göğüs bölgesine yüksek doz radyasyon uygulanması,
- Post menopoz döneminde kemik yoğunluğunun fazla olması.

- *Rölatif riski 1. 1 ve 2. 0 arasında olan risk faktörleri:*
 - İlk gebeligin ileri yasta olması (> 30 yaş),
 - 30 yaş sonrası ilk doğum,
 - Hiç emzirmeme,
 - 12 yaş öncesi menstruasyon,
 - 55 yaş sonrası menopoz
 - Hiç doğum yapmama,
 - Oral kontraseptif kullanımı,
 - Uzun süreli hormon replasman tedavisi kullanımı,
 - Alkol kullanımı,
 - Obezite (menopoz sonrası dönemde),
 - Yahudi ırktan olma.
 - Endometriyum, Over ve Kolon kanseri hikayesi,
 - Yüksek sosyoekonomik durum,
 - Uzun boylu olma,

Meme kanserinin oluşumuna neden olduğu düşünülen bu risk faktörleri ve meme kanseri oluşumuna etkileri tablo 2.1'de özetlenmiştir (Onat ve Başaran, 2003; Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Seçginli, 2007; Özbaş ve ark., 2012; Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018).

Tablo 2-1: Risk Faktörleri

Faktör	Risk düzeyi	Açıklama
○ Cinsiyet	Artırır	Sadece kadın olmak bile meme kanseri gelişimi açısından önemli bir risktir. Her yüz meme kanserinden biri erkeklerde görülmektedir.
○ Yaş >50 yaş üzerinde olmak	Artırır	Meme kanseri menopoz öncesi dönemde vardır fakat azdır. Meme kanseri insidans ve ölüm oranları yaşla birlikte artmaktadır. Genetik yatkınlığı olan kişilerde meme kanseri tanısı daha erken yaşlarda konulabilir.
○ Meme kanseri öyküsünün olması	Artırır	Meme kanseri oluşan kadında hayatı boyunca ikinci bir meme kanseri olma riski %25-30 arasındadır. Meme atipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırır.

Faktör	Risk düzeyi	Açıklama
○ Aile öyküsü (Anne, kız kardeş veya her ikisi)	Artırır	Ailede meme kanseri öyküsünün olması bireyin yaşam boyunca meme kanseri gelişme riskini % 15-30 artırır. Annede veya kız kardeşinde menopoz öncesinde meme kanseri oluşan bir bireyin yaşam boyunca kanser oluşma riski iki kat artar. İki veya daha fazla birinci derecede akrabasında meme kanseri varsa risk daha çok artmaktadır.
○ BRCA-1 ve BRCA-2 geninde mutasyon olması	Artırır	Meme kanseri aile öyküsüne sahip olanların üçte birinin 17. Kromozomunda BRCA-1 mutasyonu mevcuttur. BRCA-1 geni olan kadınlarda meme kanserine 80 yaşından önce yakalanma oranları %85'tir ve yarısından çoğunda 50 yaş öncesinde görülmüştür.
○ Radyasyona maruz kalma	Artırır	Özellikle 30 yaş altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski artırır. Radyasyona sık maruz kalanlarda meme kanseri gelişme riski yüksektir.

Faktör	Risk düzeyi	Açıklama
<ul style="list-style-type: none">Doğum öyküsü <p>(Hiç doğum yapmayanlar, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuranlar)</p>	Artırır	İlk doğumu 30 yaş sonrasında olan kadında meme kanseri gelişme riski, ilk doğumunu 20 yaş öncesinde yapan bir kadına göre 4 kat fazladır. İlk doğumun koruyucu etkisi, doğum yapmış kadınlarda prolaktin düzeyinin, doğum yapmayanlara göre daha düşük olmasıyla açıklanabilir.
<ul style="list-style-type: none">Laktasyon/Emzirme	Azaltır	Uzun süreli emzirme döneminin ovulatuvar dönemi azaltarak koruyucu etki gösterdiği belirtilmektedir.
<ul style="list-style-type: none">Alkol kullanımı	Artırır	Günde iki kadeh (24 gram) alkol alımının meme kanseri riskini % 21 oranında arttırdığı belirtilmektedir. Alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna inanılmaktadır.

2.3.3. Meme Kanseri Belirti Ve Bulguları

Meme kanserinin sık görülen belirtileri arasında kitle, meme başında retraksiyon, memede çukurlaşma, ağrı, portakal kabuğu görünüm, lenf nodlarında büyüme yer almaktadır.

Kitle: Hareketsiz ve genelde ağrısızdır. Tek tarafta görülür ve sürekli. Sınırları kısmen belirlenebilir. Şekilsizdir ve zor palpe edilebilir.

Meme Başında Retraksiyon: Tümörün büyüyüp meme başını tutması sonucunda oluşur.

Meme Derisinde Çukurlaşma: Tümör hücrelerinin deriye ulaşması ve deriyi çekmesi sonucu gelişir.

Ağrı: Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.

Meme üzerindeki deride ödem, portakal kabuğu görünümü (Pau d'orange): Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzey kısmındaki lenf damarlarını tutar. Lenfleri tıkar, sonucunda dolaşım bozulur ve ödem görülür. Ayrıca lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokularının beslenmesini bozar. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi durur ve Pau d'orange görünümünü ortaya çıkar.

Deride ülserasyon ve eritem: Kanserin ilerleyen evrelerinde tümörlü hücrelerin sırasıyla derin fasyaya oradan muskularis, pektoralis, göğüs duvarı ve deriye ulaşımı sonucu gelişir.

Meme başı akıntısı: Sık görülmemekle birlikte spontan olan bu bulgu, çoğunlukla tek taraflıdır. Akıntı kanlı, seröz, seröz-kanlı olabilir.

Lenf nodüllerinde büyüme: Tümör lenf nodüllerine metastaz yapar ve nodüller tıkanır ve sonucunda büyüme olur.

Üst kolda anormal şişlik: Lenflerin tıkanması nedeniyle dolaşım bozulur ve kolda lenf ödem oluşmaya başlar (Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005; Taşdelen, 2012; Karayurt, 2014; Amerikan Kanseri Birliği, 2018).

2.3.4. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserinde tanı öykü, fizik muayene, radyolojik tanı ve cerrahi tanı yardımıyla konulur.

Anamnez: Yaş, cinsiyet, menstrüasyon yaşı ve menstrüasyon düzeni, genetik, kişisel kanser öyküsü, radyasyona maruz kalma durumu, ekzojen östrojen kullanımı, üreme öyküsü ve aile öyküsünü içeren risk faktörleri değerlendirilir (Ok, 2012).

Fizik muayene: Memelerin büyüklüğü, simerisi, deride renk değişikliği, portakal kabuğu görünümü, ülserasyon, retraksiyon, ödem ve meme başı akıntısı değerlendirilir. Palpasyonda hasta önce oturur ve yatar pozisyonda muayene yapılır. Kitle hissedildiğinde kitlenin çapı, şekli, sınırları, yoğunluğu, mobilitesi ve lokalizasyonu değerlendirilir. Aksiller, subra-intra klaviküler ve internal mammorial lenf nodları muayene edilir (Ok, 2012; Karayurt, 2014).

Ultrasonografi: Lezyonun ekojenitesi, sınırları, iç yapısı (homojen, heterojen), derinlik ve genişlik oranı, mobilitesi hakkında bilgi verir. Kitlelerde solid yada kistik ayrımında, solid kitlelerde malign ve bening ayrımında, yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda (genç ve post menopozal dönemde HRT alan) palpal kitlelerin değerlendirilmesinde, lokalizasyonu nedeniyle mamografide belirlenemeyen kitlelerin saptanmasında, abse değerlendirilmesinde, lenf nodlarının değerlendirilmesinde, girişimsel radyolojide kullanılmaktadır (Tenekeci ve Turacı, 2003; Karayurt, 2014; Amerikan Kanseri Birliği, 2017).

Manyetik rezonans görüntüleme: Güçlü manyetik alanın içinde farklı dokuların, radyo frekans dalgalarının yardımıyla değişik yoğunluklarda sinyallerin oluşum esasına dayanır. Mamografide klinik muayenede tanı konulamamış, erken dönem meme kanserinin tanısında kullanılan yüksek duyarlıklı görüntüleme yöntemidir (Tenekeci ve Turacı, 2003; Amerikan Kanseri Birliği, 2017).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET): PET birincil, bölgesel ve sistemik metastazların yerinin belirlenmesinde kullanılabilir. Bölgesel hastalığın değerlendirilmesindeki

tanılamada ve evrelemede ya da uzak metastazların belirlenmesinde PET kullanılmaktadır. Sekiz mm'den daha küçük tümörlerde, daha az agresif tümörlerde (glikoz metabolik hızın düşük olması nedeniyle) duyarlılığı sınırlıdır (Oktay, 2012; Karayurt, 2014).

Biyopsi: Mamografi taramalarının yanında histopatolojik tanı gerektiren palpe edilen yada edilemeyen lezyonlarda artmaktadır. Meme biyopsisi; cerrahi biyopsi(eksizyonel-insizyonel), tel lokalizyonu ile cerrahi (eksizyonel) biyopsi, ince iğne aspirasyon biyopsisi, kesici iğne biyopsisi ve vakum biyopsisi olmak üzere 5 yöntemle yapılmaktadır. Minimal invaziv işlem gerektiren radyolojik tekniklerle gerçekleştirilen biyopsiler sıklıkla kullanılmaktadır. Tel lokalizyonu ile cerrahi biyopsi radyolojik görüntülemeler eşliğinde yapılmaktadır (Gökgöz, 2012).

Mamografi: Memenin iki plak arasında sıkıştırılarak çekilen 'X-ray' filmidir. Tanısal mamografi spesifik bulgular bildirildiğinde, şüphelinen klinik bulgular saptandığında veya mamografi taramasında anormalite görüldüğünde yapılır. Meme görüntüleme yöntemleri arasında bugün için "altın standart" olarak kabul edilen bir yöntemdir. Meme kanserini nonpalpabl dönemde yaklaşık iki yıl içinde saptayabilmektedir (İğci ve Asoğlu, 2003; Oktay, 2012; Özdelikara, 2013). Memenin tümünün filme dahil olabilmesi önemlidir. Mamografi çekiminde memenin sıkıştırılarak yassılaştırılması (kompresyon) gerekir. Kompresyonun amacı; daha az doku üst üste geldiğinden memenin anatomisi ve olası anormaliliklerin daha iyi görüntülenmesini sağlamak, daha ince bir doku incelenecek olacağından alınan radyasyon oranını düşürmek, memenin hareket etmesine engel olarak net görüntü oluşmasını sağlamaktır (İçten, 2012; Karayurt, 2014; Amerikan Kanseri Birliği, 2017). Memenin yumuşak dokusundaki oluşumları ve patolojik değişiklikleri yansıtan primer görüntüleme yöntemidir. Varlığından klinik olarak şüphe edilen, ama boyutu sebebiyle ele gelmeyen kitleleri ortaya çıkarır, biyopsi yapılacak alan belirlenir. Aksilla bölgesine metastaz yapmış fakat memedeki yeri bulunamayan primer lezyonu bulmaya yarar ve tarama nedeniyle yapıldığında asemptomatik devrede birden fazla kanserli hastayı saptayabilir (Ustaoglu, 2000; Haydaroglu ve ark., 2005; Oktay, 2012).

Memenin birincil görüntüleme yöntemi olarak kullanılan mamografi tanı veya tarama amaçlı olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır. 1960'lı yıllarda yapılan tarama

mamografileri sonucunda palpabl olmayan meme lezyonlarıyla daha fazla ve erken evrelerde karşılaşılmaya başlanmıştır. Konvansiyonel mamografinin meme taramasındaki başarısı oldukça yüksektir. Aynı zamanda, mamografinin duyarlılığı eğitilmiş kişilerde, % 85'in üzerinde olmasına rağmen, klinik uygulamalarda % 70- 75'e kadar düşmektedir, hatta meme dokusu yoğun olan kadınlarda bu duyarlılık % 30- 48 düzeylerinde bildirilmektedir. Bu sebeple farklı görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Bu yöntemlerden en fazla yarar sağlayan Dijital mamografi'dir. Aynı zamanda, 50 yaş ve üstü kadınlarda ve genel popülasyonda konvansiyonel ve dijital mamografi eşdeğer bulunmuş, ancak menopoza öncesi ve menopoza döneminde, 50 yaş altı kadınlarda, yoğun meme dokusu varlığında dijital mamografinin duyarlılığı oldukça anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Ustaoglu, 2000; Haydaroglu ve ark., 2005; İçten, 2012).

2.3.5. Meme Kanseri Tedavisi

Meme kanserinin tedavisi, kanserin bulunduğu evreye göre yapılır. Ayrıca tümörün boyutu ve yaygınlığı, lenf nodu durumu, hastanın yaşı, menopozal durumu hormon reseptörleri, HER2 ekspresyon gibi faktörler de tedavi seçimine etki etmektedir. Meme kanserinin tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormonoterapi ve hedefe yönelik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemleri tek olarak uygulanabildiği gibi kombine şekilde de uygulanabilmektedir (Amerikan Kanseri Birliği, 2017; Yalçın, 2018):

2.3.5.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, meme kanseri tedavisi sürecinde en sık kullanılan yöntemdir. Meme kanserinin cerrahi tedavisi yıllar içinde gelişim göstermiş ve kullanılan cerrahi tekniklerde bununla birlikte değişmiştir. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemlere aşağıdaki gibidir (Karayurt, 2014; Amerikan Kanseri Birliği, 2017; Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2017; Yalçın, 2018):

- *Radikal Mastektomi:* Tüm meme ile birlikte düzey I, düzey II, düzey III aksiller lenf nodları, pektoralis majör ve minör kaslarının tamamının çıkarılmasıdır (Karayurt, 2014; Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2017; Yalçın, 2018).

- *Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)*: Memenin düzey I, düzey II aksiller lenf nodları ve pectoralis majör kasının fasyası ile birlikte çıkarılmasıdır (Özmen, 2012; Karayurt, 2014; Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2017; Yalçın, 2018).
- *Basit Mastektomi*: Aksiller lenf nodları dışında memenin pectoralis majör kasının fasyası ile birlikte çıkarılmasıdır (Karayurt, 2014; Susan G. Meme Kanseri Vakfı, 2017; Yalçın, 2018).
- *Deri Koruyucu Mastektomi*: Memenin derisi, meme areolası ve meme ucu dahil ellemeden bırakılır (Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2017; Yalçın, 2018).
- *Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)*: Memenin tümörden etkilenmiş kısmı alınır. MKC, tümörün negatif cerrahi sınırlarla çıkarılması ve bunun ardından uygundozda radyoterapi ile tümörün yok edilmesi ilkesine dayanır. Diğer cerrahiyöntemlere göre daha kozmetiktir (Müslümanoğlu, 2003; Özmen, 2012; Karayurt, 2014; Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2017; Amerikan Kanseri Birliği, 2017; Yalçın, 2018).

Günümüzde cerrahi tedavide en yaygın kullanılan yöntem, modifiye radikal mastektomidir. Meme koruyucu cerrahi ikinci sırada, radikal mastektomi en alt sırada yer almaktadır. Meme kanserinin cerrahi tedavisi, bireyin vücut görünümünde değişiklik meydana getirir. Cerrahi yara izinden duyulan hoşnutsuzluk, vücut imajındaki değişiklik psikososyal sorunları da beraberinde getirir. Yine, mastektomi sonrası görülen lenfödem tedavinin istenmeyen etkilerindedir (Koçan ve Gürsoy, 2016; Yalçın, 2018).

2.3.5.2. Radyoterapi

Kanserli hücrelerin yüksek enerjili ışın (x ışını) kullanılarak tahrip edilmesi işlemini içerir (Baykara, 2016; Yalçın, 2018). Tedavi edilen alana farklı kuvvetlerde ışın verilmesini ve bunun sonucunda sağlıklı bölgenin korunabilmesini sağlayan bir yöntemdir. Meme kanserinde radyoterapi en çok MKC sonrası uygulanmakta olup, günümüzde MKC'nin ayrılmaz bir parçası olarak kabuledilmektedir. (Karayurt, 2014; Baykara, 2016; Amerikan Kanseri Birliği, 2017; 2018; Yalçın, 2018)

2.3.5.3. Kemoterapi

Kemoterapi, kanserli hücrelerin ilaç kullanılarak çoğalmasının önlenmesi, tahrip edilmesi ya da yok edilmesi işlemidir (Karayurt, 2014; Baykara, 2016; Yalçın, 2018). Kemoterapinin (KT) asıl amacı kanser hücrelerini kemoterapötik ajanlar kullanarak harabiyete uğratmak olup, sitotoksik anti-neoplastik ajanlar bu tip tedavide başrolde. Kemoterapi, radyoterapi gibi cerrahi operasyon öncesinde tümör boyutunun küçültülerek neoadjuvan tedavi olarak ya da tek olarak uygulanabilir. Kanser hücrelerinin yanında sağlıklı hücrelerde kemoterapi sebebiyle olumsuz etkilenebilmektedir (Karayurt, 2014; Baykara, 2016; Amerikan Kanser Birliği, 2017; Yalçın, 2018; Amerikan Kanser Birliği, 2018).

2.3.5.4. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedavi sadece kanser hücreleri üzerinde etki gösteren ilaçların uygulandığı yöntemdir. Trastuzumab, meme kanserinde hedefe yönelik tedavide kullanılan, en önemli ilaçtır. Trastuzumab, HER-2 genine karşı geliştirilmiş bir antikordur. Kalp yetmezliği bu tedaviye bağlı oluşabilecek yan etkidir (Yalçın, 2018).

2.3.5.5. Hormonoterapi

Hormonlar vücutta doğal olarak üretilen proteinler veya ihtiyaca göre dışarıdan verilen kimyasal maddelerdir. Üretim sonrası, bu moleküller dolaşıma girip endokrin sinyaller yoluyla doku ve organların davranışını kontrol ederler. Hormonlar kanser tedavisinde ilaç olarak kullanılabilirler. Meme kanseri gelişimine etki eden başlıca hormonlar östrojen ve progesterondur. Meme kanserli dokuda östrojen reseptörü ve progesteron reseptörü varlığı, hastaların hormonoterapiye duyarlı olup olmadığını belirler. Meme kanserinde hormonoterapide kullanılan ilaçlar hastanın menopoz durumuna bağlı olarak değişmektedir (Baykara, 2016; Amerikan Kanser Birliği, 2017;2018; Susan G. Komen Meme Kanseri Vakfı, 2018; Yalçın, 2018).

2.4. Meme Kanserinde Korunma

2.4.1. Birincil (Primer) Korunma

Primer korunmada henüz kansere ilişkin belirtiler ve hücresel değişimler yoktur. Bu dönemde alınan önlemler kanser oluşumu engelleyebilmektedir. Birincil korunma hem geniş kitleleri koruyabilmesi hem de ucuz olması nedeni ile önemlidir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2009). Birincil korunmada, meme

kanserinin ortaya çıkmaması için çevresel risk faktörlerinden ve karsinojenlerden korunma ve beslenmenin düzenlenmesi gibi önlemlerle birlikte, yüksek risk grubunda bulunan ve değiştirilemeyen risk faktörlerini taşıyan bireylerde kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon (kimyasal korunma) önerilmektedir. Bir kadının hayatı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %12,8 düzeyinde olduğu göz önünde bulundurulduğunda, meme kanserinden korunabilmek önem kazanmaktadır. Fakat, meme kanserinin gelişiminde tanımlanmış risk faktörlerinin sadece %25 oranında etkili olduğu ve bu risk faktörlerinin büyük bir kısmının da kontrol edilebilir faktörlerden olmadığı ileri sürülmektedir. Birincil korunma, teknolojik ve bilişsel iki temel etkinliği içerir. Teknolojik etkinlik, kanserden koruyucu aşıların geliştirilmesi, bilişsel etkinlikler ise hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer alan sağlık eğitimini kapsamaktadır (Özdelikara, 2013).

