



**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBE VE HEMŞİRELERDE MEME KANSERİ  
KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**CANSU YILMAZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**SİVAS -2020**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBE VE HEMŞİRELERDE MEME KANSERİ  
KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**CANSU YILMAZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR**

Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

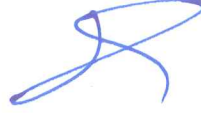
**Unvanı - Adı Soyadı**

**İmza**

Başkan Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR



Üye Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ



Üye (Danışman) Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR



ONAY

Bu tez çalışması, 13.12.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT**

**Enstitü Müdürü**



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR

Tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde bu yola başlarken benden bilgisini emeğini hiç esirgmeden yanımda olan eski danışmanım, hocam Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ'e, çalışmamın sonuçlanmasında devamındaki tüm aşamalarında çok değerli bilgileriyle önümü aydınlatan, güler yüzünü, samimiyetini ve yardımlarını asla esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR'a

Tez savunma sınav jürisinde yer alarak görüş ve önerileriyle araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ ve Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR'a

Tez çalışmamı uygulayabilmem için gerekli izinleri ile olanak sağlayan Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne ve Sivas Numune Hastanesi yönetimine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Sivas Numune Hastanesi'ndeki çalışma arkadaşlarım değerli ebe ve hemşirelere,

Bu zorlu sürecimi başarı ile tamamlamamda yanımda olan, ihtiyacım olan her anda destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen anneciğime, babacığım, canım abim Gökhan YILMAZ'a ve yegane desteğim biricik kardeşim Oğuz Burak YILMAZ'a son anlarımda dahi desteğini hep hissettiğim Leyla GÜNDEŞERİ ve Tuğçe GÜNDEŞERİ'ye

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

# ÖZET

## EBE VE HEMŞİRELERDE MEME KANSERİ KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Cansu YILMAZ

Yüksek Lisans Tezi

Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışmanı: Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR

2020, sayfa 98

Bu çalışma, ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini 15.08.2018-15.11.2018 tarihlerinde Sivas Numune Hastanesinde görev yapan ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, doğum ve hastalık izinde olmayan, görevlendirme ile başka yerde çalışmayan, yıllık izinde olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 56 ebe ve 145 hemşire alınmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik ölçütlerinin yanı sıra Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Ebe ve hemşirelerin (%91,5'i kadın, %8,5'i erkek) Meme Kanseri Korku Ölçeği puan ortalaması  $26,28 \pm 7,50$  iken, %8'inin düşük, %22,9'unun orta ve %69,1'sinin ise yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puan ortalamasının  $125,79 \pm 21,18$ , alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim ( $25,33 \pm 4,62$ ), en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite ( $16,12 \pm 5,10$ ) olduğu belirlenmiştir. Yapılan korelasyon analizinde meme kanseri korkusu ölçeği puan ortalaması ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sadece sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır ( $p=0,038$   $r=0,447$ ). Ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam

biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı artmaktadır.

Sonuçta; ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışını artmaktadır. Hem mesleki eğitimde hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle meme kanseri, riskleri ve korkularına ilişkin bilgilendirmelerin yapılması, sağlık çalışanlarının meme kanseri riski yönünden değerlendirilerek risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik çalışma ortamlarında gereken önlemlerin alınması ve bu çalışmanın daha büyük örneklem grupları ile yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe ve Hemşire, Meme Kanseri, Meme Kanseri Korkusu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

# **ABSTRACT**

## **THE EFFECT OF BREAST CANCER FEAR ON HEALTHY LIFE BEHAVIORS IN MIDWIFE AND NURSES**

Cansu YILMAZ

Master Thesis

Midwifery Department

Advisor: Doç. Dr. Gülseren DAĞLAR

2020, Pages 98

This study was conducted to determine the effect of fear of breast cancer on healthy lifestyle behaviors in midwives and nurses.

The research was cross-sectional. The population of the study consists of midwives and nurses working in Sivas Numune Hospital between 15.08.2018-15.11.2018. The sample of the study consisted of 56 midwives and 145 nurses who were not on maternity and sick leave, did not work or work elsewhere, were not on annual leave and agreed to participate in the study. Data were collected using Personal Information Form, Breast Cancer Fear Scale and Healthy Lifestyle Behavior Scale. In the evaluation of the data; Mann Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used.

Midwives and nurses (91.5% female, 8.5% male) had a mean breast cancer fear score of  $26.28 \pm 7.5$ , 8% had low, 22.9% had moderate and 69.1% had high levels of breast cancer respectively. The total mean score of healthy lifestyle behaviors scale was  $125.79 \pm 21.18$ , the highest mean score of the sub-dimensions was spiritual development ( $25.33 \pm 4.62$ ) and the lowest mean score was physical activity ( $16.12 \pm 5.10$ ). In the correlation analysis, a weak positive correlation between the mean score of the breast cancer fear scale and the mean score of health responsibility sub-dimension of healthy lifestyle behaviors scale was found to be positive ( $p = 0.038$   $r = 0.447$ ). As the fear level of breast cancer increases in midwives and nurses, the behavior of taking health responsibility from healthy lifestyle behaviors increases.

After all; As the fear level of breast cancer increases in midwives and nurses, the



behavior of taking health responsibility from healthy lifestyle behaviors increases. It should be ensured that in-service trainings both in vocational education and post-graduate institutions provide information on breast cancer, risks and fears. It is recommended that this study will be conducted with larger sample groups.

**Keywords:** Midwives and Nurses, Breast Cancer, Breast Cancer Fears, Healthy Lifestyle Behaviors



# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

<b>İÇ KAPAK</b> .....	<b>i</b>
<b>ONAY</b> .....	<b>ii</b>
<b>KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR/SİMGELER</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
<b>2. GENELBİLGİLER</b> .....	<b>8</b>
2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi .....	8
2.2. Gebelikte Trimesterlere Göre Meydana Gelen Değişiklikler.....	8
2.3. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Risk Faktörleri: .....	10
2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları .....	11
2.5. Meme Kanserinde Erken Tanının Önemi.....	13
2.6. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri.....	13
2.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM): .....	14
2.6.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM) .....	15
2.6.3. Mamografi.....	16
2.6.4. Ultrasonografi: .....	17
2.7. Korku .....	17
2.8. Sağlığı Geliştirmek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	19
2.9. Sağlıklı Yaşam Davranış Kriterleri.....	20
2.9.1. Sağlık Sorumluluğu.....	20
2.9.2. Fiziksel Aktivite .....	21
2.9.3. Beslenme .....	22
2.9.4. Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim) .....	24
2.9.5. Kişilerarası İlişki .....	25
2.9.6. Stres Yönetimi.....	25
2.10. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	27
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni.....	29
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	29
3.5. Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler.....	30
3.6. Veri Toplama Araçları .....	30
3.6.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek I):.....	30
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek II): .....	30
3.6.3. Meme Kanseri Korku Ölçeği (MKKÖ) (Ek III) .....	30
3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD –II) (Ek IV).....	31
3.7. Ön Uygulama .....	32
3.8. Verilerin Toplaması/ Araştırmanın Uygulanması .....	33
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	33
3.10. Araştırmanın Etik Yönü .....	33
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
6.1. Sonuçlar .....	68
6.2. Öneriler .....	70
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>84</b>
EK I. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	84
EK II. Kişisel Bilgi Formu .....	88
EK III: Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	91
EK IV: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	92
Ek V. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı .....	94
EK VI . Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi.....	96
EK VII. Ölçek İzin Yazısı.....	97
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>98</b>

## TABLULAR DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=201).....	35
<b>Tablo 2.</b> Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=184) .....	36
<b>Tablo 3.</b> Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı (n=201).....	37
<b>Tablo 4.</b> Ebe ve Hemşirelerin MKKÖ ve SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=201).....	38
<b>Tablo 5.</b> Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Dağılımı (n=201) .....	39
<b>Tablo 6.</b> Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MKKÖ* Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 7.</b> Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	42
<b>Tablo 8.</b> Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre MKKÖ*** Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 9.</b> Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre SYDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=184).....	47
<b>Tablo 10.</b> Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre MKKÖ* Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 11.</b> Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 12.</b> Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Korku Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki.....	55

## KISALTMALAR/SİMGELER

<b>ACS</b>	: American Cancer Society (Amerikan Kanser Topluluğu)
<b>BKİ</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>DALY</b>	: Disability-Adjusted Life Year (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GLOBOCAN</b>	: Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)
<b>KETEM</b>	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KMM</b>	: Klinik Meme Muayenesi
<b>MKKÖ</b>	: Meme Kanseri Korku Ölçeği
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SYBD</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>SYBDÖ</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>TKİ</b>	: Türkiye Kanser İstatistiği
<b>WHO</b>	: World Health Organization

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, hücrelerde kontrolsüzce bölünerek çoğalma ile meydana gelen, genetik ve çevresel koşullardan da etkilenen kompleks bir hastalıktır (Baykara, 2016). Dünyada ve ülkemizdeki bütün ölüm sebepleri arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer alan kanser, öldürücülüğü yüksek olan ve sık görülen bir sağlık sorunudur (WHO, 2018). 2015 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre kanser 172 ülkenin 91'inde 70 yaşından önce meydana gelen ölüm nedenlerinin birinci veya ikinci sırasında, 22 ülkede ise üçüncü ve dördüncü sırada yer almaktadır. Globocan 2018 yılında dünya genelinde tespit edilecek 18,1 milyon yeni vakadan %11,6'sını meme kanserinin oluşturacağını (2.088.849 milyon) ve 9,6 milyon kanser ölümlünden %6,6'lık payın meme kanserinden ölüm olacağını tahmin etmektedir. Dünya genelinde 2018 de yeni teşhis edilmiş meme kanseri vaka sayısına bakıldığında (yaklaşık 2,1 milyon), kadınlar arasında var olan dört kanser vakasından birini meme kanserinin oluşturduğu görülmektedir (Bray ve ark., 2018).

Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı 2016 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre; son 12 yılın tüm verileri karşılaştırıldığında erkeklerde en çok görülen kanser çeşidi akciğer kanseri iken kadınlarda her yıl en fazla görülen kanser çeşidinin meme kanseri olduğu görülmektedir. Türkiye'de tüm yaş grubu kadınlarda meme kanseri insidansı %24,9'dur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'nın açıkladığı 2018 Kanser İstatistiği verilerine göre ülkemizde meme kanseri insidansı yıllara göre artış göstererek 43,8/100.000 olarak bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığının verileri ile Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun veri tabanları karşılaştırıldığında ülkemizde meme kanseri oranlarının ülkenin doğusundan batısına doğru gidildikçe 2 kat arttığı görülmektedir. Ülkenin batısına doğru gidildikçe artan sosyoekonomik düzeyin üreme davranışlarında (ileri ve geç doğum, doğum sayısında azalma, emzirme süresi ve kürtaj gibi...) değişiklik oluşturması sebebiyle meme kanseri riskini artırdığı tahmin edilmektedir (Özmen, 2014; Özmen ve ark., 2012).

Meme kanserinin sebepleri tam olarak bilinmemekle birlikte korunma ve mücadele etmenin en iyi yöntemi bilinen risk faktörlerini sürekli denetleyerek kanserin oluşmadan önlenmesini sağlamaktır (Özmen ve ark., 2012). Meme kanserinin bilinen risk faktörleri, değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Değiştirilemeyen risk faktörleri; kadın olmak, ileri yaş, genetik miras, ailede meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, ırk ve etnik köken, yoğun meme dokusuna sahip olma, bazı iyi huylu tümörlere sahip olma, geç menopoz (>55 yaş), erken menarş (<12yaş) tır. Değiştirilebilen risk faktörleri ise; 30 yaş sonrası ilk gebelik, emzirme süresi, hormonal kontraseptif yöntemler, menopoz sonrası hormonal tedavi kullanımı, tütün ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite, obezite, çevrede bulunan kimyasallar ve gece vardiyasında çalışmaktır (ACS,2014). Çakır ve arkadaşlarının (2016) meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerini inceledikleri çalışmasında, kadınların güncel risk faktörlerine anlamlı ölçüde sahip oldukları saptanmış, erken tanı için yapılan tarama işlemlerinin önemi vurgulanmıştır.

Meme kanseri oldukça yaygın görülen bir kanser çeşidi olup genellikle yavaş ilerleme özelliğine sahip olan ve erken teşhis edildiğinde başarılı bir şekilde tedavi edilebilen bir kanserdir (İğci ve Asoğlu, 2003). Meme kanserinde diğer kanser türlerinden farklı olarak hekim kadar kişinin kendisinde hastalığın tanısında aktif rol oynamaktadır (Erkin ve Ardahan, 2014; Aydoğan ve ark., 2013). Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, sağ kalımı arttırmada, mortaliteyi azaltmada, kadınlar için yaşam kalitesini arttırmada, fiziksel ağrıyı ve psikososyal sorunları önlemede önemli role sahiptir (İğci ve Asoğlu, 2003). Vakaların büyük çoğunluğunda (%90), kadınlar memelerindeki hastalığı kendileri fark ederek erken tanı ve tedavi şansını arttırmaktadır (Erkin ve Ardahan, 2014; Aydoğan ve ark., 2013). Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanı veya tarama davranışları olarak ifade edilmektedir (İlhan ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu görülmektedir (Sönmez ve ark., 2012; Açıkgoz ve ark., 2011; Koç ve Sağlam, 2009; Gençöz, 1998). Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmama sebepleri arasında taramalara karşı ihmaller, unutkanlık, bilgi eksikliği, eğitim durumun düşük olması gibi sosyo-ekonomik nedenler görülmektedir. Tüm bu nedenler dışında tarama yöntemlerine karşı oluşan korku, memeyi kaybetme korkusu ve/veya meme kanseri korkusu erken tanı davranışlarında bulunmayı engelleyen önemli etkenlerdir (acibademhayat.com; www.canceredinstitute.org; indigodergisi.com; Özmen ve ark., 2012).

Ülkemizde ve dünyada görülen meme kanseri oranlarındaki artışa paralel olarak kadınlarda meme kanseri korkusu da artmaktadır. Meme kanseri korkusu, meme kanseri

tehdidi karşısında kişilerin gösterdiği duygusal ve fizyolojik tepki olarak tanımlanabilmektedir (Özmen ve ark., 2012). Zhang ve arkadaşları (2012), meme kanseri riski yüksek olan ve aile öyküsü bulunan kadınlarla yaptıkları çalışmada; kadınların %34'ünün meme kanseri korku düzeyinin düşük, %48'inin orta ve %18'inin yüksek seviyede olduğunu saptamışlardır. Büyükkayacı Duman ve arkadaşlarının (2015) 40 yaş üstü kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada her iki kadından birinin memede kitle ile karşılaşmaktan korktukları için mamografi çektirmekten kaçındıkları ve KKMM yapmadıkları belirlenmiştir. Meme kanseri korkusunu yaşayan kişiler bu korku ile baş edebilmek için kaçma davranışı göstererek erken tanı davranışlarını, tıbbi protokolleri uygulamayı ve koruyucu sağlık hizmetlerini reddedebilmektedir. Korkunun erken tanıda engelleyici olma sebepleri arasında kanser tanısı ile karşılaşma, memeyi kaybetme, kanser tanısı ile birlikte ciddi sağlık sorunları ile karşılaşma, yaşam üzerindeki kontrol kaybı hissi, ölüm, ağrı ve acı hissetme düşüncesi yer almaktadır (Özmen ve ark., 2012). Sohbet ve Karasu (2017), kadınların meme kanserine yönelik bilgi ve davranışlarını araştırdıkları çalışmada KKMM yapmamalarının ilk sıradaki sebebinin “kitle bulmaktan korkmak” olduğunu belirlemiştir. Öner ve arkadaşlarının (2015) meme kanseri tanı ve tedavisinde gecikme nedenlerini araştırdıkları çalışmada kadınların %23'ünün meme kanserinden korktukları için geciktikleri saptanmıştır. Meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen unsurları inceleyen Norouznia'nın(2014), Tuzcu'nun (2013), Gürsoy ve arkadaşlarının (2011), Rızalar ve Altay'ın (2010), çalışmalarında kadınların meme kanseri korkusu yaşadıkları için erken tanı davranışlarından kaçındıkları saptanmıştır. Talbert (2008) meme kanseri korku düzeylerinin artmasıyla tarama davranışlarının azaldığını ve verilen önerilere kadınların daha az uyum gösterdiklerini saptamıştır. Tüm bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Koç ve Sağlam (2009) çalışmalarında KKMM yapan kadınların meme kanseri tanısı alma korkusu nedeniyle KKMM yaptıklarını saptamışlardır.

Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaşlanmasının ve artmasının bir sonucu olarak artan kanser yükü ile beraber kansere bağlı yaşam şekillerinin (sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve “batılılaştırılmış” diyetler, stres ve yaşam tarzındaki olumsuz değişimler gibi) benimsenmesi de kanser riskini artıran faktörlerdendir (acibademhayat.com; www.canceredinstitute.org; indigodergisi.com; Jemal ve ark., 2011). Bu faktörler meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer aldığı gibi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını (SYBD) oluşturarak SYBD'nin meme



kanseri gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesi ve sürdürülebilmesi için uygulaması gereken davranışlara SYBD denilmektedir. SYBD kapsam olarak kişinin kendi sağlık sorumluluğunu alarak sağlık kontrolü, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme (mesleki yetkinliğin gereğini yapmak, manevi gelişim), beslenme, kişiler arası destek, fiziksel aktivite davranışlarından oluşmaktadır (Bayrak ve ark., 2010; Karadeniz ve ark., 2008). SYBD oluşturan bu maddeler aynı zamanda meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörleri arasında da yer almaktadır. Kısaca SYBD hastalık vakalarının, ölüm oranlarının azalmasında ve kanserin önlenmesinde büyük öneme sahiptir (Erkin ve Ardahan, 2014). Başka bir deyişle bireylerde SYBD oluşturma kanser koruyuculuğuna pozitif etkisi vardır denilebilir (Bayrak ve ark., 2010).

Sağlıklı bireyler dışında sağlık sorunu yaşayan bireylerin de sağlıklarını korumak, geliştirmek ve hastalıkla ilgili olumsuzluklarla baş etmek, uygulanan tedavilere uyum sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermeleri beklenmektedir (Gülcivan ve Topçu, 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kadınlarda kanser için erken tanı bilgi düzeyleri ve uygulamalarında etkili olabilmektedir (Aydoğan ve ark., 2013). Yetersiz ve dengesiz beslenen, yeterli seviyede fiziksel aktivite yapmayan, hareketsiz yaşamı benimseyen veya obez olan, tütün mamulleri ve alkol kullanan kişilerde meme kanseri riski artmaktadır. Bu faktörler meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer aldığı gibi aynı zamanda SYBD oluşturan faktörlerdir (Norouznia, 2014; Bayrak ve ark., 2010). Aydoğan ve arkadaşlarının (2013) meme kanserinin oluşumunda etkili olduğu düşünülen bazı çevresel risk faktörlerini sorguladıkları çalışmada çocuk sayısı arttıkça meme kanseri görülme oranının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca erken menarş ve geç menopoza giren kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu, hiç doğum yapmamış ve/veya ilk doğumunu geç yaşta yapmış kadınlarda meme kanseri riskinin erken yaşta doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aydoğan ve ark., 2013). Yine aynı çalışmada çevresel risk faktörlerinden sadece stres düzeyi ile meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Aydoğan ve ark., 2013). Gülcivan ve Topçu'nun (2017) meme kanseri olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada SYBD'den en yüksek puanı manevi gelişim alırken en düşük puanı ise fiziksel aktivitenin aldığı görülmüştür. Çetiner ve Ulupınar'ın (2018) hastane çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada SYBDÖ alt boyutlardan en düşük

puanın fiziksel aktiviteye, en yüksek puanın ise manevi gelişime ait olduğu belirtilmiştir. Gök Uğur ve Avcı Aydın'ın (2015) çalışmalarında kadınların %54,7'sinin KMM yaptırdığı, %35,2'sinin son bir yıl içinde KMM yaptırdığı saptanırken bu kadınların SYBD'den kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutlarında yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada SYBD iyi olan kadınlarda erken tanı bilgi ve uygulamalarının daha iyi olduğu belirtilmiştir (Gök Uğur ve Avcı Aydın, 2015). Meme kanseri erken dönemde tespit edilebildiğinde tedavi edilebilen bir hastalık olduğu için erken tanı davranışları büyük bir önem arz etmektedir. Kişilerin erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde, sağlığın iyileştirilmesi ve kişilere olumlu sağlık davranışının kazandırılmasında sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğunu oluşturan, halkla birebir iletişim halinde bulunan ebe ve hemşirelerin önemi sorumluluklar düşmektedir.

Sağlık profesyonelleri topluma sağlık hizmeti sunarken bir yandan kendileri de çalışma ortamları gereği kanser riski altındadırlar. Çalışma ortamlarında kanserojen olduğu bilinen birçok etkenle iç içe çalışmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının anestezi gazlara, sterilizasyonda kullanılan maddelere uzun süreli maruziyeti kanser riskini artırmaktadır (Türkiye Tabipler Birliği, 2008; Turhan, 2006). Sağlık profesyoneli için kansere sebep olan fiziksel ajanlardan gece işığa maruz kalma ve elektromanyetik alanlar; pineal bezdeki melatonin üretimini azaltarak overlerde oksijen tüketimini artırmaktadır. Bunun sonucunda meme epitel hücrelerinde malign transformasyon riskini artırabilmektedir. Bu durum uzun zamanda depresyona, üreme fonksiyonlarında problemlere ve meme kanserine neden olmakta, gece nöbet tutan ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personellerinde meme kanseri riski artmaktadır (Türkiye Tabipler Birliği, 2008; Turhan, 2006; Çalışkan ve Akdur, 2001). Stevens ve Hansen (2011) gece 24.00'ten sonra değişen vardiyalarda çalışan hemşirelerde meme kanseri riskinin, sürekli gündüz çalışan hemşirelere göre 1,8 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Aralıklı da olsa sürekli gece vardiyasına ek olarak değişen vardiyalarda görev yapan hemşirelerde riskin sürekli gündüz çalışanlara göre 2,9 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Samulin Erdem ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada da 5 yıl veya daha fazla ardı ardına uzun süreli olarak gece vardiyada çalışmanın kadınlarda meme kanserindeki artışla alakalı olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada 6 yıldan fazla gece çalışan kadınlarda meme kanseri riskinin, gündüz çalışan kadınlardan 1,7 kat daha fazla olduğu, yılın yarısında gece çalışan kadınlarda riskin 1,5 kat arttığı ve meme kanseri riskinin artan

gece çalışmaları ile pozitif bir eğilim içinde olduğu bulunmuştur (Hansen, 2001). Tüm bireylerin var olan sağlık seviyelerini korumak ve geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmaları beklenirken, sağlık profesyonellerinin hem kendi sağlık seviyelerini korumak ve geliştirmek, hem de hizmet verdikleri kişilere olumlu örnek olabilmek için SYBD sahip olmasının önemi büyüktür.

Tüm bu bilgiler doğrultusunda topluma önemli bir rol modeli olan sağlık profesyonellerinden ebe ve hemşirelerin meme kanserini önleme ve kendi sağlıklarını geliştirme adına mesleki olarak edindikleri bilgilerin ve kişilere önerdikleri davranışların ne kadarını kendi yaşamlarına entegre edebildikleri önemli bir sorudur. Gençtürk (2013) sağlık profesyonellerinin %19,7'sinin her ay düzenli olarak KKMM uyguladığını, %2,6'sının senede bir kez KMM yaptırdığını ve %1,3'ünün düzenli olarak mamografi çektiğini saptamıştır. Özdemir ve Bilgili (2010) tarafından hemşireler üzerinde yapılan araştırmaya göre hemşirelerin %38,8'inin ihmal ve gerek görmeme sebebiyle düzenli olarak KKMM yapmadıkları, %72,2'sinin de ihmal ve gerek görmeme sebebiyle KMM yaptırmadığı tespit edilmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının (2006) hemşirelerle yaptıkları çalışmada da, hemşirelerin tamamının KKMM yapmayı bildikleri halde %58'inin düzenli olarak KKMM yaptıkları ve %8'inin hiç yapmadıkları saptanmıştır.

Türkiye'de ve dünyada meme kanseri korkusu üzerine yapılan sınırlı sayıda çalışma olmasına rağmen (Çal ve ark., 2018; Norouznia, 2014; Seçginli, 2012; Peek ve ark., 2008) Türkiye'de ve dünyada ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bir arada ele alan ya da meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dünya üzerindeki her 4 kadından birinin meme kanseri tehdidi altında olduğu düşünülecek olursa, mesleki risklerin ve stresörlerin etkisiyle ebe ve hemşirelerin daha fazla meme kanseri riski altında olduğu düşünülebilir. Bu tehditle beraber hissettikleri meme kanseri korkusunun ne kadar farkında oldukları ve sağlıklarını korumak ve/veya sürdürmek için SYBD'nin ne kadarına sahip olduklarının belirlenmesi önemlidir. Bu sebeple çalışmamızın ebe ve hemşirelerde meme kanseri ve korkusu konusunda farkındalığın artırılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde planlanacak girişimlere yol gösterici olması ve bu alanda literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu alışma, ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## **2. GENELBİLGİLER**

### **2.1. Meme Kanserinin Tarihçesi**

Kanser terimi, Latince "cancer" Yunanca "carcinoma" sözcüklerinden köken almıştır. Kontrol edilemeyen anormal hücre çoğalmasdır. Kanser çağımızın en önemli sağlık sorunları arasında olup bugün birçok gelişmiş ülkede en fazla ölüme neden olan ikinci hastalık grubunu oluşturmaktadır (Donegan, 2006).

