



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**40 YAŞ VE ÜZERİ KADIN HASTALARDA MEME KANSERİ TARAMA  
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ SAĞLIK İNANÇ  
MODELİ ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Damla TAŞCI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA/2020**



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**40 YAŞ VE ÜZERİ KADIN HASTALARDA MEME KANSERİ TARAMA  
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ SAĞLIK İNANÇ  
MODELİ ÖLÇEĞİ İLE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Damla TAŞCI**

**Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANKARA/2020**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgmeden eğitimime katkı sağlayan saygı değer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Tez çalışmamda başından itibaren desteklerini esirgemeyen, her aşamasında yanımda bulunan saygı değer tez danışmanım Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye,

Eğitimime katkıda bulunan Uzm. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Rotasyonlarım sırasında yardımcı olan tüm değerli hocalarımıza ve asistanlığım süresi boyunca beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık sürem boyunca iyi kötü günlerimi hep beraber geçirdiğim, hayatımda her anımda yanımda olan canım arkadaşlarım Dr. Duygu ALDAÇ ile Dr. Mert AYDOĞAN'a ve bütün mesai arkadaşlarıma,

Eğitim hayatımın başından itibaren her türlü desteği veren, hep yanımda olan canım annem Selma TAŞCI'ya, babam Muammer TAŞCI'ya ve canım tosbişime teşekkür ederim.

**Dr. Damla TAŞCI**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. MEME FİZYOLOJİSİ VE GELİŞİMİ .....	3
2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.3. MEME KANSERİ ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.3.1. Çok Yüksek Derecede Risk Oluşturan Faktörler .....	6
2.3.2. Artmış/Yüksek Derecede Risk Oluşturan Faktörler .....	6
2.3.3. Ortalama/Düşük Risk Oluşturan Faktörler .....	7
2.4. MEME KANSERİNDE KLİNİK BULGULAR.....	10
2.5. MEME KANSERLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ .....	12
2.5.1. Görüntüleme Yöntemleri.....	12
2.5.1.1. Mamografi .....	12
2.5.1.2. Ultrasonografi.....	13
2.5.1.3. Magnetik rezonans görüntüleme .....	13
2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA.....	13
2.6.1.1. Profilaktik ooferektomi.....	14
2.6.1.2. Kemoprevensiyon.....	15
2.6.1.3. Profilaktik mastektomi .....	15
2.6.2. İkincil Korunma.....	16
2.6.2.1. Meme kanseri tarama yöntemleri .....	17
2.6.2.2.1. Kendi kendine meme muayenesi.....	17
2.6.2.2.2. Klinik meme muayenesi.....	18
2.6.2.2.3. Mammografi.....	18
2.7. MEME KANSERİ TEDAVİSİ .....	19

2.8. SAĞLIK İNANÇ MODELİ.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ .....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	24
3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ .....	24
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	24
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
7. KAYNAKLAR.....	47
8. ÖZGEÇMİŞ .....	56
9. EKLER.....	57
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	57
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	61
EK-3: ANKET FORMU, SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ.....	63

## KISALTMALAR

<b>ADH</b>	:	Atipik Duktal Hiperplazi
<b>BKİ</b>	:	Beden Kitle İndeksi
<b>BRCA</b>	:	Breast Cancer Gene
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ER</b>	:	Estrojen Reseptörü
<b>ERT</b>	:	Estrojen Replasman Tedavisi
<b>HRT</b>	:	Hormon Replasman Tedavisi
<b>HT</b>	:	Hormon Tedavisi
<b>HIP</b>	:	The Health Insurance Plan
<b>IARC</b>	:	International Agency on Cancer for Research
<b>KETEM</b>	:	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
<b>KKMM</b>	:	Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KMM</b>	:	Klinik Meme Muayenesi
<b>LKI</b>	:	Lobüler Karsinoma İn situ
<b>MG</b>	:	Mamografi
<b>MRG</b>	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>NCI</b>	:	National Cancer Institute
<b>PR</b>	:	Progesteron Reseptörü
<b>SİM</b>	:	Sağlık İnanç Modeli
<b>SİMÖ</b>	:	Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
<b>USG</b>	:	Ultrasonografi

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.</b>	Globocan 2018 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser .....	4
<b>Tablo 4.1.</b>	Sosyodemografik Özellikler-1 .....	27
<b>Tablo 4.2.</b>	Sosyodemografik Özellikler-2 .....	28
<b>Tablo 4.3.</b>	Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları .....	28
<b>Tablo 4.4.</b>	Katılımcıların Sağlık Özgeçmişleri .....	29
<b>Tablo 4.5.</b>	Katılımcıların Geçirilmiş İyi Huylu Meme Hastalığı Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.6.</b>	Katılımcıların Mamografi Dışında Yaptırdığı Tetkiklerin Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.7.</b>	Katılımcıların Tarama Davranışları .....	30
<b>Tablo 4.8.</b>	KKMM Yapanların Diğer Tarama Yöntemlerini Uygulama Durumu .....	31
<b>Tablo 4.9.</b>	Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Mamografi Yaptırma Durumu .....	31
<b>Tablo 4.10.</b>	Eğitim ve KKMM Yapma ve KMM Yaptırma Davranışı .....	32
<b>Tablo 4.11.</b>	Katılımcıların KKMM Hakkında Bilgi Kaynakları .....	32
<b>Tablo 4.12.</b>	Katılımcıların KMM Yaptırmama Nedenlerinin Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.13.</b>	Ailede Meme Kanseri Öyküsü İle Kişisel Meme Kanseri İlişkisi .....	33
<b>Tablo 4.14.</b>	Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları .....	33
<b>Tablo 4.15.</b>	Eğitim Durumu ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	34
<b>Tablo 4.16.</b>	Risk Durumu ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	35
<b>Tablo 4.17.</b>	Aile Öyküsü ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	35
<b>Tablo 4.18.</b>	KKMM Yapmayı Bilme ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	36
<b>Tablo 4.19.</b>	KKMM Yapma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	36
<b>Tablo 4.20.</b>	Mamografi (MG) Yaptırma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	37
<b>Tablo 4.21.</b>	KMM Yaptırma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları .....	37

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmamızda toplumumuzda yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarını ve etkileyen faktörleri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi semt polikliniklerine 01.10.2019-31.12.2019 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran 40 yaş ve üzeri 281 kadın dahil edildi. Çalışmamız hakkında bilgi verildikten sonra ankete katılmayı kabul eden kişilere sosyodemografik veri formu ile Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

**Bulgular:** Katılımcıların büyük çoğunluğunun meme kanseri tarama yöntemlerini bildiği, ancak tarama yöntemlerini düşük oranda kullandığı belirlendi. Tarama yöntemlerini kullanma durumlarını etkileyen esas sebebin şikayetin olup olmaması olduğu gözlemlendi. Kendi kendine meme muayenesi yapanlarda mamografi yaptırmaları anlamlı şekilde yüksek bulundu ( $p=0,011$ ). Champion Sağlık İnanç Ölçeğinin puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde, katılımcıların en yüksek puan kendi kendine meme muayenesi öz yeterliliği alt ölçeğinden, en düşük puanı ise duyarlılık algısı alt ölçeğinden aldıkları görüldü. Herhangi bir tarama yöntemini kullanma durumu ve meme kanseri risk faktörlerinin, tarama yöntemlerini kullanma durumlarına ilişkin sağlık inançlarını etkilediği görüldü.

**Sonuç:** Meme kanserinin erken tanısına yönelik çalışmalarda tarama yöntemlerini kullanma durumları ile sağlık inançları korele değerlendirilmeli, bireysel değerlendirme yaparak eksikliği saptanan alt ölçek üzerinde durularak bilgilendirme yapılmalıdır. Risk faktörleri anlatılıp kadınların bilinçlendirilmesi; risk hesaplaması yaparak yüksek riskli olanların takiplerinin bu doğrultuda düzenlenmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kanser tarama, Meme kanseri, Sağlık İnanç Modeli.



# EVALUATION OF USING BREAST CANCER SCREENING METHODS IN WOMEN PATIENTS AGED 40 YEARS AND OVER WITH THE SCALE OF HEALTH BELIEF MODEL

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to evaluate the use of breast cancer screening methods and affecting factors in women aged 40 and older in our society by using the Health Belief Model Scale.

**Material and Methods:** The study included a total of 281 women aged 40 and older who applied to the Ankara Training and Research Hospital district outpatient clinics for any reason between October 1, 2019 – December 31, 2019. After being informed about the study, women who agreed to participate were administered a sociodemographic data form and Champion's Health Belief Model Scale in face-to-face interviews.

**Results:** It was determined that the majority of participants were familiar with breast cancer screening methods, however, screening methods were used at low rates. It was observed that the main factor to affect the use of screening methods was whether or not there were symptoms. The rates of undergoing mammography were significantly higher in those who performed breast self-examination ( $p=0.011$ ). According to the mean scores and standard deviations of the Champion Health Belief Scale, participants scored the highest in the breast self-examination self-efficacy subscale, and the lowest in the perceived susceptibility subscale. It was seen that using any screening method and breast cancer risk factors affect health beliefs about using screening methods.

**Conclusion:** In studies on early diagnosis of breast cancer, the use of screening methods should be evaluated in relation to health beliefs, and by performing an individual assessment, information should be given according to subscales with deficits. Risk factors should be clarified and women should be educated by calculating risk and accordingly conducting follow up of high-risk cases.

**Keywords:** Cancer screening, Breast cancer, Health Belief Model.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser çağımızın ciddi bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl yaklaşık on milyon kişinin kanser olduğunu, altı milyon kişinin ise kanser sebebiyle yaşamını yitirdiğini bildirmektedir. Nedeni bilinen ölümlerde ikinci sırada olup, sebep olduğu ölüm ve engellilik durumunun yol açtığı iş gücü kaybı ve tedavideki yüksek maliyetler dolayısıyla ülke ekonomisine ciddi olumsuz etkileri olmaktadır (1,2).

Meme kanseri erken teşhisle tedavi edilebilirliği yüksek bir kanserdir ve her geçen gün yaygınlığının artmasından dolayı büyük önem arz etmektedir (3,4). Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında görülen kanserlerde birinci sırada, ölüm nedenlerinde de ikinci sırada yer almaktadır. 40-59 yaşlarındaki kadınlarda kansere bağlı ölümlerde ilk sıradadır. Türkiye’de her sene 17 bine yakın kadın meme kanseri olmaktadır (5). Uluslararası Kanser Ajansı meme kanserine yakalanmadaki yüksek orana vurgu yapmaktadır. Bu duruma Türkiye’deki yaşam şartlarındaki değişiklik, beslenme düzeninin bozulması, hormon maruziyeti, çocuk doğurma yaşının artması, emzirme değişiklikleri neden olmaktadır (6). Meme kanseri etyolojisinde genetik, çevresel, psikososyal ve birçok risk faktörü rol alır. Bunlar; kadın cinsiyet, ailede veya kendisinde meme kanseri öyküsü olması, ırk, menstrual düzen, immobilité, alkol tüketimi, gebelik yaşı, beslenme düzeni, hormon tedavileri ve ileri yaşır (7). Ovülasyon sayısındaki artışla beraber meme kanseri riski de artmaktadır. Menarş yaşındaki gecikmenin her bir yılı için risk yaklaşık %15 düzeyinde azalmakta; menopoz yaşındaki gecikmenin her bir yılı için %3 artmaktadır (8).

Önlenebilir bir kanser olan ve erken tanı ile yaşam standartları ve süresi artırılabilen meme kanseri ülkemizde kadınlarda 40 yaşından sonra her 2 yılda bir mamografi (MG) ile taranmaktadır (5). Yüksek riskli hastalarda tarama daha erken yaşta başlamakta ve daha farklı tanı yöntemlerinden de destek alınmaktadır (5). Bunun yanı sıra Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen; 20 yaşından 40 yaşına kadar ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi (KKMM), iki yılda bir klinik meme muayenesi (KMM), 40 yaşından sonra ayda bir KKMM, yılda bir KMM de erken tanıda önemli yer tutmaktadır. Düzenli olarak KKMM yapan

kadınların meme kanserini ciddi oranda yakaladıklarına ve bu sayede ölüm oranlarında azalmalar sağladıklarını destekleyen çalışmalar mevcuttur (4,9,10).