2.4.2. İkincil (Sekonder) Korunma

İkincil korunmada erken tanı söz konusu olup hücresel düzeyde kanser başlamış bulunmakta fakat klinik bulgular bulunmamaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanseri Daire Başkanlığı, 2009). İkincil korunmada meme kanserinin, erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken evrede saptayıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, meme kanserini erken evrede belirlemek için ayrıntılı anamnez, fizik muayene, risk faktörlerinin tanımlanmasının yanı sıra kendi kendine meme muayenesi (KKMM), hekim muayenesi ve mammografiyi kapsayan tarama programları yer almaktadır (Tuncer, 2007; Özdelikara, 2013).

2.4.3. Üçüncül Koruma

Üçüncül veya tersiyer korunma; bu aşamada kanser bulguları ortaya çıktığı ve kişiye yönelik doğru tedavinin planlandığı aşamadır. Kişiye doğru tedavi uygulanarak mortalite değerleri düşürülebilir. Üçüncül korunma yani sadece tedavi aşaması ekonomisi güçlü ülkelerin karşılayabileceği, ekonomik olarak ciddi yük getiren bir yaklaşımdır (Tuncer, 2007; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanseri Daire Başkanlığı, 2009; Ghavami, 2015).

2.5. Meme Kanseri Erken Tanı/ Tarama Yöntemleri

Yaygın görülen ve öldürücü olabilen meme kanseri erken tanılarak mortaliteler azaltılabilir, mobilite artırılabilir. Bu sebeple, erken tanı meme kanseri için çok büyük önem taşımaktadır. Meme kanserinde tarama yapmanın amacı semptomların görülmediği dönemde erken evrede hastalığı belirleyebilmektir (İğci ve Asoğlu, 2003; Karayurt, 2014; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Tarama, erken teşhis sağlayarak, sadece hayatta kalma oranlarını arttırmakla kalmaz aynı zamanda mastektomiye ihtiyaç duyma veya kemoterapiye ihtiyaç duyma olasılığını da en aza indirir ve daha da önemlisi, yıllık mamografi taramaları, küçük ve erken evrelerde tümörleri bulmakta etkili olduklarından, kanserin metastaz yapma riskini azaltabilirler. Her tümörün biyolojisi aynı olmamakla birlikte, genel olarak, tümör ne kadar küçük ortaya çıkarılırsa, daha iyi bir sonuç elde edilebilir. Erken tarama, birçok çalışmada daha düşük riskli, tedavi edilmesi kolay kanserlerin saptanmasıyla ilişkilendirilmiştir (Meme Kanseri Araştırma Vakfı, 2015). Meme kanseri gibi bazı kanser türlerinin tanısı basit taramalarla kısa sürede konulabilmekte ve tedaviye başlanabilmektedir.

Uluslararası kurumlar ülkelere topluma yönelik meme kanseri taraması yapılmasını önermektedir. Ülkemizde kanser tarama programları “Sağlık Bakanlığı” tarafından ücretsiz olarak yürütülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2009; 2016; Dinçel ve ark., 2010; Emiral ve ark., 2018). Meme kanseri ile ilgili tarama programları, 2008 yılı sonu itibari ile yurdumuzun 81 ilinde toplam 84 merkez olarak kurulan ve şuan da 197 merkeze ulaşan, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, toplum tabanlı meme kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve Sağlık Bakanlığı’na bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur. Meme kanserleri için yürütülen taramalar çeşitli yöntemlerle (mektup, telefon v.b.) kadınlarımızın davet edilerek gerekli muayene ve testlerin yapılması şeklinde devam etmektedir. KETEM’lerin en önemli amaçları toplumda kanser konusunda farkındalık yaratmak, yüz yüze eğitimlerle kişileri korunma yöntemleri, tarama programları hakkında bilgilendirmektir (Enginyurt ve ark., 2016; Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, 2016; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).

Meme kanserinin başlangıç zamanı ile klinik bulgu verme arasında geçen zaman, ileri yaşta olmayan kadınların tümör büyüme hızı daha fazla olduğundan dolayı kısa sürmektedir. Bu sebeple 40- 49 yaş grubunda tarama aralığının bir yıldan fazla olmaması gerekmektedir. İki tarama arasındaki zaman dilimi arttıkça interval kanser oranı da artmaktadır. Bu sebeple meme kanseri taramalarını önerilen zamanlarda yaptırmak oldukça önemlidir (İğci ve Asoğlu, 2003; Karayurt, 2014; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017)

Meme kanserinde erken tanı prognozda ve tedavi sürecinde çok önemlidir. Avrupa Birliği ülkelerinde İngiltere, Hollanda, Norveç, Finlandiya ve Danimarka'da genel olarak 50 yaş öncesi taramaya başlanmamakta, İsveç'te ise başlama yaşı 40, 45 ya da 50 olmak üzere eyaletlere göre değişmektedir (Kayhan ve Arıbal, 2014; Kozan, 2016). Amerikan Kanser Birliği, 2018 yılı önerilerinde, meme kanserinin erken tanılanması amacı ile sadece mamografi taramasını önermektedir, Amerikan Kanser Birliği kadınlarda meme farkındalığı sağlanabilmesi için 20 yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesini (KKMM) ve klinik meme muayenesini, 2015 yılına kadar önerilerinde yer verirken, güncel önerilerinde sadece mamografi önerilmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2015; 2017; 2018). Buna göre Amerikan Kanser Birliği, kadınların tarama mamografisini 40-54 yaş aralığında her yıl yaptırabilir, 55 yaş ve üstü kadınlarda iki yılda bir veya her yıl tarama yaptırmalarını, tarama mamografisi kadının genel sağlık durumu iyi olduğu süre ve 10 yıl veya daha fazla yaşam beklentisi olduğu süre devam etmelerini söylemektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2018).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Tarama Programı kapsamında kendi kendine meme muayenesi 20-39 yaş aralığında her ay, klinik meme muayenesini yine 20-39 yaş aralığında üç yılda bir kez ve 40 yaş ve üzerinde ise KKMM'nin her ay, klinik meme muayenesinin yılda bir kez ve 40-69 yaş aralığında mamografi taramasının iki yılda bir kez yapılmasını önermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).

2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Meme hastalıklarının saptanmasında hastaların kendileride çok büyük öneme sahiptir. Kendi kendine meme muayenesi hastaların farkındalıklarını artırmada büyük öneme sahip olduğu için kendi kendine meme muayenesi ve mamografi ile beraber uygulanmaktadır (Karayurt, 2014). Uzun yıllar Amerika'da KKMM meme kanserinin erken tanısı için bir tarama davranışı olarak önerilmiş ancak 2015 yılından sonra tarama

önerilerinden çıkarılmıştır (Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018). Ancak ülkemizde KKMM basit, ve kadınların kendi evinde rahatlıkla tek başına uygulayabildiği bir muayene olması ve interval kanserleri belirlemedeki etkisinden dolayı önerilmektedir (Karayurt, 2014).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kadınlar tarafından meme muayenesinin düzenli ve doğru bir şekilde yapılması, meme sağlığı konusunda farkındalık yaratmak açısından çok önemlidir (Seçginli, 2007; Talas, Kocaöz ve Kocaöz, 2015). Türkiye'de yapılan çalışmalar, düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının düşük düzeylerde olduğunu (% 10,2-42,6) göstermektedir. (Güner ve ark., 2007; Keten ve ark., 2014; Talas ve ark., 2015; Erdem ve ark., 2017)

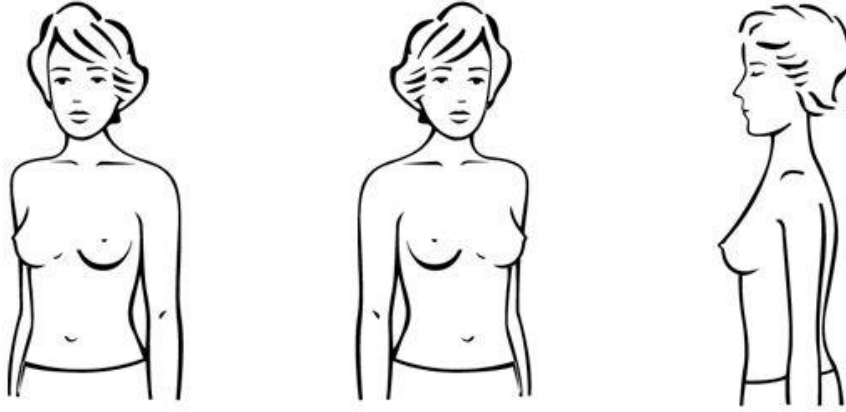
Kadınların KKMM yapmama sebepleri arasında, kadınların memelerinde bir kitle saptanmaktan korkmaları, kendi memelerinin kendilerinin muayene etmelerinden hoşlanmamaları, korku, heyecan, memelerinin çok yumrulu yapıya sahip olmaları sebebiyle ne hisetmeleri gerektiğini bilmemeleri, yapmayı bilmeme, meme kanserini sağlığına bir tehdit olarak görmeme, bilgi eksikliği, ve muayene yapmayı unutma sayılabilir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Akhtari-Zavare, 2014; Aksoy ve ark., 2015).

2.5.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?

Kendi kendine meme muayenesi ayna karşısında ayakta ve aynı zamanda sırt üstü yatarak yapılmalıdır. Muayenenin iki bölümü vardır. Bunlar, gözle inceleme ve elle muayenedir. Gözle inceleme bölümü ayna karşısında yapılmalıdır ve meme dokusunun dikkatlice gözlenmesini içerir (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005).

Ayna karşısında iken aşağdaki durumlara dikkat edilmelidir:

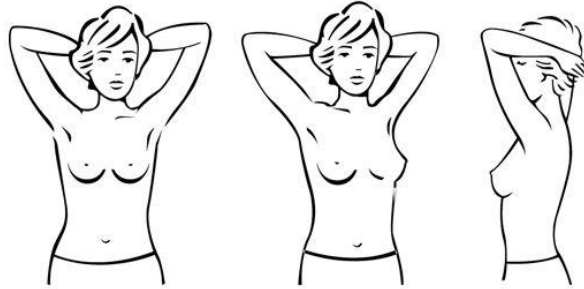
- Her iki kol serbestçe yanlarda, omuzlar dik olacak şekilde ayna karşısına geçildiğinde; önden ve her iki yana dönerek memelerin büyüklüğüne, simetrisine, derinin rengine, şekline, meme başlarına, meme altı bölgelere, koltukaltlarına bakılır.



Şekil 2-4: Ayna karşısında memelerin gözlenmesi

(Kaynak: http://memeder.org/kkm_nedir.htm)

Aynı gözlem kollar yukarı kaldırıldıktan sonra veya her iki kol başın arkasındayken tekrarlanır.



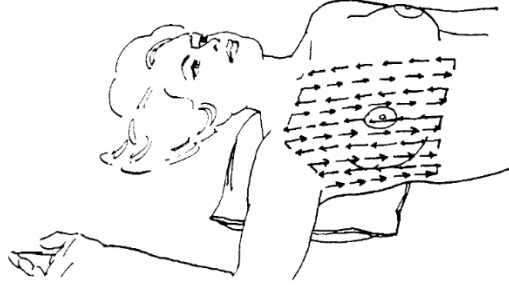
Şekil 2-5: Ayna karşısında memelerin gözlenmesi

(Kaynak: http://memeder.org/kkm_nedir.htm)

Eller belde, leğen kemiklerinin üzerine kuvvetle bastılır. Omuzları hafifçe çıkararak öne doğru eğilir. Önden ve her iki yandan göğüslere bakılır. Deride, çekinti, çökme olup olmadığına dikkat edilir. Meme derisinde çekinti, deride portakal kabuğu görünümü, kızarıklık, memelerden birinde büyüme, meme başlarında çökme ve lezyonlar olup olmadığına dikkat edilir.

Yatarak elle muayene

Sırtüstü yatarak yapılabilir. Muayene edilecek alanlar içinde meme dokusu ve koltukaltı yer alır.

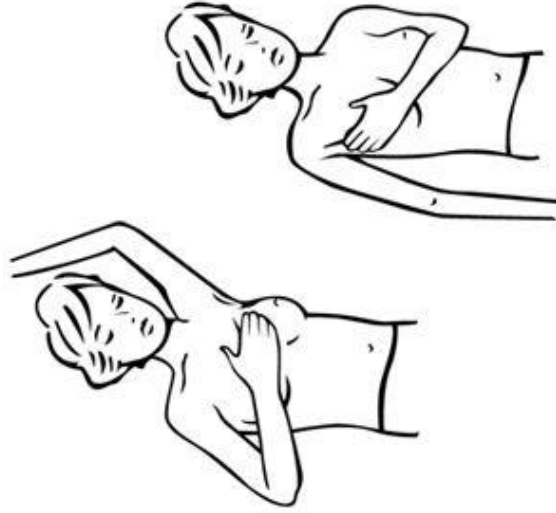


Şekil 2-6: Kendi Kendine Meme Muayenesi Yönü

(Kaynak: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005)

Memelerin sırtüstü muayenesinde, aşağıdaki durumlara dikkat edilmelidir:

- Muayene edilecek taraftaki omuz altına küçük bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirilir.
- Aynı taraftaki kol başın üstüne koyulur.
- Diğer el ile orta üç parmağın yastık bölümleriyle yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarıya doğru parmaklar meme dokusundan hiç ayrılmadan hafif, orta ve kuvvetli basınç uygulanarak muayene yapılır.
- Aynı muayene diğer meme içinde tekrarlanır.



Şekil 2-7: Yatarken Elle Muayene

(Kaynak: http://memeder.org/kkm_nedir.htm)



Şekil 2-8: Meme Muayenesinde Parmakların Kullanımı

(Kaynak: <https://drcamci.com/kendi-kendine-meme-muayenesi/>)

2.5.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun kadınların mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş gözden kaçan, mamografi sınırlarına girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır. Asemptomatik kadınlarda ideal

tarama programında, klinik meme muayenesi, kendi kendini muayenesi ve mamografi uzun yıllardır önerilmesine rağmen AMerikan Kanser Birliği'nin 2018 yılı önerilerinde KMM yer almamaktadır (Amerikan Kanser Birliği, 2018). Ülkemizde ise KMM hala meme kanserinin erken tanısı için önerilen önemli bir tarama yöntemidir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017).

Tablo 2-2: Semptomsuz Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırmasına İlişkin Öneriler

Tarama yöntemi	Uygulama sıklığı
Klinik meme muayenesi	<ul style="list-style-type: none"> • 20- 39 yaş arasında üç yılda bir kez, • 40 yaşından itibaren yılda bir kez yaptırılmalıdır.

(Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017)

Klinik meme muayenesi hekim yada hemşire tarafından yapılan fiziksel bir muayenedir. Hasta oturur ve yatar pozisyonda olmak üzere yapılan iki aşaması vardır. İnspeksiyon ve palpasyon yöntemleri kullanılır. Genellikle düzenli olarak tıbbi muayene sırasında yapılır. Muayenede memeler, koltuk altları ve klavikulanın hemen altındaki bölgeyi herhangi bir değişiklik veya anormallik açısından gözlemlenir. Sağlık profesyoneli, otururken göğsünüzü görsel olarak kontrol eder ve uzanırken göğüslerinizi fiziksel olarak inceler (Amerikan Kanser Birliği, 2013; Susan G. Meme Kanseri Vakfı, 2017).



Şekil 2-9: Klinik Meme Muayenesi

(Kaynak: <https://ww5.komen.org/BreastCancer/ClinicalBreastExam.html>)

2.5.3. Mamografi

Mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir (Amerikan Kanser Birliği, 2017). Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin modalite olup hem tarama hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır (Özer ve ark., 2009; Oktay, 2012; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Kanserleri erken dönemde, küçük boyutlarda ve hayatta kalma şansının en yüksek olduğu zamanda bulunmasını sağlayabilmektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2017).

Randomize kontrollü tarama çalışmalarından elde edilen kombine sonuçlar, mamografinin meme kanserinden ölüm riskini yaklaşık % 20 oranında azalttığını göstermektedir (Hofvind ve ark., 2013; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Avrupa ve Kanada'daki mamografi tarama programlarına katılan kadınların katılmayan kadınlara göre mortalite oranlarının %40 daha az olduğu belirlenmiştir (Broeders ve ark., 2012; Coldman ve ark., 2014). Meme kanserinin mamografi ile erken teşhisi, daha az kapsamlı cerrahi (örneğin, lumpektomiye karşı mastektomi gibi meme koruyucu cerrahi) ve daha az ciddi yan etki ile kemoterapinin kullanımını sağlayabilir. Mamografi taramasının yararları yanında sınırlılıkları veya zararları da vardır (Özmen, 2015; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Tarama mamografisi meme kanserini erken evrede tespit etmesi, mortaliteyi azaltması, memede koruyucu cerrahi yapma oranını artırması ve sistemik tedavi oranını azaltması gibi avantajlarının yanında, gereksiz biyopsi oranını, radyasyon oranını ve gereksiz tanısal işlemlerin sayısını artırması gibi dezavantajlara da sahiptir (Özmen, 2015; Amerikan Kanser Birliği, 2017). Bu özelliklerine rağmen, mamografi erken dönem meme kanserinin tespiti için hala en etkili yöntemdir (Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018).

Meme kanseri ileri yaşlarda ortaya çıkan bir hastalık olarak bilinmesine rağmen, vakaların %25'i, 40–49 yaş grubu kadınlarda ortaya çıkmakta, hatta son yıllarda daha da erken yaşlarda da tespit edildiği görülmektedir (Koçyiğit ve ark., 2010; Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017). Günümüzde farklı ülkelerde mamografik taramanın başlama ve bitiş yaşı ile tarama intervali ile ilişkili değişik uygulamalar mevcuttur. Amerikan Kanser Birliği ortalama meme kanseri riski olan kadınlar için, 40 yaşından itibaren yıllık mamogramlarla devam etmelerini önermektedir (Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018). Kadınlar genel sağlıkları iyi olduğu ve 10 yıl ya da daha uzun bir yaşam

beklentisine sahip oldukları sürece taramalarına devam etmelidir (Amerikan Kanser Birliği, 2017; 2018). Ülkemizdeki Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından mamografi taramasına 40-69 yaş arasında, iki yılda bir yapılmasını önermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2017; Çelik ve ark., 2017).



Şekil 2-10: Mamografi işlemi

(Kaynak: <http://www.imaginis.com/mammography/general-information-on-mammography-1>)

Tablo 2-3: Ortalama Riski Olan Kadınlar İçin Amerikan Kanser Birliği Mamografi Çektirme Önerileri

Tarama Yöntemleri	Uygulama Sıklığı
Mamografi	<p>-Kadınlar tarama mamografisine 45 yaşında başlamalıdır; 45-54 yaş arası kadınlar her yıl taranmalıdır; 40-44 yaş arasında da yıllık tarama başlayabilir</p> <p>- 55 yaş ve üstü kadınlarda iki yılda bir veya her yıl tarama yapılabilir; tarama mamografisi kadının genel sağlık durumu iyi olduğu süre ve 10 yıl veya daha fazla yaşam beklentisi olduğu süre devam etmelidir.</p>

(Kaynak: Amerikan Kanser Birliği, 2018)

2.6. Mamografi Taramasını Etkileyen Prediktörler

Mamografinin meme kanserinin erken tanısındaki önemi bilinmekle birlikte, ülkemizde düzenli mamografi çektirme oranları hala istenen düzeyde değildir. Literatürde, mamografi çektirmeyi etkileyen çeşitli prediktörlerin, kadınların mamografi çektirme oranlarının düşük olmasında etkili olduğu gösterilmektedir. Mamografiye taramasına katılımı etkileyen prediktörlerin belirlenmesi, mamografi çektirme oranlarının geliştirilmesini amaçlayan programların planlanmasında önemlidir (Onat ve Başaran, 2003; Elmore ve ark., 2005; Fernandez ve ark., 2005; Parvani, 2011; Squires ve ark., 2011; Amerikan Kanser Birliği, 2013; Yıldırım ve Özaydın, 2014; Rimer ve ark., 2014; Aksoy ve ark., 2015).