Milattan önce (M.Ö.) 3500-2500 yılları arasında sağlık tanrısı olarak da bilinen İmhotep'in Eski Mısır'da yazdığı düşünülen tıbbi bir papirüste meme kanseri ile alakalı ilk bilgilere rastlanmaktadır. İmhotep hekim ve aynı zamanda bir mimardır. Amerikalı eski Mısır bilim adamı Edwin Smith'in ortaya çıkarmış olduğu bu papirüste tamamı erkek hastalardan oluşan dokuz meme hastası anlatılmıştır (Donegan, 2006; Erkin ve Ardahan, 2014). Milattan sonra (M.S.) 30'lu yıllarda Romalı Celsus'a göre meme kanserinin dört evresi; erken kanser, ülsersiz kanser, ülserli kanser, karnabahar biçiminde ülserli kanser şeklinde isimlendirmektedir (Donegan, 2006). Milattan sonra 100'lü yıllarda İskenderiye okulunun yetiştirdiği en önemli cerrah olan Leonides tarihte ilk kez meme kanserini mastektomi ile tedavi eden hekim olmuştur (Beenken ve ark., 2004).

Rönesans döneminden 18. yüzyılın sonlarına kadar olan dönem içerisinde aile bireylerinden birçok kişinin meme kanserine yakalanması hakkında anlatılan hastalık öyküleri, 20. yüzyılda hastalığın genetik kaynaklı olduğunun belirlendiği zamana kadar hastalığın enfeksiyon kaynaklı olduğuna inanılmasına yol açmıştır. 19. yüzyılda malign hücrelerin yayılma göstererek metastaz oluşturduğunu ilk kez söyleyen; Johannes Müller iken, bunu mikroskopla kanıtlayanlar ise Carl Thierch (1822-1921) ve Wilhelm Von Waldayer (1836-1921) olmuşlardır. Bu gelişmeler meme kanserinin bölgesel bir merkezden yayıldığı kavramını desteklemiştir. 20. yüzyılda mamografinin meme kanserinin belirlenmesinde tartışmasız en önemli ilerleme olarak cerrahi ile paralel bir gelişme gösterdiği görülmektedir. Böylece erkenden saptanan küçük meme kanserlerinin çok daha iyi tedavi edilebildiği görülmüştür (Aydın ve Akça, 2011).

### **2.2. Gebelikte Trimesterlere Göre Meydana Gelen Değişiklikler**

Meme kanserinin sebepleri tamamen bilinmemekle beraber korunma ve mücadele etmenin en iyi yöntemi, bilinen risk faktörlerini kontrol ederek oluşmadan önlenmesini sağlamaktır. Meme kanseri oluşumunda etkisi bulunan risk faktörlerini bazı kaynaklarda

değiştirilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri şeklinde kategorize edilirken, bazı kaynaklarda ise demografik özellikler (cinsiyet, yaş, ırk), reproduktif öykü (menarş yaşı, doğum sayısı, ilk tam dönem gebelik yaşı, menapoz yaşı, laktasyon, infertilite, abortus ve kürtaj öyküsü), ailesel/genetik faktörler (kanser öyküsü, BRCA 1/2, p53 PTEN veya meme kanseri ile ilişkili diğer gen mutasyonları) ve çevresel faktörler(30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi, hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey v.b) şeklinde kategorize edilmektedir (Özmen ve ark., 2012). Henüz tam olarak ispatlanmamış risk faktörleri ise antiperspirant (roll-on) kullanımı, sigara-alkol kullanımı, yağlı diyet, spontan düşüklükler, gece çalışma (nöbet sistemi) ve 24 saat balenli sutyen giyme olarak gösterilmiştir. Bunların dışında vitamin alımı, kürtaj, meme implantları ise henüz etkisi belli olmayan risk faktörleri arasında yer almaktadır (ACS, 2014). Aydoğan ve arkadaşları (2013) meme kanserinin oluşumunda etkin olduğu düşünülen bazı çevresel risk faktörlerini sorguladıkları çalışmalarında çocuk sayısının arttıkça meme kanseri yakalanma oranının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca; erken menarş ve geç menopoza giren kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğu, hiç doğum yapmamış ve/veya ilk doğumunu geç yaşta yapan kadınlarda meme kanseri riskinin erken yaşta doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada çevresel risk faktörlerinden sadece stres düzeyi ile meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Aydoğan ve ark., 2013)

Cinsiyetin kadın olması kadar yaşın ileri olması da önemli risk faktörlerindedir. Günümüzde bir kadının yaşam boyu taşıdığı risk; non-invaziv meme kanserinde 1/6 iken, invaziv meme kanserinde bu oran 1/8'dir. Var olan bu riskin ortaya çıkmasında en büyük etken ileri yaştır (Özmen ve ark., 2012). Özmen ve arkadaşları (2009) tarafından 50 yaş ve üzeri olan kadınlarda yapılan çalışmanın sonucuna göre; kürtaj öyküsü olan, ilk doğumunu 35 yaş ve üzerinde yapan, BKİ (boy kilo endeksi) 25 ve üzeri olan, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca; eğitim düzeyinin, var olan spontan düşük hikayesinin, emzirme, hamilelik, hormon replasman tedavisi ve oral kontroseptif kullanım hikayesiyle meme kanseri riskinin ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Özmen ve ark., 2009).

Risk faktörlerinden alkol tüketiminin; östradiol serum düzeyini yükseltmesi sebebiyle kanser riskini artırdığı düşünülmektedir. Terry ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada orta seviyede alkol tüketiminin (her gün bir-iki kadeh) meme kanseri

insidansını %30-50 oranında artırdığı sonucuna varılmıştır (Terry ve ark., 2006).

Risk faktörlerinden radyasyona maruziyetin olmasının; meme dokusunun geliştiği 10-14 yaş aralığında olması halinde meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Toraks bölgesine çeşitli sebeplerle radyoterapi işleminin uygulanması da meme kanseri riskini artıran sebeplerdendir. Ancak 45 yaşından sonra radyasyona maruz kalmak veya radyoterapi işleminin meme kanseri riskini etkilemediği bilinmektedir (Özmen ve ark., 2012).

Artan fiziksel aktivitenin premenapozal dönemdeki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. Çok tartışmalı olan bu konuda, düzenli egzersizin östrojen kırılması da denilen anovulatuvar siklusların (yumurtasız menstruasyon siklus) sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (Özmen ve ark., 2012).

Sağlık Bakanlığının verileri ile Türkiye Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun veri tabanları incelenerek karşılaştırıldığında ülkemizde meme kanseri oranlarının ülkenin doğusundan batısına doğru gidildikçe iki kat arttığı görülmektedir. Bu artışın sebebi olarak Türkiye'nin batı bölgesindeki yaşam şeklinin batı toplumlarına benzerliğinden etkilendiği düşünülmektedir. Ülkenin batısına doğru gidildikçe artan sosyo-ekonomik düzeyin reproduktif alışkanlıklarda (ileri ve geç doğum, doğum sayısında azalma, laktasyon süresi ve kürtaj gibi...) değişiklik oluşturması sebebiyle meme kanseri riskini artırdığı tahmin edilmektedir (Özmen ve ark., 2012).

### **2.3. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Risk Faktörleri:**

Sağlık profesyonelleri topluma sağlık hizmeti sunarken bir yandan kendileri de çalışma ortamları gereği kanser riski altındadırlar. Çalışma ortamlarında kanserojen olduğu bilinen birçok etkenle iç içe çalışmaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin anestezi gazlarına, sterilizasyonda kullanılan maddelere uzun süreli maruziyeti kanser riskini artırmaktadır. Kanserojen olduğu net olarak bilinen ve uluslararası kanser araştırma derneğinin açıkladığı 150 kimyasal ve biyolojik ajanlar içerisinde yer alan asbest ve iyonize radyasyon sağlık profesyonelleri için diğer önemli kanserojen ajanlardır. Radyasyon açısından en büyük risk altında bulunan profesyonelleri radyoloji, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp ana bilim dalı çalışanlarıdır. Ayrıca diş klinikleri, kardiyoloji çalışanları ve ameliyathanede çalışanlarda radyasyon riski ile karşı karşıyadır (Türkiye Tabipler Birliği, 2008; Turhan, 2006).

Sağlık profesyonelleri için kansere sebep olan fiziksel ajanlardan gece ışığa maruz

kalma ve elektromanyetik alanlar; pineal bezindeki melatonin üretimini azaltarak overlerde oksijen tüketimini artırmaktadır. Bunun sonucunda meme epital hücrelerinde malign transformasyon riskini artırabilmektedir. Bu durum uzun dönemde meme kanserine, üreme fonksiyonlarında sorunlara ve depresyona neden olmaktadır. Yani gece nöbet tutan ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinde meme kanseri riski artmaktadır (Türkiye Tabipler Birliği, 2008; Turhan, 2006; Çalışkan ve Akdur, 2001). Karanlık hormonu olarak da bilinen melatonin serum seviyelerinin geceleri ışığa maruz kalan kişilerde azaldığı ve buna bağlı olarak da bastırılmış melatonin serum seviyesinin tümör gelişimini artırıcı yönde etkilediği bilinmektedir (Özmen ve ark., 2012). Schernhammer ve arkadaşlarının (2001) bir hastanede 10 yıl süre ile gece çalışmanın meme kanseri ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada; 1-14 yıl veya 15-29 yıl gece vardiyasında çalışan hemşirelerde meme kanseri riskinin orta düzeyde arttığı, 30 yıl ve daha fazla çalışan hemşirelerde ise riskin orta düzeyden daha fazla artış gösterdiği sonucuna varılmıştır. Gece ışığa maruz kalmanın meme kanseri ile olan ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada da; vücudun melatonin seviyesini yüksek olarak ürettiği saatlerde en az haftada bir gece uyanık kalan bireylerde meme kanseri riskinin arttığı, bir ışık yakılarak uyuyan bireylerde meme kanseri riskinin artmadığı, en aydınlık yatak odalarında uyuyan bireylerde ise meme kanseri riskinin arttığı sonucuna varılmıştır (Davis ve ark., 2001).

#### **2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları**

Yetişkin sağlıklı kadınlarda memeler tamamen eşit olmamakla birlikte simetriktir. Memelerdeki bu eşitsizliğin sebebi birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu faktörler memenin büyüklüğü, biçimi, kadının yaşı, kalıtsal yapısı, beslenme biçimi, gebelik durumu, laktasyon süresi ve menstruasyondur. Sağlıklı bir memenin dış görünümünde herhangi bir çekilme (retraksiyon), çökme ya da kabarıklık bulunmaz (Kaymakçı, 2001). Kadınlarda memedeki simetri ve büyüklük farkı doğal olabilir. Ancak bu farklılıklar sonradan geliştiğinde meme kanseri belirtileri açısından dikkatle sorgulanmalıdır (Aydın ve Akça, 2011).

**Kitle:** Meme kanseri belirtilerinden en yaygın olarak görülen belirtidir. Genellikle sert ve hareketsiz olan bu kitleler etrafındaki doku ile beraber hareket etme özelliğiyle kolaylıkla ayırt edilebilir. Etrafındaki doku ile hareket eden kitlelerin sınırları çoğu kez tam olarak belirlenemeyerek kısmi olarak belirlenir. Boyutları memenin büyüklüğüne bağlı olarak bir iki cm kadardır (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz,



2001).

**Ağrı:** Meme kanseri geç dönemine kadar genellikle ağrısız olan bu kitlelerde ağrı daha çok son dönem görülür (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Meme Başı Akıntısı:** Meme kanser olan kadınların ortalama %10 kadarında rastlanan ve pek sık görülmeyen bir durum olan meme başı akıntısı genellikle tek taraflı ve spontan olarak gelişen bir durumdur. Akıntının özelliği; seröz veya kanlı olabileceği gibi seröz-kanlı da olabilmektedir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Forgue Belirtisi:** Memenin üst kadranda bulunan tümörlere bağlı olarak meme başının da tümörün yer aldığı alana doğru çekilmesiyle oluşan görüntüdür. Bu görüntü sebebiyle tümörün mevcut olduğu meme yukarı kalkarak dolgun ve dikleşen bir görünüme kavuşabilmektedir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Memede Ödem ve Portakal Kabuğu Görünümü (Peaud'orange):** Memede bulunan ve taşıdıkları lenf damarlarında tıkanma oluşturarak lenfatik akımda yavaşlamaya yol açan tümör hücreleri deri ve deri altındaki dokunun yetersiz beslenmesine sebep olurlar. Bu yetersiz beslenmeye bağlı olarak deri kalınlaşırken kıl foliküllerinin içine çekilmiş gibi görünmesiyle meme portakal kabuğu görünümü kazanır. Bu belirti ileri evre meme kanseri belirtisidir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Meme Başında Retraksiyon:** Bazı kadınlarda yapısal olarak memelerin gelişimi ile oluşmuş iki taraflı yapısal meme başı retraksiyonları mevcuttur. Ancak memedeki santral kadranda yer alan tümörlerin memenin başını içeri doğru çekmesine bağlı gözükken tek taraflı meme başı retraksiyonları meme kanseri belirtilerindedir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Deride Eritem ve Ülserasyon:** Meme içinde oluşan tümörün doğrudan meme derisine tutunması sonucu oluşmaktadır. Bu tutunmaya bağlı olarak deri beslenmesinde bozulma ile deride önce eritem (kan toplanması) sonucu kızarıklık daha sonrada derideki bu bozulmaya bağlı oluşan ülserasyonlar da meme kanseri belirtilerindedir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve ark., 2003; Prosnitz, 2001).

**Lenf Nodlarında Büyüme:** Memedeki tümörlerin lenf nodlarına yayılımı sonucu oluşan lenf nodlarındaki tıkanma ile gelişen, yapısal olarak sert ve beş mm'den büyük olan lenf nodları meme kanserinin belirtilerindedir (Aydın ve Akça, 2008; Topuz ve

ark., 2003; Prosnitz, 2001).

## **2.5. Meme Kanserinde Erken Tanının Önemi**

Meme kanseri erken tanı konulduğunda tedavi edilebilen ve iyileşen bir kanser türüdür. Meme kanserinde diğer kanser türlerinden farklı olarak; hekim kadar kişinin kendisinin de hastalığın tanısında aktif rol oynadığı bilinmektedir. Vakaların birçoğunda (%90), kadınlar memelerindeki hastalığı kendileri fark ederek erken tanı ve tedavi şansını artırmaktadır. Erken tanılanan meme kanserinde tedavi şansının artmasının yanı sıra kişinin yaşam süresi ve yaşam kalitesi de artmakta, mortalite oranı azalmaktadır. Meme kanserinde fark edilen ilk bulgunun çoğunlukla ele gelen kitle şeklinde olduğu göz önüne alındığında KKMM uygulamasının önemi ortaya çıkmaktadır. Kadınların KKMM uygulayabilmelerinin yanı sıra meme kanseri belirtilerini bilmeleri de büyük önem taşımaktadır (Akyolcu ve Uğraş, 2011).

## **2.6. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri**

Azımsanamayacak oranda morbidite ve mortalite oranına sahip bulunan meme kanserinin özellikle kadınların sağlığı ve hayatları konusunda taşımakta olduğu risk ile erken dönem, etkin tedavi ve iyi prognoz ilişkisi dikkate alındığında, tarama davranışlarının uygulanmasının önemi açıkça ortaya çıkmaktadır. KKMM, KMM ve mamografiyi içeren erken tanı davranış/yöntemlerinin amacı, meme kanserinin erken evrede tanılanarak, etkin ve başarılı bir tedavi ile daha uzun bir hayat sürme imkanının sağlanmasıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011).

ACS (2014) ye göre meme kanseri tarama yöntemleri

- 20 yaşından sonra her ay periyodik KKMM
- 20-39 yaş her ay periyodik KKMM KMM yılda bir
- 40 yaşından sonra her ay periyodik KKMM -Yıllık KMM; 2 yılda bir Mamografi (riskli grupta yılda bir mamografi) önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı (2017) ülkemizde meme kanseri tarama yöntemlerini

- 20 yaşından sonra her ay periyodik KKMM
- 20-39 yaş -her ay periyodik KKMM- üç yılda bir (riskli grupta yılda bir) KMM
- 40 yaşından sonra her ay periyodik KKMM, Yıllık KMM, 2 yılda bir Mamografi (riskli grupta yılda bir mamografi) önermektedir.

### **2.6.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM):**

Kadınların “kendi kendini muayene” yöntemiyle her ay düzenli olarak kontrol etmelerine verilen isimdir. Bu yöntem ev koşullarında rahatlıkla uygulanabilen, kolayca öğrenilebilen, risksiz ve zahmetsiz bir yöntem olan, ekonomik, etkin ve basit olan, invaziv bir girişim veya alet gerektirmeyen bir yöntemdir. Ancak bu tarama yönteminin başarılı olabilmesi için sürekliliğinin olması, düzenli periyodik bir aralıkla yapılması, kadınların meme muayenesine istekli ve özenli olmaları, muayene tekniğinin çok iyi bilinmesi ve her ay muayene için kendilerini sorumlu hissetmeleri gereklidir (Akyolcu ve Uğraş, 2011). ACS (2014) kadınlarda meme muayenesine karşı farkındalığın oluşması için 20 yaşından itibaren düzenli olarak her ay KKMM yapılmasını önermektedir. Her kadın KKMM zamanını tam olarak bilmeli ve bu muayeneyi her defasında aynı zamanda yapmaya itina göstermelidir. KKMM'nin uygulama dönemleri; menstruasyon yaşayan kadınlarda menstruasyonun bitiminden sonraki hafta, menstruasyon yaşamayan menopoza giren kadınlarda ise; her ay aynı günde yapılmalı iken, emzirmekte olan kadınlarda emzirmeyi takiben, doğum kontrol hapı kullanmakta olan kadınlarda ise yeni kutuya başlamadan önceki gün olarak belirlenmiştir. Düzenli KKMM yapmanın kazanımı olarak kişi, bu uygulamayı takiben bir süre sonra kendi meme dokusunun özelliklerini tam olarak aşına olacaktır. Böylece meme dokusunda oluşabilecek yeni bir kitlenin saptanması veya mevcut kitlenin şekil ve büyüklüğünde meydana gelebilecek değişikliği kolayca fark edebilecektir. Kişinin her ay düzenli olarak meme muayenesi yapması meme kanserinin erken tanılanmasında en etkin yöntemdir (Aydın ve Akça, 2008). Gebelik ve emzirme dönemlerinde meydana gelen yoğun hormonal ortam, meme boyutunun artması ve memenin sertleşmesi gibi fizyolojik değişiklikler sebebiyle memenin değerlendirilmesini güçleştirir. Gebelik ilerledikçe meme muayenesi daha da zorlaşmaktadır. Bu nedenle gebelikte en uygun olan meme muayene zamanı memede meydana gelen değişikliklerin ileri seviyede olmadığı ilk gebelik muayenesi anında olmalıdır (Ay ve ark., 2013).

Meme muayenesi elle muayene ve gözle muayene olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar ayakta ve yatarak olmak üzere her iki aşamada da memeyi oluşturan doku, meme başları, meme derisi, meme altı dokusu ve koltuk altı bölgeleri itina ile muayene edilmelidir. Muayenenin iyi ışıklandırılmış bir ortamda, belden yukarısı çıplak olacak şekilde uygulanmalıdır (Aydın, 2009; Aydın ve Akça, 2008).

Meme sağlığı otoritelerinin geliştirdiği önerilere bakıldığında ise; KKMM'nin tarama

yöntemi olarak farkındalıkların artırılmasında etkin rol oynadığı ancak, tek başına meme kanseri mortalitesinin azaltmada sınırlı düzeyde bir etkiye sahip olduğu ve bu sebeple KKMM ile birlikte KMM ve görüntüleme tekniği olarak da mamografi çektirmenin de önemli olduğu bildirilmiştir (Avcı ve ark., 2014). Büyükkayacı Duman ve ark. (2015) 40 yaş üstü kadınlarda yaptıkları çalışmaya göre kadınların KKMM yapmama sebepleri sorgulandığında sırasıyla kadınların kitle bulmaktan korkma (%52,8), bilgisizlik (%21,3), gereksiz bulma (%14,8), üşengeçlik-ihmal (%11,2) olduğu belirlenmiştir. Sohbet ve Karasu (2017), kadınların meme kanserine yönelik bilgi ve davranışlarını araştırdıkları çalışmalarında KKMM yapmama nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan sebepleri; bir şey bulmaktan korkuyor olma, ailesinde ve yakın çevresinde meme kanseri tanısı alan kişilerin bulunmaması ve meme kanserinin kendilerinde olmayacağını düşünmeleri şeklinde sıralamışlardır.

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

KMM meme dokusunun genellikle bir hekim ve hemşire/ebe tarafından yapılan muayenesidir. Meme kanserini erken dönemde tanılabilmek ve kanserden ölüm riskini tanımlayabilmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. Bu yöntemle; palpasyonla fark edilebilen meme kanserlerinin tedavi edilebilirliğinin yüksek olduğu erken evrelerde saptanabilmesini amaçlanmaktadır. Bu yöntemin en önemli avantajı herhangi bir teknik donanıma gerek duyulmadan bir hekim ve hemşire/ebe ile uygulanabilir olmasıdır (Başkan ve ark., 2012; Kösters ve Götzsche, 2003).

ACS (2014) KMM'nin 20-40 yaş aralığında olan kadınlarda üç yılda bir yapılmasını önerirken 40 yaşından sonra kadınların yılda bir kez KMM yaptırmalarını ve 40 yaşından itibaren yılda bir kez mamografi yaptırmalarının meme kanserinde erken teşhis için önermektedir. Ülkemizde uygulama olarak KETEM'in de aynı protokolü izlediği görülmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2018).

KMM'de sağlık profesyoneli tarafından meme dokusu kadın ayakta, oturur pozisyonda ve yatış pozisyonunda iken ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Klinik muayene uygulaması için en uygun zaman menstruasyon evresini takiben 7-10. günler aralığıdır. Yaşının genç olması sebebiyle etkin mamografi uygulanamayan kadınlarda, meme dokusunun tamamının filminin çekilemediği ya da mümkün olmadığı durumlarda KMM uygulamasının tanı konulmasında olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle düzenli olarak KMM yapılmasının meme kanserinde erken teşhis için olanak

sağlayacağı belirtilmektedir (Somunoğlu, 2009; Smith ve ark., 2003). Gürsoy ve arkadaşlarının (2011), çalışmasına göre; kadınların sadece %19,8'inin KMM yaptırdığı saptanırken, Koç ve Sağlam (2009) çalışmasında kadınların %89'unun KMM konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğunu ve katılım grubundan sadece %24'ünün KMM yaptırdığını saptamıştır.

### **2.6.3. Mamografi**

Mamografi asemptomatik olan ve ele gelmeyecek kadar küçük boyutlara sahip meme kitlelerini erken evrede saptayabilmek için kullanılan en önemli tarama aracı olduğu gibi; kanserin varlığını doğrulamak ya da ekarte etmek için başvurulmuş tanısal bir araçtır (Sardanelli ve ark., 2017; Özmen ve ark., 2012). Mamografi ile mümkün olabilecek en düşük düzeydeki radyasyon dozu ile memenin yüksek kalitede görüntüsünü alabilmek amaçlanmaktadır. Tanı ve tarama amaçlı uygulanabilir. Kullanım amacına göre; tanısal mamografi, meme de kitle, ağrı, meme başı akıntısı gibi şikâyetleri olan kişilerde kullanılırken, tarama mamografisi, asemptomatik olan ve ele gelmeyecek kadar küçük kitlelerin erken saptanmasında kullanılır (Özmen ve ark., 2012).

Amerikan Kanser Derneğinin belirlediği kriterlere göre tarama amaçlı yapılan mamogramların; 40 yaş ve üzeri kadınlarda her yıl klinik meme muayenesi ile birlikte mamografik inceleme olarak yaptırması gerekmektedir (ACS, 2014). Ülkemizde uygulanan mamografi taramaları 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda 1 kez olacak şekilde önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Ailesinde menopoza öncesi döneme ait meme kanseri öyküsü bulunan kişilerde, kendisine ait daha önce geçirilmiş meme kanseri öyküsü var olan kişilerde, geçirilmiş meme biyopsisinde atipik değişiklikler saptanan kişilerde, meme kanseri gen mutasyonu (BRCA 1/2, p53 PTEN) tespit edilen kişilerde tarama mamografilerine 40 yaşından daha önce başlanması gerekmektedir (Aydın ve Akça, 2011). Talbert (2008) çalışmasında kadınların %98,3'ünün mamografi ile KKMM gibi erken tanı yöntemlerinin meme kanseri mortalitesini azalttığını bilmesine rağmen sadece %44,2'sinin mamografi yaptırdığı belirtilmiştir. Gürsoy ve arkadaşları (2011) da kadınların %10,1'inin ayda bir kez KKMM yaptığını, %19,8'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı ve %15,0'inin mamografi yaptırdığını saptamışlardır.