Tarama yöntemlerinin kullanılmasında bireylerin inanç, değer ve tutumları büyük önem taşımaktadır. Tutum ve davranışların nedenini açıklayan Sağlık İnanç Modeli (SİM) (Mccord 1997), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu neyin motive ettiğini yada engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir rehberdir (11). Örneğin sağlık motivasyonu yüksek olan bir kadın, meme kanseri tarama yöntemleri konusunda yeterli bilgi sahibi ise yöntemleri kullanma durumu sağlık motivasyonu az olana göre daha çok olacaktır. Diğer yandan SİM'e göre sağlık motivasyonu düşük saptanan bir toplumda tarama yöntemleri kullanımını artırmak için verilecek eğitimde bu konuya ağırlık verilmesi gerekir. Araştırmalar, KKMM ve meme kanseri teşhisi için yapılan diğer tarama yöntemlerine dair inançların bilinmesinin, buna yönelik uygulamaların öğretilmesi ve kabullenilmesinde faydalı olacağını belirtmiştir (11).

Türkiye'de meme kanseri tarama yöntemlerinin etkili düzeyde kullanılmaması, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde Aile Hekimleri için üzerinde durulması ve aşılması gereken önemli sorun niteliğindedir. Buna rağmen Aile Hekimliği alanında kanser tarama yöntemlerinin kullanılma durumlarını etkileyen faktörlerin saptanması üzerine çalışmaların yetersizliği gözlenmiştir.

Bu çalışmanın amacı ise; kadınlarda meme kanseri tarama yöntemlerinin kullanılma durumlarını belirlemek, tarama yöntemlerine inançlarını saptamak, tarama yöntemlerini kullanmada etkili olan sebepleri veya tam tersi tarama yaptırmama nedenlerini araştırmak, katılımcıların meme kanseri risk düzeyini saptamaktır. Elde edilen sonuçlar, meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarını artırmak amaçlanarak yapılacak eğitimlere temel oluşturacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MEME FİZYOLOJİSİ VE GELİŞİMİ

Meme reproduktif sistemin fonksiyonel yönden bir parçası olmakla beraber yapı ve gelişim açısından deriye bağlı bir çeşit apokrin bezdir. Meme dokusu üç temel yapıdan oluşur; cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusu (parankim ve stroma). Meme dokusunun çoğunluğu sıklıkla üst kadranda ve daha çok da dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle özellikle meme kanseri en çok üst dış kadranda görülür. Gelişmiş meme; asinüs, duktus ve stroma elemanlarından oluşur. Asinüsler, memenin salgıyı sağlayan birimidir. Asinüslerin birleşmesiyle lobüller, lobüllerin birleşmesiyle de loblar oluşur. Her meme yaklaşık 15-20 lobdan meydana gelir. Her lob meme başına ayrı ayrı açılır ve açılmadan önce areola altında laktifer sinüsler denilen genişlemeleri yapar (12).

İntrauterin dönemde gelişimi başlayan meme dokusunda yaşamın bir çok döneminde değişen hormon seviyelerine bağlı olarak değişiklik gözlenir.

Memede dolgunluk ve ağrı menstürasyondan 5-7 gün sonra en azdır. Bu yüzden meme muayenesi ve memede kitle tespiti bu dönemde en kolaydır. 14. güne kadar östrojen etkisiyle meme epitelinde proliferasyon; 14. günden sonra progesteron etkisiyle duktuslarda dilatasyon, alveol epitelinde diferansiyasyon ve sekresyon görülür. Sonraki günlerde memenin kanlanması artar, bir miktar memede ödem de olur. Bu durum memede premenstürel büyüme, dolgunluk ve hassasiyete neden olur. Menstürasyonun başlangıcıyla östrojen ve progesteron hormonlarının hızlıca düşmesiyle değişiklikler geri döner (involüsyon). Her siklusta ve memenin değişik bölümlerinde farklı miktarlardaki proliferasyon-involüsyon döngüsü adet gören kadınlarda memede nodüleritenin ortaya çıkmasına neden olur (12,13). Doğum yapmamış kadında meme gelişimi tamamlanmamıştır. Duktus epiteli daha fazla, alveol epiteli daha azdır. Gebelik sırasında ise değişen östrojen ve progesteron hormonlarını sebebiyle memeler görünüm olarak değişir. Östrojen meme kanal dokusunun büyümesini uyarırken; progesteron lob, lobül ve alveollerin gelişimini uyarır. Bu hormonların yanı sıra kanda prolaktin ve plasental laktojenin artmasıyla

meme büyümesi hızlanır. Doğumdan sonra memelerde süt yapımı ve salgılanması başlar. Emzirme döneminin bitmesinden sonra ise meme dokusu gebelik öncesi durumuna tekrar geri döner (13). Menopozda ise glandüler doku azalarak yerini yağ dokusu alır. Menapoz sonrasında meme dokusu bolca yağ dokusu, bağ dokusu ve duktuslardan oluşur (14).

## 2.2. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC - The International Agency for Research on Cancer) 2018 yılı yeni tahminlere göre dünyada yeni tanı kanserli hasta sayısı 18 milyon, 2040 yılında ön görülen yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ise 29,5 milyon olarak belirtilmiştir. Buna göre kanserli hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. GLOBOCAN 2018 verilerine göre, 2018 yılında dünyada toplam 9.5 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünyada en sık görülen kanserler; akciğer (%11,6), meme (%11,6) ve kolon (%10,2) kanseri iken; kanserden ölümler en çok akciğer (%18,4), karaciğer (%9,2) ve mide kanseri (%8,2) nedeniyle olmaktadır (Tablo 2.1) (15).

**Tablo 2.1.** Globocan 2018 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser

	<b>Türkiye</b>	<b>Dünya</b>	<b>Avrupa Birliği</b>	<b>Amerika</b>
<b>1</b>	Meme	Meme	Meme	Meme
<b>2</b>	Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
<b>3</b>	Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Kolorektal
<b>4</b>	Uterus korpusu	Akciğer	Uterus korpusu	Tiroid
<b>5</b>	Akciğer	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

Meme kanserinin dünyada kıtalar arası sıklık sıralaması çoktan aza doğru Asya, Avrupa, Kuzey Amerika, Latin Amerika, Afrika ve en son sırada ise Avustralya olarak gözlenmektedir. Dünyada kadınlar arasında birinci sırada görülen malign tümör olup kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %24,1'ini oluşturmaktadır. Kadın ve erkek birlikte değerlendirildiğinde akciğer kanserinden sonra ikinci sıklıkta

görülmektedir (16). Kansere bağlı ölümlerin %15'inden meme kanseri sorumludur. İkinci sıradaysa %13,7 ile akciğer kanseri yer almaktadır (17).

DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında %25'lik artış görülmektedir. Meme kanseri 2008 yılında 1.380.000 yeni vaka ile kadınlarda dünya çapında en sık görülen kanser türü olmuştur. 2010 yılında yaklaşık 1,5 milyon kadına meme kanseri tanısı konulmuştur (18).

Türkiye'de kadınlarda 1. sırada görülen kanser meme kanseridir ve tüm kanserlerin yaklaşık %24,3'ünü oluşturmaktadır. Kansere bağlı ölümlerin ise yaklaşık %13'ünden sorumludur.

2007'den bu yana meme kanseri ölüm oranları 50 yaş altı kadınlarda sabit kalmıştır, ancak yaşlı kadınlarda azalmaya devam etmiştir. 2013'ten 2017'ye kadar ölüm oranı yılda %1,3 azalmıştır. Bu azalmanın tarama, artan farkındalık, erken tanı ve daha iyi tedavilerin bir sonucu olduğuna inanılmaktadır.

Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %83 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki ciddi fark, gelişmiş olan ülkelere tarama yöntemlerini kullanımının daha fazla olması, erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. Dünyada her üç dakikada bir kadına yeni meme kanseri tanısı konulmakta ve her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeni ile ölmektedir (7).

### **2.3. MEME KANSERİ ETYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ**

Meme kanseri için risk oluşturan nedenler iç ve dış olarak ikiye ayrılır. İç nedenler arasında endojen hormonal etkenler (endojen östrojene maruz kalma gibi), ailesel genetik yatkınlık ve selim proliferatif meme lezyonları yer alır. Eksojen

hormonlar (hormon replasmanı gibi), yaşanan coğrafi bölge, çevresel etkenlere maruz kalma, obezite, sedanter yaşam, diyet alışkanlıkları ve diğerleri dış nedenlerdir (19,20). Öncelikle meme kanseri için hangi faktörlerin ne derecede risk oluşturduğu bilinmelidir:

### **2.3.1. Çok Yüksek Derecede Risk Oluşturan Faktörler**

**Kişinin meme ve over kanseri oluşmasına zemin hazırlayan genlerinde mutasyon olması:** Breast cancer gene 1-2 (BRCA1-2) bugüne kadar gösterilen en yüksek dereceli risk faktörlerinden biridir. Bu genlerde saptanan mutasyon hem memede hem de overde yüksek olasılıkla kanser gelişebileceğini işaret eder. Bu genlerde mutasyonu olan kadınların %66 ile 83'ünde meme kanseri; %22 ile 45'inde de over kanseri görülebilmektedir (21,22).

**Geçmişte memede lobuler karsinoma in situ (LKIS) saptanmış olması:** Daha önce meme biyopsisinde LKIS saptanmış olması her iki memede kanser görülme olasılığını genel popülasyona göre yaklaşık on kat artırır (23). Hiperplazi saptanmış olması kişinin riskini 4-5 kat artırır (24). Tek başına atipik duktal veya lobüler hiperplazi saptanması riski orta derecede artırırken, odak sayısının artması ve lezyonun saptandığı yaşın küçülmesi riski on kat artırır (25). Bu lezyonların saptanmış olması kişinin meme kanseri riskini artırmakta ancak over kanseri için risk oluşturmamaktadır.

**Geçmişte göğüs bölgesine radyoterapi uygulanmış olması:** Bu tedaviden 10 yıl sonra meme kanseri gelişme riski 20-30 kat artmaktadır (26).

### **2.3.2. Artmış/Yüksek Derecede Risk Oluşturan Faktörler**

**İleri yaş:** 50 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri görülme riski 50 yaşından küçüklere göre daha fazladır (19). Meme kanseri taraması için 50 yaş sonrasında kadınlara düzenli mamografi yaptırmaları önerilir. Ancak 50 yaşın altında da meme

kanseri görülebilir. Kişi başka risk faktörlerine de sahipse mamografiye daha erken yaşlarda başlanmalıdır (27).

**Genetik yatkınlık ve aile öyküsü:** Aile öyküsünde meme kanseri varlığı, bireyin özgeçmişinde invaziv meme kanseri, duktal karsinom in situ veya LKIS veya benign proliferatif hastalık sebebiyle alınan meme biyopsilerinin varlığı da meme kanseri riskini artırmaktadır. Yapılan bir metaanalizde, ailedeki herhangi bir akrabada meme kanseri öyküsünün varlığı 1,9, birinci derece akrabada 2,1, annede 2, kız kardeşte 2,3 kat riski artırıcı bir faktörken; kızında olması durumunda 1,8, anne ve kız kardeşinde birlikte olma durumunda 3,6 kat riski artırıcı bir faktör olarak bildirilmiştir. Ayrıca ikinci derece akrabada bulunması durumunda ise 1,5 kat meme kanserini artırıcı bir faktör olduğu vurgulanmıştır (28). Meme kanserli hastaların %5-10'unun BRCA1 ve BRCA2 genlerinde germ mutasyonu görülebilmektedir. BRCA1 ve BRCA2 mutasyonuna sahip kadınların hayat boyu meme kanseri riskinin %40-85 olduğu belirtilmektedir (29).

**Yoğun meme dokusuna sahip olunması:** Meme dokusu; yağ dokusu, fibröz doku ve glandüler yapılardan oluşmaktadır. Yoğun meme dokusu daha fazla glandüler ve fibröz doku içerirken, yağ dokusunu az miktarda içermektedir. Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınların, meme kanseri riski normal meme dokusuna sahip olanlara göre 1,2-2 kat artmıştır. Meme dokusunun yoğunluğunu etkileyen faktörler; yaş, menapozal durum, kullanılan bazı hormon replasman tedavileri, ilaçlar, gebelik ve genetikdir (19).

### 2.3.3. Ortalama/Düşük Risk Oluşturan Faktörler

Bu gruptaki faktörler meme kanseri için tek başına önemli ölçüde risk oluşturmaz. Ancak, kişi beraberinde diğer risk faktörlerini de taşıyorsa anlamlı bir risk artışından söz edilebilir. Bu grup altında sayılan faktörlerin bir kısmı değiştirilebilir etmenlerdir. Bunlar arasında menopoz sonrasında hormon tedavisi alma, aşırı alkol tüketimi, ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapma veya hiç doğum yapmama, emzirmeme, obezite, fiziksel aktivite azlığı yer almaktadır (20). Yaşam



şeklinde yapılabilecek değişikler ile bir kısmı ortadan kaldırılabılır. Bu amaçla kadın hastalara 30 yaşından önce doğum yapmaları, çocuklarını emzirmeleri, alkol tüketmemeleri, düzenli egzersiz yapılması önerilmelidir.