Mamografi taramasına katılımı etkileyen prediktörler arasında, kadınların meme kanserine ilişkin eğitim düzeyi, sağlık algıları, risk algısı, bilgi düzeyi, aile öyküsünün varlığı, sosyoekonomik özellikler, sağlık hizmetine ulaşım, kültürel ve psikolojik özellikler yer almaktadır (Fernandez ve ark., 2005; Squires ve ark., 2011; Rimer ve ark., 2014; Kayhan ve ark., 2014; Özmen, 2015; Colliver, 2016). Kırsal alanda yapılan çalışmalarda ise, meme kanserini ve mamografiyi bilmeme, kanser olma korkusu, ağrı, anksiyete, mamografi çektirme sürecinin rahatsızlık hissi vermesi, hizmetlere zor ulaşım, utanma, sağlık kurumuna ulaşma güçlüğü, araç olmaması yada araç

kullanamaması, sağlık sigortasının olmaması ve hekim önerisinin olmaması gibi prediktörlerin mamografi çektirmede etkili olduğu belirtilmektedir (Fernandez ve ark., 2005; Squires ve ark., 2011; Rimer ve ark., 2014; Kayhan ve ark., 2014; Colliver, 2016). Mamografi taramasına katılımı etkileyen prediktörler arasında yer alan sağlık algılarının değerlendirilmesinde “Sağlık İnanç Modeli” sıklıkla kullanılan bir modeldir (Fulton ve ark., 1991; Champion ve Menon, 1997; Cole ve Bryant, 1997; Champion ve ark., 2003; Saywell ve ark., 2003; Seçginli ve Nahcivan, 2004; Norman ve Brain, 2005; Seçginli, 2007).

2.6.1. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)

Sağlık İnanç Modeli (SİM), meme kanseri için önerilen tarama yöntemlerinin kullanımını etkileyen faktörleri anlamak ve bu faktörleri açıklamak amacıyla yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Vietri, Poskitt ve Slaninka, 1997). Modeli, Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock 1950 yılında ilk kez geliştirilmiştir (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988; Champion, 1993). Rosenstock (1974), ilk Sağlık İnanç Modeli (SİM) araştırmasını, Hochbaum'un 1958 yılında yaptığı tüberküloz X-ışını taramasına ilişkin çalışmalarına bağlamıştır. Hochbaum'un halk sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan ücretsiz tüberküloz tarama programlarına halkın düşük katılım göstermesinin sebeplerini anlamak ve açıklamak nedeniyle yapılan çalışmalar modelin geliştirilmesine temel sağlamıştır (Strecher ve Rosenstock, 1997; Seçginli, 2007).

Sağlık İnanç Modelinin ilk oluşumuna Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramı katkı sağlamıştır (Janz ve Becker, 1984; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002). Model, bireyin hastalıklardan ve yetmezlik durumundan korunabilmek için yaptığı davranışın nasıl oluştuğunu açıklar. Kişinin inançları ve yaptıkları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme sürecinde kişinin sağlık davranışına bireyin motivasyonunun etkisini açıklar. Ayrıca, model kişinin sağlığıyla alakalı davranışları yapma yada yapmama neyin neden olduğunu ve davranışlarını hangi durumların etkilediğini tanımlamaktadır (Mikhail, 1994; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002).

Sağlık İnanç Modeli'nin temel bileşenleri arasında ciddiyet algısı, yarar algısı, yatkınlık algısı ve engel algısı yer almaktadır. Güven ve sağlık motivasyonu modele

sonradan eklenmiştir (Champion, 1993). Modelde belirtilenlere göre, meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan ve kendisini meme kanseri olmaya yatkın hisseden, meme kanseri tarama davranışlarının yararını anlayan ve bu davranışları gerçekleştirme sürecinde diğer kişilere göre daha az engelle karşılaşan, sağlık motivasyonu algısı yüksek olan bir kadının KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme eğiliminin daha da yüksek olacağı kabul edilmektedir (Champion, 1999; Ferdous, 2006). Güven algısı daha çok diğer tarama davranışları için kullanılmaktadır (Ferdous, 2006).

2.6.1.1. Sağlık İnanç Modeli Değişkenleri

Modelde yer alan değişkenler aşağıda sıralanmıştır. Buna göre:

1. Tehdit algısı (Perceived Threat): İki bölümden oluşmaktadır. Bunlar yatkınlık algısı (perceived susceptibility) ve hastalığa ilişkin ciddiyet algısıdır (perceived seriousness).

- **Yatkınlık algısı (Perceived Susceptibility):** Kişisel risk veya yatkınlık bireylerin sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemli rol oynar. Kişi kendini ne kadar risk altında hisderse risk oluşturacak davranışını o doğrultuda düzenler.

-**Ciddiyet algısı (Perceived Seriousness):** Birey tarafından hastalığın sonuçlarına karşı kendisinde oluşan ciddiyet veya şiddetin nasıl algılandığıdır.

2. Yarar algısı (Perceived Benefits): Bireyin oluşabilecek hastalıktan korunabilmek ya da hastalığın şiddetini azaltabilmek için önerilen koruyucu davranışın kendisinde oluşturabileceği yarara inanmasıdır.

3. Engel algısı (Perceived Barriers): Yeni davranışı sergilemede ve bu duruma adapte olmada bireysel olarak sağlık davranışını gerçekleştirmeyi engelleyen fiziksel, psikososyal ve finansal durumların algılanmasıdır.

4. Güven (Confidence): Bireyin söz konusu davranışı sağlıklı bir şekilde gerçekleştirmeye olan bireysel inancıdır. Bu değişken, modele 1977 yılında Bandura tarafından eklenmiştir.

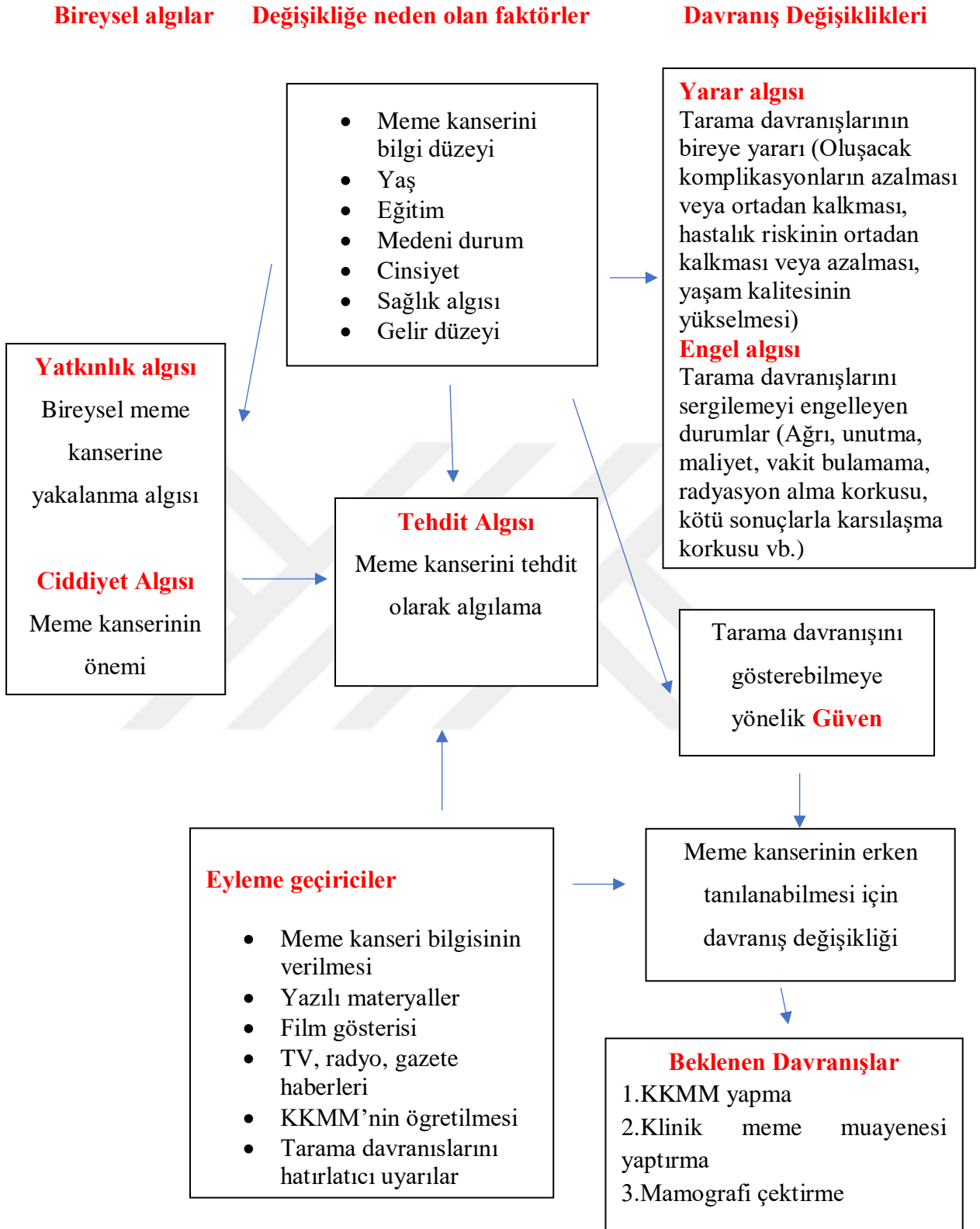
5. Sağlık motivasyonu (Health Motivation): Bireyin eylemlerinin davranışa dönüştürülmesi veya söz konusu davranışı gerçekleştirmede istekli olma durumu olarak tanımlanmaktadır.

6. Öz etkililik: Bireyin istenilen sonuca ulaşabilmek için gerekli eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir.

7. Eyleme geçiriciler (Cues to Action): SİM' in ilk yapılarında bireylerin harekete geçmesi için onları tetikleyen sebepler vurgulanmıştır. Bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar veya medya eyleme geçmek için tetikleyici faktör olabilirler.

8. Diğer değişkenler: Bireyin algısını ve bunun sonucunda da sağlık davranışını etkileyen demografik, sosyo-psikolojik ve yapısal değişkenlerdir (Champion, 1993;1999; Seçginli, 2007; Ersin ve Bahar, 2012; Gözüm ve Çapık, 2014).





Tablo 2-4: Sağlık İnanç Modelinin Meme Kanseri Tarama Davranışlarına Uyarlanması (Seçginli, 2007).

2.6.1.2. Meme Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık İnanç Modeli

Modelde, sağlıkla ilgili davranışların, kişide oluşan sağlık sorunu sonucu oluşan tehdidin algılanması ve bu tehdidi azaltabilmek için gerçekleştirdiği eylemle ilişkili değerden etkilendiği öngörülmektedir. Modelde, “bireyin algılarına, davranış değişikliğine neden olan faktörlere ve bireyden beklenen davranışlara” ilişkin değişkenler bulunmaktadır. Sonuç olarak modelin, bireyin sağlık davranışları üzerinde etkili olan bireysel algılara temellendiği söylenebilir (Champion, 1993; 1999; Vietri ve ark., 1997; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002) (Şekil 2.5). Buna göre; modelde sağlık davranışlarının gösterilmesinde etkili olduğu varsayılan bireysel algılar tanımlanmıştır:

- **Yatkınlık algısı:** Meme kanserine yakalanmada bireye yönelik riskin algılanmasıdır. Yani; kişinin meme kanseri olmadaki bireysel yatkınlığının farkında olmasıdır.
- **Ciddiyet algısı:** Meme kanseri hastalığının yönelik öneminin algılanmasıdır. Meme kanseri sonucunda oluşabileceklerin öneminin farkında olunmasıdır.
- **Yarar algısı:** Meme kanseri tarama davranışlarının (KKMM, mamografi ve klinik meme muayenesi) olumlu sonuçları ve yararlarının algılanmasıdır.
- **Engel algısı:** Kişinin meme kanseri tarama davranışlarını gerçekleştirmesini engelleyen faktörlerin zaman bulamama, sağlık sigortasının olmaması, işlemin pahalı olması, işlemin zahmetli olması, zaman alması, ağrılı olması gibi durumların algılanmasıdır.
- **Sağlık motivasyonu algısı:** Bireyin genel anlamda sağlıklı olabilmesi için gereken inançları ve davranışlarıdır (Champion, 1993;1999; Seçginli, 2007).

- *Yatkınlık ve ciddiye algısı*

Bireylerin kendilerinden gerçekleştirilmesi beklenen sağlık davranışını eyleme geçirirken, bireyin hastalıkları önlemeye ve sağlığını sürdürmeye yönelik konularda kendisini nasıl algıladığı fazlasıyla önemlidir. Bahsedilen bu algı, bireyin birincil korunmaya ne kadar istekli olduğunu göstermektedir. Yatkınlık algısı ise kişinin kendisinin hasta olabileceğine ne kadar ihtimal verdiği anlamına gelir. “Sağlık İnanc Modeli”ne göre, bir kişinin kanserden korunmak amacıyla tedbirli davranışlar (sigarayı bırakma, yağca fakir, lifce zengin besinler tüketme, egzersiz yapma, mamogram veya prostat testi yaptırma) gösterme olasılığı, kişinin kansere ne kadar açık olduğuyula ya da hastalığa yakalanabileceklerini ne kadar düşünüp ihtimal verdikleri ile ilişkilidir. Ayrıca yatkınlık algısıyla koruyucu davranış arasında bulunan ilişki incelendiğinde duyarlılığı arttığı için davranışın gerçekleştirilme olasılığı da artmaktadır. Örneğin, yakın akrabalarından birinde yada bazılarında meme kanseri öyküsü olan bireylerin, meme kanserine yakalanma riskleri hakkında kendilerini buna daha yatkın hissetmesi beklenir (Champion, 1993; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002; Seçginli, 2007; Ersin ve Bahar, 2012; Bulduk ve ark., 2015).

Yatkınlık algısı ile ciddiye algısı birleşerek algılanan tehdit algısını oluşturmaktadır. Algılanan ciddiye kişinin hastalığa yakalanmasının sonucunda ortaya çıkan durumların ne kadar ciddi olduğunu düşündüğü anlamına gelir. Bir kişinin kanserden korunmak için eyleme geçme ihtimali, hastalık sonucunda ortaya çıkan olumsuz fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal etkilerin ciddi sonuçlara (sosyal ilişkilerde değişme, bağımsızlığın azalması, ağrı, acı, sakatlık ve hatta ölüm) yol açtığına inandığı takdirde daha yüksektir. Meme kanseri hastalığının ciddiye kavrayabilmiş ve meme kanseri hastalığına yakalanma konusunda kendisini tehdit altında algılayan bir kadının, kendisiyle aynı yaş grubundan olan başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi çekirme ve klinik meme muayenesi yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Champion, 1993;1999; Seçginli, 2007; Ersin ve Bahar, 2012; Bulduk ve ark., 2015).

- *Yarar ve engel algısı*

Yarar algısı, bireyin tedbirli davranışlarda bulunmasının faydaları anlamına gelir. Bireyde davranışı değiştirebilmek için eyleme geçme isteği oluşur ve tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğine inanmayı gerektirir. Örneğin, sigara içmenin kansere yol açtığını düşünmeyen kişilerin sigarayı bırakmaları beklenmemektedir. Çünkü; kişiler sigarayı bıraktıklarında kanserden korunabileceklerine inanmazlar (Champion ve Skinner, 2008; Bulduk ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda hastalığın erken tanınması ile daha kolay tedavi imkanlarını sağlaması, kanser ölümlerinin azaltması, erken dönemde kitlenin tespit edilmesi, tedavi için bir şans olarak görülmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşam sağlamanın meme kanserine yönelik kadınların algıladıkları yararlar arasında yer aldığı bildirilmektedir (Champion ve ark., 2000; Avcı, 2007; Ersin ve Bahar, 2012).

Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelmesinde etkili faktörler arasında psikolojik, yapısal, organizasyonel ve sosyo-kültürel özellikler yer almaktadır. Bu faktörler arasında; kanser korkusu, erken tanı uygulamaları hakkında bilginin olmaması, utanma, duyarlılığın olmaması, ailenin konforunun bozulması, memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu, yanlış inançlar ve algılar, kaderci yaklaşım, sağlık sigortasının olmaması, ulaşım sıkıntısı, yeterli zamanın olmaması, maliyetin yüksek olması yer almaktadır. “Yarar algısı tarama davranışları ile pozitif ilişkili iken, engel algısı negatif ilişkilidir”. Başka bir ifadeyle “yarar algısı arttıkça tarama davranışları oranı artmakta olup, engel algısı” arttıkça aynı oran düşmektedir (Champion ve Scott, 1997; Champion, 1999; Seçginli, 2007; Ersin ve Bahar, 2012).

- *Sağlık motivasyonu ve güven algısı*

Sağlık motivasyonu, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gereken davranışın gerçekleştirme durumuna yönelik olarak davranışı yapmayı isteme durumudur. SİM’ne göre, sağlık motivasyonu algısı yüksek bireylerin düzenli olarak KKMM yapma, mamografi çekirme ve klinik meme muayenesi yaptırma eğilimleri daha yüksek olacaktır (Petro-Nustas ve Mikhail, 2002). Champion’un 1993 yılında yaptığı çalışmasında “güven algısını” Bandura’nın “öz-etkililik (selfefficacy)” tanımı ile aynı anlamda kullanılmıştır (Champion, 1993; Seçginli, 2007). Algılanan öz-etkililik, 1988

yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliği sürecinin başlatılması ve sonrasında davranışın sürdürülebilmesinde öz-etkililik önemli rol oynamaktadır (Rosenstock ve ark., 1988; Ersin ve Bahar, 2012). Petro-Nustas'ın 2001 yılında ve Champion ve Scott'un 1997 yılında yapmış oldukları çalışmalarda öz-etkililik algısının KKMM yapma ve mamografi yaptırma durumuna yönelik olumlu bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro-Nustas ve Mikhail, 2002; Ersin ve Bahar, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı Ve Tasarım Tipi

Araştırmanın amacı, kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörleri belirlemektir. Araştırma kesitsel tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

Çalışmada oluşturulan araştırma soruları şunlardır:

1. Kadınların mamografi çektirme oranı nedir?
2. Kadınların mamografiye ilişkin sağlık algıları (yatkınlık, sağlık motivasyonu, yarar, engel, yeterlik, meme kanseri korku ve kadercilik algısı) nasıldır?
3. Kadınların mamografi çektirmesi ile tanıtıcı ve sosyodemografik özellikler arasında ilişki var mıdır?
4. Kadınların meme kanseri risk düzeyi nedir?
5. Kadınların mamografi çektirmesi ile sağlık inanç modeli alt boyutları (yatkınlık, sağlık motivasyonu, yarar, engel, yeterlik), meme kanseri korku ve kadercilik algısı ve meme kanseri riski arasında bir ilişki var mıdır?
6. Kadınların mamografi çektirmesini etkileyen prediktörler nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma Mayıs 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma İstanbul ilinde Büyükçekmece ilçesinde Büyükçekmece Toplum Sağlığı Merkezine bağlı kırsal bölgede bulunan iki aile sağlığı merkezinde (ASM) yürütülmüştür. İlgili ASM'lerden biri Büyükçekmece ilçesinin Celaliye mahallesinde bir aile hekimi ve bir hemşire ile hizmet vermekte, diğeri ise aynı TSM'ye bağlı Türkoba mahallesinde bulunan üç aile hekimi ve üç hemşire ile hizmet veren aile sağlığı merkezidir.



Şekil 3-1: Araştırma yapılan bölgelerin haritadaki yeri

(Kaynak: <https://maps.google.com/>)

3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Temmuz-Kasım 2018 tarihleri arasında İstanbul ilinde Büyükçekmece ilçesinde Büyükçekmece Toplum Sağlığı Merkezine bağlı kırsal bölgede bulunan iki aile sağlığı merkezine hizmet almak amacıyla gelen 40 yaş ve üstü kadınlar oluşturmuştur. Bölgenin nüfusu 18.773 olup, 40 yaş üstü kadınların oranı nüfusun yaklaşık olarak % 5'ini oluşturmaktadır (TÜİK, 2017). Bu bölgenin seçilmesinin temel nedeni bölgenin Büyükçekmece Toplum Sağlığı Merkezinin 2017 raporlarına göre kırsal alan olarak raporlandırılmasıdır. Kırsal alan literatürde, “kentsel alanların dışında kendine özgü doğal coğrafi kaynaklara sahip, nüfusun kırsal yerleşmelerde toplandığı, yerleşme dokusunun seyrek, nüfus yoğunluğunun düşük olduğu alanlar” olarak tanımlanmaktadır (Khabbazi ve Yazgan, 2012). Sosyal imkanların yeterince gelişmemiş olduğu kent dışı alanlardır (Kut, 2013).