#### **2.6.4. Ultrasonografi:**

Ultrasonografi uygulama esnasında radyasyon riski taşımayan, yüksek frekanslı ses dalgaları kullanılarak elde edilen bir görüntüleme yöntemidir. Radyasyon riski taşımadığı için genç hastalarda akla gelecek ilk görüntüleme yöntemi olmalıdır. Mamografi uygulanabilen ve yoğun meme dokusu bulunan hastalarda ise mamografiye ek olarak kullanılan görüntüleme yöntemidir. Mamografi veya diğer yöntemlerle tespit edilen meme kitlelerini değerlendirmek için kullanılarak, solid (sıvı dolu) veya kistik (doku ile dolu) ayrımının yapılmasına yardımcıdır. Ayrıca; gebe ve emziren kadınlarda, erkek hastalarda ve koltuk altı dokuları değerlendirmek için de kullanılmaktadır (Aydın ve Akça, 2011).

#### **2.7. Korku**

Korku; bireysel olarak algılanan anlamlı bir tehdit sebebiyle olumsuz duyguların eşlik ettiği yüksek seviyede hissedilen fizyolojik uyarılma şeklinde tanımlandığı gibi, içeriğinde “tehlike” barındırdığı için reaksiyon gösterilen kişinin kendi düşüncelerinin neden olduğu bir duygu durumu olarak da tanımlanmaktadır (Gençöz, 1998; Witte, 1992). İçerdiği tehlike düşüncesi sebebiyle korku; beraberinde tehlikeden korunma ve kaçma durumunu oluşturan bir duygudur (Gençöz, 1998). Kanser kelimesi beraberinde korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme düşüncelerini barındırarak bir yıkım gibi algılanmakta ve kişinin psikolojik dengesinde krize neden olmaktadır (Tünel ve ark., 2012; Özkan, 2007). Korkuyu hisseden kişiler bu durumdan rahatsız olmaları sebebiyle, kendilerinde bu hissi oluşturan nesne veya pozisyonlardan mümkün olduğu kadar kaçmaktadırlar (Gençöz, 1998).

Meme kanseri korkusu, meme kanseri tehdidine karşısında bireylerin verdiği duygusal ve fizyolojik tepki olarak tanımlanabilmektedir. Meme kanseri korkusu kadınlarda erken tanı davranışlarına bulunmalarını engelleyen ciddi bir faktör olabilmektedir. Korkunun erken tanı engelleyici olma sebepleri arasında, pozitif kanser tanısı ile karşılaşma, memeyi kaybetme, kanser tanısı ile birlikte ciddi sağlık sorunları ile karşılaşma, yaşam üzerindeki kontrol kaybı hissi, ölüm, ağrı ve acı hissetme düşüncesi yer almaktadır. Meme kanseri korkusu yaşayan bireyler korkunun üstesinden gelebilmek için kaçma eylemi göstererek erken tanı davranışlarını, tıbbi protokoller gereğince hareket etmeyi ve koruyucu sağlık hizmetlerini reddedebilirler (Özmen ve ark., 2012). Yapılan çalışmalara bakıldığında da korkunun bireylerde erken tanı

davranışı göstermeyi etkilediği görülmektedir (Norouznia, 2014; Özmen ve ark., 2012; Miller ve ark., 2011; Talbert, 2008). Zhang ve arkadaşları (2012), meme kanseri riski yüksek olan ve aile öyküsü bulunan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada; kadınların %34'ünün meme kanseri korku düzeyinin düşük olarak, %48'inin orta seviye ve %18'inin yüksek seviyede olarak saptamışlardır. Ayrıca düşük ve yüksek seviyede meme kanseri korkusu duyan kadınların, orta seviyede korku duyan kadınlara oranla daha az mamografi ve KMM yaptırdıkları belirlenmiştir (Zhang ve ark., 2012). Talbert'in (2008) Afrikalı Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmasında meme kanseri korku seviyeleri ile tarama davranışları ve verilen tavsiyeleri yerine getirme arasında anlamlı ilişkiye rastlandığı, korku seviyelerinin artmasıyla tarama davranışlarının azaldığı ve verilen tavsiyelere de daha az uyulduğu görülmüştür. Lee (2011) Afrikalı Amerikalı kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada, kadınların %13,4'ünün meme kanseri korku düzeyi düşük olarak saptanırken, %55,6'sının orta ve %31'inin ise yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. 84 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada mamografi çekirme davranışı ile meme kanseri korkusu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (Miller ve ark., 2011). Lamyian ve arkadaşları (2007) İranlı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen en önemli faktör olarak kadınların korkuyu belirttikleri görülmüştür. Ayrıca aynı çalışmada yaşanan korku nedenlerine bakıldığında, meme kanseri tanısı almanın dışında acı çekme, radyasyon alma ve kanserin ölümcül bir hastalık olması sebebiyle korku yaşadıkları anlaşılmıştır (Lamyian ve ark., 2007). Yapılan başka bir çalışmada da korkunun meme kanseri erken tanı davranışlarını olumsuz şekilde etkileme oranının %21 olduğu kadınların mamografi çekimi esnasında ağrı hissetme ve radyasyon alma korkusu yaşadığı belirtilmiştir (Aro ve ark., 2001).

Miles ve arkadaşları (2008), tarafından yapılan çalışmada meme kanseri korkusu yüksek olan kadınların meme kanseri hakkında bilgi edinmek istemedikleri saptanmıştır. Ayrıca yüksek düzeyde korku ve kadercilik inancına sahip olan kişilerin meme kanseri tarama konusundaki gelişmelerden bilgisinin olma ihtimalinin düşük olduğu ve yetersiz bilgi ile olumsuz duygu ve görüşlerin devam edeceği belirtilmiştir (Miles ve ark., 2008). Donnelly ve arkadaşları (2013) tarafından kadınların meme kanseri ile tarama yöntemlerine karşı inanç ve tutumlarını belirlemek amacıyla Katar da yapılan çalışmada meme kanseri korkusu yaşayan katılımcıların KMM ve mamografi yaptırmadıklarını belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da kadınların mamografiyi reddetme sebebi olarak;

ağrıdan korkma, kanser tanısı alma korkusu ve bilinmeyene karşı duyulan korku olduğu belirlenmiştir (Lyttle ve Stadelman, 2006).

Türkiye’de ise meme kanseri korkusu ile alakalı çalışmalar kısıtlıdır (Çal ve ark., 2018; Norouznia, 2014). Meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen unsurları inceleyen çalışmalarda kadınların meme kanseri korkusu yaşadıkları için erken tanı davranışlarından kaçındıkları saptanmıştır (Norouznia, 2014; Tuzcu, 2013; Gürsoy ve ark., 2011, Rızalar ve Altay, 2010; Özer ve ark., 2009). Koç ve Sağlam’ın (2009) yaptıkları çalışmada kadınlardan %35’inin KKMM davranışı gösterdiği ve bu kadınların meme kanseri tanısı alma korkusu nedeniyle KKMM yaptıkları saptanmıştır.

## **2.8. Sağlığı Geliştirmek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlığı geliştirmek; direkt olarak kişi, aile ve toplum gruplarının sağlık hallerinin geliştirilmesi ile iyilik seviyelerinin yükseltilmesine yönelik durumları ifade etmektedir (Tanrıverdi ve Işık, 2014). Kişinin sahip olduğu davranışlarını en üst seviyeye getirmesidir. Sağlıklı yaşam biçimi ise kişinin sağlığına etki eden tüm davranışlarını kontrol ederek günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun olan davranış şeklini seçmesi ve uygulamasıyla sağlığını iyileştirmesi olarak tanımlanmıştır (Tanrıverdi ve Işık, 2014; Tuğut ve Bekar, 2008)

Daha sağlıklı bir hayat yaşamak ve yaşayabilmek için yapılması gereken davranışlara ise SYBD denilmektedir (Bayrak ve ark., 2010). SYBD kadınlarda kanser için erken tanı bilgi düzeyleri ve uygulamalarında etkili olabilmektedir (Aydoğan ve ark., 2013). Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemi olan KKMM, KMM, mamografi uygulaması SYBD olarak görülmektedir (ACS, 2014). Yetersiz ve dengesiz beslenen, yetersiz fiziksel aktivite yapan, sedanter yaşamı benimseyen veya şişman olan, sigara–alkol kullanan kişilerde meme kanseri risk düzeyi artmaktadır. Bu maddeler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturduğu gibi aynı zamanda meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalık durumlarının ve ölüm oranlarının azalmasında, kanserin önlenmesinde önemi oldukça büyüktür. Yani SYBD’nin bireyin kanser koruyuculuğuna pozitif etkisi vardır denilebilir.

Meme kanseri erken tanıldığında yaşam kalitesini ve süresini uzatan, tedavi edilebilen bir kanser türü olması ile birlikte; değiştirilebilen risk faktörlerini değiştirmek, sağlığı geliştirerek SYBD göstermek de yine yaşam kalitesini ve süresini uzatan diğer



faktörlerdir. Meme kanserinin önlenmesi, erken tanı davranışlarının uygulanması, sağlığın geliştirilmesi ve bireylere olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında sağlık hizmetinin her alanında görevli olan, halkla birebir iletişim halinde bulunan ebe ve hemşirelere önemli sorumluluk düşmektedir (Gök Uğur ve Aydın Avcı, 2015). Gök Uğur ve Avcı Aydın'ın (2015) kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamasına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; kadınların %72,6'sının KKMM yaptığı, %28,3'ünün düzenli olarak KKMM yaptığı, %45,6'sının KKMM hakkında eğitim aldığı tespit edilirken, bu kadınlarda SYBD beklenildiği üzere yüksek çıktığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada kadınların %54,7'sinin KMM yaptırdığı, %35,2'sinin son bir yıl içinde KMM yaptırdığı saptanırken bu kadınların SYBD ölçeği toplam puanı ile kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim standartlarında yüksek puan alan kadınlar olduğu tespit edilmiştir (Gök Uğur ve Aydın Avcı, 2015). SYBD iyi olan kadınlarda erken tanı bilgi ve uygulamalarının da daha iyi olduğu belirtilmiştir (Gök Uğur ve Aydın Avcı, 2015).

## **2.9. Sağlıklı Yaşam Davranış Kriterleri**

SYBD içerik olarak kişinin kendi sağlık sorumluluğunu alarak sağlık kontrolü, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme (mesleki yetkinliğin gereğini yapmak, manevi gelişim), beslenme, kişiler arası destek, egzersiz ve fiziksel aktivite davranışlarından oluşmaktadır (Karadeniz ve ark., 2008).

### **2.9.1. Sağlık Sorumluluğu**

Kişinin kendi sağlık durumu için aktif bir şekilde sorumluluk duymasındır. Kişinin sağlığına dikkat etmesi, sağlık konusunda bilgi sahibi olması, gerektiğinde profesyonel kişilerden yardım almasıdır (Bahar ve ark., 2008). Sağlık sorumluluğu; kişinin kendi sağlık düzeyiyle alakalı olarak koruyucu, önleyici ve sağlık düzeyini geliştirici olan davranışlar ile ilgili tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu ayrıca kişinin sağlık bakım kalitesine etki ederek sağlığına katılım seviyesini belirler (Öztürk, 2010 ).

Kişinin sağlığıyla alakalı alabileceği sorumluluk seviyesi

- Vücudunu ve kendini tanıyarak, sağlıkla alakalı farklılıklar ve aksamalar ile karşılaştığında bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat edebilmesi,

- Periyodik aralıklarla tıbbi tetkik ve taramalar yaptırabilmesi, tıbbi kontrollerinin sıklık ve düzenine özen gösterebilmesi,
- Sağlıkla alakalı konularda kendini yenileyebilmesi,
- Sağlıkla alakalı olan tartışmalara girebilmesi,
- Sağlıkla alakalı olan yayınları takip edebilmesi,
- Sağlığını izleyerek iyiliğini hissedebilmesi,
- Basit sapsmalar (sağlıkla alakalı değışiklikler) olduğunda bile ihtiyacı olan önlemleri alabilmesi ile belirlenmektedir (Bottorf ve ark., 1996).

### 2.9.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, insanların en temel işlevlerinden birisidir. Günümüzde gelişen teknoloji ve değışen yaşam tarzı ile insanların günlük fiziksel aktivitelerinin iyice azalmasının sonucu olarak dünyanın pek çok ülkesinde obezite prevalansı gittikçe artmaktadır. Sıklıkla birbirinin yerine kullanıldıkları halde egzersiz ve fiziksel aktivite terimleri aslında anlam olarak farklılıklar içermektedir. Bunlar arasındaki farklılıklar; fiziksel aktivitenin oturup kalkma, yürüme gibi günlük aktiviteleri içeren tüm kas hareketinden oluşması, egzersizin ise genellikle spor etkinliklerini içeren özel, devamlı ve düzenli kas hareketlerini içeren bir aktivite olmasından kaynaklanmaktadır (www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en; Bek, 2008). Egzersizin bütün yaş grupları içeren olumlu etkileri mevcut iken düzenli fiziksel aktivite ise; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, kişilerin sosyalleşmesinde, zararlı alışkanlıkların önlenmesinde yani yaşam kalitesinin artırılmasında oldukça önemlidir (Kavas, 2000). Ayrıca bulaşıcı olmayan pek çok hastalığa yakalanma riskini azaltarak kişinin topluma katılımını ve sosyal uyumunu artırarak toplumsal yararlar kazandırmaktadır.

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine koruyucu etkisi incelendiğinde kalp ve damar hastalıkları riskini düşürdüğü, sağlıklı bir şekilde kilo korunumuna yardımcı olarak diyabet riskini azalttığı, başta meme kanseri olmak üzere kanser riskini azalttığı, psikolojik olarak yararlar sağladığı (depresyon, stres ve anksiyete sorunlarının azalması), kişide olumlu sosyal etkiler sağladığı ve kas, iskelet sisteminin korunmasında ve geliştirilmesinde yardımcı olduğu bilinmektedir (Alpözgen ve Özdiñler, 2016). Fiziksel aktivite yarar sağladığı gibi fiziksel hareketsizlikte hastalık için önemli risk faktörü haline gelmektedir. WHO göre Avrupa Bölgesinde meydana gelen yılda bir milyon ölümün (toplamın %10'u) ve sakatlık sebepli 8,5 milyon yaşam yılı kaybının fiziksel hareketsizliğe bağlanabileceğini gibi koroner kalp hastalıklarının %5'i, iki

diyabet türünün %7'si, meme kanserinin %9'u ve kolon kanserinin %10'unun nedeninin fiziksel hareketsizlik olduğu tahmin edilebilmektedir (hsgm.saglik.gov.tr). Ülkemizde 2013 yılı fiziksel hareketsizliğe bağlı olarak oluşan sakatlık sebepli yaşam yılı kaybına bakıldığında 100.000 kişiye düşen DALY (Disability-Adjusted Life Year-Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı) sonuçlarına göre yıl kaybı kadınlarda 624, erkeklerde 902 ve toplam olarak 760 olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Fiziksel aktivitenin vücut genelindeki sağlığı uzun yıllar koruyarak, devamlılığını sağlamak ve geliştirebilmek üzerine pek çok pozitif etkisi bulunmaktadır. Bu etkiler;

- Kas gücünü artırarak, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır.
- Lökomotor sistem rahatsızlıklarının oluşmasını önler ve tedavi eder.
- Beden yağ oranını azaltarak, kilo kontrolüne yardımcı olur.
- Kan basıncını azaltır.
- İnsülin duyarlılığını artırarak, kan şekerini azaltır.
- Serum LDL kolesterol seviyesini düşürüp, Serum HDL kolesterol seviyesini artırarak HDL/LDL oranını artırır. Buna bağlı olarak Koroner Kalp Hastalığı riskini azaltır.
- Kardiyovasküler sistemin işlev durumunu ve performansını iyileştirir
- Birçok kanser çeşidinin (meme, kolon ve prostat kanseri gibi) oluşmasını önlemede yardımcı olur
- Stres düzeyini azaltır.
- Osteoporozun oluşumunu önler.
- Hareketsiz yaşamı tercih eden kişilere göre yaşamdan beklentiyi artırır (Çetiner, 2014; Akyol ve ark., 2008).

### **2.9.3. Beslenme**

Beslenme, kişinin, büyüebilmesi, gelişebilmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun bir yaşam sürebilmesi için ihtiyacı olan besin maddelerini yeterli oranda ve dengeli olarak alması ile vücutta kullanılmasıdır (Baysal, 2002). Sağlıklı beslenme; kişinin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde tutularak ihtiyacı duyduğu bütün besin maddelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır (Orak ve ark., 2006). Beslenme, gelişimsel olarak, yaşamın devamlılığı ve sağlığın korunması adına zorunludur. Günlük alınması gereken besinler 6 temel besin ögesi olarak; su, karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallerden oluşmaktadır. Vücutta büyüme, hücrelerde yenilenme ve

fonksiyonların sürdürülebilmesi için gerekli olan temel besin gruplarının yeterli ölçüde ve dengeli olarak alınması zorunludur. Temel besin gruplarının vücudun ihtiyaç duyduğundan az olarak alınması yetersiz beslenmeye yol açarken, tek tip besin grubu ile beslenme şekli ise dengesiz beslenme sorununa sebep olmaktadır. Sağlığın sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için yeterli ve dengeli beslenme ile bu davranışın kazanımı gereklidir (Tayar ve Korkmaz, 2007; Baysal, 2002).

Sağlıklı olarak yaşamın devamlılığında diğer bir söyleyişle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde beslenme alışkanlıkları aktif rol oynamaktadır. Doğru beslenme ile düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite fiziksel sağlıkla beraber ruhsal sağlığın da iyileşmesini sağlamaktadır. Ayrıca, günümüzde dengesiz beslenme ve hareketsiz olan bir yaşam tarzının benimsenmesiyle obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz gibi birçok hastalığın meydana gelmesine zemin oluşturmaktadır. Ailenin ve toplumun sağlıklı olarak yaşayabilmesi ve ekonomik yönden gelişebilmesi, onu oluşturmakta olan kişilerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlıklı olan kişi çalışma gücüne sahip olarak ailesine ve topluma ekonomik yönden katkıda bulunmaktadır. Aile ve toplumda hasta, güçsüz ve özürlü olan kişilerin artması, üretimi azaltarak verimliliği düşürmekte ve sağlık harcamasını artırmaktadır (Yücecan, 2008). Sağlığın temelini ise yeterli ve dengeli beslenme oluşturmaktadır. Sağlıklı olan ve iyi beslenen bireylerin, boylarının uzunluğu ile vücut ağırlıkları arasında uyum bulunmaktadır. Bireyin boy uzunluğuna göre olması gereken vücut ağırlığına ideal ağırlık denilmektedir (Öztürk, 2010). Fazla kiloluluk ve obezite ise; sağlığı bozacak düzeyde normal olmayan veya fazla olan yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Yetişkinlerde fazla kiloluluk, obezite ve ideal ağırlığı sınıflandırmada hesaplayıcı olarak genellikle BKİ kullanılır. BKİ kişinin kilogram olarak ağırlığının boyunun metre olarak karesine bölümü ile hesaplanır. WHO BKİ'nin 25 ve üzerini fazla kilolu ve BKİ'nin 30 ve üzerini obez olarak tanımlamaktadır (Obesite Tanı Kılavuzu, 2015; Karakaya ve ark., 2012; Yücecan, 2008).

Fazla kiloluluk ve obezitenin temel nedenini, vücuda alınan kalori ile kullanılan kalori arasındaki dengesizlik oluşturmaktadır. Dünyada bu durum; yağ, tuz ve şeker oranı yüksek iken vitamin, mineral ve diğer mikro besin içeriği düşük olan yüksek enerjili besin maddelerinin fazla tüketimi ile beraber hareketsiz yapıdaki bir takım çalışma şekillerinin artması, ulaşım tarzının değişmesi ve kentleşmenin artmasından dolayıdır (Karakaya ve ark., 2012)

#### **2.9.4. Kendini Gerçekleştirme (Manevi Gelişim)**

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, kişinin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli etken de “kendini gerçekleştirme” etkenidir. Kendini gerçekleştirme düzeyi; benliğin (kişiliğin) sağlıklı gelişmesi, çevreye karşı uyum halinde olunması ve toplumsal sorumlulukların yerine getirilmesi ile ilişkilidir. Maslow’a göre bireyin kendini gerçekleştirme tamamen yaşamı özümseyerek ona odaklanması dışında yaşamı dolu ve coşkulu olarak yaşamasıdır (Bahar ve ark., 2008).

Kendini gerçekleştirme, insanların davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, ulaşılmaya çalışılan bir gelişme düzeyidir. Kendini gerçekleştirmeyi başaran kişiler, kendilerini tanıyarak, kişilik olarak zayıf ve güçlü yönlerini bildiği için, belirli bir plan ve program içerisinde belirlediği hedefi ve amacı doğrultusunda bir yaşam sürer, başarılarının da bilincindedir. Birey olarak kişinin kendisini takdir etmesi ve kendisinden memnun olması, kendisinin saygın olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirebildiğini ortaya koymaktadır. Maslow, insan gereksinimlerini önem sırasına koyarak bir gereksinim kuramını ortaya koymuştur. Maslow’un gereksinim kuramına bakıldığında kendini gerçekleştirmenin en üst basamakta bulunduğu görülmektedir. Maslow’a göre kişinin fizyolojik ihtiyaçları, güvenlik ihtiyacı, ait olma ve sevgi ihtiyacı, saygınlık (değer) ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı bireyin gereksinimlerini oluşturmaktadır. İnsanın alt düzeydeki fizyolojik gereksinimleri karşılandıktan sonra, üst düzeydeki psiko-sosyal gereksinimleri ortaya çıkmaktadır (Özvarış, 2011).

Günümüzde var olan bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık sistemini ve hizmetini etkilemektedir. Bu gelişmeler ebe ve hemşirelerin bireysel olduğu kadar mesleki yönden de devamlı gelişebilen, sorumluluk alabilen, araştırma şekliyle sorunlara çözüm üretebilen, liderlik vasfına sahip olan ve kişilerarası iletişimi güçlü olan meslek profesyonelleri olmalarını mecburi kılmaktadır. Sağlık profesyonellerinin en önemli unsurunu oluşturan ebe ve hemşirelerin sahip olması gereken bu özellikler temel gereksinimler kuramında kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmalarının önemini göstermektedir (Selvi ve ark., 2010).

### **2.9.5. Kişilerarası İlişki**

Kişilerarası ilişki, bireylerin başka kişilerle olan mecburi sebepler dışında kurdukları ilişkilerde sözel olan veya olmayan mesajlarla duygu ve düşüncelerini paylaştığı bir olgudur (Tedik, 2017; Özcan, 2006). Kişilerarası destek ilişkisinin sürekliliğine, niteliğine ve düzeyine bağlı olmakla beraber sağlık üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmekte olan bir olgudur (Tedik, 2017). Pender kişiler arası ilişki sistemini; bireyin kendisine yakın olan arkadaşları için zaman ayırması, insanlarla tatmin edici olan anlamlı ilişkiler kurması, başkalarının başarılarını övmesi, kendisini yakın hissettiği (aile, arkadaş, eş vb.) kişilerle terapötik iletişim kurması, başkaları ile fikir alışverişinde bulunması, tartışma ve uzlaşma yollarını kullanarak sorunlarını çözebilmesi olarak yorumlamıştır (Pender ve ark., 2014) .

Kişilerarası ilişkilerde destekleyici rolü bulunan kişi veya kişiler, güven içeren tutum ve davranışlarının yanı sıra koşulsuz yaklaşımlarıyla da iletişimin nitelik kazanmasını sağlamaktadırlar. Kişilerin çeşitli zamanlarda yaşadıkları olumsuzluk içeren durumlarda (hastalık, ekonomik sıkıntı, sevdiklerini kaybetme vb.), ilişkilerinde, yaşam biçimlerinde ve üstlendikleri rollerde aksaklıklar ortaya çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda bireylerin kendisine yakın hissettiği kişilerden (aile, eş, yakın çevre, arkadaş, vb.) destek görebilmeleri, mevcut sıkıntının daha kolay algılanmasında yardımcı olarak, kişinin baş etme yeteneğinin artmasına ve sorun çözümlerinde başarılı olunmasına katkı sağlamaktadır. Baş edebilme şekli bireyden bireye farklılık göstermektedir. Her bireyin kişisel özellikleri veya çocukluk dönemindeki deneyimleri kişilerarası ilişki ve kişilerarası destek sürecini etkilemektedir (Tedik, 2017; Özcan, 2006).

### **2.9.6. Stres Yönetimi**

Stres, kişilerin iç ve dış ortamlarda meydana gelen değişiklikleri tehlike, tehdit veya savaş olarak algıladığı, uygun baş etme yöntemleri kullanıldığında uyum sağlayarak dengesini sürdürebildiği, ancak uygun baş etme yöntemleri kullanmadığı anlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Uz ve Kitiş, 2017). Günümüzde hızlanan yaşantısal gelişim ve değişim, iş yaşamına ve sosyal yaşama da büyük bir hareketlilik ve hız getirmektedir. Sosyal bir varlık olan insanın hızla değişen ve gelişen yaşam şartları sebebiyle, fiziksel ve ruhsal olarak sınırlarının zorlanması, tehdit edilmesi ve bu değişime adapte olmaya çalışırken farklı tepkiler vermesi

kaçınılmaz olmaktadır. Bu sebeple stres kavramı sıklıkla karşılaşılan ve kullanılan bir terim olmaktadır. Kişinin stresin üstesinden gelebilmesi problem çözme becerisiyle beraber savunma mekanizmasını kullanabilmesini içermektedir. Stres kontrolündeki ilk basamak, kişinin kendisini stresli hissettiren olayları bilmesi ve stres altında iken hissettiği duyguların bilincinde olmasıdır. Kişilerin stres anından fazla etkilenmemesi için adaptasyon yeteneklerini saptaması ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmaları gerekmektedir. Fiziksel olan ve psikolojik olan stresler beraberinde kişide evreler halinde meydana gelen bazı değişiklikler oluşturmaya başlamaktadır. Bu değişiklikler “Genel Adaptasyon Sendromu” olarak adlandırılmaktadır. Bu kurama göre kişi stresli durumlarda önce alarm, direnç ve tükenme olarak üç aşamalı tepki vermektedir (Örnek ve Aydın, 2008; Özer ve Baltacı, 2008; Güçlü, 2001).