**Menarş, menopoz ve laktasyon:** Erken menarş, geç menopoz gibi endojen östrojene maruziyeti artıran sebepler ve menopoz sonrası kullanılan östrojen-progesteron hormonlarının kombinasyonu meme kanseri riskini artırmaktadır. Menarş yaşı 11 ve altında olan kadınların, 15 ve üstü olanlara göre meme kanseri riskinin %20 yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durumun nedenini açıklayan birçok mekanizma mevcuttur. Ancak tümü, hayat boyu artmış endojen hormonlara maruziyet ile ilişkilendirilmektedir. Epidemiyolojik veriler, hayat boyu östrojen maruziyetinin özellikle östrojen reseptörü pozitif (ER+) meme kanserleri için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Kısacası mensturasyon başlangıç yaşının erken olması yaşam süresince östrojene maruziyetin artması ile ilişkilidir. Menopoza giriş yaşında her geçen yılın, meme kanseri riskini %3 artırdığı belirtilmektedir. Premenopozal kadınların aynı yaştaki post-menopozal kadınlara göre meme kanseri riskinin, özellikle ER (+) tümörler için 1,43 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Otuz yaş öncesinde gebelik sürecinin tamamını geçiren kadınlarda, meme kanseri riskinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Otuz beş yaş sonrası doğum yapan kadınlarda ise, hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin yaklaşık %50 daha düşük olduğu belirtilmektedir. Ayrıca emzirme, meme kanseri riskini azaltıcı bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Her 12 aylık emzirmenin meme kanseri riskinde %4,3 azalma sağladığı ve her ilave doğum için bu orana %7 eklenebileceği belirtilmektedir (30).

**Hormon replasman tedavisi:** Menopoz semptomlarını hafifletmek ve osteoporozun önlenmesine yardımcı olmak için östrojen ile hormon tedavisi (genellikle progesteron ile birlikte) uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu tedavi HRT olarak adlandırılmaktadır. 2 ana tip hormon tedavisi vardır. Histerektomi olmayan kadınlar için genellikle östrojen ve progesteron tedavileri verilmektedir. Progesteron gereklidir çünkü tek başına östrojen uterus kanseri riskini artırabilir. Histerektomili kadınlar için sadece östrojen kullanılabilir. Bu östrojen replasmanı tedavisi (ERT) olarak bilinir. Menopozdan sonra kombine hormon tedavisi (HT) meme kanseri

riskini artırır. Riskteki bu artış tipik olarak yaklaşık 4 yıllık kullanımdan sonra görülür. Kombine HT ayrıca kanserin daha ileri bir aşamada bulunma olasılığını da artırır. Bir kadının meme kanseri riski, tedaviyi bıraktıktan sonraki 5 yıl içinde azalmaktadır (31).

**Sigara:** Meme kanseri riski ile sigara içme arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Riskin arttığını gösteren çalışmalar ise bunu sigara dumanındaki çeşitli karsinojenlerle ilişkili bulmuşlardır (32).

**Alkol:** Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda alkol alımının kadınlarda meme kanseri gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir. Bu risk artışı içilen alkollü içeceklerin türüne bağlı olmayıp, içilen miktara bağlıdır. Günlük 2-5 bardak alkol tüketen kadınlarda hiç tüketmeyenlere göre 1,5 kat artmış meme kanseri riski vardır (31). Erken yaşta alkole başlamak önemli bir risk faktörü olabilir. Premenopozal kadınlarda alkol alımı total östrojen düzeylerinin ve östrojen biyoyararlanımının artışına yol açar. Alkol kullanımı; ER pozitif olan meme kanserlerinde, ER negatif olanlara göre daha fazla artmış riskle ilişkilidir. Son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, alkol alımına bağlı meme kanseri gelişme riski artışının folat alımı ile azaltılabileceğini göstermiştir (33,11).

**Obezite:** Kilo ile meme kanseri arasındaki ilişki karmaşıktır. Örneğin çocukluktan itibaren fazla kilolu olanlarda meme kanseri riski artmaz iken, yetişkinlikten itibaren fazla kilolu olanlarda riskin arttığı saptanmıştır. Ayrıca bel bölgesinde meydana gelen yağlanma, diğer bölgelerde meydana gelen yağlanmaya göre meme kanseri açısından daha fazla risk oluşturur. Fazla kilolu kişilerde kan insülin seviyesi yüksek olup bu da meme kanseri dahil birçok kanserle ilişkilidir (31). Vücut ağırlığı ile meme kanseri ilişkisi menapoz durumuna göre değişmektedir. Premenopozal kadınlarda vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki vardır. Obezite, anovulatuvar menstrual sikluslarla ilişkili olarak meme kanseri riskini azaltabilir. Postmenopozal kadınlarda ise vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu pozitif ilişkinin en olası açıklaması da hormon düzeyleridir. Menapozla birlikte kadınlarda overlerden salınan östrojen düzeyi düşer. Adrenal bezlerden salınan androjenler yağ dokusunda östrojene dönüşür (34,35). Menapoz sonrası kadınlarda yağ dokusu östrojenin ana

kaynağı olarak işlev görmektedir. Obezite, östrojeni ve dolayısıyla östrojenin neoplazmi uyarıcı etkisini arttırmaktadır.

**Fiziksel aktivite:** Düzenli fiziksel aktivitenin, özellikle menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığına dair kanıtlar artmaktadır. Bazı çalışmalarda haftada birkaç saat bile olsa yapılan fiziksel aktivitenin yararlı olabileceğini bulmuştur. Fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini nasıl azaltabileceği tam olarak açık değildir ancak bunun vücut ağırlığı, hormonlar ve enerji dengesi üzerindeki etkileri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Amerikan Kanser Derneği, yetişkinlerin her hafta en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli yoğunlukta aktivite (veya bunların bir kombinasyonu) yapılmasını önermektedir (31).

**Oral kontraseptif kullanımı:** Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1,24 kat) artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır. Yirmi yaşından önce ve ilk gebelikten önce oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk biraz daha fazladır. Oral kontraseptif kullanımı ile ilişkili olarak kanser tanısı alan kadınlarda, klinik daha az ilerleme eğiliminde olup tedavi şansı daha fazladır. Oral kontraseptiflerin içeriği yıllar içinde önemli ölçüde değişmiştir. Yapılan çalışmaların çoğu, yüksek doz östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif formları ile ilişkilidir. Daha düşük doz içeren yeni formlar ile meme kanseri arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir (36,37).

#### **2.4. MEME KANSERİNDE KLİNİK BULGULAR**

Memelerin normal olarak nasıl görüldüğünün bilinmesi meme sağlığının önemli bir parçasıdır. Meme kanseri için düzenli tarama testlerinin yapılması önemlidir ve KKMM de oluşacak lezyonların erken yakalanmasında önemlidir. Bu sebeple, memelerdeki değişikliklerin farkında olmak ve meme kanserinin belirti ve semptomlarını bilmek önemlidir. Meme kanserinin en yaygın belirtisi kitledir. Düzensiz kenarları olan, ağrısız, sert bir kitlenin kanser olma olasılığı daha yüksektir ancak meme kanserleri yumuşak veya yuvarlak düzenli kenarlı da olabilir. Bu

nedenle, deneyimli bir sağlık uzmanı tarafından herhangi bir yeni meme kitlesi veya meme değişiminin kontrol edilmesi önemlidir. Ayrıca kitle; kanserli hastaların yaklaşık yarısında üst dış kadranda yer almaktadır. Daha az oranda ise sırasıyla meme başı ve areola, üst iç kadranda, alt iç veya alt dış kadranda yerleşim gösterir (12). Kitle sıklıkla ağrısız ve serttir. Ağrı genellikle meme kanseri semptomu değildir. Ancak ileri dereceli meme kanserinde ağrı kanserle birlikte olabilir (13).

Meme başı akıntısı, meme kanserinde %10 oranında ilk semptom olabilir. Kanserinin sebep olduğu meme başı akıntısı sıklıkla tek taraflıdır ve spontan olma eğilimindedir. Akıntı kanlı, seröz, seröz-kanlı olabilir. Bu akıntıların az bir kısmının nedeni meme kanseri iken geri kalan kısmının sebebi duktal ektazi ve intraduktal papillomdur (38).

Meme kanseri, fibrozisle giden bir malign süreçtir. Buna bağlı olarak da etraf deri dokusunun fibrotik dokuyla çekilmesi sonucu memede gözle görülebilir deri çekilmeleri meydana getirir. Aynı zamanda ciltte eritem görülebilir. Bunun en sık sebebi, kanserli dokunun üzerindeki cilde yaklaştıkça venöz konjesyona sebep olarak ciltte eritem yapmasıdır. Daha az sıklıkta inflamatuvar meme kanserinde de görülmektedir. Memenin santral bölgesinde görülen tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu yere doğru çekilir ve meme başı çekilmesi görülebilir (12).

Meme kanserinde tümör hücrelerinin lenf damarlarını tıkaması sonucu deri ödemi görülebilmektedir. Lenf akımı yavaşlayınca deri kalınlaşır ve kıl folikülleri içeri çekilir; bu durum derinin portakal kabuğu gibi görünmesine (peau d'orange belirtisi) neden olur (13).

Meme kanserinde, tümör dokusu ilerleyip deriyi infiltre ettiğinde önce deride bir beslenme bozukluğu daha sonra ise ülserasyon olur. Ülserasyon sıklıkla tek olarak görülmektedir. Bazen de çevredeki satellit deri nodüllerinin de ülser olmasıyla çok sayıda olurlar. Satellit nodüller, meme kanserinin ileri döneminde görülebilen birkaç milimetreden bir santimetreye kadar nodüller olarak kendini gösterir (38).

## **2.5. MEME KANSERLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ**

Meme kanserinin tanısında klinik, radyolojik ve patolojik tanı basamakları esastır.

### **2.5.1. Görüntüleme Yöntemleri**

#### **2.5.1.1. Mamografi**

Mamografi (MG), memenin temel görüntüleme yöntemidir. Mamografinin taramadaki yeri 1960'lı yıllardan itibaren sorgulanmaya başlanmıştır (39). Taramada çok etkili olmasının yanı sıra tanısal amaçlı da önemli yer tutar. Tanısal amaçlı mamografi; meme cildinde eritem, çekilme, meme başı akıntısı, ele gelen kitle gibi anormal bir çok klinik durumda endikedir. Mamografinin tanı değeri memenin yapısına göre değişir. Yoğunluğu az olan bir memede mamografinin duyarlılığı %100'e yaklaşır, parankim ve stromadan zengin yoğun bir memede ise tanı değeri düşer. Genellikle bilateral meme parankiminin dağılımı simetriktir. Bu nedenle asimetric dokunun değerlendirilebilmesi için hastanın şikâyeti tek taraflı olsa bile bilateral mamografi çekilmelidir (18). Kalsifikasyonlar, mamografilerde seçilebilen en küçük yapılardır. Meme kanserinde genellikle çok küçük oldukları için (150-200 mm) mikrokalsifikasyon olarak tanımlanırlar. Mikrokalsifikasyonlar erken meme kanserinin en duyarlı mamografi bulgusudur. Palpe edilemeyen meme kanserlerinin %40-50'sinin sadece mikrokalsifikasyon ile tespit edildiği bilinmektedir (18). Mikrokalsifikasyonların pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetric özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi kuvvetli malignite bulgularıdır (40). Mamografide saptanan kenarları belirsiz, çevre doku tarafından gizlenmiş veya mikrolobüle olan düzensiz lezyonlar malign patoloji olasılığının yüksek olduğu lezyonlardır (18).

### **2.5.1.2. Ultrasonografi**

Ultrasonografi (USG) meme kanseri taramasında mamografiye yardımcı yöntem olarak kullanılır. USG'nin meme kanseri taramasında mortaliteye katkısını gösteren çalışma bulunmamaktadır. Yoğun meme dokusu olan kadınlarda mamografiye ek olarak lezyon yakalayabilmektedir. Ancak özgülüğü az olduğu için yanlış pozitiflik oranı yüksektir ve gereksiz biyopsilere neden olmaktadır. USG ile yapılan tarama çalışmaları riskli kadınları ele almaktadır. Rutin tarama programına konması açısından yanıtlanmamış ve USG lehine olmayan bilgiler mevcuttur. Özgülüğünün düşük olması ve maliyet etkin olmaması nedeni ile rutin taramada tercih edilmemektedir. Tarama yapan doktorun tercihi olarak incelemeye eklenebilir. Tek başına ultrasonografi ile meme kanseri taraması yapılmamalıdır (18).