Aile sağlığı merkez kayıtlarında 40 yaş üstü kadınların sayısına ulaşamadığı için, örneklem büyüklüğü hesaplaması, örneklem büyüklüğü, “evrendeki kişi sayısının bilinmediği” durumlarda yapılan örneklem formülü ($n = p*(1-p) *t^2/ d^2$) esas alınarak hesaplanmıştır. Bu çalışma için $P=0,50$, görülme sıklığından sapma $d=0,08$, $\alpha=0,05$ alındığında örneklem büyüklüğü 151 olarak hesaplanmıştır. Ancak kurum izinlerinin alındığı tarihlerde çalışmaya katılmayı kabul eden 139 kişi örneklemini oluşturmuştur.

Örnekleme kapsamına, çalışmanın yapılacağı aile sağlığı merkezlerine hizmet almak için gelen;

- 40 yaş ve üstü,
- Meme kanseri tanısı almamış,
- Okur yazar,
- Gebe/ emziriyor olmayan,
- Çalışmaya katılmaya istekli kadınlar alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler ‘Görüşme Formu, Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçekleri (Yatkınlık algısı, Sağlık Motivasyonu algısı, Mamografi-yarar algısı, Mamografi-engel algısı), Mamografi Yeterlik Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği, Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu ve Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği kullanılarak elde edildi.

3.5.1. Görüşme Formu

Görüşme formu 18 sorudan oluşmuştur. Formda bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu medeni ve gelir durumu, sağlık düzeyi algısı ve mamografiye yönelik özellikleri tanımlamayı amaçlayan sorular bulunmaktadır. Form araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (Secginli, 2002; Champion ve ark., 2003; Chouliara ve ark., 2004; Ho, 2006; Secginli ve Nahcivan, 2006b).

Yaş: Katılımcılara kronolojik yaşları doğrudan sorularak öğrenilmiştir ve 40-50 yaş ve 51 yaş üstü yaş ve üstü olarak gruplanmıştır.

Eğitim düzeyi: Eğitim düzeyi katılımcılara mezun oldukları okul sorularak öğrenilmiştir. Eğitim düzeyine göre “okuryazar değil”, “1-8 yıl”, “9 yıl ve üstü” olarak sınıflandırılmıştır.

Medeni durum: Medeni durum doğrudan sorularak öğrenilmiş, “evli” ve “bekar (boşanmış, dul vb.)” olarak gruplandırılmıştır

Çalışma durumu: Katılımcıların gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumu sorgulanmış, “evet” ve “hayır” olarak gruplandırılmıştır.

Gelir düzeyi algısı: Katılımcılara ‘Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?’ diye sorulmuş ve yanıtlar “çok kötü”, “kötü”, “orta”, “iyi” ve “çok iyi” olarak sınıflandırılmıştır

Sağlık düzeyi algısı: Katılımcılara ‘Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?’ diye sorulmuş ve yanıtlar “çok kötü”, “kötü”, “orta”, “iyi” ve “çok iyi” olarak sınıflandırılmıştır.

Sağlık sigortası: Sağlık güvencesine sahip olma durumu doğrudan sorularak öğrenilmiş ve yanıtlar “evet” ve “hayır” olarak gruplandırılmıştır.

Mamografiyi bilme durumu: Katılımcılara ‘mamografiyi bilme durumları sorulmuş ve yanıtlar “evet” ve “hayır” olarak gruplandırılmıştır.

Mamografiyi ilişkin bilgi alma durumu: Katılımcılara ‘Mamografiye ilişkin bilgiyi nereden aldınız?’ sorusu sorulmuş ve yanıtlar ‘televizyon-radyo’, ‘dergi-gazete-broşür’, ‘hemşire-ebe-doktor’, ‘arkadaş-komşu’ ve ‘konferans-seminer’ olarak gruplandırılmıştır.

Mamografi önerisi: ‘Daha önce sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire) size hiç mamografi taraması yaptırmanızı önerdi mi?’ sorusuna verilen yanıtlar “evet” ve “hayır” olarak gruplandırılmıştır.

Mamografi çekirme durumu: Katılımcılara ‘Son iki yıl içerisinde mamografi çekirme durumları sorgulanmış ve yanıtlar “evet” ve “hayır” olarak gruplandırılmıştır.

Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan formun ön uygulaması 20 kişi üzerinde yapılmış olup, katılımcılar tarafından anlaşılmayan soru mevcut değildir. Pilot çalışmaya alınan bu kadınlar çalışmanın bütününe dahil edilmemiştir.

3.5.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Ölçekleri

Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Victoria Champion tarafından 1984 yılında İngilizce olarak geliştirilmiştir. Ölçek, kadınların mamografi çekirmelerinde etkili olan sağlık algılarını tanımlamaktadır. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması 2002 yılında Seçginli tarafından yapılmış olup, Türkçe Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.75- 0.87 arasında değişmiştir (Seçginli, 2007).

Bu çalışmada ölçeğin mamografiye ilişkin alt boyutları kullanılmıştır. Bunlar; yatkınlık algısı (5 madde), mamografi yarar algısı (6 madde), mamografi engel algısı (5 madde) ve sağlık motivasyonu (7 madde) dur. 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 engeller alt boyutundaki maddelerde puanlama ters döndürülür. Ölçekte engeller boyutları dışında diğer alt boyutlara ilişkin toplam puanın yüksek olması, mamografi davranışına yönelik sağlık algılarının yüksek olduğunu ve davranışın sergilenme oranının yüksek olacağını açıklar. Öz değerlendirmeye dayalı ölçeğin uygulanması kolay olup, 8–10 dakika içinde tamamlanabilmektedir (Seçginli, 2007).

Tablo 3-1: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Mamografiye İlişkin Alt Boyutlarının Özellikleri

Alt boyutlar	Ölçek maddelerinin sayısı	Ölçekten alınabilecek minimum-maksimum değerler	İç Tutarlılık
Yatkınlık algısı	5 madde	5-25	0,98
Mamografi yarar algısı	6 madde	6-30	0,70
Mamografi engel algısı	5 madde	5-25	0,64
Sağlık motivasyonu algısı	7 madde	7-35	0,72

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlık analizi yapılmış olup, Cronbach Alfa değeri 0,78 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ait iç tutarlılık analizleri ise; 0,64 ile 0,98 arasında bulunmuştur.

3.5.3. Mamografi Yeterlik Ölçeği

Mamografi Yeterlik Ölçeği (Self Efficacy Scale), İngilizcede geliştirilen 10 maddeden oluşan bir araçtır ve toplamda 10 ile 50 puan arasında puanlanmıştır. Ölçek, 5’li likert tipte olup, her bir maddeye ilişkin “1-Kesinlikle katılmıyorum”, “2-Katılmıyorum”, “3-Kararsızım”, “4-Katılıyorum”, “5-Kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2012 yılında Seçginli tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.90 bulunmuştur (Seçginli, 2012). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlık analizi yapılmış olup, Cronbach Alfa değeri 0,92 bulunmuştur.

3.5.4. Meme Kanseri Korku Ölçeği

Meme Kanseri Korku Ölçeği (Breast Cancer Fear Scale), Champion ve arkadaşları (2009) tarafından İngilizcede geliştirilen 8 maddelik bir araçtır. Ölçek toplamda 8 ile 40 puan arasında puanlanmıştır ve 5'li likert tipte olup, her bir maddeye ilişkin "1-Kesinlikle katılmıyorum", "2-Katılmıyorum", "3-Kararsızım", "4-Katılıyorum", "5-Kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden oluşmaktadır. Düşük korku toplam puanı 8-15, orta derecede korku toplam puanı 16-23 ve yüksek korku toplam puanı 24- 40 arasında değer alır. Ölçeğin Türkçe geçerliliği 2012 yılında Seçginli tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (Seçginli, 2012). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlık analizi yapılmış olup, Cronbach Alfa değeri 0,90 bulunmuştur.

3.5.5. Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği

Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği (Powe Breast Cancer Fatalism Scale) İngilizcede geliştirilmiştir (Powe, 1995a; 2011; Powe, 1995b; 2001). Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır ve "1-Evet ", "0-Hayır" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması kadercilik algısının arttığını gösterir. Ölçekten alınabilecek puan 0-11 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ersin ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılmıştır (Ersin ve ark., 2014). Ölçeğin Kuder Richarson 20 katsayısı 0.80 olarak belirlenmiştir (Ersin ve ark. 2014). Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlık analizi yapılmış olup, Cronbach Alfa değeri 0,79 bulunmuştur.

3.5.6. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu

Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu (The Risk Assessment Form for Breast Cancer) meme kanseri riskini belirlemek amacıyla ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın kabul ettiği ve kullanımını önerdiği bir formdur. Form altı bölüm ve 20 maddeden oluşmakta olup, formda yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstruel öykü ve beden yapısına ilişkin ifadeler yer almaktadır (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005).

Formda her bir risk faktörüne ilişkin kategorilerden alınan puanlara göre toplam puanın 400'ün üstünde olması meme kanseri açısından "En Yüksek Riski", puanın 301- 400 arasında olması "Yüksek Riski", puanın 201- 300 arasında olması

“Orta Riski” ve puanın 200 ve altında olması “Düşük Riski” tanımlamaktadır (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005). Formda yer alan risk faktörleri, kategoriler ve puan değerleri Tablo 3.2 de verilmiştir.

Risk Faktörü	Kategori	Puan
Yaş	30 Yaş Altı	10
	30-40	30
	41-50	75
	51-60	100
	60 Yaş Üstü	125
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	0
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	50
	Anne ya da kız kardeş	100
	Anne ve kız kardeş	150
	Anne ve iki kız kardeş	200
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	0
	Meme kanseri var	300
Çocuk doğurma yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum	0
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	25
	Çocuk yok	50
Mesturual öykü	Menstruasyon başlama yaşı 15 ve üstü	15
	Menstruasyon başlama yaşı 12-14	25
	Menstruasyon başlama yaşı 11 ve altı	50
Beden yapısı	Zayıf	15
	Orta	25
	Şişman	50

Tablo 3-2: Risk Değerlendirme Formu

(Kaynak: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005)

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama öncesinde oluşturulan görüşme formu ve diğer veri toplama araçları hedef gruba benzer özellikte kadınlar ile araştırmanın yapıldığı ASM de yüz yüze görüşülerek pilot olarak denenmiştir. 20 kişi ile yapılan pilot çalışma bulguları çalışma bulgularına dahil edilmemiştir. Çalışmada veriler alınma kriterlerine uyan kadınlar ile her bir kadınla bir defa olmak üzere yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Araştırmacı Temmuz- Eylül 2018 tarihleri arasında hafta içi bir gün, Eylül-Kasım tarihleri arasında hafta içi iki gün 09.00-16.00 saatleri arasında Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunmuştur. Merkezlere hizmet almak amacıyla gelen kadınlara araştırmacı tarafından çalışmaya ilişkin bilgi verilerek, çalışmaya alınma kriterlerini taşıyan kadınlarla görüşme yapılmış ve veri toplama araçlarını doldurmaları istenmiştir. Görüşme sonunda kadınlara, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve ücretsiz olarak verilen Meme Kanseri Bilgilendirme Broşürü ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) Ulusal Kanser Tarama Broşürü verilmiş ve KETEM hakkında bilgi verilmiştir (EK- 8).

3.7. Etik Konular

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (EK- 1) ve İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK-9) alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı kurum yöneticilerinden izin alınmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan ölçeklerin kullanım izni ölçekleri geliştiren akademisyenlerden alınmıştır (EK-7). İlgili kurum yönetici ve çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılmıştır. Yapılan tüm görüşmelerde araştırmaya alınan bireylerin gönüllü olmalarına özen gösterilmiş ve sözlü onayları alınmıştır. Her katılımcıya çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package For Social Sciences versiyon 21.0) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada sosyo-demografik ve mamografiye ilişkin verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler (ortalama±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) ile sunulmuştur. Bağımsız gruplar arasındaki farklılığın değerlendirilmesinde gruplar normallik varsayımını sağlamadığı için non-parametrik

test yöntemleri seçilmiştir. Değişkenlerin bağımsız iki grupta karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U testi ve iki gruptan fazla olanlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin ilişki değerlendirmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Mamografi çektirmeyi etkilediği düşünülen prediktörlerin belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmada anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları dört bölümde sunulmuştur. Bunlar katılımcıların,

- I. Tanıtıcı özellikleri
- II. Meme kanseri ve mamografiye yönelik sağlık algıları
- III. Meme kanserine yönelik sağlık algıları ile tanıtıcı özelliklerin ilişkisi
- IV. Mamografi çektirmeyi etkileyen prediktörler

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

4.1.1. Kişisel bilgiler

Çalışma kapsamında yer alan kadınların 2/3'ü 40-50 arasında (%65,7), 1/3'ü 51 yaş üzerindedir (%34,3) (min-max: 40-67). Kadınların büyük çoğunluğu (%69,1) ilkokul mezunu, evli (%90,6) ve herhangi bir işte çalışmamakta (%79,9) olup, gelir düzeyini “orta” (%77,7) olarak algılamaktadır. Kadınların beden kitle indeksi değerlerine göre yarısından fazlası (%57,6) fazla kiloludur ve sağlık durumunu “orta” (%51,4) olarak algılamaktadır. Kadınların büyük çoğunluğunun (87,9) sağlık güvencesi vardır ve tamamına yakını (%94,3) 30 yaş öncesinde doğum yapmıştır. (Tablo 4.1)

Tablo 4-1: Çalışmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:139)

Değişkenler	Kategoriler	N	%
Yaş grubu	40-50 yaş	91	65,5
	51 yaş üstü	48	34,5
Beden yapısı	Zayıf	12	8,6
	Normal kilolu	47	33,8
	Fazla kilolu	80	57,6
Eğitim düzeyi	Okuryazar	22	15,8
	1-8 yıl	96	69,1
	9 yıl ve üstü	21	15,1
Medeni durum	Evli	126	90,6
	Bekar	13	9,4
	Çok kötü/kötü	9	6,5
Sağlık durumu	Orta	72	51,8
	Çok iyi/ iyi/	58	41,7
Sağlık güvencesi	Evet	122	87,8
	Hayır	17	12,2
	Çocuğu yok	7	5
Çocuk doğurma yaşı	30 yaş ve altı	131	94,2
	31 yaş üstü	1	0,7
Çalışma durumu	Evet	28	20,1
	Hayır	111	79,9
	Kötü	14	10,1
Aylık gelir düzeyi	Orta	108	77,7
	İyi	17	12,2

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

4.1.2. Meme Kanserine ve Mamografiye Yönelik Özellikler

Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun (%92,1) ailesinde (ane, kız kardeş, teyze, babaanne, hala, teyze) meme kanseri öyküsü bulunmamaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu (%75,5) mamografiyi bildiğini ve mamografi bilgisini en sık hemşire, ebe ve doktordan aldığını (%62,9) belirtmiştir. Kadınların %61,2'si sağlık profesyonelleri

(hekim, hemşire) tarafından mamografi çekirme önerisi almadığını söylemiştir. Kadınların büyük çoğunluğu (%75,5) son iki yıl içinde mamografi çekmediğini belirtmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%92,1) meme kanseri riskinin düşük olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2)

Tablo 4-2: Kadınların Meme Kanseri ve Mamografiye İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (N:139)

Değişkenler	Kategoriler	N	%
Aile öyküsü	Var	11	7,9
	Yok	128	92,1
Mamografi bilme durumu	Evet	105	75,5
	Hayır	34	24,5
Mamografi bilgisinin alındığı kaynaklar*	Televizyon, radyo	14	13,33
	Dergi, gazete, broşür	6	5,71
	Hemşire, ebe, doktor	66	62,86
	Arkadaş, komşu	32	30,48
	Konferans, seminer	2	1,9
Mamografi çekirme önerisi alma	Evet	54	38,8
	Hayır	85	61,2
Son iki yıl içinde mamografi çekirme	Evet	38	24,5
	Hayır	101	75,5
Meme kanseri risk puanı	Yüksek/En yüksek risk	1	0,72
	Orta risk	10	7,20
	Düşük risk	128	92,08

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

*Birden fazla cevap işaretlenmiştir.

4.2. Kadınların Meme Kanseri ve Mamografiye Yönelik Sağlık Algıları

Çalışmada kadınların meme kanseri ve mamografiye ilişkin sağlık algıları belirlenmiştir. Buna göre, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçek alt boyut puan ortalamaları $12,37 \pm 5,23$ ile $22,61 \pm 3,8$ arasında değişmiştir. Yatkınlık algısı puanı $12,37 \pm 5,23$, sağlık motivasyonu algısı puanı $22,56 \pm 6,07$, mamografi yarar algısı puanı $22,61 \pm 3,8$ ve mamografi engel algısı puanı $16,23 \pm 4,26$ 'dır. Çalışmada mamografi yeterlik ölçeği puanı $40,26 \pm 9,65$, mamografi korku ölçeği puanı $25,37 \pm 10,06$ ve Powe meme kanseri kadercilik ölçeği puanı $3,82 \pm 2,32$ 'dir. (Tablo 4.3)

Tablo 4-3: Tamımlayıcı İstatistikler

Ölçekler/ alt ölçekler	Puan Ortalaması	SS	Min- Max	Medyan	Madde sayısı
Yatkınlık Algısı	12,37	5,23	5-25	14	5
Sağlık Motivasyonu Algısı	22,56	6,07	7-35	23	7
Mamografi Yarar Algısı	22,61	3,8	14-30	23	6
Mamografi Engel Algısı	16,23	4,26	5-25	15	5
Mamografi Yeterlik Ölçeği	40,26	9,65	10-50	42	10
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,37	10,06	8-40	28	8
Meme Kanseri Risk Puanı	155,79	45,06	70-440	150	6
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3,82	2,32	0-11	3	11

SS: Standart Sapma Min-Maks: Minimum-Maksimum

Çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%67,63) meme kanseri korku düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. (Tablo 4.4)

Tablo 4-4: Kadınların Korku Puanları (N:139)

Mamografi Korku Ölçeği Puanı	n	%
Düşük	26	18,7
Orta	19	13,67
Yüksek	94	67,63

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

Sağlık inanç modeli alt boyut madde ortalamaları ise $2,47 \pm 1,04$ ile $3,76 \pm 0,63$ arasında değişmektedir. (Tablo 4.5)

Tablo 4-5: Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçekleri ve Diğer Ölçeklerin Madde Ortalamaları

Ölçekler/ alt ölçekler	Madde Ort. \pmSS	Madde sayısı
Yatkınlık Algısı	$2,47 \pm 1,04$	5
Sağlık Motivasyonu Algısı	$3,22 \pm 0,86$	7
Mamografi Yarar Algısı	$3,76 \pm 0,63$	6
Mamografi Engel Algısı	$3,24 \pm 0,85$	5
Meme Kanseri Korku Ölçeği	$3,17 \pm 1,25$	8
Mamografi Yeterlik Ölçeği	$4,02 \pm 0,36$	10

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Katılımcıların yatkınlık ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Yatkınlık algısı alt ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların yarısından fazlası (%51,1) ‘Gelecekte büyük bir olasılıkla meme kanseri olacağım’ maddesine *kesinlikle katılmıyorum/ katılmıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (%47,5) “Meme kanserine yakalanma olasılığım çok yüksektir” maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir.

Katılımcıların sağlık motivasyonu ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Sağlık motivasyonu algısı alt ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların tamamına yakını (%95) ‘Sağlık sorunlarımı erken dönemde fark etmek isterim’ ve ‘Sağlıklı kalmak benim için oldukça önemlidir’ maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (%48,1) ‘Dengeli beslenirim’ maddesine yarısına yakını maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir.