#### **2.9.6.1. Stresin Sağlığa Etkileri**

İnsan vücudu stresle baş etmek için üstün bir şekilde yaratılmış olmasına rağmen bu durum sadece belirli bir seviyeye kadar geçerli olmaktadır. Bir tehlike durumunda vücut, kan dolaşım sistemine adrenalin ve diğer stres hormonlarını salgılar. Kalp hızı yükselir, kan basıncı artar ve kaslarda gerginlik oluşur (Müftüoğlu, 2003). Bu yanıtlar bireye stres kaynağı ile savaşıma ve stresten kaçma enerjisi verir. Stres anının uzaması neticesinde organ, sistem ve fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelmektedir. Kronik mide rahatsızlıkları, baş ağrıları, deride döküntüler, sırtta ağrılar, düzensiz solunum ve uykusuzluk, erken belirtiler olmasıyla beraber kişinin kendisini çok yıprattığının da bir göstergesidir. Vücudun devamlı olarak stres kaynaklı uyarılmışlık durumunda kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına sebep olmakta, vücudun kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır (Balcıoğlu, 2005).

#### **2.9.6.2. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri**

Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime neden olan etkenlerden uzak durmak, sosyal faaliyetlerde bulunma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç sayılabildiği gibi kişisel olarak stresle baş etmenin bilinen bir diğer şekli de yaşam tarzı değişikliğini içeren DKBY modelidir. Braham tarafından geliştirilen bu modelde D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir.

**Değiştir:** Bu basamak imkan dahilinde var olan olumsuz koşulu değiştirmektir. Olumsuz durum değişmesi halinde, bu durumun neden olduğu stres ortadan kaldırılabılır.

**Kabul et:** Bu basamak imkan dahilinde değiştirilmesi mümkün olmayan koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

**Boş ver:** Bu basamak duygusal ve zihinsel yönden farklı bir kavrayışla olaylara yeni ve farklı bir bakış açısı getirmektir.

**Yaşam tarzını yönet:** Bu basamakta egzersiz, diyet, rahatlama ve duygusal destek gibi metotlarla gelecekte stres oluşturabilecek faktörler ortadan kaldırılabılır (Tutar, 2004).

## **2.10. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi**

Sağlık profesyonelleri olarak ebe ve hemşireler hastalarla sürekli iletişim halinde bulunmalarının da etkisiyle meme kanserini tanılamada, meme kanserinin belirti ve bulgularını saptamada, risk gruplarını belirleyerek erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında toplumun eğitiminde rolleri vazgeçilmezdir. Bu sebeple ebe ve hemşirelerin toplum için eğitici rolü gereğince meme kanseri konusunda geniş bilgi sahibi olmasının dışında, toplumu destekleyici rolü gereğince meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını uygulama konusunda becerikli ve deneyimli olmaları gerekmektedir. Ebe ve hemşirelerin erken tanı için önemli olan KKMM'yi her ay düzenli olarak uygulamaları ve çevrelerindeki kadınlara öğretmeleri mesleki olarak bu sorumluluklarının bir parçasıdır (Uncu ve Bilgin, 2011; Karayurt ve ark., 2008). Gençtürk (2015) tarafından İstanbul'da bir sağlık kuruluşunda görevli sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan araştırmaya göre çalışmaya katılanların %86,8'inin KKMM yapmasını bildiği ve %19,7'sinin düzenli her ay KKMM yaptığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada yine katılımcıların %30,3 ile %77,6 arasında KKMM yapılırken dikkat edilmesi gereken noktaları bildiği saptanmıştır (Gençtürk, 2015). Gençtürk (2013), tarafından sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan başka bir araştırmada; katılımcıların % 19,7'sinin her ay düzenli olarak KKMM yaptığı, %2,6'sının yılda bir kez KMM yaptırdığı ve %1,3'ünün düzenli olarak mamografi çektiirdiği belirtilmiştir. Özdemir ve Bilgili (2010) tarafından Ankara'da bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan araştırmaya göre; çalışmaya katılan hemşirelerin %38,8'inin "ihmal ve gerek görmeme" sebebiyle düzenli olarak KKMM yapmadıkları belirtilmiştir. Aynı çalışmada yine ihmal ve gerek görmeme sebebiyle KMM yaptırmayan hemşirelerin oranı %72,2 olarak tespit



edilmiştir (Özdemir ve Bilgili, 2010). Kılıç ve arkadaşları (2006) da hemşirelerin %100'ünün KKMM yapmayı bildikleri halde %58'inin düzenli olarak KKMM yaptıklarını ve % 8'inin hiç yapmadıklarını saptamıştır.

Tüm bireyler için var olan sağlığını korumak ve geliştirmek adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olması beklenirken, sağlık profesyonellerinin hem kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hem de hizmet verdikleri bireylere olumlu örnek olabilmek adına bu davranışları uygulaması daha büyük bir öneme sahiptir (Tanrıverdi ve Işık, 2014). Meme kanserini önlemede, kişilerin erken tanı davranışlarının iyileştirilmesinde, sağlığın geliştirilmesi, bireylere olumlu sağlık davranışı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğunu oluşturan, halkla birebir iletişim halinde bulunan ebe ve hemşirelerin mesleki olarak bildikleri ve insanlara önerdikleri davranışların ne kadarını kendilerine entegre edebildikleri önemli bir sorudur.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, kesitsel tiptedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Sivas Numune Hastanesi'nde yapılmıştır. Sivas Numune Hastanesi, 31 Anabilim dalı ve 9 yandal olarak Acil, Poliklinikler, Yataklı Servis, Acil Servis, Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Üniteleri, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi, Anestezi yoğun Bakım Ünitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, AMATEM Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi, Kan ve Kalp Merkezi (Erişkin), Kapsamlı Onkoloji Merkezi, Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Yanık Tedavi Ünitesi, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Polikliniği, Perinatal Merkez, Çocuk İzlem Merkezi ile hizmet vermektedir. Tomografi, MR (Manyetik Rezonans Görüntüleme), Bronkoskopi, EKO-kardiyografi, Sintigrafi, Efor-EKG (Elektrokardiyograf) cihazları ile radyolojik tetkik işlemleri yapılmakta, Biyokimya, Mikrobiyoloji, Patoloji, Laboratuvarı ve Genetik gibi ileri teknoloji alanlarda teşhis ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri sunmaktadır. Toplam olarak 700 yatak kapasitelidir. Hastane çalışma şekli ebe ve hemşireler için 08-16 gündüz mesaisi, 16-08 nöbet sistemi şeklindedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini 15.08.2018-15.11.2018 tarihlerinde Sivas Numune Hastanesinde görev yapmakta olan ebe ve hemşireler oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

15.08.2018-15.11.2018 tarihlerinde Sivas Numune Hastanesinde 702 ebe ve hemşire görev yapmaktadır. Evrenden örneklem seçimi yapılmamış olup belirtilen tarihlerde Sivas Numune Hastanesinde çalışan doğum ve hastalık izninde olmayan, görevlendirme ile başka yerde çalışmayan, yıllık izinde, mazeret izninde bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 56 ebe ve 145 hemşire olmak üzere toplam 201 sağlık personeli örnekleme oluşturmuştur.

### **3.5. Bağımsız ve Bağımlı Değişkenler**

Bağımsız değişkenler: Meme kanseri korku ölçeğinden alınan puan ortalamalarıdır.

Bağımlı değişkenler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarından alınan puan ortalamalarıdır.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerin toplanmasında “Bilgilendirilmiş Olur Formu”, “Kişisel Bilgi Formu”, “Meme Kanseri Korku Ölçeği” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek I):**

Bu form ebe ve hemşirelerin bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belgedir. Formda çalışmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır. Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

#### **3.6.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek II):**

Bu form, araştırmacı tarafından ilgili literatürler taranarak (Erdem ve ark., 2017; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Tambağ, 2011; Bayrak ve ark., 2010) oluşturulmuştur. Formda; ebe ve hemşireleri tanıtıcı özelliklerini içeren (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma süresi, çalıştığı birim vb), obstetrik özellikleri (gebelik, doğum, çocuk sahibi olma durumu vb.), meme kanseri risk faktörleri (BKİ, çalışma şekli, nöbet tutmanın aile yaşamına etki, yemek yeme alışkanlıkları, uyku düzeni, stresle baş etme durumu, fiziksel aktivite ve egzersiz durumu, kişiler arası ilişki/iletişim durumu, kanser tanısı alma, ailede kanser öyküsü bulunma, ailedeki kanser tanılı bireyin yakınlığı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, alışkanlıkların kanser oluşumuna etkisi) olmak üzere toplam 30 soru bulunmaktadır.

#### **3.6.3. Meme Kanseri Korku Ölçeği (MKKÖ) (Ek III)**

MKKÖ Champion ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir Bu ölçek kadınların meme kanseri ve taramasına verdikleri duygusal yanıtları belirleyerek, kanser korkusu incelenmesi ve müdahaleler yoluyla korkuyu değiştirmeyi amaçlamıştır. Korku, üzüntü, sinirlilik hali, depresyon, endişe, huzursuzluk, hızlı kalp atımı ve tedirginlik olmak üzere müdahaleci duygu ve düşünceler ile ilgili öğeleri içerir (Champion ve ark., 2004). Meme kanseri korku ölçeği 8 maddeden oluşmuş 5’li Likert tipinde (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5)

Tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmıştır. Bu puanlamaya göre olası en düşük puan 8 iken en yüksek puan 40'tır. Uygulanan ölçekte bireyin yüksek puan alması meme kanseri hakkında daha fazla korku hissettiği sonucunu verir. Düşük korku skoru 8–15 arası, orta derecede korku skoru 16–23 arası ve yüksek korku skoru 24–40 arası olacak şekilde belirlenmiştir (Seçginli, 2012). Orijinal ölçeğin Cronbach Alpha değeri, beyaz Afrikalı Amerikalı kadınlar için 0,91 ve Afrikalı Amerikalı kadınlar için 0,94 olarak bulunmuştur (Champion ve ark., 2004). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği çalışması Seçginli (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0,90 olarak bulunmuştur.

#### **3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD –II) (Ek IV)**

Bu ölçeğin ilk versiyonu Walker ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiş ve 48 maddeden oluşmuştur (Walker ve ark., 1987). Daha sonra ölçek 1996 yılında Walker ve Hill-Polerecky tarafından tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak (SYBD-II) olarak adlandırılmıştır. SYBD-II ölçeği, dörtlü Likert şeklinde oluşturulmuş ve 1-hiçbir zaman, 2-bazen, 3- sık sık ve 4-düzenli olarak, şeklindedir. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin kesme değeri yoktur. Uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika olan ölçeğin 52 madde ve altı alt faktörü bulunmaktadır (Bahar ve ark., 2008).

**Sağlık sorumluluğu;** bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmeli, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Sağlık sorumluluğu alt faktör madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51.

**Fiziksel aktivite;** sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. Hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülür. Fiziksel aktivite alt faktör madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46.

**Beslenme;** bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler. Beslenme alt faktör madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50.

**Kendini gerçekleştirme/manevi gelişim;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini

belirler. İç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Manevi gelişim alt faktör madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52.

**Kişiler arası ilişki;** başkaları ile olan ilişkilerdir, nedense gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir. Kişiler arası ilişki alt faktör madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49.

**Stres yönetimi;** gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Stres yönetimi alt faktör madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 (Bahar ve ark., 2008).

Orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplamda ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.79-0.87 arasında değişmektedir (Walker ve Hill-Polerecky, 1996). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliği çalışması 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha değeri toplamda ölçek için 0.94 olup, altı alt faktörler için 0.77-0.64 arasında değişmektedir (Bahar ve ark., 2008). Bizim çalışmamızda SYBDÖ Cronbach Alpha değeri toplamda ölçek için 0,94 olup alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri ise sağlık sorumluluğu 0,80; fiziksel aktivite 0,87; beslenme 0,72; manevi gelişim 0,82; kişiler arası ilişki 0,79; stres yönetimi 0,71 olarak belirlenmiştir.

### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması 15.08.2018-22.08.2018 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesinde çalışmaya katılmayı kabul eden 20 ebe ve hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda tüm soruların hem okuma hem de cevaplandırılması açısından anlaşılır olduğu görülmüştür. Ön uygulama sonrasında formlardaki sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamış olup 20 ebe ve hemşire örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmanın ön uygulamasında da ebe ve hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş araştırmaya katılmayı kabul edenlerin bilgilendirilmiş olur formunu (Ek I) onaylamaları istenmiştir.

### **3.8. Verilerin Toplaması/ Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma, 15.08.2018-15.09.2018 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesinde çalışan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan ebe ve hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırmacı ebe ve hemşirelere çalışma hakkında bilgi vererek gerekli açıklamaları yaptıktan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşirelerin bilgilendirilmiş onamlarını (Ek I) aldıktan sonra veri toplama formlarını uygulamıştır. Veriler araştırmacı ile ebe ve hemşirelerin uygun olduğu bir zamanda (hastaların bakım ve uygulamalarını yaptıktan sonra) araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu (Ek II), MKKÖ (Ek III) ve SYBDÖ (Ek IV) kullanılarak elde edilmiştir. Görüşme toplamda 15 dakika sürmüştür.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21.0) paket programıyla yapılmıştır. Araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel ölçütler (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdeler) kullanılmıştır. Değişkenlerin normallik testi sonucunda değişkenlerin normal dağılımdan gelememesi nedeniyle ikili gruplarda Mann Whitney U testi, üç veya daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiye korelasyon analizi ile bakılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiye Ki-kare analizi ile bakılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup  $p < 0,05$  olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu,  $p > 0,05$  olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2018-01/39 karar numaralı (Ek V) göre, çalışmanın uygulanabilmesi için Sivas Numune Hastanesi'nden (25.06.2018 tarihli, 93848782/799-6563sayılı) (Ek VI) gerekli izin alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ebe ve hemşireler araştırmaya katılmaları için davet edilirken Bilgilendirilmiş Olur Formundaki bilgiler okunmuş ve onamları alınmıştır (EK I). Araştırmaya katılıp katılmama konusunda karar ebe ve hemşirelere bırakılarak gönüllülük isteği göz önünde bulundurulmuştur. Çalışmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri alınmıştır (Ek VII).

#### 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı, ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı, ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı, ebe ve hemşirelerin MKKÖ toplam puan ve SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı, ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerinin dağılımı, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre MKKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre MKKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre MKKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması, ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki olmak üzere on iki bölümde değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1' de verilmiştir. Katılımcıların %27,9'u ebelerden, %72,1'i hemşirelerden oluşmuş ve yaş ortalaması  $32,67 \pm 8,39$  olarak belirlenmiş olup %91,5'i kadın, %8,5'i erkektir. Katılımcıların %9'unun lise, %15,4'ünün ön lisans, %64,2'sinin lisans, %11,4'ünün de yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim aldığı, %71,6'sının evli olduğu saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin %79,6'sının çoğunlukla ilde yaşadığı, %81,1'inin ailesi ile yaşadığı, %63,2'sinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak algıladığı bulunmuştur (Tablo 1).

Ebe ve hemşirelerin %53,7'sinin çalışma süresinin 10 yıldan az olduğu, %78,1'inin mesleğinden memnun olduğu (%65,2'sinin orta düzeyde memnun, %12,9'unun memnun), %67,7'sinin de çalıştığı klinikten memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların %83,1'i kronik bir hastalığı bulunmadığını, bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında %17,4'ü bir şey yapmadan geçmesini beklediğini, %40,8'i kendi yöntemleri ile geçmesini beklediğini, %8'i reçetesiz ilaç kullandığını, yalnızca %33,8'i ise hekime başvurduğunu belirtmişlerdir. %79,1'i devlet hastanesini, %8,0'i de özel muayene ve özel hastaneyi sağlık sorununda başvurulan kurum olarak tanımlamıştır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=201)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
<b>Meslek</b>		
Ebe	56	27,9
Hemşire	145	72,1
<b>Yaş</b>		
20-29 yaş	90	44,8
30-39 yaş	61	30,3
40 yaş ve üzeri	50	24,9
<b>Yaş Ortalaması</b>	32,67±8,39 (21-52)	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	184	91,5
Erkek	17	8,5
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Lise	18	9,0
Ön Lisans	31	15,4
Lisans	129	64,2
Yüksek Lisans ve Doktora	23	11,4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	144	71,6
Bekâr	57	28,4
<b>Çoğunlukla Yaşanılan Yer</b>		
İl	160	79,6
İlçe	41	20,4
<b>Birlikte Yaşanılan Kişiler</b>		
Yalnız yaşama	29	14,4
Aile	163	81,1
Arkadaş	9	4,5
<b>Ekonomik Düzey Algısı</b>		
Gelir giderden az	49	24,4
Gelir gidere denk	127	63,2
Gelir giderden	25	12,4
<b>Çalışma Süresi</b>		
10 yıldan az	108	53,7
10-19 yıl	49	24,4
20 yıl ve üzeri	44	21,9
<b>Meslek Memnuniyet Düzeyi</b>		
Memnun değil	44	21,9
Orta derece memnun	131	65,2
Memnun	26	12,9
<b>Klinik Memnuniyet Düzeyi</b>		
Memnun	136	67,7
Memnun değil	65	32,3
<b>Yaşanılan Sağlık Sorununda Gösterilen Yaklaşım</b>		
Bir şey yapmadan geçmesini bekleme	35	17,4
Kendi yöntemleri ile geçmesini bekleme	82	40,8
Reçetesiz İlaç kullanma	16	8,0
Hekime başvurma	68	33,8
<b>Sağlık Sorununda Başvurulan Kurum</b>		
Aile Hekimi	26	12,9
Devlet Hastanesi	159	79,1
Özel Muayene ve Hastane	16	8,0
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Var	34	16,9
Yok	167	83,1
<b>Sürekli İlaç Kullanımı* (n=34)</b>		
Var	31	91,2
Yok	3	8,8
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

\*Kronik hastalığa evet diyenler analize alınmıştır.



**Tablo 2.** Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=184)

<b>Obstetrik Özellikler*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Menarş yaş ortalaması (min-max )</i>	13,26±1,18 (9-17)	
<b>Gebelik Sayısı (n=184)</b>		
Yok	62	33,7
1	34	18,5
2	57	31,0
3 ve üzeri	31	16,8
<b>İlk Gebelik Yaşı (n=122)</b>		
19 yaş ve altı	2	1,6
20-34 yaş	116	95,1
35 yaş ve üzeri	4	3,3
<b>Doğum Sayısı (n:122)</b>		
Yok	8	6,6
1	37	30,3
2	62	50,8
3 ve üzeri	15	12,3
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı (n:114)</b>		
1	36	31,6
2	63	55,3
3 ve üzeri	15	13,2
<b>Emzirme Süresi(n: 114)</b>		
Yok	2	1,8
0-12 ay	33	28,9
13-23 ay	51	44,7
24 ay üzeri	28	24,6
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

\*Sadece kadınlar analize alınmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde; katılımcıların %33,7'sinin gebelik yaşadığı, gebelik yaşayanların %95,1'inin ilk gebelik yaşınının 20-34 yaş arasında olduğu, %50,8'inin iki ve üzerinde doğum yaptığı, %13,2'sinin üç ve üzeri çocuğa sahip olduğu, %44,7'sinin de 13-23 ay arasında bebeklerini emzirdiği görülmektedir (Tablo 2). Kadın ebe ve hemşirelerin menarş yaş ortalaması 13,26±1,18 dir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre dağılımı Tablo 3' te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı (n=201)

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Var	38	18,9
Yok	129	64,2
Bırakan	34	16,9
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Var	6	3,0
Yok	195	97,0
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
Zayıf (<18,5)	7	3,4
Normal(18,5-24,9)	116	57,7
Fazla Kilolu (25-29,9)	63	31,3
Obez (>30)	15	7,6
<b>Çalışma Şekli</b>		
Nöbet	134	66,7
8-16 gündüz mesaisi	67	33,3
<b>Nöbetin Aile Yaşamına Etkisini Değerlendirme(n:134)</b>		
Var	94	70,1
Yok	40	29,9
<b>Alışkanlıkların Kansere Etkisini Değerlendirme</b>		
Var	175	87,1
Yok	26	12,9
<b>Kanser Tanısı Alma Durumu</b>		
Var	4	2,0
Yok	197	98,0
<b>Aile üyelerinde Kanser Hastası Olma Durumu</b>		
Var	79	39,3
Yok	122	60,7
<b>Ailedeki Kanser Hastasının Yakınlığı** (n:79)</b>		
Birinci Derece	21	26,6
İkinci Derece	29	36,7
Üçüncü Derece	29	36,7
<b>Meme Kanseri Korkusu Yaşama Durumu</b>		
Var	136	67,7
Yok	65	32,3
<b>Risk Faktörleri Açısından Kendini Değerlendirme</b>		
<b>Beslenme Durumu</b>		
Yeterli	136	67,7
Yetersiz	22	10,9
Kısmen Yeterli	43	21,4
<b>Uyku Durumu</b>		
Yeterli	67	33,3
Yetersiz	81	40,3
Kısmen Yeterli	53	26,4
<b>Stresle Baş Etme Durumu</b>		
Yeterli	70	34,8
Yetersiz	51	25,4
Kısmen Yeterli	80	39,8
<b>Fiziksel Aktivite Durumu</b>		
Yeterli	56	27,9
Yetersiz	74	36,8
Kısmen Yeterli	71	35,3
<b>Kişiler Arası İlişki/İletişim Durumu</b>		
Yeterli	138	68,7
Yetersiz	12	5,9
Kısmen Yeterli	51	25,4
<b>Toplam</b>	<b>201</b>	<b>100</b>

\*Çalışma şekli nöbet olan kişiler analize alınmıştır.

\*\* Ailede kanser tanısı bulunan bireyler analize alınmıştır.

Katılımcılardan %18,9'u sigara, %3,0'ü alkol kullandığını, %87,1'i alışkanlıkların kanser oluşumuna etkisinin olduğunu düşündüklerini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerin %57,7'sinin normal (18,5-24,9) beden kitle indeksinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %66,7'si nöbet şeklinde çalıştığını belirtmiş ve nöbet şekliyle çalışanların %70,1'i de nöbetin aile yaşamını etkilediğini ifade etmiştir. Ebe ve hemşirelerin %98,0'ı kanser tanısı almadığını, kanser tanısı alan dört kişiden biri meme kanseri tanısı aldığını, %39,3'ü aile üyeleri içerisinde kanser hastası olduğunu, kanser hastası olduğunu söyleyenlerin %26,6'sı birinci derece yakını olduğunu ve katılımcıların %67,7'si meme kanseri korkusu yaşadıklarını söylemiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerden meme kanseri risk faktörleri açısından kendilerini değerlendirmeleri istendiğinde; %67,7'si beslenme, %33,3'ü uyku, %34,8'i stresle baş etme, %27,9'u fiziksel aktivite ve %68,7'si kişiler arası ilişki/iletişim durumunu yeterli bulduklarını belirtirken; %10,9'u beslenme, %40,3'ü uyku, %25,4'ü stresle baş etme, %36,8'i fiziksel aktivite ve %6,0'sı kişiler arası ilişki/iletişim durumunu yetersiz bulmuştur (Tablo 3).

Meme kanseri korku ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımına Tablo 4' te yer almaktadır.

**Tablo 4.** Ebe ve Hemşirelerin MKKÖ ve SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=201)

Ölçekler		Çalışmadan Alınan puanlar (min-max)	x±ss
MKKÖ*		8-40	26,28±7,50
SYBDÖ** (toplam puan)		79-179	125,79±21,18
SYBDÖ** Alt Boyutları			
	Sağlık Sorumluluğu	11-36	21,16±4,56
	Fiziksel Aktivite	8-32	16,12±5,10
	Beslenme	11-36	20,68±4,36
	Manevi Gelişim	14-35	25,33±4,62
	Kişiler Arası İlişkiler	15-35	24,67±4,23
	Stres Yönetimi	9-30	17,83±3,83

\*MKKÖ: Meme Kanseri Korku Ölçeği

\*\*SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Tablo 4'de çalışmada kullanılan ölçeklerden MKKÖ'nin minimum puanı 8, maksimum puanı 40 iken puan ortalaması 26,28±7,50'dir. SYBDÖ toplam puan aralığı 52-208 arasında iken çalışmada en düşük 79 en yüksek 179 puan alındığı, ortalama puanın

125,79±21,18 olduğu bulunmuştur. SYBDÖ alt boyutları puan aralığına bakıldığında sağlık sorumluluğu 9-36, fiziksel aktivite 8-32, beslenme 9-36, manevi gelişim 9-36, kişilerarası ilişkiler 9-36 ve stres yönetimi 8-32'dir. Çalışmamızda sağlık sorumluluğu puan ortalaması 21,16±4,56; fiziksel aktivite puan ortalaması 16,12±5,10; beslenme puan ortalaması 20,68±4,36; manevi gelişim puan ortalaması 25,33±4,62; kişilerarası ilişkiler puan ortalaması 24,67±4,23 ve stres yönetimi puan ortalaması 17,83±3,83'dür (Tablo 4). Araştırmada Cronbach Alpha değerleri oldukça güvenilir bulunmuştur.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerinin dağılımı Tablo 5' te verilmiştir.