### **2.5.1.3. Magnetik rezonans görüntüleme**

Manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) pahalılığı ve yaygınlığı göz önüne alındığında sadece yüksek riskli hasta alt grubunda faydalı olacağı açıktır. Bu nedenle çalışmalar yüksek riskli hasta alt grubuna yönelik yapılmaktadır. Meme MRG pahalı bir tetkik olması, yaygın olarak yapılamaması, değerlendirebilecek yeterli uzman bulunmaması ve tüm tarama testleri gibi yüksek sensitivitedeki testlere eşlik eden yalancı pozitifliklerin zararlı etkilerinin azaltılması amacıyla sadece yüksek risk grubundaki hastalara tavsiye edilmektedir (41).

## **2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA**

Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute - NCI), kanserden korunma amacıyla diyet ve beslenme, sigaranın bırakılması, kemoprevensiyon, erken tanı ve tarama gibi konulara öncelik vermektedir. Birincil korunma basamakları;

1. Kansere neden olduğu bilinen ajanların kullanımından sakınılması,
2. Konakçı savunma mekanizmalarının arttırılması,

3. Yaşam stili modifikasyonu,
4. Kemoprevensiyon olarak sınıflandırılabilir (43).

Birincil korunma, değiştirilebilir olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da bu faktörlerin meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir.

### **2.6.1. Birincil (Primer) Korunma**

- Dengeli beslenme
- Doğumun erken yaşta olması
- Emzirme
- Alkol ve sigara tüketiminin önlenmesi
- Fiziksel inaktiviteden kaçınılması
- Hormon tedavisi
- Erken cerrahi menapoz
- Kemoprevensiyon
- Profilaktik mastektomi
- İyonize radyasyona maruziyetin önlenmesi

#### **2.6.1.1. Profilaktik ooferektomi**

Ooferektomi ve histerektominin meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Bu koruyucu etkinin, bilateral ooferektomide sadece histerektomiye göre daha fazla olduğu, menopoz öncesi ooferektomi yaşı küçüldükçe riskin de azaldığı belirtilmektedir. Ooferektominin meme kanseri riskini doğum sayısına, kiloya ve yapay menopozun yapıldığı yaşa bağlı olarak %75'in üzerinde azaltabileceği; genç, zayıf ve çok çocuğu olan kadınlarda riskin daha da azalacağı ifade edilmekte ve çift taraflı ooferektominin meme kanseri riskini tek taraflı ooferektomiye göre daha da azaltacağı vurgulanmaktadır (42).

### **2.6.1.2. Kemoprevensiyon**

Yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan kadınlarda, kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon kullanılmaktadır. Kemoprevensiyon malignite oluşmadan, kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır. En önemli hedef nokta, meme kanserinin görülme sıklığını ve ölüm oranını azaltmaktır. Günümüzde meme kanserinin kemoprevensiyonunda kullanılan ve üzerinde araştırma yapılan fenretinid, tamoksifen ve raloksifen olmak üzere 3 ajan bulunmaktadır (43).

Hormona duyarlı meme kanserinin tedavisinde kullanılan tamoksifenin, nüksü önlediği gibi karşı memede kanser oluşumunu da engellediği çalışmalarda gösterilmiştir. Tamoksifenin ayrıca kemik yoğunluğunu koruyucu ve koroner kalp hastalığını önleyici etkileri de mevcuttur. Tamoksifenin endometrium kanserini, trombotik vasküler olayları, pulmoner emboliyi, inmeyi ve derin ven trombozunu arttırma gibi yan etkileri de mevcuttur. Bu nedenle meme kanseri için risk taşıyan hastalarda meme kanseri oluşmasını azalttığı gösterilmiş olsa da yarar ve zararları göz önüne alınarak korunma açısından değerlendirilmelidir (44). Raloksifen; meme ve endometrium üzerinde östrojene karşı; kemik, yağ metabolizması ve pıhtılaşma üzerine ise östrojene benzer etki gösteren bir ajandır. Menopoz sonrası osteoporozu olan kadınlarda kullanılmaktadır. Bu etkiyi araştıran bir çalışma sırasında meme kanseri gelişimini de azalttığı gösterilmiştir (45).

### **2.6.1.3. Profilaktik mastektomi**

Profilaktik bilateral mastektomi, meme kanseri açısından çok yüksek riskli kadınlarda meme kanseri olasılığını azaltmak için düşünülebilir. Profilaktik mastektomi endikasyonu koyabilmek için kişinin histolojik, genetik, psikolojik durumunun ve sosyoekonomik faktörlerin bu işlem uygulanmadan önce özenle değerlendirilmesi gerekmektedir. Mastektominin %100 koruyucu olmadığı unutulmamalıdır. Profilaktik mastektomi için duktal ve lobüler karsinoma in situ, atipik duktal hiperplazi, aile anamnezi ve genetik mutasyonların saptanmış olması



önemli kriterleri oluşturmaktadır. BRCA1-2 gen mutasyonlarının saptanması, profilaktik mastektomi için endikasyon olmaktadır (44).

### **2.6.2. İkincil Korunma**

Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için risk düzeylerinin saptanmasının yanı sıra KKMM, KMM ve MG'yi kapsayan tarama programları geliştirilmelidir. İkincil korunmada; meme kanserinin erken tanı yöntemleriyle klinik belirti, bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanır (42). Meme kanseri tanısını erken evrede koymak, uygun olgularda meme koruyucu cerrahi yapabileme olanağını da sağlamaktadır. Erken tanının sağlanabilmesi için kadınların bu konuda eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve yüksek riskli grupların belirlenmesi gerekmektedir. Tarama programlarının amacı hiçbir şikayeti olmayan kadınlarda, çeşitli yöntemlerle memesinde anormallik olanları, olmayanlardan ayırt etmektir. Hedef, meme kanserini biyolojik olarak başladıktan sonra, klinik olarak semptom vermeden önce saptayarak erken tanı ve tedaviyi sağlamaktır. Bu amaca yönelik taramalar ile 50 yaşın üzerindeki kadınlarda meme kanseri morbidite ve mortaliteyi %25-40 azaltmak mümkün olabilmektedir. Meme kanserinin %60-65'inin 50 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmesi nedeniyle bu yaş grubunda tarama yapılması önerilmektedir. 40-49 yaş grubunda da kanser görülme insidansının yaklaşık %25 olması nedeniyle taramalar göz ardı edilmemelidir. Meme kanseri taramasında, sıklıkla kullanılan yöntemler KKMM, fizik muayene ve mammografidir. Amerikan Kanser Derneği tarafından önerilen üçlü uygulamanın birlikte yapılması ile 50-69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesinin %30 azaldığı belirtilmektedir (31).

### **2.6.2.1. Meme kanseri tarama yöntemleri**

#### **2.6.2.2.1. Kendi kendine meme muayenesi**

Kadınların, her ay düzenli olarak memelerini KKMM ile kontrol etmeleri hem kolay hem de risksiz bir yöntemdir. KKMM'yi düzenli olarak yapan kadınlarda, KKMM yapmayan kadınlara göre meme kanserinin daha erken evrede ve tümör küçük iken saptandığı; evre küçüldükçe sağ kalım oranının arttığı ve mortalitenin %19 oranında azaldığı belirtilmektedir.

KKMM'ye 20 yaşında başlanılmalı ve premenopozal dönemde her ay menstrasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günler arasında, postmenopozal evrede ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır. Hamilelik ya da emzirme dönemlerinde de düzenli bir şekilde KKMM uygulanmalıdır. Emzirme döneminde KKMM, emzirmeden sonra uygulanmalıdır (46). KKMM, önce gözle daha sonra elle muayene olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir. Memelerin gözle değerlendirilmesinde odanın iyi aydınlatılmış olması gerekir. 5 ayrı pozisyonda yapılmalıdır. Öncelikle ayna karşısında, eller kalçada iken, kollar yanlarda sallanır durumdayken, eller havadayken, avuçlar önde sıkılırken ve vücut öne doğru serbestçe eğilmiş durumdayken memelerde kızarıklık, şişlik, deri çekilmeleri, meme başı çekintisi kontrol edilmelidir. En son olarak meme ucundan akıntı gelip gelmediği, akıntı var ise kanlı, seröz, pürülan olup olmadığı kontrol edilmelidir (47).

Memelerin elle muayenesinde muayene edilecek alanın yatay olarak sternum ortasından koltuk altı hizasına kadar, dikey olarak ise klavikula ile memenin bir kaç cm altının arasında kalan bölge olduğu belirtilmektedir. Elle muayenede elin orta üç parmağının iç kısımları kullanılmalı, dairesel, dikey ya da merkezden dışa tarayarak yapılmalıdır. Her memede tarama toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak tekrarlanmalıdır (46).

Elle muayene, hem yatar pozisyonda hem de ayakta iken yapılmalıdır. Yatar pozisyonda sağ meme incelenecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilerek, sağ kol başın altına konulmalıdır. Daha sonra sol el parmaklarıyla yukarıda anlatıldığı gibi sağ meme muayene edilir ve sol memeye geçilerek aynı işlemler sol

memede de tekrarlanmalıdır. Ayakta muayenede ise sağ meme muayene edilecekse sağ el enseye yerleştirilerek yatar pozisyonda elle yapılan işlemler uygulanır. Sol meme için ise sol kol enseye yerleştirilip aynı işlemler tekrarlanır. Ayakta muayene sırasında kayganlık sağlanıp daha iyi hissedilmesi için ideal olan, duşta eller sabunlu iken yapılmasıdır.

Meme kitlelerinin %85–90'ı kadınlar tarafından yapılan muayene ile fazla büyümeden erken dönemde saptanabildiği belirtilmektedir. Meme kanserinde erken tanı ve tedavi olanağı sağlamasına rağmen dünyada ve ülkemizde KKMM yapılma oranı çok düşüktür (47).

#### **2.6.2.2.2. Klinik meme muayenesi**

KMM, memelerin sıklıkla hekim tarafından muayenesi anlamı taşımaktadır. Meme kanserinin erken evrede saptanabilmesi için Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 20 yaşından 40 yaşına kadar iki yılda bir; 40 yaşından sonra yılda bir kez memenin klinik muayenesini önermektedir. Klinik muayene sırasında kadının memesi ayakta, otururken ve yatar pozisyonda ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Klinik muayene için en uygun zaman menstruasyondan sonraki hafta olan 7. ve 10. günler arasındadır (7).

#### **2.6.2.2.3. Mammografi**

Mammografi ile meme kanserinin palpabl olmadan 2 yıl önce belirlenmesi, küçük meme kanserlerinin invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan önce saptanması mümkün olmaktadır. Ayrıca tarama ve tanının dışında meme kanseri tedavisinden sonra, hastanın izlenmesinde de önemli bir yeri bulunan mammografinin, mens dönemi bitimini izleyen hafta içinde yapılması önerilmektedir. Mammografinin, 30 yaşın altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır. Kadının ailesinde meme kanseri öyküsü veya genetik predispozan bulgular var ise yıllık mammografi taramalarına başlanması gerektiği vurgulanmaktadır (38). Amerikan Kanser Derneği'ne göre 40-44 yaş arası kadınlar her yıl mamografi ile

taramaya başlama seçeneğine sahiptir. 45 ile 54 yaşlarındaki kadınlar her yıl mamografi yaptırmalı; 55 yaş ve üstü kadınlar her iki yılda bir mamografiye geçebilir veya yıllık mamografilere devam etmeyi seçebilirler. Tarama, bir kadının yaşam beklentisi en az 10 yıl olduğu sürece devam etmelidir (31). Ailede çok genç yaşlarda meme kanseri görülmüş ise bir onkoloğa danışarak 30-35 yaşlarında, hatta bazı ailevi meme kanseri durumlarında 25 yaşında dahi tarama mammografisine gerek duyulabilir. Tarama mammografisinin meme kanserini erken evrede belirlemek, mortaliteyi azaltmak, meme koruyucu cerrahi girişim oranını arttırmak ve sistemik tedavi oranını azaltmak gibi yararları bulunmaktadır. Düzenli mammografi taramaları ile meme kanseri morbidite ve mortalite oranlarının önemli ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın sosyal güvencenin olmaması, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği, radyasyona maruz kalma ve çok acı vereceği düşüncesi bireylerin mammografi yaptırmasına engel oluşturan sebepler olabilir (42).

## **2.7. MEME KANSERİ TEDAVİSİ**

Tedavi kararı; meme kanserinin evresi ve biyolojik özellikleri, hastanın yaşı ve tercihleri, her bir tedavi protokolü ile ilişkili risk ve yararları göre en uygun tedavi değerlendirildikten sonra hasta ve hekim tarafından verilir. Meme kanserinin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavi ile birlikte genellikle radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi de uygulanmaktadır (48).