Katılımcıların yarar algısı ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Yarar algısı alt ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların

yarısından fazlası (%72) ‘Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, kitlelerin erken bulunmasına yardım eder’ maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (% 41,8) ‘Mamografi (meme röntgeni) yaptırdığım zaman, meme kanseri hakkında çok fazla endişelenmem’ maddesine yarısına yakını maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir.

Katılımcıların engel algısı ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir. Engel algısı alt ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların yarısından fazlası (%52,6) ‘Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak oldukça pahalıdır’ maddesine *kesinlikle katılmıyorum/ katılmıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (% 41) ‘Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak ağırlı olur’ maddesine yarısına yakını maddesine *kararsızım* cevabını vermiştir.

Tablo 4-6: Kadınların Sağlık İnanç Modeli Alt Ölçeklerine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139)

Modelin alt boyut ve maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum/ katılmıyorum n(%)	Kararsızım n (%)	Tamamen katılıyorum/ katılıyorum n(%)
Yatkınlık Algısı			
1.Gelecekte büyük bir olasılıkla meme kanseri olacağım.	71(51,1)	40(28,8)	28(20,1)
2.Gelecekte meme kanseri olacağımı hissediyorum.	68(49)	44(31,7)	27(19,4)
3.Meme kanserine yakalanma olasılığım çok yüksektir.	67(48,2)	47(33,8)	25(18)
4.Meme kanserine yakalanma olasılığım herhangi bir kadına göre daha fazladır.	66(47,5)	47(33,8)	26(18,7)
5.Büyük bir olasılıkla önümüzdeki 10 yıl içinde meme kanseri olacağım.	68(48,9)	45(32,4)	26(18,7)
Sağlık Motivasyonu Algısı			
1.Sağlık sorunlarımı erken dönemde fark etmek isterim.	5(3,6)	2(1,4)	132(95)
2.Sağlıklı kalmak benim için oldukça önemlidir.	5(3,6)	2(1,4)	132(95)
3.Sağlığımın daha iyi olması için yeni bilgileri araştırırım.	64(46,1)	4(2,9)	71(51,1)
4.Sağlığımın daha iyi olmasını sağlayacak etkinliklere katılmanın önemli olduğunu düşünürüm.	79(56,8)	3(2,2)	57(41)
5.Dengeli beslenirim.	54(38,9)	18(12,9)	67(48,2)
6.Haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.	96(69)	7(5)	36(25,9)
7.Hasta olmasam bile düzenli sağlık kontrolü yaptırım	84(50,4)	6(4,3)	49(35,2)
Mamografi Yarar Algısı			
1.Önerilen mamografiyi (meme röntgeni) yaptırdığımda, kendimi iyi hissederim.	20(14,4)	31(22,3)	88(63,3)
2.Mamografi (meme röntgeni) yaptırdığım zaman, meme kanseri hakkında çok fazla endişelenmem.	51(36,7)	30(21,6)	58(41,8)
3.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, kitlelerin erken bulunmasına yardım eder.	1(0,7)	38(27,3)	100(72)
4.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanserinden ölme ihtimalini azaltır.	4(2,9)	43(30,9)	92(66,2)
5.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri olduğumda tüm memenin alınması ya da şekil bozukluğu yapacak bir ameliyat olma olasılığımı azaltır.	7(5)	43(30,9)	89(64)
6.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, bir kitlenin kendim yada bir sağlık personeli tarafından fark edilmeden önce bulunmasına yardım eder.	1(0,7)	41(29,5)	97(69,8)
Mamografi Engel Algısı			
1.Düzenli mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri hakkında beni endişelendirecektir.	43(30,9)	27(19,4)	69(49,7)
2.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak beni utandırır.	41(29,4)	32(23)	66(47,5)
3.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak çok fazla zaman alır.	13(9,4)	53(38,1)	73(52,5)
4.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak ağırlı olur.	26(18,7)	57(41)	56(37,3)
5.Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak oldukça pahalıdır.	73(52,6)	32(23)	34(24,5)

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

Katılımcıların yeterlik ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Yeterlik ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların tamamına yakını (%84,2) ‘Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim’ maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (% 50,4) ‘Sağlık güvencem karşılama bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim’ maddesine yarısına yakını maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir.

Tablo 4-7: Kadınların Mamografi Yeterlik Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139)

Ölçek maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum/ katılmıyorum n (%)	Kararsız m n (%)	Tamamen katılıyorum/ katılıyorum n (%)
1.Kendi aracım yada toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim.	14(10,1)	17(12,2)	108(79,7)
2.Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim.	13(9,4)	17(12,2)	109(54,7)
3.Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim.	11(7,9)	15(10,8)	113(81,3)
4.Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim.	9(6,5)	16(11,5)	114(82)
5.Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim.	8(5,7)	16(11,5)	115(82,7)
6.Sağlık güvencem karşılama bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim.	55(39,6)	14(10,1)	70(50,4)
7.Mamografi çektirmek için randevu alabilirim.	11(7,9)	14(10,1)	114(82)
8.Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim.	7(5)	15(10,8)	117(84,2)
9.Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum.	32(23)	24(17,3)	83(59,7)
10.Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim.	23(16,5)	22(15,8)	94(67,6)

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

Katılımcıların meme kanseri korku ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Meme kanseri korku ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların yarısından fazlası (%69,8) ‘Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum’ maddesine *tamamen katılıyorum/ katılıyorum* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (% 64,7) ‘Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar’ maddesine yarısına yakını maddesine *kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum* cevabını vermiştir.

Tablo 4-8: Kadınların Meme Kanseri Korku Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139)

Ölçek maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum/ katılmıyorum n (%)	Kararsız zım n (%)	Tamamen katılıyorum/ katılıyorum n (%)
1.Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım.	39(28,8)	5(2,2)	35(69)
2.Meme kanserini düşündüğüm zaman sınırlanırım.	106(65,2)	6(4,3)	27(19,4)
3.Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm.	39(28)	5(3,6)	95(68,3)
4.Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum.	88(63,3)	10(7,2)	41(29,5)
5.Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum.	37(26,6)	5(3,6)	97(69,8)
6.Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar.	91(64,7)	9(6,5)	39(28,1)
7.Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum.	38(27,3)	4(2,9)	97(69,7)
8.Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.	41(29,5)	3(2,2)	95(68,3)

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

Katılımcıların Powe meme kanseri kadercilik ölçeğine ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Powe meme kanseri kadercilik ölçeğine ilişkin en yüksek oran olarak kadınların tamamına yakını (%93,5) ‘Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunu ne zaman fark ettiğinin bir önemi olmadığına ve yine de öleceğine inanırım’ *hayır* cevabını vermiştir. Aynı bölüme ilişkin en düşük oran olarak kadınların (% 68,3) ‘Bir kişi meme kanseri olmuşsa, öyle olması gerektiği için olduğuna inanırım’ ve ‘Meme kanserine yakalanan insanların çoğunun öldüğüne inanırım’ maddesine yarısına yakını maddesine *hayır* cevabını vermiştir.

Tablo 4-9: Kadınların Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeğine İlişkin Verdiği Cevapların Dağılımı (N:139)

Ölçek maddeleri	Evet n (%)	Hayır n (%)
1.Bir kişi meme kanseri olmuşsa, öyle olması gerektiği için olduğuna inanırım.	44(31,7)	95(68,3)
2.Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, öyle ya da böyle bunun gerçekleşeceğine inanırım.	117(84,2)	22(15,8)
3.Bir kişi meme kanseri olacaksa, bunun mutlaka olacağına inanırım.	31(22,3)	108(77,7)
4.Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, doktorun ne yapılacağını söylemesinin bir önemi yoktur, her koşulda bu hastalığa yakalanacağına inanırım.	14(10,1)	125(89,9)
5.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunun Allah’an geldiğine inanırım.	121(87,1)	18(12,9)
6.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunu ne zaman fark ettiğinin bir önemi olmadığına ve yine de öleceğine inanırım.	9(6,5)	130(93,5)
7.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bu konuda bir şeyler yapmak için çok geç olduğuna inanırım.	13(9,4)	126(90,6)
8.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, yakın zamanda öleceğine inanırım.	30(21,6)	109(78,4)
9.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, kaderinde bu şekilde ölmenin olduğuna inanırım.	100(71,9)	39(28,1)
10.Bir kişi meme kanserine yakalandığında, farklı tedavilerin herhangi bir faydası olmayacağına inanırım.	8(5,8)	131(94,2)
11.Meme kanserine yakalanan insanların çoğunun öldüğüne inanırım.	31,7(44)	95(68,3)

n: Kişi sayısı %: Yüzde dağılım

4.3. Kadınların Meme Kanserine Yönelik Sağlık Algıları ile Tanıtıcı Özelliklerin İlişkisi

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile yaş grupları karşılaştırıldığında, 51 yaş üstünde meme kanseri risk puan ortalaması 40-50 yaş grubundan daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer ölçeklerin puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.10)

Tablo 4-10: Yaş Gruplarına Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Yaş	40-50 yaş		51 yaş üstü		İstatistikler		
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	U	Z	p
Ölçekler/alt ölçekleri							
Yatkınlık Algısı	12,98±5,16	15(5-25)	11,29±5,22	10(5-21)	1780	-1,830	0,067
Sağlık Motivasyonu Algısı	22,79±5,99	23(7-35)	22,18±6,20	23(14-35)	2023	-0,715	0,474
Mamografi Yarar Algısı	23,02±3,68	23,5(16-30)	21,79±3,89	21,5(14-30)	1777,5	-1,814	0,070
Mamografi Engel Algısı	16,08±4,11	15(5-25)	16,54±4,52	15(6-25)	2062	-0,544	0,587
Mamografi Yeterlik Ölçeği	41,02±8,65	42(10-50)	38,81±11,19	41(10-50)	1979	-0,917	0,359
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,78±10,25	28(8-40)	24,58±9,63	28(8-40)	1931	-1,134	0,257
Meme Kanseri Risk Puanı	146,46±59,59	150(70-500)	180,83±28,21	175(140-275)	685	-6,749	0,000
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3,64±2,12	3,5(0-11)	4,08±2,70	3(0-11)	2005,5	-0,804	0,421

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minumum-Maksimum $p<0,001$

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile medeni durum karşılaştırıldığında, evli grubun yatkınlık algısı ile meme kanseri kadercilik algısı puan ortalamaları bekarlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer değişkenler ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.11)

Tablo 4-11: Medeni Duruma Göre Ölçekler, Alt Boyutlar ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Medeni Durum	Evlü		Bekar		İstatistikler			
	alt	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	U	z	p
Yatkınlık Algısı		12,69±5,26	15(5-25)	9,30±3,92	10(5-15)	520,5	-2,209	0,027
Sağlık Motivasyonu		22,5±6,12	23(7-35)	23,23±5,73	23(15-35)	756	-0,457	0,648
Algısı								
Mamografi Yarar Algısı		22,57±3,76	22,5(14-30)	22,92±4,27	23(18-30)	799,5	-0,142	0,887
Mamografi Engel Algısı		16,12±4,15	15(5-25)	17,31±5,31	18(9-25)	709	-0,800	0,423
Mamografi Yeterlik Ölçeği		40,16±9,84	42(10-50)	41,23±7,82	42(28-50)	808,5	-0,077	0,939
Meme Kanseri Korku Ölçeği		25,77±10,03	28(8-40)	21,46±9,85	23(8-40)	574,5	-1,793	0,073
Meme Kanseri Risk Puanı		154,88±46,24	150(70-440)	164,61±31,32	165(115-225)	654,5	-1,210	0,226
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği		3,96±2,32	4(0-11)	2,46±1,89	23(0-5)	534,5	-2,094	0,036

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minumum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile beden yapısı karşılaştırıldığında fazla kilolu beden kitle indeksine sahip kadınların risk puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0,001$). Diğer ölçeklerin puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.12)

Tablo 4-12: Beden Yapısına Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Beden Yapısı	Zayıf (1)		Normal Kilolu (2)		Fazla Kilolu (3)		İstatistikler		
	Ort±SS	Medyan (Min- Max)	Ort±SD	Medyan (Min- Max)	Ort±SD	Medyan (Min- Max)	K.W.	df	p
Ölçekler/alt ölçekler									
Yatkınlık Algısı	12,08±4,98	10(5-20)	12,25±5,68	15(5-25)	12,48±5,05	14,50(5-21)	0,135	2	0,935
Sağlık Motivasyonu	22,5±6,47	24(7-30)	22,87±5,82	23(14-35)	22,40±6,22	21,50(12-35)	0,525	2	0,769
Mamografi Yarar Algısı	22,83±4,23	22,5(18-30)	23,10±3,93	24(16-30)	22,28±3,67	22(14-30)	0,938	2	0,626
Mamografi Engel Algısı	16,33±3,70	17(10-25)	16,42±4,25	15(6-24)	16,11±4,38	15(5-25)	0,223	2	0,894
Mamografi Yeterlik Ölçeği	39,58±12,32	46(10-50)	39,72±9,47	40(10-50)	40,68±9,42	42,5(10-50)	0,449	2	0,799
Meme Kanseri Korku Ölçeği	24,83±10	28(8-40)	24,63±10,81	28(8-40)	25,88±9,69	28(8-40)	0,595	2	0,743
Meme Kanseri Risk Puanı	140±35,29	152,5(70-180)	132,87±30,65	125(80-225)	171,62±47,14(3)	150(105-440)	28,840	2	0,000
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3±3,24	3(0-11)	3,85±2,28	4(0-11)	3,92±2,19	4(0-11)	3,418	2	0,181

K.W: Kruskal Wallis testi df: serbestlik derecesi SS: Standart sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,001

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile çalışma durumu karşılaştırıldığında; gelir getiren bir işte çalışmayan kadınların kadercilik algısı puan ortalaması çalışan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,001). Diğer ölçeklerin puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). (Tablo 4.13)

Tablo 4-13: Çalışma Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Çalışma Durumu	Evet		Hayır		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan(Min-Max)	Ort.±SD	Medyan(Min-Max)	U	z	P
Yatkınlık Algısı	10,96±5,20	10(5-20)	12,72±5,20	15(5-25)	1253,5	-1,614	0,107
Sağlık Motivasyonu	23,28±5,72	23,5(14-35)	22,38±6,16	23(7-35)	1409,5	-0,761	0,446
Mamografi Yarar Algısı	23,35±4,19	23,5(16-30)	22,42±3,69	22(14-30)	1377,5	-0,934	0,351
Mamografi Engel Algısı	17,14±4,21	18(9-25)	16±4,26	15(5-25)	1327,5	-1,196	0,232
Mamografi Yeterlik Ölçeği	41,35±8,32	42(10-50)	39,99±9,97	42(10-50)	1470,5	-0,443	0,658
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,75±10,46	28(8-40)	25,27±10	28(8-40)	1511,5	-0,226	0,821
Meme Kanseri Risk Puanı	143,39±43,20	145(80-250)	158,91±45,17	150(70-440)	1202,5	-1,876	0,061
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	2,03±1,89	2(0-6)	4,27±2,20	4(0-11)	701	-4,557	0,000

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,001

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile sağlık durumu karşılaştırıldığında; sağlık durumunu Çok kötü/kötü olarak algılayan kadınların korku ve kadercilik puanları orta ve iyi/çok iyi olarak algılayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.14)

Tablo 4-14: Sağlık Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Sağlık Durumu	Çok kötü/Kötü (1)		Orta (2)		Çok iyi /İyi (3)		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan (Min-Max)	Ort.±SD	Medyan (Min-Max)	Ort.±SD	Medyan (Min-Max)	K.W.	d	p
Ölçekler/alt ölçekler									
Yatkınlık Algısı	12,66±4,69	15(5-20)	12,48±4,99	15(5-21)	12,18±5,66	10,5(5-25)	0,274	2	0,872
Sağlık Motivasyonu Algısı	18,66±5,93	21(7-26)	22,55±6,48	21,5(12-35)	23,18±5,40	23(14-35)	3,429	2	0,180
Mamografi Yarar Algısı	21,22±3,92	18(18-27)	22,51±4,13	22,5(14-30)	22,94±3,32	23(18-30)	1,601	2	0,449
Mamografi Engel Algısı	15,66±2,95	15(12-21)	16,13±4,27	15(9-25)	16,44±4,46	17(5-25)	0,735	2	0,692
Mamografi Yeterlilik Ölçeği	31,1±13,71	30(10-50)	41,23±8,09(2)	42(10-50)	40,48±10,15	42(10-50)	4,722	2	0,094
Meme Kanseri Korku Ölçeği	31,2±8,65(1)	32(15-40)	26,87±9,33	28(8-40)	22,60±10,48	28(8-40)	8,849	2	0,012
Meme Kanseri Risk Puanı	170±109,82	150(80-440)	158,40±32,95	150(80-250)	150,34±42,43	150(70-290)	3,178	2	0,204
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	6,2±3,23(1)	5(3-11)	3,83±2,34	4(0-11)	3,43±1,92	3(0-8)	6,204	2	0,045

K.W. : Kruskal Wallis testi df: serbestlik derecesi SS: Standart sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile gelir düzeyi karşılaştırıldığında; gelir düzeyini kötü ve orta olarak algılayan kadınların yatkınlık puanları iyi olarak algılayan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yine gelir düzeyini iyi olarak algılayan kadınların yarar algısı diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yine gelir düzeyini kötü ve orta olarak algılayan kadınların kadercilik puan ortalaması diğer kadınlara göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4.15)

Tablo 4-15: Gelir Düzeyine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Gelir Düzeyi	Kötü (2)	Orta (3)	İyi (4)	İstatistikler					
Ölçekler/ alt ölçekler	Ort.±SS	Medyan (Min-Max) Ort.±SS	Medyan (Min-Max) Ort.±SS	Medyan (Min-Max) Ort.±SS					
				K. W. df P					
Yatkınlık Algısı	14,21±5,8(2)	15(5-20)	12,52±5,20(3)	15(5-25)	9,88±4,27	10(5-20)	6,885	2	0,032
Sağlık Motivasyonu	22±6	23(7-30)	22,25±6,06	22(12-35)	25±5,98	26(14-33)	3,189	2	0,203
Algısı									
Mamografi Yarar Algısı	21,14±4,48	21(14-30)	22,40±3,72	22(15-30)	25,11±2,59(4)	24(20-30)	9,889	2	0,007
Mamografi Engel Algısı	16,35±4,08	15(9-23)	15,87±4,30	15(5-25)	18,41±3,64(4)	19(12-25)	5,525	2	0,063
Yeterlik Ölçeği	36,85±10,44	37,5(16-50)	40,60±9,42	42(10-50)	40,94±10,46	41(10-50)	2,212	2	0,331
Meme Kanseri Korku Ölçeği	28,42±11,09	32(8-40)	25,12±9,93	28(8-40)	24,47±10,19	28(8-38)	2,361	2	0,307
Meme Kanseri Risk Puanı	152,14±34,84	157,5(105-200)	158,88±46,23	150(70-440)	139,11±43,12	150(80-225)	3,459	2	0,177
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	5,42±3,36(2)	3,5(2-11)	3,79±2,13(3)	4(0-11)	2,64±1,76	3(0-5)	6,640	2	0,036

K.W: Kruskal Wallis testi df: serbestlik derecesi SS: Standart sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile eğitim düzeyi karşılaştırıldığında; lise ve üstü mezunu olan kadınların yarar algısı diğer kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01). İlkokul mezunu kadınların yeterlik puanları diğer kadınlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01). Okuryazar kadınların yatkınlık algısı ve korku puanı diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Lise ve üstü mezunu kadınların sağlık motivasyonu diğer kadınlara göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Okuryazar ve 1-8 yıl eğitim düzeyine sahip kadınların kadercilik puanı diğer kadınlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.16)