**Tablo 5.** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Dağılımı (n=201)

<b>Korku Düzeyleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Düşük (8-15)	16	8,0
Orta (16-23)	46	22,9
Yüksek (24-40)	139	69,1
<b>TOPLAM</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerine bakıldığında %8'inin düşük, %22,9'unun orta ve %69,1'inin ise yüksek düzeyde korku yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 6'da ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre MKKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 6.** Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MKKÖ\* Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Ort±ss	Test Değeri	p
<b>Meslek***</b>			
Ebe (n=56)	26,48±5,86	4024,500	0,923
Hemşire (n=145)	26,21±8,06		
<b>Yaş**</b>			
20-29 yaş(n= 90 )	24,72±7,79	14,196	<b>0,001</b>
30-39 yaş(n= 61 )	25,90±6,94		
40 yaş ve üzeri(n= 50 )	29,56±6,68		
<b>Cinsiyet***</b>			
Kadın (n=184)	26,30±7,42	1491,000	0,750
Erkek (n=17)	26,06±8,60		
<b>Öğrenim Durumu**</b>			
Lise(n=18)	27,89±6,88	5,260	0,154
Ön Lisans(n=31)	23,84±7,93		
Lisans(n=129)	26,60±7,27		
Yüksek Lisans ve	26,39±8,40		
Doktora(n=23)			
<b>Ekonomik Düzey Algısı**</b>			
Gelir giderden az (n=49)	25,04±7,80	1,259	0,533
Gelir gidere denk (n=127)	26,74±7,16		
Gelir giderden fazla (n=25)	26,40±8,59		
<b>Çalışma Süresi**</b>			
10 yıldan az (n=108)	25,30±7,67	9,312	<b>0,009</b>
10-19 yıl(n=49)	25,88±7,35		
20 yıl ve üzeri(n=44)	29,16±6,60		
<b>Çalışılan Klinikten Memnuniyet Düzeyi***</b>			
Memnun (n=136)	25,34±7,67	3471,500	<b>0,014</b>
Memnun değil (n=65)	28,26±6,78		

\*MKKÖ: Meme Kanseri Korku Ölçeği

\*\*Kruskall-Wallis H Testi \*\*\* Mann Whitney U Testi

Yaş gruplarına göre meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptanmıştır (p=0,001, Tablo 6). 40 yaş ve üzerinde olan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku puan ortalamaları 30-39 yaş ve 20-29 yaş aralığında bulunan ebe ve hemşirelerden anlamlı derecede yüksektir.

Meslekte çalışma süresine göre meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır (p=0,009 Tablo 6). Meslekte 20 yıl ve üzerinde olan ebe ve hemşirelerin, meslekte 10 yıldan az olanlar ve meslekte 10-19 yıl arasında bulunan ebe ve hemşirelere göre meme kanseri korku puan

ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Çalışılan klinikten memnuniyet düzeyine göre MKKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmaktadır ( $p=0,014$ , Tablo 6). Çalıştığı klinikten memnun olanlar ile memnun olmayanlar arasında meme kanseri korku düzeyleri açısından anlamlı farklılık görülmekte olup çalıştığı klinikten memnun olmayanların meme kanseri korku düzeyleri memnun olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

Meslek, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çoğunlukla yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler, ekonomik düzey algısı, yaşanan sağlık sorunu, meslekten memnuniyet düzeyi, yaşanan sağlık sorununda gösterilen yaklaşım, yaşanan sağlık sorununda ilk başvuru kurumu, kronik hastalık varlığı ve kronik hastalığı bulunanlarda sürekli ilaç kullanma durumuna göre meme kanseri korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ( $p>0,05$  Tablo 6).

Tablo 7’de ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 7.** Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellik	SYBDÖ* Alt Boyutları						
	Sağlık Sorumluluğu Ort±ss	Fiziksel Aktivite Ort±ss	Beslenme Ort±ss	Manevi Gelişim Ort±ss	Kişilerarası İlişki Ort±ss	Stres Yönetimi Ort±ss	SYBDÖ* toplam puan
<b>Meslek***</b>							
Ebe (n= 56 )	20,98±4,55	15,13±5,05	20,52±4,27	25,05±3,99	24,18±3,89	17,13±3,73	122,84±20,63
Hemşire(n=145)	21,23±4,58	16,51±5,09	20,74±4,41	25,44±4,85	24,86±4,36	18,10±3,85	126,93±21,35
Test değeri/p	3968,500/0,804	<b>3323,500/0,046</b>	3975,000/0,818	3915,500/0,695	3644,000/0,259	<b>3170,000/0,016</b>	3520,500/0,144
<b>Yaş**</b>							
20-29 yaş(n= 90 )	21,30±4,52	16,73±5,22	20,51±4,26	25,68±4,49	24,86±4,16	18,42±3,89	127,50±21,18
30-39 yaş(n= 61 )	20,85±4,45	15,89±4,92	20,43±4,57	24,59±4,90	24,43±4,07	16,98±3,94	123,16±21,85
40 yaş ve üzeri(n= 50 )	21,28±4,84	15,32±5,06	21,30±4,31	25,62±4,49	24,62±4,61	17,78±3,44	125,92±20,44
Test değeri/p	0,121/0,842	3,8/0,147	1,4/0,478	2,15/0,341	0,542/0,763	4,77/0,092	1,296/0,523
<b>Cinsiyet***</b>							
Kadın (n=184)	21,18±4,64	15,81±5,01	20,65±4,37	25,40±4,66	24,74±4,34	17,64±3,80	125,42±21,30
Erkek (n=17)	20,94±3,78	19,53±5,01	21,06±4,37	24,65±4,27	23,82±2,74	19,82±3,70	129,82±20,06
Test değeri/p	1521,000/0,851	<b>907,000/0,004</b>	1483,500/0,725	1425,500/0,545	1376,500/0,412	<b>1024,500/0,018</b>	1347,500/0,345
<b>Öğrenim Durumu**</b>							
Lise <sup>a</sup> (n=18)	21,11±4,55	18,44±6,62	22,44±4,25	25,67±4,34	25,89±3,92	17,83±3,65	131,39±20,87
Ön Lisans <sup>b</sup> (n=31)	18,81±3,40	15,06±3,47	19,32±3,44	23,45±3,78	22,74±3,18	16,68±2,80	115,81±13,80
Lisans <sup>c</sup> (n=129)	21,12±4,64	15,91±5,18	20,33±4,29	25,36±4,75	24,45±4,24	17,89±4,10	125,13±21,94
Yüksek Lisans ve Doktora <sup>d</sup> (n=23)	24,57±3,55	16,96±4,82	23,09±4,90	27,43±4,34	27,52±4,15	19,00±3,36	138,57±18,53
Test değeri/p	<b>22,5/0,0001</b>	4,1/0,249	<b>12,7/0,005</b>	<b>9,4/0,024</b>	<b>17,6/0,001</b>	6,7/0,081	<b>17,761/0,000</b>
Anlamlı fark	<b>d&gt;a,b,c</b>		<b>d&gt;a,b,c</b>	<b>d&gt;a,b,c</b>	<b>d&gt;a,b,c</b>		<b>d&gt;a,b,c</b>

**Tablo 7:** Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

<b>Ekonomik Düzey Algısı**</b>							
Gelir giderden az <sup>a</sup> (n=49)	20,88±4,99	16,67±4,85	20,41±3,96	25,43±4,52	24,69±4,70	18,16±3,85	127,22±22,55
Gelir gidere denk <sup>b</sup> (n=127)	21,01±4,52	15,31±4,73	20,42±4,42	24,61±4,61	24,33±4,17	17,40±3,77	122,65±20,57
Gelir giderden fazla <sup>c</sup> (n=25)	22,48±3,78	19,16±6,22	22,56±4,54	28,80±3,20	26,32±3,22	19,32±3,79	138,96±16,18
Test değeri/p	2,6/0,268	<b>8,8/0,012</b>	4,8/0,089	<b>18,8/0,0001</b>	5,4/0,065	4,04/0,132	<b>11,496/0,003</b>
Anlamlı fark		<b>c&gt;a, b</b>		<b>c&gt;a,b</b>			<b>c&gt;a,b</b>
<b>Meslekten Memnuniyet Düzeyi**</b>							
Memnun değil <sup>a</sup> (n=44)	20,23±4,86	16,07±4,80	19,61±4,14	24,02±4,78	23,70±4,43	17,39±4,29	121,02±22,55
Orta Derece memnun <sup>b</sup> (n=131)	21,19±4,38	16,21±5,25	21,06±4,46	25,35±4,42	24,65±4,04	17,80±3,54	126,20±20,33
Memnun <sup>c</sup> (n=26)	22,58±4,73	15,81±5,00	20,58±4,06	27,46±4,71	26,38±4,48	18,69±4,40	131,81±22,06
Test değeri/p	3,7/0,157	0,184/0,912	4,1/0,129	<b>9,2/0,011</b>	<b>6,1/0,047</b>	1,5/0,461	3,530/0,171
Anlamlı fark				<b>c&gt;a,b</b>	<b>c&gt;a,b</b>		
<b>Çalışılan Klinikten Memnuniyet Düzeyi***</b>							
Memnun (n=136)	21,32±4,62	16,48±5,36	20,50±4,19	25,99±4,65	25,11±4,32	18,01±3,88	127,46±21,53
Memnun değil (n=65)	20,83±4,45	15,38±4,45	21,06±4,72	23,97±4,29	23,74±3,92	17,45±3,73	122,31±20,15
Test değeri/p	4126,000/0,445	4026,000/0,307	4193,000/0,555	<b>3214,500/0,002</b>	<b>3516,000/0,019</b>	4054,000/0,341	3868,500/0,153

\*SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

\*\*Kruskall-Wallis H Testi \*\*\*Mann Whitney U Testi



Mesleğe göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0,046$ ,  $p=0,016$  Tablo 7). Hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları ebelere göre anlamlı derecede yüksektir. Ölçeğin diğer alt boyutları (sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki) ve toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Cinsiyete göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış (sırasıyla;  $p=0,004$ ,  $p=0,018$  Tablo 7) iken diğer alt boyut puan ortalamalarında (sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki) ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Erkeklerin kadınlara göre fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Öğrenim durumuna göre ebe ve hemşirelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki) ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,0001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,024$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,000$  Tablo 7). Ebe ve hemşirelerden yüksek lisans ve doktora grubunda olanların sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları lise, ön lisans ve lisans eğitim düzeyinde olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 7). Ebe ve hemşirelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanlarına bakıldığında yüksek lisans ve doktora grubunda olanların lise, ön lisans ve lisans eğitim düzeyinde olanlara göre puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek iken ön lisans grubunun toplam puanlarının diğer gruplara (lise, lisans, yüksek lisans ve doktora) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Ekonomik düzey algısına göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (sırasıyla;  $p=0,012$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,003$  Tablo 7). Ebe ve hemşirelerden geliri giderinden fazla olarak algılayanların fiziksel aktivite, manevi gelişim ve toplam puan ortalamaları geliri giderine denk ve geliri giderden az olarak algılayanlara göre anlamlı

derecede yüksektir. Sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$  Tablo 7).

Meslekten memnuniyet düzeyine göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutlarından manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0,011$ ,  $p=0,047$  Tablo 7). Mesleğinden memnun olan ebe ve hemşirelerin manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları, mesleğinden memnun olmayan ve orta derece memnun olanlara göre anlamlı derece yüksektir. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$  Tablo 7).

Çalışılan klinikten memnuniyet düzeyine göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş (sırasıyla;  $p=0,002$ ,  $p=1,019$  Tablo 7) iken, diğer alt boyut puan ortalamalarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi) ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 7). Çalıştığı klinikten memnun olanların, memnun olmayanlara göre manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir.

Yaş grubu, medeni durum, çoğunlukla yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler, meslekte çalışma süresi, yaşanan sağlık sorununda gösterilen yaklaşım, yaşanan sağlık sorununda ilk başvuru kurum, kronik hastalık varlığı ve kronik hastalığı bulunanlarda sürekli ilaç kullanma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo7).

Tablo 8’de ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre MKKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 8.** Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre MKKÖ\*\*\* Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Obstetrik Özellikler*</b>	<b>Ort±ss</b>	<b>Test Değeri</b>	<b>p</b>
<b>Gebelik Sayısı**</b>			
Yok(n=62)	24,85±8,12	5,119	0,163
1 (n=34)	25,44±6,36		
2 (n=57)	27,47±7,21		
3 ve üzeri (n=31)	28,00±7,00		
<b>İlk Gebelik Yaşı**</b>			
19 yaş ve altı(n=2)	13,00±7,07	4,962	0,175
20-34 yaş (n=116)	21,03±6,90		
35 yaş ve üzeri (n=4)	18,75±4,50		
<b>Doğum Sayısı**</b>			
Yok (n=8)	25,63±7,01	3,366	0,339
1(n=37)	25,73±6,09		
2(n=62)	27,79±7,35		
3 ve üzeri (n=15)	27,93±7,28		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı**</b>			
1 (n=36)	25,64±6,22	4,105	0,128
2 (n=63)	27,49±7,42		
3 ve üzeri(n=15)	29,97±6,32		
<b>Emzirme Süresi **</b>			
Yok (n=2)	33,50±9,19	3,367	0,338
2ay (n=33)	28,42±6,04		
13-23ay (n=51)	26,75±7,25		
24 ay üzeri (n=28)	26,75±7,27		

\*Sadece kadınlar analize alınmıştır. \*\*Kruskall-Wallis H Testi

\*\*\*MKKÖ: Meme Kanseri Korku Ölçeği

Obstetrik özelliklerine göre ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ebe ve hemşirelerde gebelik sayısının, ilk gebelik yaşının, doğum sayısının, yaşayan çocuk sayısının ve emzirme süresinin meme kanseri korku düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmektedir ( $p>0,05$  Tablo 8).

Tablo 9’da ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 9.** Ebe ve Hemşirelerin Obstetrik Özelliklerine Göre SYDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=184)

Obstetrik Özellikler*	SYBDÖ*** Alt Boyutları						
	Sağlık Sorumluluğu Ort±ss	Fiziksel Aktivite Ort±ss	Beslenme Ort±ss	Manevi Gelişim Ort±ss	Kişiler Arası İlişki Ort±ss	Stres Yönetimi Ort±ss	SYBDÖ*** toplam puan Ort±ss
<b>Gebelik Sayısı**</b>							
Yok <sup>a</sup> (n=62)	20,18±4,61	15,92±4,90	19,65±3,93	24,69±4,64	24,00±4,13	18,18±3,84	122,61±20,81
1 <sup>b</sup> (n=34)	22,91±3,96	16,74±5,65	20,88±4,29	26,91±4,20	26,24±4,01	17,65±4,17	131,32±20,74
2 <sup>c</sup> (n=57)	21,30±4,50	15,38±5,28	21,39±4,32	25,33±4,74	24,82±4,52	16,98±4,05	125,51±22,99
3 ve üzeri <sup>d</sup> (n=31)	21,06±5,22	14,81±3,84	21,03±5,17	25,26±4,85	24,45±4,56	17,77±2,65	124,39±19,23
Test Değeri/p	<b>9,4/0,024</b>	2,2/0,533	6,0/0,111	5,6/0,131	6,9/0,076	3,3/0,349	4,452/0,217
Anlamlı Fark	<b>a&lt;b, c, d</b>						
<b>Doğum Sayısı**</b>							
Yok <sup>a</sup> (n=8)	25,63±4,10	22,38±4,53	24,00±3,34	29,88±3,56	28,75±1,75	22,50±3,85	153,13±16,16
1 <sup>b</sup> (n=37)	21,89±4,01	15,05±4,60	19,97±4,08	25,70±4,22	25,03±3,94	16,27±3,26	123,92±18,27
2 <sup>c</sup> (n=62)	21,21±4,64	15,58±5,08	21,40±4,61	25,31±4,86	24,74±4,86	17,08±3,74	125,32±22,72
3 ve üzeri <sup>d</sup> (n=15)	21,07±5,27	14,67±4,25	21,53±5,10	25,53±4,55	25,00±3,98	18,53±2,61	126,33±17,96
Test Değeri/p	6,9/0,075	<b>11,9/0,008</b>	<b>8,2/0,042</b>	6,8/0,081	7,6/0,056	<b>17,4/0,001</b>	<b>11,820/0,008</b>
Anlamlı Fark		<b>a&gt;b, c, d</b>	<b>a&gt;b, c, d</b>			<b>a&gt;b, c, d</b>	<b>a&gt;b, c, d</b>
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı**</b>							
1 (n=36)	21,72±4,22	15,08±4,64	20,00±4,13	25,56±4,54	24,83±4,27	16,25±3,31	123,44±19,21
2(n=63)	21,29±4,55	15,67±4,96	21,49±4,45	25,38±4,69	24,89±4,69	17,24±3,62	125,95±21,97
3 ve üzeri(n=15)	21,20±5,21	14,20±4,59	21,00±5,55	25,60±4,55	24,87±3,98	17,87±3,38	124,73±19,12
Test Değeri/p	0,509/0,775	1,04/0,593	3,8/0,145	0,09/0,952	0,023/0,989	3,4/0,183	0,268/0,874

\*Sadece kadınlar analize alınmıştır

\*\*Kruskal-Wallis H Testi

\*\*\*SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Gebelik sayısına göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutlarından sadece sağlık sorumluluğu puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p=0,024$  Tablo 9). Ebe ve hemşirelerden gebelik yaşamamış olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının gebelik sayısı bir, iki, üç ve üzeri olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. SYBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarından fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 9).

Doğum sayısına göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,008$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,008$  Tablo 9). Doğum yapmamış ebe ve hemşirelerin fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları doğum sayısı bir, iki, üç ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak yüksektir. Sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$  Tablo 9).

Yaşayan çocuk sayısı SYBDÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 9).

Tablo 10'da ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre MKKÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 10.** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre MKKÖ\* Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Ort±ss</b>	<b>Test Değeri</b>	<b>p</b>
<b>Sigara Kullanımı**</b>			
Var(n=38)	25,05±7,84		
Yok (n=129)	26,25±7,45	1,812	0,404
Bırakan(n=34)	27,79±7,25		
<b>Alkol Kullanımı***</b>			
Var (n=6)	26,00±5,25		
Yok(n=195)	26,29±7,57	523,500	0,661
<b>Beden Kitle İndeksi**</b>			
Zayıf (<18,5) (n=7)	18,29±9,01		
Normal (18,5-24,9) (n=116)	26,04±7,05		
Fazla Kilolu (25-29,9) (n=63)	27,37±7,55	7,514	0,057
Obez (>30,0) (n=15)	27,33±8,30		
<b>Çalışma Şekli***</b>			
Nöbet (n=134)	26,00±7,78		
08-16 Gündüz Mesaisi (n=67)	26,85±6,94	4326,000	0,680
<b>Nöbetin Aile Yaşamına Etkisini Değerlendirme***</b>			
Var (n=94)	27,40±7,27		
Yok (n=40)	22,70±8,02	1208,000	0,001
<b>Aile Üyelerinde Kanseri Hastası Olma Durumu***</b>			
Var (n=79)	24,82±7,92		
Yok (n=122)	27,23±7,08	3866,000	0,018
<b>Meme Kanseri Korkusu Yaşama Durumu***</b>			
Var (n=136)	28,28±6,75		
Yok (n=65)	22,11±7,32	2309,500	0,000

\*MKKÖ: Meme Kanseri Korku Ölçeği

\*\*Kruskall-Wallis H Testi

\*\*\*Mann Whitney U Testi

Nöbetli çalışmanın aile yaşamına etkisine göre ebe ve hemşirelerde MKKÖ puan ortalaması değerlendirildiğinde ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001 Tablo 10). Nöbetli çalışmanın aile yaşamını etkilediğini ifade eden ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalamaları aile yaşamını etkilemez diyenlere göre yüksektir.

Aile üyelerinde kanser hastası bulunma durumlarına göre ebe ve hemşirelerde MKKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (p=0,018 Tablo 10). Ailede kanser tanısı bulunmadığını ifade eden ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalaması ailesinde kanser tanısı bulunanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir.

Meme kanseri korkusu yaşama durumlarına göre ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ( $p=0,000$  Tablo 10). Meme kanseri korkusu yaşayan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları meme kanseri korkusu yaşamayanlara göre anlamlı olarak yüksektir.

Sigara kullanımı, alkol kullanımı, beden kitle indeksi, çalışma şekli, alışkanlıkların kansere etkisini değerlendirme, kanser tanısı alma durumu, ailedeki kanser hastasının yakınlığı, meme kanseri risk faktörlerinden beslenme durumu, uyku durumu, stresle baş etme durumu, fiziksel aktivite durumu, kişiler arası ilişki/iletişim durumuna göre ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 10).

Tablo 11’de ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre SYBDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

**Tablo 11.** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Risk Faktörleri	SYBDÖ* Alt Boyutları						
	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişiler Arası İlişki	Stres Yönetimi	SYBDÖ* toplam puanı
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
<b>Nöbetin Aile Yaşamına Etkisini Değerlendirme***</b>							
Var (n=94)	20,78±4,55	15,70±5,35	20,06±4,02	24,68±4,23	24,04±4,11	17,45±4,05	122,71±21,46
Yok (n=40)	21,68±4,79	18,90±5,39	21,85±4,10	26,68±4,95	25,88±3,91	19,73±4,16	134,70±22,12
Test Değeri/p	1747,500/0,518	<b>1268,000/0,003</b>	<b>1462,000/0,042</b>	<b>1412,500/0,023</b>	<b>1372,000/0,013</b>	<b>1307,000/0,005</b>	<b>1313,500/0,006</b>
<b>Aile Üyelerinde Kanser Hastası Olma Durumu***</b>							
Var (n=79)	20,22±4,55	15,72±5,50	20,41±4,35	25,28±5,12	24,19±4,45	17,53±3,54	122,63±21,78
Yok (n=122)	21,77±4,49	16,39±4,83	20,86±4,38	25,37±4,29	24,98±4,07	18,02±4,01	127,84±20,62
Test Değeri/p	<b>3863,000/0,017</b>	4287,000/0,186	4601,500/0,588	4738,000/0,841	4320,500/0,214	4566,500/0,529	4119,500/0,082
<b>Ailedeki Kanser Hastasının Yakınlığı**</b>							
Birinci Derece(n=21)	21,52±5,73	15,57±5,35	19,62±4,17	25,33±4,99	24,71±4,31	17,48±3,84	121,57±20,73
İkinci Derece(n=29)	19,97±4,48	17,07±6,75	21,24±5,38	25,66±5,86	24,14±4,95	17,48±3,47	125,55±26,15
Üçüncü Derece(n=29)	19,52±3,49	14,48±3,84	20,14±3,17	24,86±4,53	23,86±4,13	17,62±3,52	120,48±17,78
Test Değeri/p	1,37/0,503	1,39/0,501	0,69/0,708	0,47/0,791	0,11/0,949	0,17/0,921	0,192/0,909
<b>Risk Faktörleri Açısından Kendini Değerlendirme</b>							
<b>Beslenme Durumu**</b>							
Yeterli <sup>a</sup> (n=136)	21,57±4,53	16,32±5,28	21,02±4,51	25,93±4,50	25,29±4,14	18,12±3,62	128,04±20,76
Yetersiz <sup>b</sup> (n=22)	19,45±4,23	14,82±4,51	19,59±4,35	23,14±3,86	23,05±3,99	16,91±4,22	118,64±20,51
Kısmen Yeterli <sup>c</sup> (n=43)	20,72±4,70	16,16±4,80	20,16±3,81	24,56±4,97	23,53±4,28	17,37±4,25	122,33±22,04
Test Değeri/p	4,2/0,122	1,3/0,516	2,02/0,363	<b>9,5/0,008</b>	<b>7,3/0,025</b>	1,7/0,421	4,998/0,082
Anlamlı Fark				<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>		



**Tablo 11:** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre SYBDÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devamı)

<b>Uyku Durumu**</b>							
Yeterli <sup>a</sup> (n=67)	22,45±5,22	17,07±5,29	21,49±4,85	26,88±4,64	26,18±4,36	19,33±3,28	132,57±21,47
Yetersiz <sup>b</sup> (n=81)	20,32±3,88	15,65±5,21	20,06±3,92	23,95±4,41	23,58±3,91	16,85±3,92	121,47±20,97
Kısmen Yeterli <sup>c</sup> (n=53)	20,81±4,35	15,64±4,58	20,60±4,26	25,49±4,34	24,42±4,05	17,42±3,82	123,83±19,28
Test Değeri/p	<b>7,01/0,031</b>	3,01/0,222	2,6/0,271	<b>14,6/0,001</b>	<b>12,8/0,002</b>	<b>19,4/0,0001</b>	<b>11,135/0,004</b>
Anlamlı Fark	<b>a&gt;b, c</b>			<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>
<b>Stresle Baş Etme Durumu**</b>							
Yeterli <sup>a</sup> (n=70)	22,97±4,49	17,73±5,91	22,19±4,63	27,39±4,74	26,47±4,55	19,56±3,63	135,50±20,43
Yetersiz <sup>b</sup> (n=51)	19,12±4,31	14,67±4,71	19,75±4,28	22,65±3,57	22,55±3,32	16,16±3,65	115,61±19,12
Kısmen Yeterli <sup>c</sup> (n=80)	20,88±4,20	15,65±4,17	19,96±3,84	25,25±4,23	24,44±3,80	17,38±3,54	123,79±19,63
Test Değeri/p	<b>19,3/0,0001</b>	<b>8,9/0,011</b>	<b>12/0,002</b>	<b>31,4/0,0001</b>	<b>26,6/0,0001</b>	<b>25,03/0,0001</b>	<b>26,901/0,000</b>
Anlamlı Fark			<b>a&gt;b, c</b>				<b>a&gt;b, c</b>
<b>Fiziksel Aktivite Durumu**</b>							
Yeterli <sup>a</sup> (n=56)	22,48±4,32	19,79±5,69	21,17±4,16	27,32±4,80	26,14±4,60	19,59±4,12	137,04±22,20
Yetersiz <sup>b</sup> (n=74)	20,66±4,98	13,92±4,26	20,28±4,57	24,20±4,48	24,38±4,32	17,07±3,73	120,51±21,17
Kısmen Yeterli <sup>c</sup> (n=71)	20,63±4,12	15,54±3,71	20,28±4,22	24,94±4,16	23,80±3,54	17,23±3,26	122,42±16,88
Test Değeri/p	<b>6,2/0,043</b>	<b>36,6/0,0001</b>	5,07/0,079	<b>16,06/0,0001</b>	<b>10,5/0,005</b>	<b>13,3/0,001</b>	<b>19,483/0,000</b>
Anlamlı Fark	<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>		<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>	<b>a&gt;b, c</b>
<b>Kişiler Arası İlişki/İletişim Durumu**</b>							
Yeterli <sup>a</sup> (n=138)	22,04±4,55	16,92±5,32	21,38±4,48	26,25±4,59	25,69±4,17	18,57±3,85	130,24±20,60
Yetersiz <sup>b</sup> (n=12)	19,42±3,82	13,75±5,08	18,67±2,61	21,50±4,21	21,25±3,39	15,25±3,57	112,92±19,73
Kısmen Yeterli <sup>c</sup> (n=51)	19,18±4,06	14,53±3,90	19,25±3,88	23,75±3,93	22,71±3,44	16,43±3,20	116,78±19,20
Test Değeri/p	<b>16,7/0,0001</b>	<b>9,3/0,0001</b>	<b>12,4/0,0001</b>	<b>18,6/0,0001</b>	<b>27,8/0,0001</b>	<b>18,6/0,0001</b>	<b>21,119/0,000</b>
Anlamlı Fark			<b>a&gt;b, c</b>				<b>a&gt;b, c</b>

\*SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

\*\*Kruskall-Wallis H Testi \*\*\*Mann Whitney U Testi

Nöbetli çalışmanın aile yaşamına etkisi değerlendirildiğinde nöbetli çalışan ebe ve hemşirelerin SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (sırasıyla;  $p=0,003$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,023$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,006$  Tablo 11). Ebe ve hemşirelerden nöbetin aile yaşamına etkisinin olmadığını söyleyenlerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları nöbetin aile yaşamına etkisinin olduğunu söyleyenlere göre yüksektir. Sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p<0,05$ ).