## **2.8. SAĞLIK İNANÇ MODELİ**

Bireyler hasta olduklarında doğal olarak sağlık arayışı içine girerler. Ancak çağdaş halk sağlığı felsefesine göre asıl önemli olan kişinin hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlığını koruma ve geliştirme çabası içinde olmasıdır. Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik nedenler olduğu gibi kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır. Bireylerin tutum ve davranışlarının nedenini

açıklayan Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir rehberdir (49).

SİM, son 50 yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. 1950'li yıllarda Amerika'da halk sağlığı araştırmacıları sağlık eğitiminin etkinliğini artırıcı psikososyal bir model oluşturmayı planlamışlardır. Araştırmacılar yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi demografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışlarına etkili olduğunu; fakat sağlık hizmetlerinin sunumu ücretsiz yapılırsa bile düşük sosyoekonomik statülü bireylerin hizmeti daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu dönemde önemli bir halk sağlığı sorunu, bireylerin tüberküloz taramalarından servikal kanser erken tanısı için pap smear testine, bağışıklama programlarından ücretsiz veya çok düşük ücretle sağlanan diğer erken tanı yöntemlerini kullanmamalarıydı. Bu bulgu, koruyucu sağlık davranışı göstermenin başka faktörlerin etkisi altında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu durumu açıklamak için Rosenstock, 1966'da Sağlık İnanç Modeli'ni ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir (49-51). Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu ileri sürülen dört kavram; *“algılanan duyarlılık, önemseme-ciddiyet, yarar ve engel”* algılarıdır. Becker ve Rosenstock, 1988 yılında modele *“sağlık motivasyonu ve güven”* kavramını eklemişlerdir. SİM'de inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan bu altı kavram;

- 1- **Duyarlılık algısı;** sağlık durumunda var olacak tehlikeyi kişinin algılamasını,
- 2- **Ciddiyet/önemseme algısı;** tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını,
- 3- **Yarar algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri,
- 4- **Engel algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri,
- 5- **Sağlık motivasyonu;** sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşturulması için genel niyet ve istek durumunu,
- 6- **Güven (öz-yeterlilik);** bir sağlık davranışında bireysel yeterliliği ifade eder (52).

Sağlık İnanç Modeli sağlıkla ilgili davranış değişikliklerinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (50). Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp hasta davranışı, hasta rolü davranışına ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı da beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (53).

SİM'e göre bir kişinin hastalığı önlemek üzere harekete geçme olasılığı kişinin; kendisinin de hastalığa yakalanabileceği (algılanan duyarlılık), hastalığın sonuçlarının ciddi olabileceğini (algılanan ciddiyet), tedbirli davranışın hastalığı etkili bir biçimde önleyeceğini (algılanan yarar), tehlikeleri/riskleri azaltmanın faydasının, eyleme geçmenin zararlarından çok daha fazla olduğunu idrak etmesine (algılanan engel) bağlıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir (54). Son yıllarda yazılmış olan güncel kaynakta SİM için 9 bileşen bildirilmiştir (55). Bunlar; algılanan hassasiyet, duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği, eyleme geçme olasılığıdır.

Hemşirelik alanında, Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini (SİMÖ) geliştirmiştir. 1993, 1997, 1999 yılında revize edilmiştir. Kadınların meme kanseri, KKMM ve mamografiye ilişkin inançlarını SİM çerçevesinde değerlendiren bu ölçek, çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır (52). SİM'de eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi) varsa, ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir (50). Buna

göre model, “bireysel algılama, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara” etkili olan değişkenleri içerir (56). SİM’i oluşturan kavramlar;

**1- Algılanan Ciddiyet;** sağlık problemini algılama konusundaki ciddiyettir. Bazı organların hassasiyeti kişi için çok belirgin olabilir. Bu ya kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Bazen de kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olmaktadır. Çünkü bunların yaşamsal riski konusunda bilinçlenmişlerdir. Algılanan ciddiyetin fazla olması halinde koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı artmaktadır.

**2- Algılanan Hassasiyet;** bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlıkla ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancıdır. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Algılanan hassasiyet ne derece yüksek ise koruyucu eyleme geçme olasılığı o derece yüksek olmaktadır. Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için var olabileceğine inandırmak gerekmektedir. Bu amaçla eğitimsel girişim uygulanarak hassasiyet algısının artırıldığı çalışmalar yapılmıştır (57,58).

**3- Algılanan Tehdit;** algılanan hassasiyet ve algılanan ciddiyet birleşerek bireyde tehdit algısını oluşturmaktadır.

**4- Değişikliğe Neden Olan Faktörler;** demografik değişkenler, sosyopsikolojik değişkenler ve yapısal değişkenler bireyin hastalığı bir tehdit olarak algılanmasını ve istenen davranışı gerçekleştirme olasılığını etkileyen önemli faktörlerdir. Cinsiyet, yaş, gelir, etnik köken ve eğitim demografik değişkenlerden bazılarıdır. Cinsiyet koruyucu davranışlarda en fazla kullanılan değişkendir. Sosyopsikolojik değişkenlere örnek olarak sosyal sınıf, sosyal baskı ve kişilik yapısı verilebilir. Bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışsal niyet düşük düzeyde ise sosyal baskı ya da sosyal etki, uygun sağlık davranışının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Destek gruplarının baskısı bireyin sağlık davranışlarıyla ilgili tutum ve inançlarının değişmesinde ya da grup davranışları normlarına uymasına etki etmektedir. Örneğin; arkadaş ya da aileden bir bireyin desteğiyle kişinin KKMM yapmaya teşvik edilmesi gibi. Lierman ve arkadaşlarının (1994), yaşlı kadınlarda eğitim ve akran desteğinin KKMM sıklık ve yeterliliğine etkisini inceledikleri

çalışmada, eğitim yapılan grupta anlamlı fark tespit etmişlerdir (59). Yapısal değişkenler; bireyin hastalıkla ilgili bilgisi ve önceki deneyimleridir.

**5- Eyleme Geçiriciler;** eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki eden belli başlı durumlardır. Eyleme geçiriciler içsel ya da dışsal olabilir. İçsel eyleme geçiriciler, hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. Dışsal harekete geçiriciler ise medya kitlesi, öğütler, posterler, reklam panoları, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan hatırlatıcılardır. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok uyarı ya da tavsiye alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır.

**6- Algılanan Yarar;** bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. KKMM konusundaki yarar algısı arttıkça KKMM uygulamaları o derece artmaktadır.

**7- Algılanan Engeller;** önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünülen, istenmeyen sonuçlardır. Maliyet, rahatsızlık, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri koruyucu davranışlar için engel teşkil edebilmektedir. Algılanan fayda algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır.

**8- Sağlık Motivasyonu;** sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu ifade etmektedir. Bu kavram modele 1988 yılında Becker tarafından eklenmiştir. Buna göre; KKMM yapmaya yönelik motivasyonun yüksek olması, KKMM uygulama olasılığını arttırmaktadır.

**9- Öz-Etkilik Algısı;** bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir. Öz-etkililik artırılarak KKMM uygulamaları geliştirilebilmektedir (52,56,60–65).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte, kesitsel ve analitik bir çalışmadır.

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

Araştırmamız 01.10.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi semt polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırma öncesinde SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 12.09.2019 tarih ve E-19 numaralı onay alınmıştır (**Ek-1**).

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

Çalışmanın evrenini son 3 ay içerisinde Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi semt polikliniklerine herhangi bir sebeple başvuran 40 yaş ve üzeri 17692 kadın oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; evren 17692, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güven seviyesinde en az 267 kişi olarak hesaplanmıştır.

#### **3.4. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ**

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi semt polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 40 yaş ve üzeri kadın hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. 40 yaşından küçük kadınlar, erkek cinsiyet, okuma yazma bilmeyen, iletişim engeli olan, psikiyatrik bir hastalık nedeniyle takip edilen ve çalışmaya katılmayı reddeden hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

#### **3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ**

**H0:** 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma yeterlilikleri üzerine sağlık inanç modeli alt başlıklarının etkisi yoktur.

**H1:** 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma yeterlilikleri üzerine sağlık inanç modeli alt başlıklarının etkisi vardır.

### 3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede literatüre uygun olarak hazırlanan tanımlayıcı anket formu ve Meme Kanseri SİMÖ kullanılmıştır. Anket formu; sosyodemografik özellikleri, meme kanseri risk faktörlerini, erken tanı yöntemleri uygulama durumunu belirlemeye yönelik 27 sorudan oluşmaktadır. İlk 9 soru sosyodemografik özellikleri; 10-20. sorular meme kanseri risk faktörleri varlığını; 21-27. sorular meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma davranışlarını (KKMM yapma durumu, sıklığı, bilgi durumu, mamografi yaptırma durumu, meme muayenesi için düzenli hekime gitme durumu) belirlemeye yöneliktir. Bununla birlikte katılımcılara (n=281) meme kanseri risk düzeyini tayin etmek amacıyla ankette; yaş 1. soruda, boy 3. soruda, kilo 4. soruda, ilk menstrüasyon yaşı 14. soruda, ilk çocuğu doğurma yaşı 13. soruda, ailede meme kanseri öyküsü 11. soruda, kişisel meme kanseri öyküsü 12. soruda sorulmuştur. Bu soruların değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği "Meme Kanseri Riski Değerlendirilme Formu" uygulandı. Meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan bu formda kadınlar yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrual öykü ve beden kitle indeksi dikkate alınarak risk düzeyine göre "düşük", "orta", "yüksek" ve "en yüksek" olarak sınıflandırılmaktadır. 200 puan altı "düşük risk", 201-300 puan "orta risk", 301- 400 puan "yüksek risk", 400 ve üstü "en yüksek risk" olarak değerlendirilmektedir (66).

Beden Kitle İndeksi (BKİ); total vücut yağı ile korelasyon gösteren, boy uzunluğu ve vücut ağırlığına bağlı bir indekstir. Yetişkinlerde BKİ kg cinsinden kilonun, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Buna göre;  $BKİ < 18.5 \text{ kg/m}^2$  ise zayıf,  $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$  ise normal kilolu,  $25-29.9 \text{ kg/m}^2$  ise hafif şişman,  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  ise şişman şeklindedir (67).

Meme Kanseri Taramalarında SİMÖ, ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde; Seçginli ve Nahcıvan'ın çalışmasında (11) alfa değerleri 0,74 ile 0,85; Karayurt'un çalışmasında (68) 0,58 ile 0,89; Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında (49) ise 0,69 ile 0,83 arasında bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin 2004 yılında Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe'ye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır. SİMÖ'nde bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık (3 madde)”, “ciddiyet (6 madde)”, “sağlık motivasyonu (5 madde)”, KKMM ile ilgili “engelleri (8 madde)”, “yararları (4madde)”, “öz etkililiği (10 madde)”, mamografi ile ilgili “yararları (5 madde)” ve “engelleri (11 madde)” olmak üzere toplam 8 alt boyut ve 52 madde yer almaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler likert tipi, 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir (49,69). Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (49).

### **3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırma sırasında toplanan veriler SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences, version 25) programına aktarılmış ve bu program kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma; kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi başlığı altında; beklenen frekansların dağılımına göre Pearson Ki-Kare testi veya Fisher Exact Testi'nden uygun olanı kullanılmıştır.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya 40-69 yaşları arasında toplam 281 kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması  $48,91 \pm 7,82$  yıl olarak hesaplandı. İlk çocuk doğurma yaşı ortalamaları 22,99 yıl, menstrüasyon başlangıç yaşı ortalamaları 13,28 yıl olarak belirlendi. Katılımcılara ait bazı sosyodemografik özellikler Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de sunuldu.

**Tablo 4.1.** Sosyodemografik Özellikler-1

Sosyodemografik Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Yaş (Yıl)	48,91	7,82
Boy (cm)	160,70	10,86
Kilo (kg)	68,85	12,29
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	34,96	140,64
Aylık Gelir (TL)	2513,81	2134,72
Gebelik Sayısı	2,70	1,82
Doğum Sayısı	2,11	1,32
Çocuk Sayısı	2,04	1,16
İlk Çocuk Doğurma Yaşı (Yıl)	22,99	4,97
İlk Adet Görme Yaşı (Yıl)	13,28	1,25
Emzirme Süresi (Ay)	16,28	8,52

**Tablo 4.2.** Sosyodemografik Özellikler-2

Sosyodemografik Veriler		Sayı	Yüzde
Medeni Durum	Evli	226	80,4
	Bekar	12	4,3
	Boşanmış/Dul	43	15,3
Eğitim Durumu	İlkokul	91	32,4
	Ortaokul	28	10
	Lise	47	16,7
	Üniversite	104	37,0
	Yükseklisans/doktora	11	3,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	192	68,3
	Çalışmıyor	89	31,7

Katılımcıların 169'u (%60,1) hiç sigara içmediğini, 240'ı (%85,4) hiç alkol kullanmadığını belirtti (Tablo 4.3). 12 (%4,3) katılımcı daha öncesinde meme kanseri tanısı aldığını, 50 (%17,8) katılımcı ailede meme kanseri öyküsü olduğunu, 35 (%12,5) kişi de meme hastalığı için ileri tetkik yaptırdığını belirtti (Tablo 4.4).