Tablo 4-16: Eğitim Düzeyine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Eğitim Düzeyi	Okuryazar (1)		1-8 yıl (2)		9 yıl ve üstü(3)		İstatistikler		
	Ort.±SS	Medyan(Min-Max)	Ort.±SS	Medyan(Min-Max)	Ort.±SS	Medyan(Min-Max)	K.W.	df	P
Yatkınlık Algısı	14,81±3,72(1)	15(5-20)	11,93±5,35	10(5-21)	11,80±5,51	10(5-25)	6,530	2	0,038
Sağlık Motivasyonu Algısı	18,59±5,03	19(7-29)	23,07±5,97	23(12-35)	24,42±6,0(3)	25(14-34)	11,635	2	0,003
Mamografi Yarar Algısı	20,09±2,63(1)	20(16-26)	22,79±3,81	23,5(14-30)	24,42±3,57(3)	24(18-30)	15,282	2	0,000
Mamografi Engel Algısı	14,63±3,94	15(5-21)	16,26±4,23	15(6-25)	17,90±4,27(3)	18(9-25)	5,665	2	0,059
Mamografi Yeterlik Ölçeği	34,04±8,58(1)	34,5(16-50)	42,06±8,92(2)	46(10-50)	38,57±11,21	40(10-50)	16,848	2	0,000
Meme Kanseri Korku Ölçeği	29,45±10(1)	31,5(8-40)	24,87±10,25	28(8-40)	23,38±8,35	28(8-38)	6,375	2	0,041
Meme Kanseri Risk Puanı	176,36±72,98	150(105-440)	153,12±33,94	150(70-275)	146,42±48,53	150(80-225)	1,477	2	0,478
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	6,09±2,48(1)	6(3-11)	3,69±1,96(2)	3(0-11)	2±1,76	2(0-5)	31,189	2	0,000

K.W: Kruskal Wallis testi df: serbestlik derecesi SS: Standart sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile sağlık güvencesi karşılaştırıldığında; sağlık güvencesi olmayanların kadercilik puanları diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.17)

Tablo 4-17: Sağlık Güvencesine Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Sağlık Güvencesi	Var		Yok		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan(Min-Max)	Ort.±SD	Medyan(Mi n-Max)	U	z	p
Yatkınlık Algısı	12,46±5,19	14,5(5-25)	11,70±5,62	11(5-20)	956	-0,533	0,594
Sağlık Motivasyonu	22,84±6,10	23(7-35)	20,58±5,59	21(12-35)	800	-1,528	0,126
Algısı							
Mamografi Yarar Algısı	22,80±3,78	23(14-30)	21,23±3,71	19(17-26)	799,5	-1,538	0,124
Mamografi Engel Algısı	16,19±4,35	15(5-25)	16,52±3,6	15(11-24)	990	-0,304	0,761
Mamografi Yeterlik Ölçeği	40,99±8,96	42(10-50)	35,05±12,75	37(10-50)	745	-1,895	0,058
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,62±9,90	28(8-40)	23,58±11,26	28(8-40)	991	-0,300	0,764
Meme Kanseri Risk Puanı	155,73±47,20	150(70-440)	156,17±25,83	150(115-225)	982	-0,359	0,719
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3,67±2,31	3(0-11)	4,88±2,14	4(0-8)	672,5	-2,384	0,017

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile mamografi bilme durumları karşılaştırıldığına; mamografiyi bilen kadınların yarar, yeterlik ve kadercilik puanları bilmeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,01). Yine mamografiyi bilen kadınların sağlık motivasyonu ve korku puanları bilmeyen kadınlara göre yüksektir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Mamografi bilen kadınların mamografi engel algısı puanları olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p:0,01). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile mamografi bilme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.18)

Tablo 4-18: Mamografi Bilme Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Mamografi Bilme Durumu	Evet		Hayır		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan(Mi n-Max)	Ort.±SD	Medyan(Mi n-Max)	U	z	p
Ölçekler/alt ölçekler							
Yatkınlık Algısı	12,36±5,29	10(5-25)	12,41±5,13	15(5-20)	1763	-0,110	0,912
Sağlık Motivasyonu							
Algısı							
Mamografi Yarar Algısı	23,40±5,91	24(12-35)	19,97±5,88	19(7-35)	1194,5	-2,903	0,004
Mamografi Engel Algısı	23,48±3,46	24(15-30)	19,91±3,54	18(14-30)	784	-4,940	0,000
Mamografi Yeterlik Ölçeği	16,93±4,34	17(6-25)	14,08±3,18	15(5-21)	1104	-3,357	0,001
Meme Kanseri Korku Ölçeği	42,16±8,38	46(10-50)	34,41±11	35(10-50)	978,5	-3,989	0,000
Meme Kanseri Risk Puanı	24,18±9,80	28(8-40)	29,05±10,09	31,5(8-40)	1210,5	-2,853	0,004
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	155,80±46,70	150(70-440)	155,73±40,21	150(80-290)	1771	-0,070	0,944
	3,32±1,99	3(0-11)	5,35±2,60	5(0-11)	918	-4,322	0,000

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minumum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile mamografi çektirme önerisi alma durumları karşılaştırıldığında; mamografi çektirme önerisi alan kadınların sağlık motivasyonu ve engel algısı puanları mamografi çektirme önerisi almayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p:0,01). Yine mamografi çektirme önerisi alan kadınların yeterlik puanları mamografi çektirme önerisi almayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır(p<0,01). Yine mamografi çektirme önerisi alan kadınların yarar algısı puanları mamografi çektirme önerisi almayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Diğer ölçeklerin ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile mamografi çektirme önerisi alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.19).

Tablo 4-19: Mamografi Çektirme Önerisi Alma Durumuna Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Mamografi Çektirme Önerisi Alma	Evet		Hayır		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan(Min- Max)	Ort.±SD	Medyan(Min- Max)	U	Z	p
Ölçekler/alt ölçekler							
Yatkınlık Algısı	12,48±5,36	10,5(5-25)	12,30±5,18	15(5-21)	2281,5	-0,060	0,952
Sağlık Motivasyonu	24,64±5,92	25(13-35)	21,24±5,81	21(7-35)	1536	-3,290	0,001
Mamografi Yarar Algısı	23,74±3,28	24(15-30)	21,89±3,94	22(14-30)	1608	-2,990	0,003
Mamografi Engel Algısı	17,85±4,30	18(9-25)	15,21±3,93	15(5-25)	1510,5	-3,410	0,001
Mamografi Yeterlik Ölçeği	45,12±5,44	46(30-50)	37,17±10,46	38(10-50)	1178,5	-4,780	0,000
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,90±9,85	28(8-40)	25,03±10,23	28(8-40)	2222	-0,320	0,749
Meme Kanseri Risk Puanı	158,7±40,48	150(80-275)	153,94±47,89	150(70-440)	2110,5	-0,810	0,418
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3,37±2,23	3(0-11)	4,10±2,34	4(0-11)	1871	-1,864	0,062

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minumum-Maksimum p<0,05

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile aile öyküsü karşılaştırıldığında; ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların risk puanları olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0,001). Diğer ölçeklerin puan ortalamaları ile aile öyküsü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.20).

Tablo 4-20: Aile Öyküsüne Göre Ölçekler, Alt Ölçekler ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Aile Öyküsü	Yok		Var		İstatistikler		
	Ort.±SD	Medyan(Mi n-Max)	Ort.±SD	Medyan(Min- Max)	U	Z	P
Ölçekler/alt ölçekler							
Yatkınlık Algısı	12,12±5,12	11(5-25)	15,27±5,90	19(5-20)	458	-1,963	0,050
Sağlık Motivasyonu	22,35±6,07	22,5(7-35)	25±5,76	23(18-34)	539	-1,291	0,197
Algısı							
Mamografi Yarar	22,5±3,90	22(14-30)	23,81±2,04	24(20-27)	541	-1,281	0,200
Algısı							
Mamografi Engel	16,17±4,14	15(6-25)	16,90±5,64	185(5-25)	611	-0,726	0,468
Algısı							
Mamografi Yeterlik	40,04±9,77	41,5(10-50)	42,81±7,99	45(28-50)	589	-0,906	0,365
Ölçeği							
Meme Kanseri Korku	25,09±10,11	28(8-40)	28,63±9,14	32(8-40)	538,5	-1,309	0,191
Ölçeği							
Meme Kanseri Risk	150,31±41,21	150(70-440)	219,54±39,96	225(165-290)	107	-4,735	0.000
Puamı							
Powe Meme Kanseri	3,82±2,39	3,5(0-11)	3,72±1,34	3(2-6)	696	-0,063	0,949
Kadercilik Ölçeği							

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minimum-Maksimum p<0,001

4.4. Mamografi Çektirmeyi Etkileyen Prediktörler

Çalışmada meme kanserine yönelik sağlık algıları ve meme kanseri risk puanı ile mamografi çektirme durumları karşılaştırıldığında, mamografi çektiren kadınların yarar algısı, engel algısı ve yeterlik puanları çektirmeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0,01$). Yine mamografi çektiren kadınların sağlık motivasyonu algısı puanları çektirmeyen kadınlara göre daha yüksektir. Fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer sağlık algıları ve meme kanseri risk değerlendirme formu puan ortalamaları ile mamografi çektirme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.21)

Tablo 4-21: Mamografi Çektirme ile İlişkili Sağlık Alguları ve Meme Kanseri Risk Puan Ortalamaları

Mamografi Çektirme Durumu	Çektiren		Çektirmeyen		İstatistikler		
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort.±SS	Medyan (Min-Max)	U	Z	p
Ölçekler/alt ölçekler							
Yatkınlık Algısı	12,86±5,82	10(5-25)	12,18±5,01	15(5-21)	1853,5	-0,463	0,573
Sağlık Motivasyonu Algısı	25,18±5,83	26,5(13-34)	21,58±5,88	21(7-35)	1247,5	-3,304	0,002
Mamografi Yarar Algısı	24,84±3,04	25(19-30)	21,77±3,73	22(14-30)	1068,5	-4,162	0,000
Mamografi Engel Algısı	18,5±4,36	18,5(9-25)	15,38±3,92	15(5-25)	1220,5	-3,440	0,000
Mamografi Yeterlik Ölçeği	46,26±4,58	46,5(34-50)	38±10,09	40(10-50)	870	-5,111	0,000
Meme Kanseri Korku Ölçeği	25,55±10,46	28(8-40)	25,30±9,95	28(8-40)	1947	-0,014	0,989
Meme Kanseri Risk Puanı	156,71±41,18	150(80-275)	155,44±46,63	150(70-440)	1919	-0,148	0,719
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	3,28±1,67	3(0-8)	4,01±2,50	4(0-11)	1682,5	-1,276	0,112

U: Mann Whitney U Testi z: Standardized Test Statistic SS: Standart Sapma Ort: Ortalama Min-Maks: Minumum-Maksimum p<0,05

Mamografi yaptıırma durumu ile tanıtıcı özellikler karşılaştırıldığında mamografi çektiren grupta tarama önerisi alma ve mamografi bilme oranı anlamlı olarak yüksektir. Fark istatıksel ileri derecede anlamlıdır ($p<0,001$). Mamografi çektirenlerde sağlık güvencesi olma oranı yüksektir. Fark istatıksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Değişkenler arasındaki bağımlılık istatıksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 4.22)

Tablo 4-22: Mamografi Çektirme Durumunun Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	Çektiren n (%)	Çektirmeyen n (%)	İstatistikler		
			χ^2	Df	p
Yaş					
40-50	25(65,3)	66(65,8)	0,002	1	0,961
51 yaş üstü	13(34,2)	35(34,7)			
Eğitim düzeyi					
Okuryazar	5(13,2)	17(16,8)	0,281	2	0,869
1-8 yıl	27(71,1)	69(68,3)			
9 yıl ve üstü	6(15,8)	15(14,9)			
Medeni durum					
Evli	35(92,1)	91(90,1)	0,131	1	0,717
Bekar	3(7,9)	10(9,9)			
Çalışma durumu					
Evet	8(21,1)	20(19,8)	0,027	1	0,870
Hayır	30(78,9)	81(80,2)			
Aylık gelir durumu					
Kötü	1(2,6)	13(12,9)	4,524	2	0,104
Orta	30(78,9)	78(77,2)			
İyi	7(18,4)	10(9,9)			
Sağlık durumu					
Çok kötü/Kötü	1(2,6)	8(7,9)	1,625	2	0,444
Orta	19(50)	53(52,5)			
Çok iyi/ İyi	18(47,4)	40(39,6)			
Mamografi Bilme Durumu					
Evet	38(100)	67(66,3)	16,934	1	0,000
Hayır	0	34(33,7)			
Sağlık Güvencesi					
Evet	37(97,4)	85(84,2)	4,489	1	0,034
Hayır	1(2,6)	16(15,8)			
Aile öyküsü					
Var	5(13,2)	6(5,9)	1,794	1	0,160
Yok	33(86,8)	95(94,1)			
Mamografi Çektirme Önerisi Alma					
Evet	34(89,5)	20(19,8)	59,418	1	0,000
Hayır	4(10,5)	81(80,2)			

χ^2 : Ki kare testi df: serbestlik derecesi n: Kişi sayısı %: yüzde oranı p <0,05 p <0,001

Mamografi çektirme ile ilişkili prediktörler için lojistik regresyon analizi yapılmış olup sağlık profesyonelleri tarafından mamografi çektirme önerisi alan kadınlar 99 kat fazla mamografi çektirmektedir (OR: 99,228 %95 CI: 18,640-528,211). Medeni durumu evli olan kadınlar 0,104 kat fazla mamografi çektirmektedir (OR: 0,104 %95 CI: 0,013-0,842). Yine risk düzeyi yüksek olan kadınlar 0,297 kat daha fazla mamografi çektirmektedir (OR: 0,297 %95 CI 0,107-0,830). Yeterlik ölçeği puanı yüksek olan kadınlar 6 kat (OR: 6,018 %95 CI: 2,196-16,491) ve mamografi engel algısı yüksek olan kadınlar yaklaşık 4 kat fazla mamografi çektirmektedir (OR: 3,888 %95 CI: 1,343-11,255). Diğer değişkenler ile mamografi çektirme arasında ilişki saptanmamıştır. (Tablo 4.23 ve Tablo 4.24)

Tablo 4-23: Mamografi Çektirme İle İlişkili Prediktörler

Değişkenler	β	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95% CI
Yaş	-1,057	0,591	3,194	0,074	0,348	0,109-1,108
Medeni Durum	-2,263	1,067	4,469	0,034	0,104	0,013-0,842
Çalışma Durumu	-0,278	0,686	0,164	0,685	0,757	0,197-2,906
Gelir durumu	-0,489	1,343	0,132	0,716	0,614	0,44-8,538
Sağlık Durumu	-0,831	1,674	0,247	0,619	0,435	0,16-11,578
Aile Öyküsü	1,371	0,981	1,953	0,162	3,938	0,576-26,917
Sağlık Güvencesi	2,388	1,438	2,757	0,097	10,894	0,650-182,596
Mamografi Çektirme Önerisi	4,597	0,853	29,041	0,000	99,228	18,640-528,211
Constant	-1,027	1,028	0,997	0,318	0,358	

χ^2 :72,410 df:10 p: 0,000 Doğrulama oranı: %79,1 β : Beta değeri S.E.: Standart Error Exp(B): Odds oranı
95%CI: Güven aralığı p<0,001 p<0,05

Tablo 4-24: Mamografi Çektirme İle İlişkili Prediktörler

Ölçekler/alt ölçekler	β	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95% CI
Yatkınlık Algısı	0,217	0,475	0,209	0,648	1,243	0,489-3,156
Sağlık Motivasyonu Algısı	0,605	0,476	1,615	0,204	1,831	0,720-4,652
Mamografi Yarar Algısı	0,333	0,530	0,394	0,530	1,395	0,493-3,942
Mamografi Engel Algısı	1,358	0,542	6,270	0,012	3,888	1,343-11,255
Mamografi Yeterlik Ölçeği	1,795	0,514	12,174	0,000	6,018	2,196-16,491
Meme Kanseri Korku Ölçeği	-0,259	0,489	0,281	0,596	0,772	0,296-2,011
Meme Kanseri Risk Puanı	-1,213	0,524	5,360	0,021	0,297	0,107-0,830
Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	-0,008	0,471	0,000	0,986	0,992	0,394-2,496
Constant	-1,476	0,292	25,523	0,000	0,229	

χ^2 : 42,789 df: 8 p:0,000 Doğrulama oranı: %79,1 β : Beta değeri S.E.: Standart Error Exp(B): Odds oranı
95% CI: Güven aralığı p<0,001 p<0,05

5. TARTIŞMA

Meme sağlığına ilişkin araştırma raporları kadınlarda mamografi ektirme oranlarının düşük olduğunu göstermektedir (Onat ve Başaran, 2003; Rimer ve ark., 2004; Elmore ve ark., 2005; Fernandez ve ark., 2005; Parvani, 2011; Squiers, 2011; Amerikan Kanser Birliği, 2013; 2017). Mamografi davranışını inceleyen çeşitli çalışmalarda (Rimer ve ark., 2004; Fernandez ve ark., 2005; Squiers, 2011; Kayhan ve Arıbal, 2014; zmen, 2015), mamografi ektirme oranlarının düşük olmasında sağlık inançları, yaş, medeni durum, risk algısı, meme kanseri ve mamografi bilgi düzeyi, sosyoekonomik özellikler, sağlık hizmetine ulaşım, kültürel ve psikolojik özellikler, kanser olma korkusu, utanma, sağlık sigortasının olmaması ve hekim ve hemşire önerisinin olmaması gibi özelliklerin etkili olduğu raporlandırılmıştır. Ulusal ve uluslararası literatürde mamografi ve diğer meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını anlamaya ve artırmaya yönelik pek çok çalışmada Sağlık İnanç Modeli temel alınmıştır. Bununla birlikte, kentsel alanda yaşayan kadınlara mamografi ektirmesinde etkili olan prediktörleri belirleyen çalışmalar yapılmakla birlikte, kırsal alanda yaşayan kadınlara mamografi ektirmesini etkileyen prediktörleri tanımlayan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada kırsal alanda yaşayan kadınlara mamografi ektirmesini etkileyen prediktörleri belirlemek amaçlanmış ve Sağlık İnanç Modeli temel alınmıştır. Ülkemizde de benzer şekilde mamografi davranışına ilişkin çalışmalar sıklıkla kentsel alanda yapılmış olup, kırsal alanda yaşayan kadınlara mamografi ektirme oranlarını ve ilişkili prediktörleri tanımlayan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu yönüyle çalışma, ülkemizde kırsal alanda yaşayan kadınlarda mamografi oranlarının anlaşılmasına ve artırılmasına katkı sağlayacak bulguların elde edildiği sınırlı çalışmalardandır. Kırsal alanda bulunan kadınlarda yapılan çalışmada, örneklem grubunu 40-69 yaş arasında, ilkokul mezunu, evli, herhangi bir işte çalışmayan, orta gelir düzeyinde olan, sağlık güvencesi olan kadınlara oluşturmuştur. Çalışmada bulgular araştırma soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kadınlarda Mamografi Çektirme Oranı

Ülkemizde yapılan araştırmalarda meme kanseri tarama davranışlarından kendi kendine meme muayenesi sıklıkla çalışılan tanı yöntemi olmakla birlikte, mamografi davranışını inceleyen çalışmaların özellikle son beş yılda arttığı görülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı'nın hedeflediği toplum temelli mamografi çektirme oranı %70'tir (Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2016). Ancak ülkemizde mamografi çektirmeye ilişkin araştırma bulguları, bu oranın ulusal hedeflerin oldukça altında olduğunu göstermektedir. Nitekim Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ev hanımlarında mamografi çektirme oranının %16,5 olduğu, Özçam ve arkadaşlarının (2014) sağlık çalışanı olan kadınlarda yaptığı çalışmasında %44, Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %34,7'sinin geçmişinde mamografi çektirdiğini belirtmiştir (Yılmaz ve ark., 2011; Özçam ve ark., 2014; Ersin ve ark., 2015). Yanı sıra, ilgili çalışmalarda mamografi çektirme oranları kentsel alanlarda yaşayan kadınların özelliklerine işaret etmekte ve kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi çektirme oranlarını tanımlayan çalışma bulguları son derece sınırlıdır. Türk ve arkadaşlarının (2017) Türkiye'de kırsal alanda yaptığı bir çalışmada ise kadınların %17,6'sının mamografi çektirdiği bulgulanmıştır (Türk ve ark., 2017). Çalışmamızda ise mamografi çektirme oranı %24,5 olarak bulunmuştur. Bu bulgu literatürle benzerdir. Fakat bu oran ulusal mamografi çektirme hedefi olan %70'in oldukça altında olup, ülkemizde mamografi çektirme oranlarını artıracak programların planlanması önemlidir.