Aile üyelerinde kanser hastası olma durumuna göre ebe ve hemşirelerde SYBDÖ alt boyutlarından sadece sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ( $p=0,017$  Tablo 11) olup fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ).

Ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörleri açısından kendini değerlendirme durumlarına göre SYBDÖ alt boyutları puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında;

Beslenme durumuna göre, sadece manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş (sırasıyla;  $p=0,008$ ,  $p=0,025$  Tablo 11) iken, diğer alt boyut puan ortalamalarında (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi) ve toplam puan ortalamasında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 11). Beslenme durumunu yeterli bulan ebe ve hemşirelerin manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları beslenme durumunu yetersiz ve kısmen yeterli bulanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Uyku durumuna göre sadece fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiş ( $p>0,05$  Tablo 11) iken diğer alt boyutların (sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,031$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,004$  Tablo 11). Uyku durumunu yeterli olarak tanımlayan ebe ve hemşirelerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları

uyku durumunu yetersiz ve kısmen yeterli olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

Stresle baş etme durumuna göre tüm alt boyutlarda (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,0001$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,000$  Tablo 11). Stresle baş etme durumunu yeterli olarak belirtenlerin puan ortalamaları stresle baş etme durumunu yetersiz ve kısmen yeterli belirtenlerden anlamlı olarak yüksektir.

Fiziksel aktivite durumuna göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış (sırasıyla;  $p=0,043$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,000$  Tablo 11) iken beslenme puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$  Tablo 11). Fiziksel aktivitesini yeterli tanımlayan ebe ve hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları fiziksel aktivitesini yetersiz ve kısmen yeterli olarak tanımlayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir.

Kişiler arası ilişki/iletişim durumuna göre (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim/kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (sırasıyla;  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,000$  Tablo 11). Kişiler arası ilişki/iletişim durumunu yeterli olarak tanımlayan grubun puan ortalamaları yetersiz ve kısmen yeterli olarak tanımlayan gruba göre anlamlı derecede yüksektir.

Ailedeki kanser hastasının yakınlığına göre SYBDÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$  Tablo 11)

Tablo 12’de ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

**Tablo 12.** Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Korku Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki

<b>Meme Kanseri</b>		
<b>Korku Düzeyi</b>		
	<b>P</b>	<b>R</b>
<b>SYBDÖ* Alt Boyutları</b>		
Sağlık Sorumluluğu	<i>0,038</i>	<i>0,447</i>
Fiziksel Aktivite	0,836	-0,015
Beslenme	0,753	0,022
Manevi Gelişim	0,128	-0,108
Kişilerarası İlişki	0,819	-0,016
Stres Yönetimi	0,596	-0,038
<b>SYBDÖ* Toplam Puan</b>	0,991	-,001

\*SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalaması ile SYBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde SYBDÖ'nin sadece sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması MKKÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ( $p=0,038$  $r=0,447$ ). Ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı artmaktadır. MKKÖ puan ortalaması ile SYBDÖ diğer alt boyutları (fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemektedir ( $p>0,05$  Tablo 12).

## 5. TARTIŞMA

Meme kanseri oldukça yaygın görülen genellikle yavaş ilerleme özelliğine sahip olan ve erken teşhis edildiğinde başarılı bir şekilde tedavi edilebilen bir kanser türüdür. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi sağ kalımı arttırmada, mortaliteyi azaltmada, kadınlar için yaşam kalitesini arttırmada, fiziksel ağrıyı ve psikososyal sorunları önlemede önemli role sahiptir (İğci ve Asoğlu, 2003). Sağlıklı bireyler gibi sağlık sorunu yaşayan bireylerin de sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hastalıkla ilgili olumsuzluklarla baş etmek, uygulanan tedavilere uyum sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermeleri beklenir (Gülcivan ve Topçu, 2017). Kanserinin erken tanısında kadınların bilgi düzeyleri ve uygulamalarında SYBD etkili olmaktadır (Aydoğan ve ark., 2013). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığı görülmektedir (Sönmez ve ark, 2012; Açıkgöz ve ark., 2011; Koç ve Sağlam, 2009; Gençöz, 1998). Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmama nedenleri arasında taramalara karşı ihmaller, unutkanlık, bilgi eksikliği, eğitim durumunun düşük olması gibi sosyoekonomik nedenler görülmektedir. Tüm bu nedenlerin dışında tarama yöntemlerine karşı oluşan korku, memeyi kaybetme korkusu ve/veya meme kanseri korkusu erken tanı davranışlarında bulunmayı engelleyen en önemli etkenlerdir (acibademhayat.com; www.cancer.edinstitute.org; <https://indigodergisi.com>). Meme kanseri korkusunu yaşayan bireyler bu korku ile baş edebilmek için kaçma davranışı göstererek erken tanı davranışlarını, tıbbi protokollere uymayı ve koruyucu sağlık hizmetleri reddedebilmektedir (Özmen ve ark., 2012).

Araştırma konusu ile ilgili yapılan literatür incelemesinde MKKÖ ile yayınlanmış sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Kayar ve Erbil, 2019; Çal ve ark., 2018; Norouznia, 2014; Seçginli, 2012; Lee, 2011) Türkiye’de ve dünyada ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusu ile SYBD birlikte değerlendirildiği ya da meme kanseri korkusunun SYBD üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisinin ve meme kanseri korkusu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin ortaya konulduğu ilk araştırmadır. Dünya üzerindeki her 4 kadından birinin meme kanseri tehdidi altında olduğu düşünülecek olursa hizmet sektöründe görev yapan sürekli halkla iç içe olan ebe ve hemşirelerin çalışma ortamlarındaki artan iş yükü ve sorumlulukları, mesleki zorluklardan kaynaklı olan stres yükleri, çalışma alanlarındaki

çevresel stresörlerinde etkisiyle daha fazla meme kanseri riski taşımaktadırlar. Bu riskle beraber hissettikleri meme kanseri korkusunun ne kadar farkında oldukları ve sağlıklarını korumak ve/veya sürdürmek için SYBD'nin ne kadarına sahip olduklarını belirlemek önemlidir. Bu sebeple çalışmamız ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkusunun değerlendirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını nasıl etkilediğinin saptanmasında, ebe ve hemşirelerde meme kanseri konusunda farkındalığın artırılarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde planlanacak girişimlere yol gösterici olacaktır. Elde edilen bulgular ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda MKKÖ'den alınabilecek en düşük puanın 1 en yüksek puanın 40 (8-15 düşük düzey, 16-23 orta düzey, 24-40 yüksek düzey) olduğu düşünüldüğünde ebe ve hemşirelerin ölçek puan ortalamasının  $26,28 \pm 7,50$  olması ebe ve hemşirelerin korkularının yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4). Ebe ve hemşirelerin %8'inin düşük, %22,9'unun orta, %69,1'inin de yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı saptanmıştır (Tablo 5). Elde edilen sonuçlar ebe ve hemşirelerin yüksek düzeyde meme kanseri korkusuna sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Çal ve arkadaşlarının (2018) puan ortalamasının  $26,11 \pm 6,58$ , Seçginli'nin (2012) puan ortalamasının  $27,83 \pm 5,70$ , Lee ve arkadaşlarının (2011) puan ortalamasının da  $25,7 \pm 7,04$  olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların puan ortalamalarının bizim çalışmamızda ulaştığımız meme kanseri korkusu puan ortalamalarına yakın değerlerde olduğu görülmektedir. Norouznia (2014) çalışmasında kadınların %82,6'sının meme kanseri korkusunun yüksek düzeyde olduğunu bulmuştur. Norouznia'nın (2014) çalışmasında yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşayan grup bizim çalışmamızda ulaştığımız yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşayan gruptan fazladır. Her iki çalışmada da meme kanseri korkusu yaşayan grubun yüksek olduğu görülmekle birlikte Norouznia'nın (2014) çalışmasındaki değerin daha yüksek olmasını örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklanmış olduğu düşünülmektedir.

SYBDÖ'nin toplam puan ortalamasının  $125,79 \pm 21,18$ , alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim ( $25,33 \pm 4,62$ ) iken sağlık sorumluluğu ( $21,16 \pm 4,56$ ), beslenme ( $20,68 \pm 4,36$ ), kişiler arası ilişkiler ( $24,67 \pm 4,23$ ), stres yönetimi ( $17,83 \pm 3,83$ ) ve en düşük puan ortalamasının fiziksel aktiviteye ( $16,12 \pm 5,10$ ) ait olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da bizim sonucumuzla uyumlu olarak SYBDÖ toplam puan ortalamasının  $120,69 \pm 17,62$

ile 130,22±19,12 arasında değiştiği, alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim en düşük puan ortalamasının da fiziksel aktivite olduğu saptanmıştır (Çetiner ve Ulupınar 2018; Yanık ve Nogay 2017; On 2016; Bostan 2013; Cürcani ve ark., 2010). Çalışmamızda elde ettiğimiz SYBDÖ toplam puan ve alt boyutları puan ortalamalarının ebe ve hemşirelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının düşük, manevi gelişimin yüksek olduğu ve çalışma sonucunun literatürle paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz. Sağlık zerine koruyucu etkisi olduğu bilinen fiziksel aktivite başta meme kanseri olmak üzere kanser riskini azaltmakta, psikolojik yararlar sağlamakta (depresyon, stres ve anksiyete sorunlarının azalması), kişide olumlu sosyal etkiler oluşturmakta, kas iskelet sisteminin korunmasında ve geliştirilmesinde yardımcı olmaktadır (Alpözgen ve zdiñler, 2016). Fiziksel aktivite yarar sağladığı gibi fiziksel hareketsizlikte hastalık için önemli risk faktörü haline gelmektedir. WHO göre Avrupa Bölgesinde meydana gelen yılda bir milyon ölümün (toplamın %10'u) ve sakatlık sebepli 8,5 milyon yaşam yılı kaybının fiziksel hareketsizliğe bağlanabileceği gibi meme kanserinin %9'unun nedeninin de fiziksel hareketsizlik olduğu tahmin edilebilmektedir. Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık sistemini ve sağlık hizmetini olumlu etkilerken ebe ve hemşirelerin de bireysel olduğu kadar mesleki yönden de devamlı gelişebilen, sorumluluk alabilen, araştırma yapabilen, sorunlara çözüm üretebilen, liderlik vasfına sahip ve kişilerarası iletişimi güçlü olan meslek profesyonelleri olmalarını gerekli kılmaktadır. Ebe ve hemşirelerin sahip olması gereken bu özellikler temel gereksinimler kuramında kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmalarının önemini göstermektedir (Selvi, ve ark., 2010). Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda ebe ve hemşirelerin manevi gelişim düzeylerinin yüksek olması önemli ve sevindirici bir bulgu iken fiziksel aktivite düzeylerinin artırılması gerekliliğini de göstermektedir.

### **Ebe ve Hemşirelerde Sosyodemografik ve Obstetrik zelliklere Göre Meme Kanseri Korku Düzeyleri**

Türkiye Kanser İstatistiği (2018) verilerinde (100.000 kadında) 25-29 yaş arası kadın grubunda meme kanseri görülme oranı 8,3 iken, 30-34 yaş grubunda 22,9, 34-39 yaş grubunda 47,4 ve 40-44 yaş grubunda 89,5 olarak artan yaş grubu ile beraber meme kanseri görülme oranı da artarak devam etmektedir (TKİ, 2018). Bu verilere göre yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Yaşla beraber meme kanseri riski gibi kadınlarda meme kanseri olma korkusu da artmaktadır. Çalışmamızda ebe ve

hemşirelerden 40 yaş ve üstü olanların meme kanseri korku düzeyleri 30-39 yaş ile 20-29 yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek ( $p=0,001$ , Tablo 6) olduğu yaş arttıkça meme kanseri korku düzeyinin de arttığı görülmektedir. Lebel ve arkadaşları (2013) kanser korkusunu 35-49 yaş grubunda yüksek, Lee ve arkadaşları (2011) 44-55 yaş grubunda en yüksek düzeyde bulmuştur. Çalışmamızda yaşın artmasıyla artan meme kanseri korkusunu yaşın meme kanseri risk faktörleri arasında yer alması, ebe ve hemşirelerin de bu risk faktörünün farkında olması şeklinde yorumlayabiliriz. Bununla birlikte ebe ve hemşirelerde çalışma ortamından kaynaklı stresörler ve maruziyet süresi, stres, tükenmişlik, gece ışığa maruz kalma, uykusuzlukla birlikte endokrin ve immün sistem bozulmaları meslekte kanser riski oluşturan etkenler arasındadır (<http://ctf.edu.tr>; Sağlık Bakanlığı, 2017; Toppinen ve Tanner, 2011). Meslekte çalışma yıllarındaki artışa paralel olarak çalışma ortamından kaynaklı risklerle yaşamının ebe ve hemşirelerde meme kanseri korkularını artırdığı düşünülmektedir.

Meslekte 20 yıl ve üzeri çalışanların meme kanseri korku düzeyleri 10-19 yıl ve 10 yıldan az süre çalışan gruplardan anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0,009$  Tablo 6). Çalışmamızda meslekte 20 yıl ve üzeri çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerinin daha yüksek olmasının meme kanseri risk faktörlerinden birisi olan yaş faktörünün artmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir. Ayrıca çalışılan ortamdaki memnun olmama düzeyleri stres ve tükenmişlik duygusunu, beraberinde endokrin ve immün sistem bozulmaları, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, ağrı, sigara-alkol kullanımında artış ve çeşitli hastalıklara sebep olarak kansere zemin hazırlamaktadır (<http://ctf.edu.tr>; Sağlık Bakanlığı, 2017; Toppinen ve Tanner, 2011). Bu bilgiyle uyumlu olarak çalışmamızda çalıştığı klinikten memnun olmayan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerinin memnun olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde konu ile alakalı bir çalışmaya rastlanmazken ebe ve hemşirelerde klinik memnuniyeti bulunmayanlarda artan meme kanseri korkusunun mesleki yaşamda oluşan olumsuz duygular ve artan stres düzeyi ile alakalı olduğu şeklinde yorumlayabiliriz.

Gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı ve emzirme süresi meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer almasına rağmen bizim çalışmamızda obstetrik özellikler olarak gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı ve emzirme süresi ile meme kanseri korku düzeyi arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 6). İlk gebelik yaşı, doğum sayısı, laktasyon süresi, abortus ve kürtaj öyküsü meme kanseri oluşumunda etkisi bulunan değiştirilebilen risk faktörleri arasında



yer alan obstetrik özelliklerdir (Özmen ve ark., 2012). Çalışmamızda obstetrik özelliklerle meme kanseri korku düzeyleri arasında bir anlamlılık saptanmamışken, Aydoğan ve arkadaşları (2013) hiç doğum yapmamış, ilk doğumunu geç yaşta yapmış kadınlarda meme kanseri riskinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

### **Ebe ve Hemşirelerde Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda hemşirelerin SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları ebelere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,046$ ,  $p=0,016$  Tablo 7). Fiziksel aktivite davranışında bulunan kişilerle hareketsiz yaşamı benimseyen kişiler kıyaslandığında fiziksel aktivitenin yaşamdan beklentiyi artırarak stresi azalttığı bilinmektedir (Çetiner, 2014; Akyol ve ark., 2008). Sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite puan ortalamasının en düşük olması (Çetiner ve Ulupınar, 2018; Yanık ve Nogay, 2017; On, 2016; Bostan, 2013; Cürcani ve ark., 2010) Yanık ve Nogay (2017), Bostan ve arkadaşları (2013) çalışmalarında da erkeklerde fiziksel aktivite puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. SYBDÖ toplam alt boyut puan ortalamasında fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt gruplarının ortalama puanları düşük çıkarken meslek gruplarına bakıldığında hemşirelerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının yüksek olarak çıkmasındaki etkenin hemşire grubunun içinde yer alan erkek sağlık çalışanlarının olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmada elde ettiğimiz bulgulardan biri olan erkeklerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olması (sırasıyla;  $p=0,04$ ,  $p=0,018$  Tablo 7) da bu sonucu desteklemektedir. Çalışmamız sonucuyla uyumlu olarak Genç ve arkadaşları (2011) araştırmasında erişkin erkeklerin erişkin kadınlara göre fiziksel aktivite sürelerini daha uzun bulmuşken, Bozhüyük (2010) de erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt boyutunda kız öğrencilerden daha fazla puan aldığını ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunu belirtmiştir. Erkeklerin şiddetli (futbol, basketbol, aerobik, hızlı bisiklet çevirme, ağırlık kaldırma, yük taşıma vb.) ve orta düzey (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans vb.) toplam fiziksel aktivite süreleri kadınlardan daha yüksek (Genç ve ark.,2011) iken çalışan kadınlarda hem iş yerindeki hem de evdeki sorumluluklarından dolayı fiziksel aktiviteye ayıracakları serbest zamanları çok az olabilir ya da hiç olmayabilir

(<https://www.academia.edu>).

Öğrenim durumuna göre SYBD incelendiğinde ebe ve hemşirelerin eğitim durumları arttıkça SYBDÖ toplam puan ortalamasının ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı (sırasıyla;  $p=0.000$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,024$ ,  $p=0,001$  Tablo 7). Yüksek lisans ve doktora mezunu olanların puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Balliel (2009) çalışmasında hemşirelerden öğrenim düzeyi lisans ve üzeri olanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişilerarası destek alt ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Cürcani ve arkadaşları (2010) lisans mezunu hemşirelerin beslenme alışkanlığı, ruhsal gelişim, kişiler arası ilişkiler puan ortalamalarının lise mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Ünsar ve arkadaşları (2011) da lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamalarının, lise ve ön lisans düzeyine göre daha yüksek olduğu belirtmiştir. Özkan ve Yılmaz (2008) lisans mezunu olan hemşirelerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının diğer hemşirelerden yüksek olduğunu saptamıştır. Gülcivan ve Topçu (2017) ise meme kanserli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça kişiler arası ilişki puanının arttığını belirtmiştir. Mesleki olarak her an insanlarla iletişim halinde bulunan ebe ve hemşirelerde artan öğrenim düzeyi beraberinde kendini ifade etme yeteneğini artırarak kişiler arası ilişki/ iletişimi, çevreye karşı uyumu destekleyerek kendini gerçekleştirmeyi (manevi gelişim), kendini gerçekleştiren bireyler olarak da sağlık sorumluluğu ve beslenme farkındalığı oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda gelirini giderinden fazla olarak tanımlayan ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ile fiziksel aktivite ve manevi gelişim (kendini gerçekleştirme) puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla;  $p=0,003$ ,  $p=0,012$ ,  $p =0,0001$  Tablo 7). Saptadığımız bu sonuçla uyumlu olarak, Bostan ve Beşer (2017) geliri giderinden fazla olarak ifade eden hemşirelerin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimini daha yüksek saptamıştır. Bilal (2012), gelirini giderinden fazla olarak belirten kadınlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puanını yüksek bulmuştur. Yıldırım (2005) da gelir durumu yükselen öğrencilerde SYBD toplam puanı ile kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında farklılık olduğunu

belirtmiştir. Düzenli fiziksel aktivite sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, kişilerin sosyalleşmesinde, zararlı alışkanlıkların önlenmesinde yani yaşam kalitesinin artırılmasında etkilidir (Kavas, 2000). Ekonomik düzeyin ebe ve hemşirelerde yaşam kalitesini artırarak kendine vakit ayırabilmesine, ihtiyaçlarını karşılayarak kendini motive edecek ve sosyalleştirecek alanlara (fiziksel aktivite, vb.) yönelmesine, artan ekonomik ve sosyal düzeyle beraber kendini gerçekleştirebilmesine olanak sağladığı şeklinde yorumlayabiliriz.

Ebe ve hemşirelerin meslekten ve çalıştıkları klinikten memnuniyet düzeylerine göre SYBD incelendiğinde mesleğinden ve çalıştığı klinikten memnun olanların manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları (sırasıyla;  $p=0,011$ ,  $p=0,047$   $p=0,002$ ,  $p=1,019$  Tablo 7) anlamlı düzeyde yüksektir. Literatür incelendiğinde işinden memnun olan hemşirelerin manevi gelişim/kendini gerçekleştirme puan ortalamasını anlamlı düzeyde yüksek saptayan (Şimşekoğlu ve Mayda 2016; Ünsar ve ark., 2011) bu sonucumuzla benzerlik gösteren çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Ballhel (2009) de çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin SYBDÖ alt boyut puanlarının yüksek olduğunu ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızın sonucuna göre günün büyük bir bölümünü iş yerinde geçiren ağır iş yükü bulunan ebe ve hemşirelerden klinik memnuniyet düzeyi yüksek olanların ekip arkadaşları ile uyumlu çalışabildiği, iş ortamında rahat olabildiği ve memnun olduğu düşünülerek çalıştığı ortamın, kişiler arası ilişki ve manevi gelişim (kendini gerçekleştirme) puan ortalamalarının artmasına etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Gebelik sayısına göre çalışmamızda SYBDÖ alt boyutları incelendiğinde, ebe ve hemşirelerden gebelik yaşamamış olanların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür ( $p=0,024$  Tablo 9). Sağlık sorumluluğu kavramının sağlığın geliştirilmesi kavramı ile arasındaki bağ oldukça güçlüdür. Sağlığının geliştirilmesi için çabalayan kişiler sağlık sorumluluklarının da farkındadır (Demir Avcı, 2016). Çalışmamıza göre katılımcıların sağlıklarının gelişmesini istedikleri ve sağlık sorumluluğu aldıkları çocuklarıyla beraber kendi sağlık sorumluluklarının da arttığı düşünüldüğünde gebelik yaşamayan katılımcıların sağlık sorumluluğunun neden düşük olduğu, sağlıklarını geliştirmeyi istedikleri bireylere (çocuklara) sahip olan katılımcıların üstlendikleri sorumlulukla beraber sağlık sorumluluğunu alma davranışının arttığı şeklinde cevaplandırılabilir.