**Tablo 4.3.** Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanma Durumları

Sigara ve Alkol Kullanma Durumu		Sayı	Yüzde
Sigara	Evet	96	34,2
	Hayır	169	60,1
	Bırakmış	16	5,7
Alkol	Evet	37	13,2
	Hayır	240	85,4
	Bırakmış	4	1,4

**Tablo 4.4.** Katılımcıların Sağlık Özgeçmişleri

Sağlık Özgeçmişi		Sayı	Yüzde
İlk Adet Yaşı	15 yaş ve üzeri	107	38,1
	15 yaş altı	174	61,9
Meme Kanseri Tanısı Alma Durumu	Meme kanseri tanısı alan	12	4,3
	Meme kanseri tanısı almayan	269	95,7
Memede İyi Huylu Kitle Olma Durumu	Memede iyi huylu kitlesi olan	67	23,8
	Memede iyi huylu kitlesi olmayan	214	76,2
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Ailede meme kanseri olan	50	17,8
	Ailede meme kanseri olmayan	231	82,2
Menopoza Girme Durumu	Evet	114	40,6
	Hayır	167	59,4
Menopoza Girme Yaşı	<55 yaş	113	99,1
	≥55 yaş	1	0,9
İlk Çocuk Doğurma Yaşı	29 ve altı	226	87,3
	30 ve üzeri	33	12,7
Menopoz İçin Hormon Tedavisi Kullanma Durumu	Evet	16	14
	Hayır	98	86
Doğum Kontrol Hapı Kullanma Durumu	Evet	118	42,0
	Hayır	163	58,0
Göğüs Bölgesine Radyoterapi Öyküsü	Evet	10	3,6
	Hayır	271	96,4
Meme Hastalığı İçin İleri Tetkik Uygunlama Durumu	Evet	35	12,5
	Hayır	246	87,5

281 katılımcıdan 67'sinde iyi huylu meme hastalığı öyküsü mevcuttu. 51 (%76,1) kişide kist, 11 (%16,4) kişide ise iyi huylu kitle saptanmıştı (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların Geçirilmiş İyi Huylu Meme Hastalığı Dağılımı

Meme Hastalığı	Sayı	Yüzde
Kist	51	76,1
Fibroadenom	5	7,5
Abse	0	0,0
Kitle	11	16,4

36 katılımcıda meme ile ilgili mamografi dışında ek bir tetkik kullanılmış olup 20 kişiden (%55,6) biyopsi alınmıştı. İkinci sıklıkta ise meme USG (%33,3) uygulanmıştı. Katılımcıların mamografi dışında yaptırdığı tetkiklerin dağılımı Tablo 4.6'da verildi.

**Tablo 4.6.** Katılımcıların Mamografi Dışında Yaptırdığı Tetkiklerin Dağılımı

Uygulanan Tetkik	Sayı	Yüzde
Biyopsi	20	55,6
Meme USG	12	33,3
Meme MR	4	11,1

Çalışmamıza katılan kadınların 223'ü (%79,4) KKMM yapmayı bildiklerini; 40 (%14,2)'i her yıl düzenli olarak klinik meme muayenesini yaptırdıklarını belirtti. Kadınların meme kanseri tarama davranışları analizi Tablo 4.7'de verildi.

**Tablo 4.7.** Katılımcıların Tarama Davranışları

Meme Kanseri Tarama Davranışları	Evet		Hayır	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
KKMM Bilme	223	79,4	58	20,6
KKMM Yapma	225	80,1	56	19,9
MG Yaptırma	115	40,9	166	59,1
KMM Yaptırma	133	47,3	148	52,7

KKMM yapan kadınların diğer tarama davranışlarını uygulama durumu Tablo 4.8'de verildi. KKMM yapan grupta mamografi yaptırma oranı daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.8.** KKMM Yapanların Diğer Tarama Yöntemlerini Uygulama Durumu

Diğer Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu		KKMM Yapan		KKMM Yapmayan		p
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Mamografi	Evet	100	87	41	13	<b>0,011</b>
	Hayır	15	24,7	125	75,3	
KMM Yaptırma	Evet	111	83,4	22	16,5	0,115
	Hayır	114	70	34	30	

Bazı sosyodemografik verilerle mamografi yaptırma oranları karşılaştırıldığında mamografi yaptırmayan grupta eğitim seviyesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Mamografi Yaptırma Durumu

Sosyodemografik Veriler	Mamografi Yaptıran		Mamografi Yaptırmayan		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	90	39,8	136	60,2	0,447
Bekar/Dul	25	45,5	30	54,5	
<b>Eğitim Durumu</b>					
İlk/Orta	40	14,2	79	28,1	<b>0,033</b>
Lise/Üniversite/ Yüksek lisans	75	26,7	87	31,0	
<b>Aylık Gelir</b>					
<4000 TL	88	40,8	128	59,2	0,909
≥4000 TL	27	41,6	38	58,4	

Araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeylerinin artmasıyla KKMM yapma ve KMM yaptırma oranlarının arttığı saptandı ve aradaki fark anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Eğitim durumlarına göre KKMM yapma ve KMM yaptırma durumları Tablo 4.10'da verildi.



**Tablo 4.10.** Eğitim ve KKMM Yapma ve KMM Yaptırma Davranışı

Eğitim Durumu	KKMM Yapma				p	KMM Yaptırma				p
	Evet		Hayır			Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	
İlk/Orta	81	68,1	38	31,9	<0,001	46	38,7	73	61,3	0,013
Lise ve üstü	144	88,9	18	11,1		87	53,7	75	46,3	

KKMM yapmasını bilen kadınların çoğunluğu (%43,0) sağlık çalışanından öğrendiğini, ikinci sıklıkla ise (%26,5) radyo-televizyon-internette öğrenediklerini belirttiler. Katılımcıların KKMM'ni öğrendikleri bilgi kaynakları Tablo 4.11'de sunuldu.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların KKMM Hakkında Bilgi Kaynakları

KKMM Bilgi Kaynağı	Sayı	Yüzde
Aile Ortamı	12	5,4
Dergi-Broşür	19	8,5
Arkadaş Ortamı	25	11,2
KETEM	12	5,4
Sağlık Çalışanı	96	43,0
Radyo-Televizyon-İnternet	59	26,5

Katılımcılara KMM yaptırmama nedenleri sorulduğunda en fazla verilen cevaplar, şikayet olmaması (%56,8) ve ihmal (%22,4) oldu. Katılımcıların KMM'ni yaptırmama sebepleri Tablo 4.12'de özetlendi.

**Tablo 4.12.** Katılımcıların KMM Yaptırmama Nedenlerinin Dağılımı

KMM Yaptırmama Nedenleri	Sayı	Yüzde
Nasıl yapıldığını bilmiyorum	35	14,5
Şikayetim olmadığı için	137	56,8
Aklıma gelmiyor/ihmal ediyorum	54	22,4
Meme kanserinden koruyacağını düşünmüyorum	8	3,3
Kötü bir sonuç çıkmasından korkuyorum	7	2,9

Araştırmaya katılan kadınlardan, ailesinde meme kanseri öyküsü olanların kişisel meme kanseri olma ihtimali de anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,05$ ). Katılımcıların ailede meme kanseri öyküsü ile kişisel meme kanseri olma durumu arasındaki ilişki Tablo 4.13’te verildi.

**Tablo 4.13.** Ailede Meme Kanseri Öyküsü İle Kişisel Meme Kanseri İlişkisi

Kişisel Meme Kanseri Öyküsü					p
Ailesel Meme Kanseri Öyküsü	Var		Yok		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	<0,001
Var	9	18	41	82	
Yok	3	1,3	228	98,7	

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.14’te gösterildi. Katılımcıların SİMÖ’ne verdikleri yanıtlara göre en yüksek puanı “öz yeterlilikten”, en düşük puanı ise “duyarlılıktan” aldılar.

**Tablo 4.14.** Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma
Duyarlılık	7,90	2,88
Önemseme/ciddiyet	20,28	5,80
Sağlık motivasyonu	20,60	3,59
KKMM yararları	15,70	3,14
KKMM engelleri	18,63	5,81
KKMM öz yeterliliği	33,39	9,29
Mamografi yararları	18,83	4,00
Mamografi engelleri	25,04	8,21

Katılımcıların eğitim durumlarına göre SİMÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamadı. Eğitim durumlarına göre SİMÖ puan ortalamaları Tablo 4.15'te verildi.

**Tablo 4.15.** Eğitim Durumu ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek lisans/ Doktora	p
	Ort ± SS					
Duyarlılık	7,92 ±2,81	7,86 ±2,82	7,96 ±2,86	8,00 ±2,98	6,55 ±3,04	0,63
Önemseme/Ciddiyet	20,68 ±6,04	20,39 ±6,14	19,36 ±6,11	20,49 ±5,47	18,64 ±4,69	0,62
Sağlık Motivasyonu	20,54 ±2,88	20,86 ±2,59	20,00 ±4,10	20,65 ±4,16	22,55 ±2,58	0,31
KKMM Yararları	15,46 ±3,13	16,25 ±2,77	14,98 ±3,81	15,96 ±2,90	16,91 ±2,84	0,18
KKMM Engelleri	18,88 ±5,78	19,39 ±5,80	19,06 ±5,81	18,29 ±5,87	16,00 ±5,45	0,41
KKMM Öz yeterlilik	32,41 ±9,38	31,04 ±8,99	33,43 ±9,87	34,81 ±9,17	34,00 ±6,88	0,26
Mamografi Yararları	19,13 ±3,58	19,21 ±4,36	18,09 ±4,31	18,83 ±4,18	18,55 ±3,26	0,65
Mamografi Engelleri	25,23 ±7,96	23,29 ±7,57	26,06 ±7,72	25,12 ±8,90	22,73 ±7,21	0,57

Katılımcılardan meme kanseri risk düzeyi düşük olanların SİMÖ alt başlıklarından duyarlılık, önemseme/ciddiyet puanları anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Risk durumuna göre meme kanseri SİMÖ puan ortalaması Tablo 4.16’da verildi.

**Tablo 4.16.** Risk Durumu ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Düşük Risk Ort ± SS	Orta/Yüksek Risk Ort ± SS	p
Duyarlılık	11,65±1,75	7,33±2,58	<0,001
Önemseme/Ciddiyet	23,00±5,32	19,87±5,76	0,003
Sağlık Motivasyonu	21,32±3,14	20,49±3,65	0,159
KKMM Yararları	16,51±2,45	15,58±3,22	0,071
KKMM Engelleri	18,24 ±6,27	18,69±5,74	0,353
KKMM Öz yeterlilik	33,03±10,06	33,45±9,19	0,852
Mamografi Yararları	18,92±4,83	18,82±3,86	0,628
Mamografi Engelleri	25,95±9,30	24,90±8,04	0,767

Katılımcılardan meme kanseri aile öyküsü olanların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, mamografi yararları ölçek alt boyut puanları, aile öyküsü olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Aile öyküsüne göre meme kanseri SİMÖ puan ortalamaları Tablo 4.17’de verildi.

**Tablo 4.17.** Aile Öyküsü ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Yok Ort ± SS	Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Var Ort ± SS	p
Duyarlılık	6,94±2,04	12,34±2,02	<0,001
Önemseme/Ciddiyet	19,53±5,70	23,74±4,96	<0,001
Sağlık Motivasyonu	20,35±3,64	21,78±3,14	0,003
KKMM Yararları	15,44±3,20	16,92±2,55	0,001
KKMM Engelleri	18,81±5,70	17,82±6,25	0,167
KKMM Öz yeterlilik	33,26±8,84	34,02±11,24	0,283
Mamografi Yararları	18,62±3,79	19,78±4,75	0,034
Mamografi Engelleri	25,25±7,84	24,06±9,74	0,158

Katılımcılardan KKMM yapmayı bilenlerinin sağlık motivasyonu ve KKMM öz yeterlilik puanları anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p<0,005$ ). KKMM yapmayı bilmeyenlerin ise KKMM engelleri, mamografi engelleri puanları anlamlı derecede yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). KKMM yapmayı bilme durumuna göre meme kanseri SİMÖ puan ortalaması Tablo 4.18’de verildi.