5.2. Kadınların Mamografiye İlişkin Sağlık Algıları

Çalışma kapsamında kadınların mamografiye ilişkin sağlık algıları, yatkınlık algısı orta düzeyde (12.37 ± 5.23), sağlık motivasyonu algısı (22.56 ± 6.07), mamografi engel algısı (16.23 ± 4.26), mamografi yarar algısı (22.61 ± 3.8) ve mamografi yeterlik algısı (40.26 ± 9.65) için yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, çalışmada kadınların meme kanseri risk düzeyleri (155.79 ± 45.06) ve meme kanseri kadercilik algılarının (3.82 ± 2.32) da düşük olduğu ve meme kanseri korku düzeylerinin (25.37 ± 10.06) yüksek olduğu belirlenmiştir. Kıssal ve Beşer'in (2017) kentte yaptıkları çalışmada, kadınların yatkınlık algı puanı 6.12 ± 1.65 , sağlık motivasyonu algı puanı 20.72 ± 2.47 , mamografi yarar algı puanı 19.42 ± 2.56 , mamografi engel algı puanı 29.06 ± 5.57 , yeterlik algı puanı 36.84 ± 5.98 olarak bulgulanmıştır. Ersin ve arkadaşları

(2015) tarafından ülkemizin güney doğu anadolu bölgesinde yaşayan kadınlarda yatkınlık algı puanı 6.52 ± 2.81 , sağlık motivasyonu algı puanı 16.80 ± 4.31 , mamografi yarar algı puanı 15.83 ± 3.89 , mamografi engel algı puanı 28.74 ± 8.35 ve meme kanseri korku puanı 23.81 ± 9.71 olarak bulgulanmıştır. Duman ve arkadaşlarının (2013) akademisyen kadınlar üzerinde yaptığı bir diğer çalışmada yatkınlık algı puanı 11.79 ± 1.40 , sağlık motivasyonu algı puanı 19.91 ± 3.49 , mamografi yarar algı puanı 17.55 ± 5.33 ve mamografi engel algı puanı 41.55 ± 9.36 olarak bulgulanmıştır. Ülkemizde kırsal alanda yakın dönemde yapılan bir çalışmada kadınların meme kanseri risk puanı 41- 50 yaş arasında 149.36 ± 16.640 , 51-60 yaş arasında 177.11 ± 24.54 ve 60 yaş üstünde 202.42 ± 19.74 olarak bulgulanmıştır (Türk ve ark., 2017). Yine yakın dönemde yapılan bir diğer çalışmada kadınların meme kanseri kadercilik algı puanı 3.29 ± 2.75 olarak bulgulanmıştır (Altıntaş ve ark., 2017). Çalışmamızda kadınların sağlık algı düzeylerine ilişkin bulguların, ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalar ile benzer olduğu belirlenmiştir.

5.3. Kadınların Mamografi Çektirmesi ile İlişkili Prediktörler

Çalışmamızda mamografi çekirme ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve mamografi çektiren grupta sağlık profesyonellerinden tarama önerisi alma, mamografi bilme oranı ($p < 0,001$) ve sağlık güvencesi olma ($p < 0,05$) oranının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Fakat lojistik regresyon analizinde sağlık profesyonellerinden mamografi çekirme önerisi alma (OR:99,228) ve medeni durum (OR:0,104) mamografi çekirmeyi etkileyen prediktörler olduğu belirlenmiştir. Literatürde Gathirua-Mwangi ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyine sahip kadınlarda sağlık profesyonellerinden tarama önerisi almanın (OR:10.60) mamografi çekirmeyi etkileyen prediktör olduğu bulgulanmıştır. Kıssal ve Beşer'in (2017) kentte yaptıkları çalışmada çalışmamızdan farklı olarak medeni durum ile mamografi çekirme arasında ilişki saptanmadığı bulgulanmıştır. Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaş ortalaması $54,27 \pm 1,0$ olan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada medeni durumun ve sağlık güvencesine sahip olma durumunun, eğitim düzeyinin ve mamografi bilme durumunun mamografi çekirmeyi etkileyen faktörler olduğu raporlandırılmıştır. Dinçel ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada ise, doktor önerisinin mamografi çekirmede etkili olduğu, medeni durumun etkili olmadığı bulgulanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak, Aker ve arkadaşlarının (2015) yaptığı

çalışmada, yaş ve ailede meme kanseri öyküsü olmasının mamografi çektirmeyi etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir. Maral ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve menopoz durumunun mamografi çektirmedeki önemli etkisi bulunmuştur.

Çalışmamızda mamografi çektiren kadınların sağlık motivasyonu algısı, yarar algısı, engel algısı ve mamografi yeterlik puanları çektirmeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat lojistik regresyon analizinde sadece meme kanseri risk düzeyinin (OR:0,297), mamografi yeterlik algısının (OR:6,018) ve mamografi engel algısının (OR:3,888) mamografi çektirmeyi etkileyen prediktörler olduğu belirlenmiştir. Literürde, Baysal ve Polat'ın çalışmasında yüksek sağlık motivasyonunun ve düşük engel algısının, Othman ve arkadaşlarının (2012) Ürdün'lü kadınlarda Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) akademisyen kadınlarda yaptıkları çalışmalarda yüksek yeterlik algısının mamografi çektirmede etkili olduğu, engel algısının etkili olmadığı raporlandırılmıştır. Yine Marmarà ve arkadaşlarının (2018) Malta'da yaptığı çalışmada ise, düşük engel algısının mamografi çektirmede etkili faktör olduğu bulunmuştur. Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise, ilkökul mezunu kadınlarda mamografi çektirmede yüksek yatkınlık ve yarar algısı ile düşük engel algısının etkili olduğu bulunmuştur. Taymoori ve arkadaşlarının (2015) 50 yaş üstündeki kadınlarda yaptığı çalışmada yüksek yeterlik ve yarar algısının, düşük engel algısının mamografi çektirmede etkili olduğu bulunmuştur. Aker ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise mamografi yarar ve yeterlik algısının mamografi çektirmede etkili olmadığı, mamografi engel algısının etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda kadınların mamografi çektirme durumlarında etkili olan sağlık algıları literatürle uyumlu iken, dikkat çekici bir bulgu olarak mamografi çektirme ile engel algısı arasında ilişki bulunmuş fakat Sağlık İnanç Modeli'nin engel algısı varsayımının aksine mamografi engel algısı mamografi çektiren kadınlarda yüksek bulunmuştur. Bu konuda, mamografi çektirmede engel algısının etkisini daha iyi ortaya koyan metodolojide ve daha geniş örneklem grubunda yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

5.4. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörler incelenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası 40-50 yaş grubunda, tamamına yakını evli ve sağlık güvencesi olan, neredeyse tamamına yakını mamografiyi bildiği söylemesine rağmen yalnızca 1/4'i son iki yılda mamografi yaptırdığını bildirmiştir. Kadınların yaklaşık 1/3'i sağlık profesyonellerinden mamografi yaptırmaya önerisi aldığını bildirmiştir. Çalışmada sağlık profesyonellerinden taramaya önerisi alma, medeni durum, yeterlik algısı, engel algısı, meme kanseri risk puanı mamografi yaptırmayı etkileyen prediktörlerdir. Çalışmamızda engel algısı yüksek kadınlarda mamografi yaptırmaya oranının daha yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur.

Bu sonuçlar doğrultusunda başlıca öneriler şunlardır:

- Kırsal alanda mamografi yaptırmaya oranlarının artırılmasını amaçlayan programlarda mamografi yaptırmada etkili olan prediktörlerin dikkate alınması önemlidir.
- Kırsal alanda yaşayan kadınlarda mamografi yaptırmada etkili olan sağlık algılarının incelenmesi için daha geniş kadın gruplarında kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.
- Kadınların mamografi yaptırmada sağlık profesyonellerinden taramaya önerisi almanın etkin rolü dikkate alınmalıdır. Ülkemizde kanser taramalarının toplumsal tabanlı olması için en önemli kriter hedef nüfusun %70'ine ulaşan bir programın yürütülmesidir. Bunun için meme kanseri tarama programı kapsamında hedef nüfus içinde yer alan kadınlara ulaşabilmek için özellikle ilk başvuru yeri olan aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonelleri meme kanseri tarama programının ilkelerinin topluma anlatılmasında ve programa katılımı uygun olan hedef nüfusun Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)'ne yönlendirilmesinde anahtar fonksiyonu vardır. Nitekim her yaş grubundan kadınlar ile sıklıkla çalışan hemşireler, mamografi başta olmak üzere diğer meme kanseri tarama davranışlarının artırılmasında önemli rol alabilir.

- Kırsal bölgelerde tarama sürecinin daha uzun olduğu, iklim koşullarının, nüfusun coğrafi dağılımının tarama hizmetlerine katılımı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle kırsal alanda mamografi çekirme oranlarını artırmak için mamografi çekimi yapacak mobil üniteler planlanabilir.



KAYNAKLAR

Aker, S., Öz, H., ve Tunçel, E. K. (2015). Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *J Breast Health*, **11**: 115-122.

Akhtari-Zavare, M., Ghanbari-Baghestan, A., Latiff, L. A., Matinnia, N., ve Hoseini, M. (2014). Knowledge of breast cancer and breast self-examination practice among Iranian women in Hamedan, Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **15**(16), 6531-6534.

Aksoy, Y. E., Turfan, E. Ç., Sert, E., ve Mermer, G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*, **11**, 26-30.

Akyolcu, N., ve Uğraş, G. A. (2011). Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, **7**(1), 10-14.

Altıntaş, H. K., Ayyıldız, T. K., Veren, F., ve Topan, A. K. (2017). The Effect of Breast Cancer Fatalism on Breast Cancer Awareness Among Turkish Women. *Journal of religion and health*, **56**(5), 1537-1552.

Amerikan Kanser Birliği (2013). Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Erişim tarihi, 26.03.2018 <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>

Amerikan Kanser Birliği (2015). Breast Cancer Facts & Figures 2015-2016. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Erişim Tarihi, 23.06.2017 <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2015-2016.pdf>.

Amerikan Kanser Birliği (2017). Breast Cancer Facts and Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Erişim Tarihi, 26.03.2018
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf>

Amerikan Kanser Birliği (2018). Breast Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Erişim Tarihi, 17.12.2018
<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>

Araştırma yapılan bölgelerin haritadaki yeri. Erişim Tarihi, 16.12.2018
<https://maps.google.com/>

Avcı, İ. A. (2007). Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15**(60), 119-128.

Ayna karşısında memelerin gözlenmesi. Erişim Tarihi, 22.05.2018
http://memeder.org/kkm_nedir.htm

Ayna karşısında memelerin gözlenmesi. Erişim Tarihi, 22.05.2018
http://memeder.org/kkm_nedir.htm

Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, **5**(3), 154-165.

Baysal, H. Y., & Polat, H. (2012). Determination of the breast cancer risk levels and health beliefs of women with and without previous mammography in the eastern part of Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **13**(10), 5213-5217.

Meme Kanseri Araştırma Vakfı (2015). The Breast Cancer Research Foundation Comments on New Mammography Screening Guidelines. Erişim tarihi: 24.04.2018,
<https://www.bcrf.org/blog/breast-cancer-research-foundation-comments-new-mammography-screening-guidelines>

Broeders, M., Moss, S., Nyström, L., Njor, S., Jonsson, H., Paap, E., ve ark. (2012). The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *Journal of medical screening*, *19*(1_suppl), 14-25.

Bulduk, S., Seher, Y. U. R. T., Dinçer, Y., & Ardıç, E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*(1), 28-34.

Champion, V.L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, *42*(3), 139-143.

Champion, V.L. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health*, *22*(4), 341-348.

Champion, V.L., Maraj, M., Hui, S., Perkins, A.J., Tierney, W., Menon, U., ve ark. (2003). Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Preventive Medicine*, *36*(2), 150–158.

Champion, V.L., ve Menon, U. (1997). Predicting mammography and breast selfexamination in African American women. *Cancer Nursing*, *20*(5), 315-322.

Champion, V. L., ve Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, *46*(6), 331-337.

Champion, VL., ve Skinner, CS (2008). Health Belief Model. İçinde, K. Glanz, B.K. Rimer, K. Viswanat, (Ed), *Health behavior and health education*. San Francisco: JosseyBass; 45-62.

Champion, V. L., Skinner, C. S., ve Foster, J. L. (2000). The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs, knowledge, and behavior related to mammography screening. In *Oncology nursing forum*, *27*(10), 1565-1571.

Chouliara, Z., Papadioti-Athanasidou, V., Power, K.G. ve Swanson, V. (2004). Practice of and attitudes toward breast self-examination (BSE): a cross-cultural comparison between younger women in Scotland and Greece. *Health Care Women International*, **25**(4), 311–333.

Coldman, A., Phillips, N., Wilson, C., Decker, K., Chiarelli, A., M., Brisson, J., ve ark. (2014). Pan-Canadian study of mammography screening and mortality from breast cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, **106**(11), 1-7.

Cole, S.R., ve Bryant, C.A. (1997). Beliefs and mammography screening. *American Journal of Preventive Medicine*, **13**(6), 439–443.

Colliver, K. (2016). Factors Influencing Participation in Screening Mammography Among Rural Women. (Doctora Thesis)

Cura, Ö. K., Şahin, S., ve Akan, A. (2017a). Lesion detection from the mammography image using the Vision Development Module. In *Medical Technologies National Congress (TIPTEKNO), 2017* (pp. 1-4). IEEE.

Çaparlar, C. Ö., ve Dönmez, A. (2016). Bilimsel Araştırma Nedir, Nasıl Yapılır?. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, **44**, 212-8.

Dinçel, E., Kısmet, K., Erel, S., Sunay, D., Şahin, M., Taşova, V., ve ark. (2010). İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, **6**(3), 113-117.

Dünya Sağlık Örgütü (2015). Breast Cancer. Erişim tarihi:23.06.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.

Elmore, J. G., Armstrong, K., Lehman, C. D., ve Fletcher, S. W. (2005). Screening for breast cancer. *Jama*, **293**(10), 1245-1256.

Emiral, G. Ö., Atalay, B. I., Önsüz, M. F., Zeytin, A. M., Küçük, Y. S., Işık, B., ve ark. (2018). Yarı kırsal alanda yaşayan kişilerde gaitada gizli kan taraması ve tarama programları hakkında farkındalıkları. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2018; 3(1).

Enginyurt, Ö., Gökgöz, M., Öztürk, H., Aksoy, N., Cerit, D., ve Depe, Y. (2016). Meme Kanseri Tanısında Fırsatçı Tarama Yöntemi ile Toplum Tabanlı Tarama Yönteminin Karşılaştırılması. *ODÜ Tıp Dergisi*, 1(1), 1-5.

Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Filiz, B. O. L. U., Durak, A. A., ve ark. (2017). Düzce'de Yaşayanların Kansere Ve Kansere Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 1-10.

Ersin, F., ve Bahar, Z. (2012). Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1), 28-38.

Ersin, F., Gözükara, F., Polat, P., Erçetin, G., ve Bozkurt, M. E. (2015). Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turkish journal of medical sciences*, 45(4), 775-781.

Ersin, F., Çapık, C., Kıssal, A., Aydoğdu, N. G., ve Beşer, A. (2014). Meme Kanseri Kaderecilik Ölçeği: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. 17. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 20-24.

Eser, S., Yakut, C., Özdemir, R., Karakiliç, H., Özalan, S., Marshall, S. F., ve ark. (2010). Cancer incidence rates in Turkey in 2006: a detailed registry based estimation. *Asian Pacific journal of cancer prevention: Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11(6), 1731-1739.

Fernandez, M. E., Palmer, R. C., ve Leong-Wu, C. A. (2005). Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control*, *12*(4_suppl), 77-83.

Fulton, J.P., Buechner, J.S., Scott, H.D., Debuono, B.A., Feldman, J.P., Smith, R.A. ve ark. (1991). A study guided by the health belief model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. *Public Health Reports*, *106*(4), 410– 420.

Gathirua-Mwangi, W., Cohee, A., Tarver, W. L., Marley, A., Biederman, E., Stump, T., ve ark. (2018). Factors Associated with Adherence to Mammography Screening Among Insured Women Differ by Income Levels. *Women's Health Issues*, *28*(5), 462-469.

Ghavami, H. (2015). Meme Kanserli Hastalarda Yaşam Tarzı Müdahalelerinin Fiziksel Ve Psikolojik Sağlık Durumu Üzerine Etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Doktora Tezi. İstanbul.

Gökgöz, Ş. (2012). Cerrahi Biyopsi. İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 335-344.

Gözüm, S., ve Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(3).

Güner, İ. Ç., Tetik, A., ve Gönener, H. D. (2007). Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, *13*(2), 55-60.

Ham, O. K. (2004). Analysis of factors related to mammography screening behavior women: Use of health belief model. *J Korean Comm Nurs*, *18*(1), 187-194.

Haydaroğlu, A., Dubova, S., Özsaran, Z., Bölükbaşı, Y., Yılmaz, R., Kapkaç, M., ve ark. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanserleri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, *1*(1), 6-11.

Ho, T.V. (2006). Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American women. Doctoral Thesis, Denton, Texas.

Hofvind, S., Ursin, G., Tretli, S., Sebuødegård, S., ve Møller, B. (2013). Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*, *119*(17), 3106-3112.

İçten E. G. (2012). Diğer Görüntüleme Yöntemleri. İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 139-149.

İğci, A., ve Asoğlu, O. (2003). Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. İçinde, E. Topuz, A. Aydınar, ve M. Dinçer (Ed.), *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 113-124.

Janz, N. K., ve Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, *11*(1), 1-47.

Karayurt, Ö. (2014). Meme Kanseri. İçinde, G. Can (Ed), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 619-658.

Kayhan, A., ve Arıbal, E. (2014). Meme Kanseri Taraması: Neden Yapıyoruz? Ne Zaman? Değerlendirmede Yaşanan Sorunlar. *Türk Radyoloji Seminerleri*, *2*(2), 230-240.

Kayhan, A., Gürdal, SO., Özayın, N., Cabıoglu, N., Öztürk, E., Özçınar, B., ve ark. (2014). Successful first round results of a Turkish breast cancer screening program with mammography in Bahcesehir, Istanbul. *Asian Pac J Cancer Prev*; *15*(4):1693-1697.

Keten, H. S., Yıldırım, F., Ölmez, S., Üçer, H., ve Çelik, M. (2014). Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Med J*, **20**(3), 212-216.

Khabbazi, P. A., ve Yazgan, M. E. (2012). Kırsal peyzaj ve ekoturizm. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi*, **2**(2), 5-9.

Kıssal, A., ve Beşer, A. (2017). Results of breast and cervical cancer Health Promotion Model for older Turkish women. *Journal of Human Sciences*, **14**(3), 2374-2385.

Klinik Meme Muayenesi. Erişim Tarihi, 6.06.2018
<https://ww5.komen.org/BreastCancer/ClinicalBreastExam.html>

Koçan, S., ve Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The journal of breast health*, **12**(4), 145.

Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M. Z., ve Akkuş, M. A. (2011). Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. *Nobel Medicus* **20**, **7**(2), 19-25.

Korea Ministry of Health & Welfare. (2002). Cancer Information in Korea.

Kozan, R. (2016). Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi* **2016**(4), 185-188.

Kut, E. (2013). Sürdürülebilir Kırsal Kalkınma İçin Kırsal Alan Planlaması Genel Modeli Ve KOP Bölgesi Kırsal Kalkınma Önerileri. *I. Ulusal KOP Bölgesel Kalkınma Sempozyumu*, 146-160.

Mamografi işlemi. Erişim Tarihi, 27.06.2018
<http://www.imaginis.com/mammography/general-information-on-mammography-1>

Maral, I., Budakoğlu, I. İ., Özdemir, A., ve Bumin, M. A. (2014). Topluma Dayalı Mamografi Taramasına Katılımı Etkileyen Faktörler. *Balkan Medical Journal*, **2010**(3), 122-126.