Ebe ve hemşirelerde doğum sayısına göre SYBD incelendiğinde doğum yapmamış gebe

olan ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları ve SYBDÖ toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla;  $p= 0,008$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,008$ , Tablo 9). Bizim çalışma bulgumuza paralel olarak Balliel (2009) çocuğu olmayan hemşirelerde fiziksel aktivite, Özkan ve Yılmaz (2008) çocuk sahibi olmayan hemşirelerin stres yönetimi, Bostan (2013) çocuğu olmayan hemşirelerin fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları ve genel ölçek puan ortalamalarını çocuğu olan hemşirelere göre daha yüksek bulmuştur. Literatürdeki bu çalışmaların bizim çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Çalışma bulgumuzun aksine Şimşekoğlu ve Mayda (2016), çocuğu olmayan hemşirelerin beslenme alt ölçeği puan ortalamasını bir çocuğu ve iki çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptamıştır. Çalışmamızdaki bu farklılığın doğum yapmayan katılımcıları hamile olan ebe ve hemşireler oluştuğu için hamileliğin getirdiği sorumluluk ve özveriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya çalışması, sağlıklı beslenmeye dikkat etmesi ve sağlıklı bir gebelik için stresten uzak durmaya çalışmasından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

### **Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Meme Kanseri Korku Düzeyleri**

Düzenli çalışma saati bulunmayan, çalışma saatleri farklılık gösteren kişilerin çalışma şekilleri aile ve sosyal hayatlarını etkileyerek kişinin kendilerini sosyal hayattan izole etmeleri, aile ve arkadaşlarından uzak hissetmelerine sebep olmaktadır. Çalışma saatlerindeki farklılık, çalışan kişilerin aile ve sosyal yaşamlarını da etkilemektedir (Özdemir ve ark., 2018). Çalışmamızda ebe ve hemşirelerde nöbetli çalışmanın aile yaşamına etkisi araştırıldığında, nöbetin aile yaşantısına etkisi olduğunu söyleyenlerin meme kanseri korku düzeyleri etkilemez diyen gruba göre anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0,001$  Tablo 10). Yeşilçiçek Çalık ve arkadaşları (2015) çalışma şekli sebebiyle hemşirelerden %37,9'u eş, aile ve komşu ilişkilerinin bozulduğunu, %33,3'ü çocuklarına zaman ayıramadıklarını ve çocuk yetiştirmede zorlandıklarını, %21,3'ü sosyal izolasyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Rug-giero ve Pezzino (2006) vardiyalı sistemde çalışanların hafta sonları ve özel günlerde çalışıyor olmalarının sosyal hayatlarını olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Nöbetli çalışmanın hemşireler üzerinde sosyal hayatta bozulmalarla beraber stres kaynağı olduğunu belirten ve stres yönetimini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Yeşilçiçek Çalık ve

ark., 2015; Selvi ve ark., 2010). Stres kaynağı ve çalışma şekli olarak (gece vardiyasında çalışma) meme kanserinin değiştirilebilen risk faktörlerini oluşturan nöbetli çalışma ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyini artırabilmektedir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerden aile üyelerinde kanser hastası bulunma durumlarına göre meme kanseri korku düzeyleri incelendiğinde ailede kanser tanısı bulunmadığını ifade eden katılımcıların meme kanseri korku düzeyleri anlamlı şekilde yüksektir ( $p=0,018$  Tablo 10). Sohbet ve Karasu (2017) ailesinde meme kanseri tanısı bulunan kadınlarda sağlık sorumluluğu alma davranışı olarak tarama yöntemlerini ailede meme kanseri bulunmayanlara göre daha az uyguladıklarını saptamıştır. Çalışmamızın sonucunda ailede kanser hastası bulunanlarda meme kanseri korku düzeylerinin düşük çıkmasının sebebini ailedeki kanser hastasının aileye yakınlık derecesi ve ailede kanser hastası bulunmayan kişi sayısının daha fazla olması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerden meme kanseri korkusu yaşadığını ifade edenlerde meme kanseri korku düzeyi anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,000$  Tablo 10). Ulaştığımız bu sonuçun MKKÖ puan ortalamasının yüksek ( $26,28\pm 7,50$  Tablo 4) olduğu ve ebe ve hemşirelerin %69,2 sinin yüksek düzeyde korku yaşadığı sonuçlarımızla (Tablo 5) birbirini desteklediği görülmektedir. Çalışmamızda meme kanseri korkusu yaşadığını ifade eden ebe ve hemşirelerin MKKÖ sonuçlarının ifadelerini doğrular nitelikte yüksek çıkması sağlık profesyonelleri olarak ebe ve hemşirelerin kendi korkularının farkında olduklarını göstermektedir.

### **Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması**

Ebe ve hemşirelerden nöbetli çalışmanın aile hayatına etkisinin, SYBD ile ilişkisini incelediğimizden nöbetin aile hayatına etkisinin olmadığını ifade eden katılımcılarda SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi puan ortalamaları anlamlı yüksektir (sırasıyla;  $p=0,006$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,042$ ,  $p=0,023$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,005$  Tablo 11). Günaydın (2014) çalışmasında nöbet tutma ile evlilik ve çocukların bakım düzeninin bozulması arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Uz ve Kitiş (2017) gündüz çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanlarını nöbetli çalışanlara göre daha yüksek olarak saptamışlardır. On (2016) gündüz çalışan hemşirelerin SYBDÖ toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel

aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve stres yönetimi puanlarını yüksek olarak saptamıştır. Duran ve arkadaşları (2018) da sağlık çalışanlarında gündüz çalışanların beslenme puanlarının nöbetli çalışanlara göre daha yüksek olarak belirlemişlerdir. Nöbetli çalışmanın aile hayatına etkisini sorguladığımız çalışmamızdan elde ettiğimiz sonucun literatürdeki nöbetli ve gündüz çalışan sağlık çalışanları arasında yapılan çalışmalarla benzer sonuçlarda olduğu görülmektedir.

Sağlık sorumluluğu kişinin vücudunu tanıyarak düzenli aralıklarla tıbbi tetkik ve taramalar yaptırması, sağlığındaki değişiklikleri izlemesi, iyiliğini hissedebilmesini kapsamaktadır (On, 2016; Bozhüyük ve ark., 2012; Öztürk, 2010). Çalışmamızda aile üyelerinde kanser hastası olmadığını ifade eden ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamış ( $p>0,05$ ), iken sağlık sorumluluğu puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,017$  Tablo 11). Çalışma sonucumuzla uyumlu olarak Sohbet ve Karasu (2017) ailesinde meme kanseri tanısı bulunan kadınlarda sağlık sorumluluğu alma davranışı olarak tarama yöntemlerini ailede meme kanseri bulunmayanlara göre daha az uyguladıklarını saptamışlardır. Çalışmamızın sonucuna göre ebe ve hemşirelerde sağlık sorumluluğu bilincinin gelişmesinde ailede kanser hastasının bulunup bulunmamasıyla ilgili olmadığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörleri açısından kendilerini değerlendirme durumlarına göre SYBD alt boyutlar incelendiğinde; beslenme durumunu yeterli olarak ifade eden ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamış ( $p>0,05$ ) iken, manevi gelişim ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0,008$ ,  $p=0,025$  Tablo 11). Yapılan bazı çalışmalarda beslenme durumunu iyi olarak ifade eden kişilerde; Karabulut ve Altun (2018) fiziksel aktivite, manevi gelişim, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamalarını, Balliel (2009) kendini gerçekleştirme ve beslenme puan ortalamalarını, yüksek olarak belirlemişlerdir. Bu çalışma sonuçlarının çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Ebe ve hemşirelerde uyku durumunu yeterli olarak tanımlayanların SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları uyku durumunu yetersiz ve kısmen yeterli olarak tanımlayanlardan yüksektir (sırasıyla;  $p=0,004$ ,  $p=0,031$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,0001$  Tablo 11). Günaydın (2014) hemşirelerde nöbet tutmanın uyku problemine neden

olması, uyku düzenini ve sosyal yaşantıyı etkilemesi, evlilik ve çocukların bakım düzeninin bozulması ile uyku kalitesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Biçim ve arkadaşları (2002) da hemşirelerde yetersiz uykunun psikolojik sorunlara, ajitasyona, iletişim bozukluğuna, stres ve oryantasyon bozukluğu neden olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmalar neticesinde uyku düzeninin SYBD olumsuz etkilediği, bizim çalışma sonucumuzu desteklediği söylenebilir.

Stresle baş etme durumunu yeterli olarak ifade eden ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutların (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla;  $p=0,000$   $p=0,0001$ ,  $p=0,011$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$  Tablo 11). Stres yönetimi, kişinin içinde bulunduğu durumu yönetme, kişiler arası iletişimle problemleri çözme, stres faktörünü küçültme ya da tolere etme, kendi sağlığının farkında olarak mutlu, üretken, kendini gerçekleştiren, davranışsal olarak dengeli ve kaliteli yaşam sürmeyi sağlayan tekniklerdir. Beslenme bozukluğu en çok bilinen stres belirtisidir (Özel ve Bay Karabulut, 2018). Çalışmamızda ulaştığımız bu bulgulara göre stresle baş edebilen ebe ve hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmede daha başarılı olduğunu söyleyebiliriz.

Fiziksel aktivitesini yeterli olarak tanımlayan ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları yüksektir (sırasıyla;  $p=0,000$ ,  $p=0,043$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,001$  Tablo 11). Beslenme alt boyutu puan ortalaması ise fiziksel aktivitesini yeterli olarak tanımlayanlarda diğer gruplara göre (yetersiz, kısmen yeterli) daha yüksek bulunmuş iken istatistiki bir anlamlılık görülmemiştir ( $p>0,05$  Tablo 11). Yalçınkaya ve arkadaşları (2008) haftada 3-4 gün düzenli egzersiz yapan sağlık çalışanlarının ölçeğin tüm alt boyutlarında daha yüksek puan aldıklarını bildirmiştir. Karabulut ve Altun (2017) düzenli fiziksel aktivite yapan kadınlarda sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanlarında anlamlı farklılık bulurken, manevi gelişim, beslenme, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi puanlarını da daha yüksek saptamışlardır. Sonuç olarak yeterli fiziksel aktivitenin SYBD ve alt boyutlarını olumlu olarak etkilediği görülmektedir.

Etkili iletişim becerilerine sahip olan bireyler problemlerle daha kolay başa çıkarak stres yönetiminde iyi, kendine güvenen ve kendini gerçekleştirebilen daha özgüvenli bireyler olmaktadır (Erözkan, 2009). Çalışmamızda da kişiler arası ilişki/iletişim durumlarını yeterli olarak ifade eden ebe ve hemşirelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi puan ortalamaları anlamlı olarak yüksektir (sırasıyla;  $p=0,000$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$  Tablo 11). Özel yaşantısı ile birlikte mesleki yaşantısında da sürekli iletişim halinde bulunan, kişiler arası ilişkilerini etkin olarak kullanabilen ebe ve hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişiler arası ilişkiler boyutunun gelişmiş olması önemli ve sevindirici bir bulgudur.

### **Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Korku Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması**

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile SYBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde meme kanseri korku düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0,038$ ,  $r=0,447$  Tablo 12). Ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı artmaktadır. Literatürde ebe ve hemşirelerde SYBD incelendiğinde artan iş yükü ve çalışma ortamı sebebiyle sağlıklarıyla alakalı alt boyutlara (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi) gereken özeni gösteremedikleri, meslekleriyle ilgili olan alt boyutların (manevi gelişim ve kişiler arası ilişki) öne çıktığını gösteren çalışmalar bulunurken (Çetiner ve Ulupınar, 2018; Yanık ve Nogay, 2017; On, 2016; Bostan, 2013; Cürçani ve ark., 2010) meme kanseri korkusu ile SYBD arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla beraber sağlıklı ve hasta bireylerle çalışan, onların bakımlarını yapan, sağlıktaki yeniliklerden haberdar olan ebe ve hemşirelerin kendi vücutlarını tanıyarak sağlıklarıyla ilgili değişiklikleri, olumsuzlukları hemen fark edebilmesi ve gereken önlemleri alması, düzenli olarak tıbbi tetkik ve taramaları yaptırması, sağlığını izleyerek iyiliğini hissetmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesi beklenmektedir.



## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sivas ili Numune Hastanesinde görev yapan ebe ve hemşirelerin meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini ortaya koymayı amaçlayan bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Araştırma grubunun %72,1'i hemşirelerden, %27,9'u ebelerden oluşmakta olup yaş ortalaması  $32,67 \pm 8,39$ 'dur. Bu grubun %91,5'i kadın, %8,5'i erkektir (Tablo 1).
- Katılımcıların %67,7'si meme kanseri korkusu yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 3).
- Ebe ve hemşirelerin %8'i düşük, %22,9'u orta ve %69,2'si yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşamaktadır (Tablo 5).
- MKKÖ'nin puan ortalaması  $26,28 \pm 7,50$  dir (Tablo 4).
- SYBDÖ toplam puan ortalaması  $125,79 \pm 21,18$ 'dir. SYBDÖ alt boyutları puan ortalamalarında en yüksek puan ortalaması manevi gelişim  $25,33 \pm 4,62$ , en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite  $16,12 \pm 5,10$  dir. Sağlık sorumluluğu puan ortalaması  $21,16 \pm 4,56$ , beslenme puan ortalaması  $20,68 \pm 4,36$ , kişilerarası ilişkiler puan ortalaması  $24,67 \pm 4,23$  ve stres yönetimi puan ortalaması  $17,83 \pm 3,83$  olarak saptanmıştır (Tablo 4).
- 40 yaş ve üzeri olan, çalışma süresi 20 yıldan fazla, çalıştığı klinikten memnun olmadığını ifade eden ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalamaları yüksektir (Tablo 6).
- Ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖ alt boyutlarından hemşirelerin, kadınların, gelirini giderinden fazla algılayanların fiziksel aktivite; yüksek lisans ve doktora mezunlarının sağlık sorumluluğu ve beslenme; yüksek lisans ve doktora mezunlarının, gelirini giderinden fazla algılayanların, mesleğinden ve çalıştığı klinikten memnun olanların manevi gelişim puan ortalamaları yüksektir. Yüksek lisans ve doktora mezunlarının, mesleğinden ve çalıştığı klinikten memnun olanların kişiler arası ilişki; hemşirelerin ve erkeklerin stres yönetimi puan ortalamaları yüksektir. Ayrıca yüksek lisans ve doktora mezunlarının ve gelirini giderinden fazla algılayanların SYBDÖ toplam puan ortalaması yüksektir (Tablo 7).
- Ebe ve hemşirelerin obstetrik özelliklerine göre SYBDÖ alt boyutlarından üç ve daha fazla gebelik yaşayanların yalnızca sağlık sorumluluğu; hiç doğum yapmamış

olanların fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalaması yüksektir (Tablo 9).

- Nöbetin aile yaşantısına etkisi olduğunu söyleyenlerin, aile üyeleri içerisinde kanser hastası olmadığını belirtenlerin ve meme kanseri korkusu yaşayanların MKKÖ puan ortalaması yüksektir (Tablo 10).
- Ebe ve hemşirelerin meme kanseri risk faktörlerine göre SYBDÖ alt boyutlarından nöbetin aile yaşantısına etkisi olmadığını söyleyenlerin fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalaması yüksektir. Aile üyeleri içerisinde kanser hastası olmadığını söyleyenlerin yalnızca sağlık sorumluluğu; beslenme durumunu yeterli bulanların manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler puan ortalaması yüksektir. Uyku durumunu yeterli bulanların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalaması, fiziksel aktivitesini yeterli bulanların stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam puan ortalaması yüksektir. Stresle baş etme ve kişiler arası ilişki durumunu yeterli bulanların da SYBDÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları (stres yönetimi, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi) yüksektir (Tablo 11).
- Ebe ve hemşirelerin MKKÖ puan ortalaması ile sadece SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması arasında zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki vardır. Ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı artmaktadır (Tablo 12).

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda

- Çalışma sonuçlarının ilgili kurumlarla paylaşılması,
- Ebe ve hemşirelerin hem mesleki eğitimde hem de mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle meme kanseri, riskleri ve korkularına ilişkin bilgilendirmelerin yapılması,
- Ebe ve hemşirelere yönelik uygulanan iş yeri sağlık taramalarına meme kanseri taramalarının da eklenmesi,
- Meme kanseri taramalarının ebe ve hemşirelerle birlikte tüm sağlık profesyonellerine de yapılması,
- Sağlık çalışanlarının meme kanseri riski yönünden değerlendirilmesi,
- Bu çalışma ile anlamlı sonuçlar ortaya konulmuş olsa da daha büyük örneklem grubu ile diğer sağlık profesyonellerini de içeren çalışmaların yapılarak meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını nasıl etkilediğinin araştırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Açıköz, A., Çehrelı, R., Ellıdokuz, H. (2011). Kadınların Kanser Konusunda Bilgi Ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(3), 145-154.
- Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Birinci Basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 9-15.
- Akyolcu, N., Uğraş, G. A. (2011). Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli? Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health, 7(1).
- Alpözgen, A. Z., Özdiñler, A.R. (2016). Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri: Derleme. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(1), 66-72.
- American Cancer Society. (2014). American Cancer Society Recommendations For Early Breast Cancer Detection In Women Without Breast Symptoms. [Http://www.Cancer.Org/Cancer/Breastcancer/Moreinformation/Breastcancerearlydetection/Breast-Cancer-Early-Detection-Acs-Recs](http://www.Cancer.Org/Cancer/Breastcancer/Moreinformation/Breastcancerearlydetection/Breast-Cancer-Early-Detection-Acs-Recs). Erişim Tarihi: 09/11/2019.
- Arıkan, M. K. Stres ve Kanser. <http://ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4720.pdf>. Erişim Tarihi: 10/12/2019.
- Aro, A. R., De Koning, H. J., Absetz, P., Schreck, M. (2001). Two Distinct Groups Of Non-Attendıers In An Organized Mammography Screening Program. Breast Cancer Research And Treatment, 70(2), 145-153.
- Avcı, I. A., Kumcagız, H., Altinel, B., Caloglu, A. (2014). Turkish Female Academician Self-Esteem And Health Beliefs For Breast Cancer Screening. Asian Pac J Cancer Prev, 15(1), 155-160.
- Ay, S., Eryılmaz, M. A., Karahan, Ö. (2013). Gebelik Döneminde Meme Kanseri: Olgu Sunumu. Cukurova Medical Journal, 38(3), 492-494.
- Aydın, S., Akça, T. (Eds.). (2011). Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 27-423.
- Aydın, S. (2009). 99 Sayfada Meme Kanseri. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 28-30.
- Aydın, S., Akça, T. (Eds.). (2008). Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği, Sormaya Korktuğunuz Sorular ve Yanıtları. Nobel Kitabevi, 15-87.
- Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S., Kapan, S. (2013). Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kanserine Etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi, 9, 176-182.

- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
- Balliel, N. (2009). Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Hemşirelerinde Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Esin Ocaktan)
- Balcıoğlu, İ. (2005). Medikal Açıdan Stres ve Çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No:47.
- Başkan, S., Atahan, K., Arıbal, E., Özaydın, N., Balcı, P., Yavuz, E. (2012). Meme Kanseri Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health, 8(3).
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 154-165.
- Bayrak, U., Gram, E., Mengeş, E., Okumuş, Z. G., Sayar, H. C., Skrijelj, E., Ellidokuz, H. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi Ve Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3), 95-104.
- Baysal, A. (2002). Genel Beslenme (11. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Beenken, S., Wangerjr, F., Bland, K. (2004). History Of The Therapy Of Breast Cancer. The Breast: Comprehensive Management Of Benign And Malignant Disorders. 3rd Edition. Philadelphia: WB Saunders, 4-17.
- Bek, N. (2008). Fiziksel Aktivite Ve Sağlığımız. Sağlık Bakanlığı Yayın, 730.
- Biçim, S., Dakman, M., Coşkun, Y., Maydos, A., Karakaş, E., Göçmen, G. (2002). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi. Bilimsel Çalışmalar.
- Bilal, S. (2012). Doğurganlık ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme ve Jinekolojik Kanserlerden Korunma Davranışları İle İlişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Yıldız)
- Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir. (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer)
- Bostan, N. ve Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(1), 38-44.

- Bottorf, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., Hayduk, L.A. (1996). The Effects of Cognitive-Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. *Nursing Research*, 45 (1), 30-36.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçi, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 6(1): 13-21.
- Bozhüyük, A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Adana. (Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özcan).
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates Of Incidence and Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Champion, V. L., Skinner, C. S., Menon, U., Rawl, S., Giesler, R. B., Monahan, P., Daggy, J. (2004). A Breast Cancer Fear Scale: Psychometric Development. *Journal Of Health Psychology*, 9(6), 753-762.
- Cürçani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5)
- Çakır, S., Kafadar, M. T., Arslan, Ş. N., Türkan, A., Kara, B., İnan, A. (2016). Meme Kanseri Tanısı Konmuş Kadınlarda Risk Faktörlerinin Güncel Veriler Işığında Gözden Geçirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 2(3), 186-194.
- Çal, A., Kabataş, Yıldız, M., Aydın, Avcı, İ. (2018). Examination Of Knowledge and Fear Levels Of Breast Cancer With The Spiritual Characteristics Of Nurses. *Frontiers In Public Health*, November, 6, 331.
- Çalışkan, D., Akdur, R. (2001). Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kendi Bildirimleri ile Karşılaştıkları Mesleki Riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 54(02).
- Çetiner, H., (2014). Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı. İstanbul. (Danışman: Yard. Doç. Dr. Sevim Ulupınar) <http://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/E4698645-DAE3-A841-8A45-2316582CFB24/F9726505-352E-9D40-806A-13364514195C.pdf> Erişim Tarihi: 18.05.2019.
- Çetiner, H., Ulupınar, S. (2018). Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(1), 1-10.

- Davis, S., Mirick, D. K., Stevens, R. G. (2001). Night Shift Work, Light At Night, and Risk Of Breast Cancer. *Journal Of The National Cancer Institute*, 93(20), 1557-1562.
- Demir Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3).
- Devebakan, N. (2008). Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası.
- Donegan, W. (2006). History Of Breast Cancer In Breast Cancer DJ Winchester, DP Winchester, CA Hudis and L. In: DC Decker Inc. Ontario.
- Donnelly, T. T., Al Khater, A. H., Al-Bader, S. B., Al Kuwari, M. G., Al-Meer, N., Malik, M., Fung, T. (2013). Beliefs and Attitudes About Breast Cancer and Screening Practices Among Arab Women Living In Qatar: A Cross-Sectional Study. *BMC Women's Health*, 13(1), 49.
- Duman, N. B., Koçak, D. Y., Albayrak, S. A., Topuz, Ş., Yılmazel, G. (2015). Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Ve Uygulamaları.
- Duran, Ü., Öğüt, S., Asgarpour, H., Kunter, D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 138-147.
- Erdem, S.S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A.S., Bolu, F., Durak, A.A., Şener, Ö. (2017). Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1): 01-10.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. (2014). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Pullardaki Tarihi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 4(3), 22-28.
- Erözkan, A. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (26), 56-66.
- Esebu, M. (2013). Histopathology And Grading Of Breast Cancer. In *Cell and Molecular Biology of Breast Cancer*(Pp. 1-27): Springer.
- Etiler, N. Kadınlar İçin Fiziksel Aktivite Ne Kadar Mümkün? Toplumsal Cinsiyet Penceresinden Bir Değerlendirme. [https://www.academia.edu/34893096/KADINLAR\\_%C4%B0%C3%87%C4%B0N\\_F%C4%B0Z%C4%B0KSEL\\_AKT%C4%B0V%C4%B0TE\\_NE\\_KADAR\\_M%C3%9CMK%C3%9CN\\_TOPLUMSAL\\_C%C4%B0NS%C4%B0YET\\_PENCERES%C4%B0NDEN\\_B%C4%B0R\\_DE%C4%9EERLEND%C4%B0RME](https://www.academia.edu/34893096/KADINLAR_%C4%B0%C3%87%C4%B0N_F%C4%B0Z%C4%B0KSEL_AKT%C4%B0V%C4%B0TE_NE_KADAR_M%C3%9CMK%C3%9CN_TOPLUMSAL_C%C4%B0NS%C4%B0YET_PENCERES%C4%B0NDEN_B%C4%B0R_DE%C4%9EERLEND%C4%B0RME) Erişim Tarihi: 30.11.2019
- Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016-2025. [https://www.tatd.org.tr/files/files/fiziksel\\_aktivite.pdf](https://www.tatd.org.tr/files/files/fiziksel_aktivite.pdf) Erişim Tarihi: 18.09.2019

- Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K. (2011). Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 145-150.
- Gençöz, T. (1998). Korku: Sebepleri, Sonuçları ve Başetme Yolları. *Kriz Dergisi*, 6(2).
- Gençtürk, N. (2013). Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health*, 9(1).
- Gençtürk, N. (2015). İstanbul'da Bir Sağlık Kuruluşunda Çalışan Kadın Sağlık Profesyonellerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilme ve Uygulama Durumları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 209-216.
- Globocan, 2018. New Global Cancer Data: Globocan 2018. <https://www.uicc.org/news/new-global-cancer-data-globocan-2018> Erişim Tarihi: 30.11.2019
- Gök Uğur, H., Aydın Avcı, İ. (2015). Kansere Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2) ve 244-258.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1).
- Gülcivan, G., Topçu, B. (2017). Meme Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74.
- Günaydın, N. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 5(1):33-40
- Gürsoy, A. A., Mumcu, H. K., Çalık, K. Y., Bulut, H. K., Nural, N., Kahriman, I., Yılmaz, F. (2011). Attitudes And Health Beliefs Associated With Breast Cancer Screening Behaviors Among Turkish Women. *Journal Of Transcultural Nursing*, 22(4), 368-375.
- Hansen, J. (2001). Increased Breast Cancer Risk Among Women Who Work Predominantly At Night. *Epidemiology*, 12(1), 74-77.
- İğci, A. ve Asoğlu, O. (2003). Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydın A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 113-123.
- İlhan, N., Çöl, A. G., Tanboğa, E., Şengül, A., Batmaz, M. (2014). Behavior of College Students In Health Related Departments Towards Early Diagnosis of Breast Cancer. *The Journal Of Breast Health*, 10(3);147
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 61(2), 69-90.
- <https://acibademhayat.com/kanser-fobisi-ile-basa-cikmanin-yollari>. Kansere Fobisiyle Başa Çıkmanın Yolları. Erişim Tarihi: 01.02.2018.