**Tablo 4.18.** KKMM Yapmayı Bilme ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapmayı Bilen Ort $\pm$ SS	KKMM Yapmayı Bilmeyen Ort $\pm$ SS	p
Duyarlılık	7,73 $\pm$ 2,78	8,53 $\pm$ 3,19	0,121
Önemseme/Ciddiyet	19,71 $\pm$ 5,67	22,48 $\pm$ 5,81	<b>&lt;0,001</b>
Sağlık Motivasyonu	20,82 $\pm$ 3,73	19,76 $\pm$ 2,89	<b>0,003</b>
KKMM Yararları	15,79 $\pm$ 3,23	15,34 $\pm$ 2,77	0,094
KKMM Engelleri	18,02 $\pm$ 5,74	20,98 $\pm$ 5,51	<b>&lt;0,001</b>
KKMM Öz yeterlilik	35,78 $\pm$ 7,94	24,21 $\pm$ 8,41	<b>&lt;0,001</b>
Mamografi Yararları	18,84 $\pm$ 3,87	18,79 $\pm$ 4,47	0,859
Mamografi Engelleri	24,31 $\pm$ 8,05	27,83 $\pm$ 8,29	<b>0,004</b>

Katılımcılardan KKMM yapanların yapmayanlara göre sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz yeterlilik puanları anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). KKMM yapmayanların ise yapanlara göre KKMM engelleri ve mamografi engelleri puanları anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). KKMM yapma durumuna göre meme kanseri SİMÖ puan ortalaması Tablo 4.19’da verildi.

**Tablo 4.19.** KKMM Yapma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapan Ort $\pm$ SS	KKMM Yapmayan Ort $\pm$ SS	p
Duyarlılık	7,71 $\pm$ 2,77	8,64 $\pm$ 3,24	0,071
Önemseme/Ciddiyet	19,73 $\pm$ 5,71	22,50 $\pm$ 5,65	0,002
Sağlık Motivasyonu	20,86 $\pm$ 3,72	19,57 $\pm$ 2,80	<b>0,001</b>
KKMM Yararları	15,82 $\pm$ 3,24	15,21 $\pm$ 2,70	<b>0,045</b>
KKMM Engelleri	18,08 $\pm$ 5,78	20,86 $\pm$ 5,42	<b>&lt;0,001</b>
KKMM Öz yeterlilik	35,25 $\pm$ 8,27	25,93 $\pm$ 9,50	<b>&lt;0,001</b>
Mamografi Yararları	18,81 $\pm$ 3,97	18,89 $\pm$ 4,14	0,958
Mamografi Engelleri	24,32 $\pm$ 8,03	27,89 $\pm$ 8,35	<b>0,008</b>

Katılımcılardan mamografi yaptıranların yaptırmayanlara göre sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz yeterlilik, mamografi yararları puanları anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Mamografi yaptırmayanların yaptıranlara göre KKMM engelleri ve mamografi engelleri puanları anlamlı şekilde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Mamografi yaptırma durumuna göre meme kanseri SİMÖ puan ortalamaları Tablo 4.20’de verildi.

**Tablo 4.20.** Mamografi (MG) Yaptırma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	MG Yaptıran Ort ± SS	MG Yaptırmayan Ort ± SS	p
Duyarlılık	8,38±3,21	7,56±2,59	0,139
Önemseme/Ciddiyet	20,67±5,77	20,01±5,81	0,267
Sağlık Motivasyonu	21,33±3,68	20,10±3,45	<b>&lt;0,001</b>
KKMM Yararları	16,16±3,44	15,39±2,89	<b>0,005</b>
KKMM Engelleri	17,46±5,76	19,44±5,72	<b>0,003</b>
KKMM Öz yeterlilik	35,23±8,73	32,11±9,49	<b>0,009</b>
Mamografi Yararları	19,50±3,68	18,36±4,14	<b>0,006</b>
Mamografi Engelleri	21,30±6,95	27,62±8,03	<b>&lt;0,001</b>

Katılımcılardan KMM yaptıranlarının yaptırmayanlara göre sağlık motivasyonu, KKMM yararları puanları; KMM yaptırmayanların yaptıranlara göre KKMM engelleri, mamografi engelleri puanları anlamlı olarak yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). KMM yaptırma durumuna göre meme kanseri SİMÖ puan ortalamaları Tablo 4.21’de verildi.

**Tablo 4.21.** KMM Yaptırma ve Meme Kanseri SİMÖ Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	KMM Yaptıran Ort ± SS	KMM Yaptırmayan Ort ± SS	p
Duyarlılık	8,06±3,04	7,75±2,74	0,740
Önemseme/Ciddiyet	20,59±5,40	20,00±6,14	0,589
Sağlık Motivasyonu	21,16±3,66	20,10±3,47	<b>0,001</b>
KKMM Yararları	16,10±3,10	15,34±3,15	<b>0,024</b>
KKMM Engelleri	17,74±5,59	19,43±5,90	<b>0,015</b>
KKMM Öz yeterlilik	34,62±8,75	32,28±9,66	0,079
Mamografi Yararları	19,38±3,54	18,34±4,32	0,063
Mamografi Engelleri	23,20±8,33	26,69±7,76	<b>&lt;0,001</b>

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların meme kanseri risk düzeyleri, meme kanseri tarama yöntemlerinden KKMM, KMM, MG'yi kullanma durumları ile SİMÖ alt başlıkları arasındaki ilişki değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Meme kanseri insidansı ve ölüm oranları genellikle yaşla birlikte artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı alan kadınların %79'u ve meme kanseri nedeniyle ölenlerin %88'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlardır (31). Amerika'da yaşayan bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri tanısı alma riski %12,3 ya da 8 kadında 1'dir. Amerika'da 2006-2008 yılları arasında kadınların yaşlarına göre meme kanseri tanısı alma riskleri şöyledir; 39 yaşa kadar risk %0,49 (203 kadında 1), 40-59 yaşları arasında risk %3,76 (27 kadında 1), 60-69 yaşları arasında %3,53 (28 kadında 1), 70 yaş ve üzerinde ise risk %6,58 (15 kadında 1) dir (31).

Özmen'in (2007) çalışmasında, 1992-2007 arasında meme kanseri tanısıyla ameliyat edilmiş 13,240 olgunun tanı sırasındaki yaş grupları dağılımlarına bakılmış ve 45-49 yaş grubu %16,7'lik bir değerle en yüksek bulunmuştur. 65-69 yaş grubunda bu oran %7,6'ya düşmüş ve daha sonra ise tekrar yükseldiği saptanmıştır (70). Çalışmamız 40 yaş ve üzeri 281 kadın üzerinde yapılmış olup çalışmamızdaki yaş ortalaması 48,91 olarak tespit edildi. Elde edilen yaş ortalamasının Özmen'in çalışmasından elden edilen en yüksek riskli yaş değerleri arasında olduğu gözlemlendi.

Hiç çocuk doğurmayan ve ilk çocuğunu doğurma yaşı geç olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme ihtimali 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat daha fazladır (71). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %83,6'sının ilk çocuğunu 30 yaşın altında doğurduğu tespit edilmiş olup katılımcıların doğum yaşı açısından düşük riskte olduğu görüldü.

Lancet dergisinde yayınlanan 30 ülkeden 47 epidemiyolojik çalışmanın değerlendirildiği bir analizde 12 ay emzirmenin meme kanseri riskini %4,3 azalttığı gösterilmiştir (72). Çalışmamızdaki kadınların %91,1'inin emzirdiğini fakat %49,5'inin ise 12 aydan daha az süreli emzirdiğini saptadık. Emzirme süreleri

açısından bakıldığında daha yüksek oranda 12 ay altı emzirme olması nedeniyle risk artmaktadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 15 yaş öncesi menarş olan kadınların, 15 yaşından sonra olanlara göre 1,72 kat daha fazla meme kanseri gelişme riski taşıdığı belirlenmiştir (73). Çalışmamızdaki ortalama menstrüasyon başlama yaşı 13,28 yıl olup bu bulgu ülkemizde Vicdan ve arkadaşlarının 13-18 yaş arasındaki 13,665 kız çocuk üzerinde yaptığı çalışmada belirlediği 13,28±1,09 yıl olan menarş yaşı ile uyumlu idi. Çalışmada saptanılan ortalama menstrüasyon yaşının meme kanseri için düşük risk oluşturduğunu söyleyebiliriz (74).

Çalışmamızdaki kadınların menopoza yaşına bakıldığında %99,1'inin 55 yaş altı menopoza girdiği saptandı. Menopoz ile menarş arası intervalin uzaması artan östrojen etkisinden dolayı meme kanseri riskini artırmaktadır (30). Kadınların büyük çoğunluğunun 55 yaş altı menopoza girmesinden dolayı menopoza yaşından katılımcıların düşük riskte olduğu gözlemlendi.

Meme kanseri aile öyküsü olanlarda meme kanseri olma riski, birinci derecede akrabalarında (anne, kız kardeş, kızı) meme kanseri olanlarda 2-3 kat artar. İki veya daha fazla birinci derecede akrabasında meme kanseri varsa bu risk çok daha fazla artar (75). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, meme kanseri geçmişi olanların ailesinde meme kanseri öyküsü anlamlı olarak yüksek bulundu. Aslan'ın 20 yaş ve üzeri 1085 kadında yaptığı çalışmada meme kanseri olanların %91,7'sinde aile öyküsü yok iken çalışmamızda %82,2 oranında aile öyküsü yoktu (75). Artan aile öyküsü oranlarının, çalışmamızın daha ileri yaş grubunda yapılmış olması ve kanser görülme sıklığının her geçen gün artması nedeniyle olabileceği düşünüldü. Aynı çalışmada kişisel meme kanseri öyküsü katılımcıların %99,8'inde yoktu ve var olanların ortalama risk puanı 395,0 (yüksek risk) idi. Çalışmamızda kişisel meme kanseri öyküsü olmayanların oranı %95,7 idi ve var olanların ortalama risk puanı 537,5 (en yüksek risk) bulundu (75). Bu nedenle, meme kanseri tanısı konulup tedavisi yapılan olguların düzenli takipleri, yayılım ve ikinci meme kanseri olasılığı için daha özenli yapılmalıdır.



Tümer ve arkadaşlarının 2008 yılında 21-55 yaşlarında 324 kadın ile yaptığı çalışmada katılımcıların %21,9'unun sigara içtiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise sigara içme oranı %34,2 saptandı. Daha yüksek sigara içme oranları olması nedeniyle diğer çalışmaya göre katılımcıların meme kanseri açısından daha yüksek risk taşıdığı düşünüldü (76).

Obezite, premenopozal dönemde meme kanseri gelişmesi üzerine olumsuz etki göstermezken, postmenopozal dönemde oluşan obezitenin ( $BKİ \geq 30$ ) meme kanseri gelişme riskinde artışa neden olduğu ileri sürülmektedir (77). Obezite ile meme kanseri insidansı arasındaki ilişkiyi saptamak üzere Brandt ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada 337819 kadın takip edilmiş, 4385 vakada meme kanseri ortaya çıkmıştır. Postmenopozal 80 kg üzerinde vücut ağırlığına sahip kadınlarla 60 kg altındaki kadınlar karşılaştırıldığında meme kanseri ortaya çıkmasının rölatif riski 1,25; premenopozal kadınlarda ise 0,58 olarak saptanmış ve kilo arttıkça riskin arttığı belirlenmiştir (78). Çalışmamızda BKİ ortalaması ise 34,96 olup obezite sınırının üzerindedir ve artmış meme kanseri riski taşımaktadır. Bunun sebebi de beslenme düzeninin bozulması, fiziksel inaktivitenin artması olabilir. Bu sebeple bizim toplumumuzda obezitenin önlenmesi de meme kanserinden korunmada büyük önem taşımaktadır.

Uzun süreli, özellikle hem östrojen hem de progesteron içeren kombine ilaçlar meme kanseri riskinde artışa neden olur. Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, sürekli oral kontraseptif kullananların, oral kontraseptif kullanmayanlara göre meme kanseri riski %25 oranında arttığını göstermektedir. Oral kontraseptif kullanımının kesilmesiyle bu risk giderek azalmakta, on yıl sonra kullanmayan kadınlarla aynı düzeye gelmektedir (79,80). Bizim çalışmamızda, çalışmaya katılan kadınların %7,1'i 5 yıl ve üzeri hormon tedavisi kullanmaktaydı. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da çalışmamızla benzer oranlarda 5 yıldan daha uzun süre doğum kontrol hapı kullandığı belirtildi (76).