Marmarà, D., Marmarà, V., ve Hubbard, G. (2018). A national cross-sectional study of adherence to timely mammography use in Malta. *BMC cancer*, **18**(1), 346.

Meme kanserinin en çok görüldüğü yerler. Erişim Tarihi, 4.04.2018
<http://www.memesaglik.com/hastalarimiz-icin-/meme-sagligi-kitapligi/178-meme-kanseri-tipleri.html>

Meme Muayenesinde Parmakların Kullanımı. Erişim Tarihi, 22.05.2018
<https://drcamci.com/kendi-kendine-meme-muayenesi/>

Memenin Yapısı ve Şekli. Erişim Tarihi, 4.04.2018
http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc

Mızrak, B. (2017). Emzirme motivasyonu ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, emzirme motivasyonunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Eskişehir.

Mikhail, B. (1994). The Health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice. In Chinn PL (ed): Developing substance mid- range theory in nursing. *Advances in Nursing Science Series*, An Aspen Publication, Maryland.

Müslümanoğlu, M. (2003). Nonpalpabl Şüpheli Meme Lezyonlarının Tanı ve Tedavisi. İçinde, E. Topuz, A. Aydın, ve M. Dinçer (Ed), *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 225-231.

Norman, P., ve Brain, K. (2005). An Application Of An Extended Health Belief Model To The Prediction Of Breast-Self Examination Among Women With A Family History Of Breast Cancer. *British Journal Of Health Psychology*, **10**(1), 1-16.

Ok, E. (2012). Memenin Fizik Muayenesi. İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 27-33

Oktay, A. (2012). Mamografi. İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 109-117.

Onat, H., ve Başaran, M. (2003). Meme Kanseri Risk Faktörleri Ve Korunma. İçinde E. Topuz, A. Aydın, ve M. Dinçer (Ed), *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 90-108.

Özbaş, S., Boylu, Ş., ve Soyder, A. (2012). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. . İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 151-160.

Özdelikara, A. (2013). Meme Kanserli Hastalarda Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma Ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum.

Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y., ve Şahin, S. (2009). Erken Tanı Merkezine Mamografi Çektirmek Amacıyla Başvuran Kadınların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri Ve Anksiyete Düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **8**(4), 333-338.

Özmen, V. (2012). Erken Evre Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisi. İçinde, V. Özmen (Ed), *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 351-367.

Özmen, V. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Mamografik Tarama. *J Breast Health*, **11**(4), 152. doi: 10.5152/tjbh.2015.0002.

Park, Y. J., Chang, S. O., ve Kang, H. C. (2001). Assessing decisional balance toward mammography screening in Korean women. *J Korean Acad Nurs*, **31**(7), 1174-1180.

Parvani, Z. (2011). Breast self examination; Breast awareness and practices of systematic review. *Professional Med J*; **18**(2), 336-339.

Petro-Nustus, W., ve Mikhail, B. I. (2002). Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public health nursing*, **19**(4), 263-271.

Powe, B. D. (1995a). Cancer fatalism among elderly Caucasians and African Americans. *Oncology Nursing Forum*, **22**(9), 1355–1359.

Powe, B. D. (1995b). Fatalism among elderly African Americans: Effects on colorectal cancer screening. *Cancer Nursing*, **18**(5): 385–392.

Rimer, B. K., Briss, P. A., Zeller, P. K., Chan, E. C., & Woolf, S. H. (2004). Informed decision making: what is its role in cancer screening?. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, **101**(S5), 1214-1228

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., ve Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, **15**(2), 175-183.

Ruchlin, H. S. (1997). Prevalence and correlates of breast and cervical cancer screening among older women. *Obstet Gynecol*, **90**(1), 16-21.

Rzayev, A. (2018). İdiyopatik Granüloamatöz Mastitte Histopatolojik IgG4 Boyanması ve Bunun Serum İnflamasyon Belirteçleri İle İlişkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara.

Saywell, R.M., Champion, V.L., Zollinger, T.W., Maraj, M., Skinner, C.S., Zoppi, K.A., ve ark. (2003). The cost effectiveness of 5 interventions to increase mammography adherence in a managed care population. *The American Journal of Managed Care*, **9**(1), 33-44.

Secginli (Meray), S. (2002). Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Seçginli, S. (2007). Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi. T.C İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Seçginli, S.,(2012). Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale. *Cancer Nursing*, **35**(5), 365-373.

Secginli, S. ve Nahcivan, N.O. (2006b). Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, **43**(2), 161-171.

Shin, A., Yoon, H. C., Park, S. K., Shin, H. R., Chang, S. H., Lee, K. S., ve ark. (2001). Breast and uterine cervical screening rate in KMCC. The preliminary report of 2000 Korean Ministry of Health and Welfare Project IID-3.

Squiers, L. B., Holden, D. J., Dolina, S. E., Kim, A. E., Bann, C. M., & Renaud, J. M. (2011). The public's response to the US Preventive Services Task Force's 2009 recommendations on mammography screening. *American journal of preventive medicine*, **40**(5), 497-504.

Strecher, V. J., ve Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 113-117.

Susan G. Meme Kanseri Vakfı (2017). Breast Cancer Surgery, 2017. Erişim Tarihi, 18.12.2018 <https://ww5.komen.org/BreastCancer/TreatmentIntroduction.html>

Susan G. Meme Kanseri Vakfı (2018). Hormone Therapy for Early Breast Cancer, 2018. Erişim Tarihi, 18.12.2018 <https://ww5.komen.org/BreastCancer/TreatmentIntroduction.html>

Talas, M. S., Kocaöz, S., ve Kocaöz, S. (2015). Health beliefs related to breast cancer screening behaviours in women who applied to cancer early detection center. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **14**(3), 265-271.

Taşdelen, İ. (2012). Meme Hastalıklarında Belirtiler. V. Özmen içinde, *Meme Hastalıkları Kitabı* (s. 33-46). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Taymoori, P., Molina, Y., ve Roshani, D. (2015). Effects of a randomized controlled trial to increase repeat mammography screening in Iranian women. *Cancer nursing*, **38**(4), 288.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Dördüncü Basım, Damla Matbaası, Cilt 1, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (2009). Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara, 2009. Erişim Tarihi, 06.06.2018 http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı, Ankara, 2016. Erişim Tarihi, 22.11.2018 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2017. Erişim Tarihi, 23.06.2017 <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014-y%C4%B1%C4%B1-t%C3%BCrkiye-kanser-istatistikleri.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2018). Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara, 2018. Erişim Tarihi, 17.12.2018 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf

Tenekeci, N., ve Tunacı, M. (2003). Mamografi ve Diğer Radyolojik Yöntemleri. İçinde, E. Topuz, A. Aydın, ve M. Dinçer (Ed), *Meme Kanseri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 136-161.

Tuncer, M. (2007). Kanser in ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. *Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları*, (707), 5-9.

Tük, 2017. Nüfus Bilgileri. Erişim Tarihi, 16.12.2018 <http://tuik.gov.tr/Start.do;jsessionid=gVkrCGRhnxN0p2ppyY6lnSwNS8tCGm21RSVWNn2YYcNXJhCPCH6k!327163068>

Türk, R., Eroğlu, K., Terzioğlu, F., ve Taşkın, L. (2017). An Example from the Rural Areas of Turkey: Women Breast Cancer Risk Levels and Application and Knowledge Regarding Early Diagnosis-Scan of Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*, **13**(2), 67-74.

Ustaoğlu, C. (2000). Meme hastalıklarında görüntüleme yöntemleri ve Isparta yöresi meme kanseri tarama sonuçlarımız. T.C Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Isparta.

Vietri, V., Poskitt, S. ve Slaninka, S.C. (1997). Enhancing breast cancer screening in the university setting. *Cancer Nursing*, **20**(5), 323-329.

Yalçın, Ö.(2018). Meme Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Master Tezi. İstanbul.

Yatarken Elle Muayene. Erişim Tarihi, 22.05.2018
http://memeder.org/kkm_nedir.htm

Yıldırım, A. D., ve Özyayın, A. N. (2014). İstanbul/Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. *J Breast Health*, **10**(1), 47-56.



FORMLAR

EK- 1: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

EK- 2: Görüşme Formu

EK- 3: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

EK- 4: Mamografi Yeterlik Ölçeği

EK- 5: Mamografi Korku Ölçeği

EK- 6: Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği

EK- 7: Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Kullanım İzni

EK- 8: KETEM Broşürü

EK- 1: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Tuğçe ÇİÇEKLİ'nin
Tez Çalışması İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 17/04/2018 tarihli ve 71211201-116429 sayılı yazı
b) 21/05/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1645 sayılı yazı
c) 27/06/2018 tarihli ve 71211201-604.01.01-3370 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında başladığı yüksek lisans eğitimine Doç. Dr. Selda SEÇGİNLI'nın danışmanlığında devam eden Tuğçe ÇİÇEKLİ'nin "**Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Mamografi Taramasına Katılımını Etkileyen Prediktörler**" konulu anket çalışmasını, Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı **Celaliye Aile Sağlığı Merkezi, Gülsüm Başarır Aile Sağlığı Merkezi ve Karaağaç Sağlık Evinde** yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nın ilgi b) ve c) sayılı yazılarında istinaden Aile Hekimliği ve Kanser Biriminin uygun görüşleri ile Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve ilgili Aile Hekimliklerine bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini ve bilgilerinizi arz / rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Yusuf AKDOĞAN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı V.

Dağıtım:**Gereği:**

İstanbul Büyükçekmece İlçe Sağlık
Müdürlüğü

Bilgi:

İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
(Aile Hekimliği ve Kanser Birimi)

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3e7336e6-4341-4d4d-9228-d958e054c060 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK– 2: Görüşme Formu

Aşağıda yanıtalamanız 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 bilgiler Büyükçekmece Toplum Sağlığı merkezine bağlı aile sağlığı merkezlerinde yapılması planlanan ‘Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Mamografi Taramasına Katılımını Etkileyen Prediktörler’ konulu çalışmada kullanılacaktır. Katılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

**Hemşire
Tuğçe ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR**

1.Kaç yaşındasınız?

- 40-50 yaş 51 yaş üstü

2. Beden yapısı

- Zayıf Orta Şişman Boy: Kilo: BKİ:

3. Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okuryazar
 1-8 yıl
 9 yıl üstü

4. Medeni durumunuz nedir?

- Bekar Evli

5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

6.Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- Çok İyi Kötü
 İyi Çok Kötü
 Orta

7. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- Çok İyi İyi Orta Kötü Çok Kötü

8. Sağlık güvenceniz var mı?

- Evet Hayır

9 Mamografinin ne olduğunu biliyor musunuz?

- Evet Hayır

10. Evet ise, mamografiye ilişkin bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla şık olabilir)

- Televizyon-radyo Arkadaş-komşu
- Dergi-gazete-broşür Konferans-seminer
- Hemşire-ebe-doktor

11. Daha önce sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire) size hiç mamografi taraması yaptırmanızı önerdi mi?

- Evet Hayır

12. Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?

- Meme kanseri tanısı yok
- Meme kanseri tanısı var

14. Ailenizde herhangi birinde (anne, baba, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen, yeğen) meme kanseri tanısı alan var mı?

- Yok
- Bir hala/teyze ya da büyükanne
- Anne ya da kız kardeş
- Anne ve kız kardeş
- Anne ve iki kız kardeş

15. Son iki yıl içerisinde mamografi çektirdiniz mi?

- Evet Hayır

16. İlk çocuğunuz doğduğunda kaç yaşındaydınız?

- Otuz yaş öncesi ilk doğum Otuz yaş sonrası ilk doğum
- Çocuk yok

17. İlk kez kaç yaşında regl oldunuz?

- 15 ve Üstü 12-14 11 ve Altı

EK– 3: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği****Yatkınlık algısı**

1. Gelecekte büyük bir olasılıkla meme kanseri olacağım.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

2. Gelecekte meme kanseri olacağımı hissediyorum.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

3. Büyük bir olasılıkla önümüzdeki 10 yıl içinde meme kanseri olacağım.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

4. Meme kanserine yakalanma olasılığım çok yüksektir.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

5. Meme kanserine yakalanma olasılığım herhangi bir kadına göre daha fazladır.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

Sağlık Motivasyonu algısı

1. Sağlık sorunlarımı erken dönemde fark etmek isterim.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

2. Sağlıklı kalmak benim için oldukça önemlidir.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

3. Sağlığımın daha iyi olması için yeni bilgileri araştırırım.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

4. Sağlığımın daha iyi olmasını sağlayacak etkinliklere katılmanın önemli olduğunu düşünürüm.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

5. Dengeli beslenirim.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

6. Haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

7. Hasta olmasam bile düzenli sağlık kontrolü yaptırırım.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

Mamografi-Yarar algısı

1. Önerilen mamografiyi (meme röntgeni) yaptırdığımda, kendimi iyi hissederim.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

2. Mamografi (meme röntgeni) yaptırdığım zaman, meme kanseri hakkında çok fazla endişelenmem.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

3. Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, kitlelerin erken bulunmasına yardım eder.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

4. Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanserinden ölme ihtimalini azaltır.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

5. Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri olduğumda tüm memenin alınması ya da şekil bozukluğu yapacak bir ameliyat olma olasılığımı azaltır.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

6. Mamografi (meme röntgeni) yaptırmak, bir kitlenin kendim yada bir sağlık personeli tarafından fark edilmeden önce bulunmasına yardım eder.

() Kesinlikle katılmıyorum () Katılmıyorum () Kararsızım () Katılıyorum () Tamamen katılıyorum

Mammografi-Engel algısı

1.Düzenli mammografi (meme röntgeni) yaptırmak, meme kanseri hakkında beni endişelendirecektir.

()Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

2.Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak beni utandırır.

()Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

3.Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak çok fazla zaman alır.

()Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

4.Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak ağrılı olur.

()Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

5.Mammografi (meme röntgeni) yaptırmak oldukça pahalıdır.

()Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

EK– 4: Mamografi Yeterlik Ölçeği

Mamografi Yeterlik Ölçeği	
1	Kendi aracım yada toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
2	Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
3	Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
4	Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
5	Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
6	Sağlık güvencem karşılama bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
7	Mamografi çektirmek için randevu alabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
8	Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
9	Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
10	Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

EK– 5: Mamografi Korku Ölçeği

Meme Kanseri Korku Ölçeği	
1	Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
2	Meme kanserini düşündüğüm zaman sinirlenirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
3	Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
4	Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
5	Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
6	Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
7	Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
8	Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

EK- 6: Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği**MEME KANSERİ KADERCİLİK ÖLÇEĞİ**

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

	Maddeler	Evet	Hayır
1	Bir kişi meme kanseri olmuşsa, öyle olması gerektiği için olduğuna inanırım.		
2	Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, öyle ya da böyle bunun gerçekleşeceğine inanırım.		
3	Bir kişi meme kanseri olacaksa, bunun mutlaka olacağına inanırım.		
4	Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, doktorun ne yapılacağını söylemesinin bir önemi yoktur, her koşulda bu hastalığa yakalanacağına inanırım.		
5	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunun Allah’dan geldiğine inanırım.		
6	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunu ne zaman fark ettiğinin bir önemi olmadığına ve yine de öleceğine inanırım.		
7	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bu konuda bir şeyler yapmak için çok geç olduğuna inanırım.		
8	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, yakın zamanda öleceğine inanırım.		
9	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, kaderinde bu şekilde ölmenin olduğuna inanırım.		
10	Bir kişi meme kanserine yakalandığında, farklı tedavilerin herhangi bir faydası olmayacağına inanırım.		
11	Meme kanserine yakalanan insanların çoğunun öldüğüne inanırım.		

EK – 7: Powe Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Kullanım İzni

tuğçe çiçekli <ciceklitugce@gmail.com>

Meme kanseri kadercilik ölçeği

Nihal gördes <nihalgordes@gmail.com>
Alıcı: tuğçe çiçekli <ciceklitugce@gmail.com>

20 Temmuz 2017 11:11

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte gerekli bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

12 Temmuz 2017 16:53 tarihinde tuğçe çiçekli <ciceklitugce@gmail.com> yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği AD

Powe Meme Kanseri Kadercilik Skalası.docx
15K

EK – 8: KETEM Broşürü

Mamografi Randevunuzu Geciktirmeden Alın, Meme Kanseriyle Randevunuzu İptal Edin.

Meme Kanseri Kaderiniz Olmasın!

40-69 YAŞ
Aralığındaki Kadınlar
Mamografi için
KETEM veya
Aile Hekiminize
Başvurun.

HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR

KETEM
KANSERİNİN ERKEN TESPİTİ, SAĞLIK VE YAŞAMIN KURTULUŞU
www.kanser.gov.tr www.kanser.saglik.gov.tr

Meme Kanseri düzenli mamografi çekilerek erken tespit edilebilen bir hastalıktır.

Meme Kanseri

Erken dönemde tespit edilebilen kanser türlerinden biridir.

Bu dönemdeki tespit durumunda meme kanserinin iyileşme şansı

% 98'dir

Kendi Kendine Meme Muayenesi

20 yaşından sonra her kadın, her ay kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır.

Kendi kendine meme muayenesi ideal olarak adet başlangıcından 7-10 gün sonra ayda bir kez yapılmalıdır.

Eğer kadın adet görmüyor, yani menopozda ise yine her ay, aynı günlerde meme muayenesi yapılmalıdır.

Klinik Meme Muayenesi

20 yaşından sonra, 2 yılda bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırılmalıdır.

40 yaşından sonra ise her yıl sağlık personeline meme muayenesi yaptırılmalıdır.

Erken tespit için kadınların;

Düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmaları,

Sağlık personeline meme muayenesi yaptırılmaları,

Mamografi yaptırmaları gereklidir.

Mamografi

40 yaşından sonra, iki yılda bir mamografi yaptırmalıdır.

Bir mamografi için en uygun zaman meme dokusunun en az hassas olduğu, adet dönemini takip eden ilk haftadır.

ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 09/03/2018-93193



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Tuğçe ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR

Sayın Tuğçe ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR

Sorumlu araştırmacılığımı üstlendiğiniz 2018/57 dosya numaralı "Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Mamografi Taramasına Katılımını Etkileyen Prediktörler" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 05.03.2018 tarih 03 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

08/03/2018 Sağ.Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEASZUYMS>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güldane ÇELİK Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğçe ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR'in "Kırsal Alanda Yaşayan Kadımların Mamografi Taramasına Katılımını Etkileyen Prediktörler" başlıklı, 2018/57 dosya numaralı 27.02.2018 tarih ve 24336 sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 05.03.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Eray YURTSEVEN (Başkan Yardımcısı)	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Selçuk Bora ÇAVUŞOĞLU (Başkan Yardımcısı)	Spor Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	B. Zarak
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Melek Nihal ESİN	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	J. Kuyumcu
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. İlkey DEMİR	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Ayşe Esra İŞMEN GAZİOĞLU	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Rasim İker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hüseyin Kurtuluş ÖZCAN	Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ	Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Yrd. Doç. Dr. Çare SERTELİN MERCAN	Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KIRSAL ALANDA YAŞAYAN KADINLARIN MAMOGRAFİ TARAMASINA KATILIMINI ETKİLEYEN PREDİKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

% 16 BENZERLİK ENDEKSİ	% 15 İNTERNET KAYNAKLARI	% 6 YAYINLAR	% 5 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	zehirlenme.blogspot.com.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	kanser.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
6	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	www.sbedergi.duzce.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuğçe	Soyadı	ÇİÇEKLİ TAŞDEMİR
Doğ.Yeri	İSTANBUL	Doğ.Tar.	06.01.1991
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	ciceklituğçe@gmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi	
Lisans	İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi	2015
Lise	Erdem Beyazıt Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstinye Üniversitesi	2018-Devam ediyor
2.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi	2015-2016
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi	82	Yds: 67,5

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78	78	78

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsof Office	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

İstanbul Üniversitesi Pedagojik Formasyon Sertifikası (2016)

Cpr Ve İleri Hava Yolu Teknikleri Sertifikası (2014)

English Language Certificate (2011)

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Hemşirelik Bölümü 1.si (2015)

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 3.sü (2015)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, araştırma yapmak, gezmek