- Cancer Education and Research Institute. Kanser Fobisi (Karsinofobi) Nedir? Kanserden Neden Bu Kadar Fazla Korkuyoruz. The Journal of Simplified Cancer Research (JSCR). [https://www.canceredinstitute.org/kanser-fob304s304kars304nofob\\_304.html](https://www.canceredinstitute.org/kanser-fob304s304kars304nofob_304.html) Erişim Tarihi: 01.02.2018
- Karabulut, E. O., Altun, M. (2018). Düzenli Olarak Spor Yapan ve Yapmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Farklı Değişkenler Bakımından İncelenmesi: Kırşehir İli Örneği. Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 19(1), 936-948.
- Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull, 7(6), 497-502.
- Karakaya, K., Baran, E., Tüzün, H., Göçmen, L., Erata, M., Arıkan, İ., Kökalan Yeşil, H. (2012). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Karalar Yavuz, Ü. (2010). Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Değişkenlerinin Tanımlanması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans. İstanbul. (Danışman: Yard. Doç. Dr. Gülbeyaz Can).
- Karayurt, Ö., Coşkun, A., Cerit, K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları Ve Uygulama Durumu. Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health, 4(1).
- Kavas, A. (2000). Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme (1. Baskı). İstanbul: Literatür Yayınları.
- Kayar, N. (2019). Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ordu. (Danışman: Prof. Dr. Nülüfer Erbil)
- Kaymakçı, S. (2001). Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir.
- Kılıç, S., Uçar, M., Seymen, E., İnce, S., Ergüvenli, Ö., Yıldırım, A., Kuru, N. (2006). Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde Görevli Hemşire, Hemşirelik Öğrencileri ve Hastaneye Müracaat Eden Kadın Hastalarda Araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi, 48, 200-204.
- Koç, Z., Sağlam, Z. (2009). Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health, 5(1).

- Kösters, J. P., Gøtzsche, P. C. (2003). Regular Self-Examination or Clinical Examination For Early Detection of Breast Cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
- Lamyian, M., Ahmadi, F., Faghihzadeh, S., Aguilar Vafaie, M. (2007). Barriers To and Factors Facilitating Breast Cancer Screening Among Iranian Women: A Qualitative Study.
- Lebel, S., Beattie, S., Arès, I., Bielajew, C. (2013). Young and Worried: Age And Fear of Recurrence in Breast Cancer Survivors. *Health Psychol*,32 (6), 695-705
- Lee, J. B. (2011). Breast Cancer Fear, Mammography Fear, and Mammography Adherence of African American Women in Bridgeport, Connecticut. New York University.
- Lyttle, N. L., Stadelman, K. (2006). Peer Reviewed: Assessing Awareness and Knowledge of Breast and Cervical Cancer Among Appalachian Women. *Preventing Chronic Disease*, 3(4).
- Miles, A., Voorwinden, S., Chapman, S., Wardle, J. (2008). Psychologic Predictors of Cancer Information Avoidance Among Older Adults: The Role of Cancer Fear and Fatalism. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 17(8), 1872-1879.
- Miller, S. J., O’Hea, E. L., Lerner, J. B., Moon, S., Foran-Tuller, K. A. (2011). The Relationship Between Breast Cancer Anxiety and Mammography: Experiential Avoidance as A Moderator. *Behavioral Medicine*, 37(4), 113-118.
- Müftüoğlu, O. (2003). Yaşasın Hayat. 7. Baskı İstanbul: Doğan Kitapçılık, 114-124.
- Norouznia, S. (2014). Meme Kanseri Korkusunun Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.(Danışman:Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu)
- Obezite Tanı Kılavuzu. (2015). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Baskı, Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti, Ankara.
- On, B. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu).
- Orak, S., Akgün, S., Orhan, H. (2006). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 5-11.
- Öner, E., Girgin, S., Uslukaya, Ö., Bozdağ, Z., Gümüş, H., Urakçı, Z., Gümüş, M. (2015). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Meme Kanserinde Tanı ve Tedavide Gecikme Sebeplerine Yönelik Anket Çalışması. *J Clin Exp Invest .www.Jceionline. Org* Vol, 6(4).
- Örnek, A. Ş., Aydın, Ş. (2008). Kriz ve Stres Yönetimi: Detay Yayıncılık.
- Özcan, A. (2006). Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim. Ankara, Sistem Ofset.

- Özdemir, P. G., Ökmen, A. C., Yılmaz, O. (2018). Vardiyalı Çalışma Bozukluğu Ve Vardiyalı Çalışmanın Ruhsal ve Bedensel Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 71-83.
- Özdemir, Ö., Bilgili, N. (2010). Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Meme ve Serviks Kansellerinin Erken Tanısındaki Bilgi Ve Uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6).
- Özel, Y., Karabulut, A. B. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
- Özer, A., Bankaoğlu, E., Ekerbiçer, H. Ç., Hüdayioğlu, M. R., Özdemir, M. (2009). Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çekirme Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. Ocak-Nisan, 28, 14-18.
- Özer, D., Baltacı, G. (2008). İş Yerinde Fiziksel Aktivite. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara
- Özmen, V. (2014). Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı. *Türkiye Aile Planlaması Vakfı Görünüm Dergisi*, Ekim Sayısı, 4-5.
- Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, V., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Utkan, Z. (2012). Meme Hastalıkları Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Özmen, V., Özcinar, B., Karanlık, H., Cabioglu, N., Tükenmez, M., Disci, R., Kecer, M. (2009). Breast Cancer Risk Factors In Turkish Women—A University Hospital Based Nested Case Control Study. *World Journal of Surgical Oncology*, 7(1), 37.
- Öztürk, D. A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özvarış Şevkat, B. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 30.
- Peek, M. E., Sayad, J. V., Markwardt, R. (2008). Fear, Fatalism And Breast Cancer Screening İn Low-Income African-American Women: The Role of Clinicians and The Health Care System. *Journal Of General Internal Medicine*, 23(11),1847-1853.
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2014). *Health Promotion In Nursing Practice*. 2006. Philadelphia: Upper Saddle River, New Jersey.
- Prosnitz, L. N., Dirkgledart J., Winer E. P. (2001). Breast Cancer, Chapter: 17, Rubin P. (Ed.), *Clinical Oncology* (8th Ed., Pp: 267-296 ), Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Rızalar, S., Altay, B. (2010). Meme Kanseri Olan Kadınların Erken Tanı Uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 73-87.

- Ruggiero, J. S., Pezzino, J. M. (2006). Nurses' Perceptions of The Advantages And Disadvantages of Their Shift and Work Schedules. *J Nurs Adm*, 36:450-453.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Türkiye Kanser İstatistikleri. Gültekin, M.,Boztaş, G.(Edt).Ocak.
- Samulin Erdem, J., Notø, H. Ø., Skare, Ø., Lie, J. A. S., Petersen-Øverleir, M., Reszka, E., Zienolddiny, S. (2017). Mechanisms Of Breast Cancer Risk In Shift Workers: Association Of Telomere Shortening With The Duration And Intensity Of Night Work. *Cancer Medicine*, 6(8), 1988-1997.
- Sardanelli, F., Fallenberg, E. M., Clauser, P., Trimboli, R. M., Camps-Herrero, J., Helbich, T. H., at al. (2017). European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European Breast Cancer Coalition (). Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *Insights Into Imaging*, 8(1), 11–18. doi:10.1007/s13244-016-0531-4
- Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willett, W. C., Hunter, D. J., Kawachi, I., Colditz, G. A. (2001). Rotating Night Shifts and Risk Of Breast Cancer In Women Participating In The Nurses' Health Study. *Journal of The National Cancer Institute*, 93(20), 1563-1568.
- Seçginli, S. (2012). Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale: Psychometric Testing of The Turkish Versions. *Cancer Nursing*, 35(5), 365-373.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(4), 238-243.
- Smith, R. A., Saslow, D., Sawyer, K. A., Burke, W., Costanza, M. E., Evans III, W. P., Sener, S. (2003). American Cancer Society Guidelines For Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*, 53(3), 141-169.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for The Early Detection Of Cancer. *Cancer Journal For Clinicians* 2003;53:7-43.
- Sohbet, R., Karasu, F. (2017). Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi, Davranış Ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 113-121.

- Somunoğlu, S. (2009). Meme Kanseri: Belirtileri ve Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), 103-122.
- Sönmez, Y., Nayir, T., Köse, S., Gökçe, B., Kişioğlu, A. (2012). Bir Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(4), 124-130.
- Stevens, R. G., Hansen, J., Costa, G., Haus, E., Kauppinen, T., Aronson, K. J., Kogevinas, M. (2011). Considerations of Circadian Impact for Defining 'Shift Work'in Cancer Studies: IARC Working Group Report. *Occupational And Environmental Medicine*, 68(2), 154-162.
- Şimşekoğlu, N. Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversitesi Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1):19-29.
- Talbert, P. Y. (2008). The Relationship Of Fear And Fatalism With Breast Cancer Screening Among A Selected Target Population Of African American Middle Class Women. *Journal Of Social, Behavioral, And Health Sciences*, 2(1), 7.
- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 47-58
- Tanrıverdi, H., Işık, S. (2014). Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Dergisi*, 125-134.
- Tayar, M., Korkmaz, N. H. (2007). *Beslenme & Sağlıklı Yaşam: Nobel*.
- Tedik, S. E. (2017). Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 1(2), 54-62.
- Terry, M. B., Zhang, F. F., Kabat, G., Britton, J. A., Teitelbaum, S. L., Neugut, A. I., Gammon, M. D. (2006). Lifetime Alcohol Intake and Breast Cancer Risk. *Annals of Epidemiology*, 16(3), 230-240.
- Toppinen-Tanner S. (2011) *Process of Burnout: Structure, Antecedents, and Consequences*. Finnish Institute of Occupational Health. People And Work Research Reports 93. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere, Helsinki, Finland.
- Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., Bideci, A. (2002). *Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali*. Ankara: Aydoğdu Ofset.

- Topuz, E., Aydiner, A., Dinçer, M. (2003). Meme Kanseri, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(3), 17-26.
- Turhan, F. (2006). Başkent Üniversitesi Hastanesi Çalışanlarının Mesleksel Risk Faktörleri ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Prof. Dr. H. Seval Akgün).
- Tutar, H. (2004). Kriz ve Stres Yönetimi: Stresle başa çıkma. 1. Baskı. Seçkin Yayıncılık. Ankara.
- Tuzcu, A. (2013). Sağlığı Geliştirme Modellerine Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Göçmen Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Zuhâl Bahar, 2. Danışman: Prof. Dr. Sebahat Gözüm)
- Türkiye Tabipler Birliği. (2008). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Türkiye Kanser İstatistikleri (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, [https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Depo/Birimler/Kanser-Db/İstatistik/Turkiye\\_Kanser\\_Istatistikleri\\_2015.Pdf](https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Depo/Birimler/Kanser-Db/İstatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.Pdf) Erişim Tarihi: 20/10/2019
- Uncu, F., Bilgin, N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health, 7(3).
- Uz, D., Kitiş, Y. (2017). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz Etkililik Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 27-39.
- Ünal, M. (2013). Sağlıklı Yaşam: Sağlığın Geliştirilmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Ünsar, S., Akgün Kostak, M., Kurt, S., Erol, Ö. (2011). Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4 (1), 2-6

- Walker, S., Hill-Polerecky, D. (1996). Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center, 120-126.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*.
- Witte, K. (1992). Putting The Fear Back Into Fear Appeals: The Extended Parallel Process Model. *Communications Monographs*, 59(4), 329-349.
- World Health Organization (2018). World Health Statistics 2018: Monitoring Health For The Sdgs, Sustainable Development Goals. [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2018/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2018/en/) Erişim Tarihi: 12.02.2019
- World Health Organization (2019). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> Erişim Tarihi: 12.02.2019
- Yalçınkaya, M., Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y. (2008). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- Yanık, A., Noğay, N.H. (2017). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(4),167-176.
- Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S., Kobyay Bulut, H., Özdaş Anahar, E. (2015). Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 33-45.
- Yücecan, S. (2008). Optimal Beslenme. Klasmat Matbaacılık. Ankara.
- Yıldırım, N. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Sivas. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mine Bekar).
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2006). Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3), 81-99.
- Zhang, L. R., Chiarelli, A. M., Glendon, G., Mirea, L., Knight, J. A., Andrulis, I. L., Ritvo, P. (2012). Worry Is Good For Breast Cancer Screening: A Study of Female Relatives From

The Ontario Site of The Breast Cancer Family Registry. Journal of Cancer Epidemiology, 2012.





## EKLER

### EK I. Bilgilendirilmiş Olur Formu



#### C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi” dir.

Bu araştırmanın amacı, ebe ve hemşirelerin meme kanseriyle ilişkili yaşadıkları korku düzeylerini ve korku düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin meme kanseriyle ilişkili yaşadığınız korku düzeyiniz ve korku düzeyinizin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı etkileyip etkilemediği değerlendirilecektir. Bu araştırmada yer almanız için sizinle bir kez görüşmemiz yeterlidir. Çalışma 5 ay sürecektir. Çalışma süresince yaklaşık 223 ebe, 161 hemşire ile görüşülmesi planlanmaktadır.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen çalışmaya katılmayı kabul etmek ve araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışma sonucunda ebe ve hemşirelerin günümüz çağının en çok korkulan hastalığı haline gelen kansere ilişkin korku düzeyi ve bunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesinden elde edilen sonuçlar ebe ve hemşirelerde farkındalık ve duyarlılık geliştirerek kanser korkusuyla baş etme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturma ve yaşama entegre etme ve korkunun olumsuz etkisine yönelik öncelikle sağlık

çalışanlarına hizmet içi eğitimler düzenlenmesine öncülük edebilir. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bu konuda farkındalık oluşturan ve duyarlılık kazanan ebe ve hemşirelerin topluma kanser korkusu, etkileri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada kanserden korunma ve önlemede daha duyarlı davranmalarına ve sağlığı koruma ve geliştirmedeki rollerinin daha fazla farkına varmalarına ve sağlık sorumluluğunu almanın önemini kavramalarına katkı sağlayabilir. Kanserden korunma ve önlemeye yönelik kitapçık ya da broşür oluşturulurken kanser korkusu ve yaşam biçimi davranış ilişkisine de yer verilerek toplumda bu konuya dikkat çekilebilir. Çalışma sonuçlarımız ayrıca toplumdaki bireylerinde kanser korkularının ele alınmasına ve olumsuz sonuçlarına ve yaşam tarzı değişikliklerinin bu anlamda önemine ilişkin çalışmaların yapılmasına öncülük edebileceği gibi konuya da dikkat çekeceği düşünülmektedir. Bu kapsamda çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Sizden istenecek olan görüşmede sizin tanıtıcı özelliklerinize ilişkin 30 soru, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınıza ilişkin 52 soru, meme kanseri korkunuzu belirlemeye yönelik 8 soru olmak üzere toplam 90 soruyu cevaplamanızdır. Anketi yanıtlama süresi yaklaşık 20 dakikadır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da rahatsızlıklarınız için 0 554 1197832 numaralı telefondan araştırmacı Cansu Özkök'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

**Çalışmaya Katılma Onayı:** Gönüllüden bu kısmı kendi el yazısıyla yazması istenecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

\* Bu örnek form araştışıcılaraya fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. Bu form gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (ör. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; **kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır.**



## EK II. Kişisel Bilgi Formu

### A. Sosyodemografik Özellikler:

1. Mesleğiniz: ( ) Ebe ( ) Hemşire
2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Yaşınız: .....
4. Öğrenim Durumunuz: ( ) Lise ( ) Ön Lisans ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ve Doktora
5. Yaşamınızın çoğunluğunu nerede geçirdiniz ( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy
6. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekar
7. Birlikte Yaşadığınız Kişiler:  
( ) Yalnız yaşıyorum ( ) Anne-babamla yaşıyorum  
( ) Ailemle yaşıyorum ( ) Arkadaşım ile yaşıyorum
8. Ailenizin ekonomik düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?  
( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla
9. Meslekte çalışma süreniz: .....
10. Mesleğinize yönelik memnuniyet durumunuz nedir?  
( ) Memnun değilim ( ) Orta derece memnunum ( ) Memnunum
11. Çalıştığınız klinik ve memnuniyet düzeyiniz nedir?  
.....  
( ) Memnunum. ( ) Memnun değilim. ( ) Başka bir klinikte daha verimli olabileceğimi düşünüyorum.
12. Bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk ne yaparsınız?  
( ) Geçmesini beklerim ( ) Kendi yöntemlerimle geçirmeye çalışırım  
( ) Bildiğim ilaçları kullanırım ( ) Doktora başvururum
13. Bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk hangi kuruma başvurursunuz?  
( ) Aile Hekimliği ( ) Devlet Hastanesi ( ) Üniversite Hastanesi  
( ) Özel Muayene ve Hastaneler ( ) Çevremde bulunan sağlık personeli dışındaki kişilere
14. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

( ) Evet/ yazınız ..... ( ) Hayır

15. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

( ) Evet yazınız ..... ( ) Hayır

**B. Obstetrik Özellikler:**

16. Menarş Yaşınız: .....

17. İlk Gebelik Yaşınız: .....

18. Gebelik Sayınız: .....

19. Doğum Sayınız: .....

20. Yaşayan Çocuk Sayınız: .....

21. Doğumdan sonra bebeğinizi ne kadar süre emzirdiniz?

( ) Hiç emzirmedim ( ) 0-1 yaş ( ) 0-2 yaş ( ) 2 yaş ve daha fazla emzirdim

**C. Risk Faktörleri:**

22. Boy:..... Kilo:.....

23. Çalışma şekliniz nedir? ( ) Nöbet ( ) Vardiya

(Nöbet tutmuyorsanız 25. soruya geçiniz.)

24. Nöbet tutmanız aile yaşamınızı etkiler mi? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

**25. Aşağıdaki konularda kendinizi nasıl değerlendirirsiniz.**

Yemek yeme/beslenme durumunuz: ( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen Yeterli

Uyku durumunuz: ( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen Yeterli

Stresle baş etme durumunuz: ( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen Yeterli

Fiziksel aktivite/egzersiz durumunuz: ( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen Yeterli

Kişiler arası ilişki/ iletişim durumunuz: ( ) Yeterli ( ) Yetersiz ( ) Kısmen Yeterli

**26. Aşağıdaki kanserle ilgili olan soruları yanıtlayarak boşlukları doldurunuz.**

Daha önce kanser tanısı aldınız mı? ( ) Evet ise yazınız.....( ) Hayır

Ailede kanseri tanısı almış birey var mı?

( ) Var (Lütfen tanıyı yazınız.....) ( ) Yok

Ailede kanser tanısı alan bireyin size yakınlığı nedir?

( ) Birinci derece (Anne-Baba- Çocuklar)

( ) İkinci derece (Dedeler, Nineler, Kardeşler, Torunlar)

( ) Üçüncü derece(Teyze- Amca- Hala- Dayı- Yeğenler)

27. Meme kanserinden korkuyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

28. Sigara kullanıyor musunuz?

( ) Evet kullanıyorum. ( Günde ..... adet)

( ) Kullanıyordum, bıraktım ( ) Hiç kullanmadım.

29. Alkol kullanıyor musunuz?

( ) Evet kullanıyorum. (Lütfen ne kadar sıklıkta kullandığınızı belirtiniz)

.....

( ) Hayır

30. Sizce alışkanlıkların kanser oluşumuna etkisi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır



### EK III: Meme Kanseri Korku Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1-Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım.					
2-Meme kanserini düşündüğüm zaman sinirlenirim.					
3-Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm.					
4-Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum.					
5-Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum.					
6-Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar.					
7-Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum.					
8-Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.					



## EK IV: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenle olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				

22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açıığım				










## Ek V. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İlk Kez Gebelik Yaşayan Üçüncü Trimester Gebelerde Gebelik Deneyiminin Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/24	Tarih: 26.04.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerçekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet			Araştırma ile ilişkisi			Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anotomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İlk Kez Gebelik Yaşayan Üçüncü Trimester Gebelerde Gebelik Deneyiminin Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokack2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Gülseren Dağlar		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

## EK VI . Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SİVAS NUMUNE HASTANESİ

Sayı : 93848782/799  
Konu : Anket Çalışması Talebi-Birsen SÜSLÜOĞLU

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 04/05/2018 tarih ve 19448395-044 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Birsen SÜSLÜOĞLU' nun "İlk Kez Gebelik Yaşayan Üçüncü Trimestir Gebelerde Gebelik Deneyiminin Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi" başlıklı anket çalışmasını 01.05.2018 - 31.08.2018 tarihleri arasında kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak ve sonucun Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nün bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Emin Ertem TEMİZÖZ  
Başhekim

## EK VII. Ölçek İzin Yazısı

YNT: İLT:Çalışma izin isteği


**ZB** Zühal Bahar <zuhal.bahar@okan.edu.tr>  
10.01.2020 10:32

Kime: cansu yılmaz

SAYIN YILMAZ,  
Ölçeğinizi çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin,sevgiler  
Zühal BAHAR

Bu elektronik postanın içeriği ve varsa ekindeki dosyalar sadece göndericisini bağlar. Okan Üniversitesi Hastanesi bu mesaj ve eklerinden hukukun sorumlu değildir. Eğer bu mesaj yanlışlıkla size gönderilmişse, lütfen gönderen kişiye derhal bildiğiniz ve mesaj sistemimizden siliniz.

The information contained in this e-mail and any files transmitted with it bind the sender only. Okan University Hospital does not accept legal responsibility for the contents. If you are not the intended recipient, please immediately notify the sender and delete the message from your system.



Prof.Dr. Zühal Bahar  
Öğretim Üyesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Istanbul Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü  
34959 Akfırat-Tuzla / İSTANBUL

0 (216) 677 16 30 - 0  
0 (216) 677 16 47

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
İş yaşamına  
en yakın üniversite!

Bu mesaj yazdırmadan önce çevreye verebileceğiniz zararları bir kez daha düşününüz.

Think of the environment once more before printing out this message.

Bu elektronik postanın içeriği ve varsa ekindeki dosyalar sadece göndericisini bağlar. Okan Üniversitesi bu mesaj ve eklerinden hukukun sorumlu değildir. Eğer bu mesaj yanlışlıkla size gönderilmişse, lütfen gönderen kişiye derhal bildiğiniz ve mesaj sistemimizden siliniz.

**DS** Dr.Selda Secginli <s.secginli@gmail.com>  
19.11.2017 16:13

Kime: cansu yılmaz

Merhaba,  
Daha önce size istediğiniz ölçeği ve ölçeğin hesaplanmasına ilişkin bilgiyi içeren makalemi gönderdim. E mailimi izin yazısı olarak değerlendirebilirsiniz. Ancak mutlaka imzalı bir izin yazısına ihtiyacınız var ise buna ilişkin elinizde bir şablon varsa gönderirseniz imzalayıp, tarayıp online gönderebilirim.  
iyi çalışmalar.

18 Kasım 2017 09:35 tarihinde cansu yılmaz <caan\_suu\_58@windowslive.com> yazdı:

Merhaba hocam mail atmıştım size ancak cevap gelmediği için tekrar yazıyorum. Meme kanseri korku ölçeğini kullanmadan tez konusunda önerimi sunuyorum hocam. Lütfen korku ölçeğini nasıl hesapladığınızı ve ölçeğinizi kullanabilmem için imzalı izin belgenizi gönderebilir misiniz. Şimdiden teşekkür ederim hocam

29 Eki 2017 00 11:55 tarihinde cansu yılmaz <caan\_suu\_58@windowslive.com> yazdı:

merhaba hocam gönderdiğiniz ölçeği çalışmamda sizinde izinizle tabii kullanabilmem için ; imzalı izin onay belgenizi ve ölçeği hesaplama şeklinizi rica etsem benimle paylaşır mısınız.

şimdiden teşekkür ederim hocam

[Outlook](#)'tan gönderildi

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Cansu YILMAZ
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas/Zara-1987
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Mehmet Akif Ersoy Mahallesi 46-60 Sokak Akgül Apartmanı No:23 /4 Merkez/Sivas
E-posta Adresi	caan_suu_58@windowslive.com

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Zara Çok Programlı Lisesi (2000-2003)
Lisans	Adıyaman Üniversitesi (2006-2011)
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2013-2020)

### İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı	Ordu İli Kumru İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi (Bulaşıcı Hastalıklar Birimi) (2011-2013) Sivas Altınyayla Devlet Hastanesi (Acil Servis) (2013-2016) Eskişehir Günyüzü Devlet Hastanesi (Acil Servis) (2016-2017) Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü (Bulaşıcı Hastalıklar Birimi) (2017-2019) Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Sivas Numune Hastanesi (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi) (2019-...)
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------