Ülkemizde kadınlara KKMM'nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının artırılmasında önemini koruyan bir uygulamadır. Dünyada çeşitli çalışmalarda KKMM'ni bilenlerin ve uygulayanların sıklıklarının önemli derecede farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda KKMM'ni bilme oranı %79,4 iken;

Çevik ve ark.'nın çalışmasında kadınların %46,8'inin KKMM yapmayı bildiği, Parlar ve arkadaşlarının çalışmasında %25,7'sinin KKMM'ni bildiği, Güner ve arkadaşlarının çalışmasında %49,8'sinin, Şirin ve ark.'nın İzmir'de gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların %53,9'unun KKMM'ni bildiği belirtilmiştir (81-84). Çalışmamızda KKMM'ni bilme oranının yüksek çıkmasının sebebi, Aile Hekimliğinin kanser taramalarındaki yeri ve öneminin artması, Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda yürüttüğü güncel programlar olabilir. Katılımcıların büyük kısmının KKMM'ni sağlık çalışanlarından öğrenmesi bunu destekler niteliktedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %80,1'i KKMM yaptığını (n= 225), %13,9'u düzenli olarak KKMM yaptığını (n=39) belirttiler. Çevik'in (81) yaptığı çalışmada örnekleme oluşturan kadınların %27,4'ünün düzenli olarak her ay KKMM yaptığı görülmüştür. Koç ve Sağlam'ın (2009), kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliğinin incelendiği çalışmasında, her ay düzenli KKMM yapanların oranı %22,9 bulunmuştur (85). Bu veriler bizim çalışmamıza göre daha yüksektir. Bunun sebebinin iki çalışmanın da örneklem sayısının bizim çalışmamıza göre daha az olmasından kaynaklanması olabileceği düşünüldü. 2016 yılı Sağlık Bakanlığı yıllık sağlık istatistiklerine göre, kadınlarda düzenli KKMM yapma oranını %20 olarak raporlandırılmıştır. Dişçigil ve ark.'nın (2007) Ege bölgesinde 363 kadın üzerinde yaptığı çalışmada; KKMM oranları %61,7, fakat KKMM'yi her ay düzenli yapanların oranı %17,9'dur (86). Bu çalışmayla benzer şekilde çalışmamızda da düzenli KKMM yapma oranı çok düşük bulunmuştur. KKMM'nin uygulanma oranının artırılmasında eğitim programlarının ve biz Aile Hekimlerinin önemi tartışılmaz bir gerçektir.

Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyi arttıkça KKMM ve KMM yaptırma oranlarının anlamlı düzeyde arttığı gözlemlendi. Güner ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranları artmıştır (83). Dişçigil ve ark. yaptığı çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde KKMM yapma oranları öğrenim düzeyiyle doğru orantılı artmıştır (86). Bu da eğitimin, tarama yöntemlerinin kullanılması için önemini vurgulamaktadır.

Göçgeldi ve ark. (2008) yaptığı çalışmada kadınların KKMM hakkındaki bilgi kaynaklarının, sağlık personeli (%37,3) ve televizyon/gazete (%34,3) olarak ilk sıralarda yer aldığını belirlemiştir (87). Şahin'in (2006), yaptığı araştırmada kadınların KKMM'yi öğrendikleri kaynakların %32,0'nin sağlık personeli ve %21,5'inin televizyon programları olduğunu belirlemişlerdir (88). Sağlık çalışanlarından bilgi edinme oranları çalışmamızda ve diğer çalışmalarda yüksek bulunmuştur. Bu durumun sonucu olarak, sağlık çalışanlarının meme sağlığına yönelik daha geniş kitlelere ulaşmalarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Çeşitli çalışmalarda kadınların KMM yaptırma oranları %30-80 arasında değişik oranlarda bildirilmiştir. Başak, yaptığı çalışmada kadınların %8,1'nin KMM yaptırdığını saptamıştır (89). Çalışmamızda ise KMM yaptırma oranı %47,3; düzenli KMM yaptırma oranı ise %14,2 olarak gözlenmiştir. Her ne kadar çalışmamızda Başak'ın yaptığı çalışmaya göre daha yüksek oranlar gözlenmiş olsa da beklenen düzeyde KMM yaptırılmadığı görülmektedir. KMM yaptırma oranları ile düzenli yaptırma oranları arasındaki yüksek farkın sonucu olarak hastaların tarama amacıyla değil de şikayetleri olduğunda KMM yöntemini kullandıklarını düşündürmektedir.

Koç ve Sağlam'ın (2009) 17-76 yaş arası 100 kadında yaptıkları çalışmada %97'sinin mamografiyi bilmediği, %86'sının mamaografi yaptırmadığı saptanmıştır (90). Koç ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada 40 yaş üzeri hemşirelerin %97,5'inin mamografi yaptırmadığı belirlenmiştir (91). Türkiye'de bir devlet hastanesinde çalışan kadın sağlık profesyonelinin meme kanserinde erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların yalnızca %1,3'ünün düzenli olarak yılda bir kez mamografi yaptırdığı saptanmıştır (42). Yine ülkemizde 18-78 yaş arası 363 kadında yapılan bir çalışmada mamografi yaptırma oranı %40,1 olarak bulunmuştur (86). Bizim çalışmamızda ise mamografi yaptırma oranı %40,9 olarak diğer çalışmalara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Bunun sebebi çalışmaya sadece 40 yaş üzeri kadınların dahil edilmesi olabilir. Yapılan birçok çalışmada, hekim veya başka bir sağlık profesyoneli tarafından yapılan öneri veya yönlendirmenin düzenli mamografi yaptırmada etkili olduğu bulunmuştur (92,93). Mamografiye teşvik için doktor tavsiyelerindeki yetersizliğin mamografi çekiminde önemli bir engel olduğu

bildirilmiştir (94). Bu durum tarama yöntemlerinin kullanımının teşvikinde Aile Hekimlerine büyük rol düştüğünü gösterir niteliktedir.

Seçginli ve arkadaşlarının İstanbul'da kentsel bölgede yaşayan kadınlarda yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi ve evlilik durumunun mamografi yaptırmayı etkilemediği, Dünder ve arkadaşlarının Manisa'da kırsal bölgede yaşayan kadınlarda yaptığı bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve evlilik durumunun yanında yaşın artmasının da mamografi yaptırmayı etkilemediği saptanmıştır (95,96). Yine İstanbul'da kentsel bölgede yapılan bir araştırmada, kadınların medeni durumunun mamografi yaptırmada etkisi olmadığı, ancak eğitim düzeyi yüksek, geliri fazla ve sosyal güvencesi olanların daha fazla mamografi yaptırdıkları saptanmıştır (97). Bizim çalışmamızda ise medeni durum ve aylık gelirle mamografi yaptırma oranları arasında anlamlı fark bulunmazken, mamografi yaptırmayan grupta eğitim seviyesi anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre SİMÖ alt başlıkları arasında inceleme yapıldığında anlamlı bir fark saptanmadı. Erbil'in 20 yaş ve üzeri kadınlarda yaptığı çalışmada eğitim düzeyi arttıkça öz-yeterlilik ve sağlık motivasyonu puanının anlamlı şekilde arttığı tespit görülmüştür. Bunun nedeni Erbil'in çalışmada 20 yaş ve üzeri kadınların çalışmaya dahil edilmesi ve daha yüksek sayıda lise ve üstü öğretime sahip kişilerin olmasının olabileceği düşünöldü (98).

Katılımcıların meme kanseri risk düzeyine göre SİMÖ alt başlıkları arasında inceleme yapıldığında duyarlılık ve önemseme/ciddiyetin düşük risk taşıyan grupta anlamlı olarak yüksek olduğu gözlendi ( $p<0,05$ ). Buna göre yüksek risk taşıyan grupta daha az izlenen önemseme/ciddiyetin üzerinde durulması eğitimlerle, danışmanlıkla pekiştirilmesi gerekir. Ayrıca risk düzeyi hesaplanırken kullanılan meme kanseri aile öyküsü olanlarda duyarlılık, önemseme ve ciddiyetin anlamlı daha yüksek saptanması, diğer risk faktörleri konusunda bilgi azlığından kaynaklandığını düşünölebilir. Bu konuda verilecek eğitim ve bilgilendirmeye riskler konusunda bilinçin artması sağlanarak duyarlılık yani hastalıkla ilgili hassasiyetin artması sağlanabilir. Katılımcılardan meme kanseri aile öyküsü olanlarının SİMÖ alt başlıklarından duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, mamografi yararları anlamlı daha yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Çalışmamıza benzer

şekilde Canbulat'ın (2006) çalışmasında birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınların duyarlılık algısının daha yüksek algılandığı gözlenmiştir (99). Kılıç ve ark.'nın üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, ailesinde meme kanseri olan öğrencilerin duyarlılık algıları, ailesinde meme kanseri olmayan öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (100).

Katılımcılardan KKMM yapmayı bilen ve yapanların SİMÖ alt başlıklarından sağlık motivasyonu ve KKMM öz yeterlilik algısı anlamlı oranda daha yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Aynı tabloda yer alan KKMM'ni bilmeme ve yapmama durumu ile KKMM ve MG engelleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Seçginli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meme kanserine karşı duyarlılığı yüksek olan kadınların KKMM yapma oranları yüksek saptanmıştır (95). Bir başka çalışmada ise KKMM yarar algıları yüksek, engeli algısı düşük saptanan kadınların KKMM yapma oranının daha fazla olduğu ifade edilmektedir (101).

Katılımcılardan MG yaptıranlarda SİMÖ alt başlıklarından sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz yeterlilik, mamografi yararları anlamlı derecede daha yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Aynı zamanda MG yaptırmayanlarda KKMM engel algısı ve MG engel algısı anlamlı yüksek saptandı. Bu sonuçlara göre engel algısı üzerinde durulması gereken konulardan bir tanesidir. Yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi mamografi yaptıran ve yaptırmayanlar arasında sağlık motivasyonu, mamografi yarar ve engel puan ortalamaları arasında fark vardı (102). Ayrıca yapılan birçok çalışmada da mamografi yaptırmayan kadınların engel algısının yaptıranlardan daha yüksek olduğu, başka bir anlatımla düzenli mamografi yaptıran kadınların engel algısının daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan eğitim ve yönlendirmelerin engel algısını azalttığı belirlenmiştir (100,103,104).

Katılımcılardan KMM yaptıranların SİMÖ alt başlıklarından sağlık motivasyonu, KKMM yararları anlamlı yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Aynı zamanda KMM yaptırmayanlarda KKMM engel algısı ve MG engel algısı anlamlı yüksek saptandı. Erbil ve ark.'nın çalışmasında da KMM yaptıran grubun KKMM öz-yeterlilik ve motivasyon algılarının yüksek, KKMM engel algısının düşük olduğu belirlenmiştir (98). Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine

yakalanmada kendini tehdit altında gören sağlık motivasyonu algısı yüksek olan bir kadının, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve KMM yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (105). Bizim çalışmamızda da aynı şekilde sağlık motivasyonu yüksek olan kadınların KMM yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu saptandı.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan 40 yaş üstü kadınların büyük kısmının meme kanseri tarama yöntemlerinden KKMM'ni bildiğini ve uyguladığını, ancak her ay düzenli olarak uygulayanların, KMM ve MG yaptırانların oranlarının düşük olduğunu saptadık. Meme kanseri ciddi bir halk sağlığı sorunu olması ve önlenebilir olması nedeniyle hastaların tarama yöntemlerini kullanma durumlarını artırmak için çalışmalar yapılmalı, beklenen düzeyde tarama yöntemi kullanılması sağlanmalıdır.

Çalışmaya katılan kadınlara tarama yöntemlerini kullanma ya da kullanmama sebebi sorulduğunda şikayeti olmamasını sebep olarak gösteren katılımcılar oldu. Bu durum bize, meme kanserinin önlenebilir ve erken tanıyla mortalite-morbidite oranlarının azalabileceğinin bilinmediğini ya da önemsenmediğini düşündürmektedir. Meme kanserinin ciddi bir sağlık sorunu olduğunu ve tarama yöntemlerinin önemini hastalara anlatmak gerekmektedir.

Meme kanseri tarama yöntemlerini kullanan katılımcıların genel olarak duyarlılık, önemseme-ciddiyet, sağlık motivasyonu ve yarar algıları pozitif anlamda korele iken; engel algıları daha düşüktü. Buna göre hastaların sağlık algıları ile önemseme-ciddiyet ve duyarlılıklarının artırılması; engel algılarının önüne geçilmesi tarama yöntemlerinin kullanılma oranlarını artıracaktır. Bu amaçla yapılan her çalışma ve eğitim büyük önem arz etmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramaları>. Erişim Tarihi: 23 Ocak 2020.
2. Alpteker H, Gümüş D, Doğan S, Bilir S, Önal M. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2011; 7 (3): 176-181.
3. Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M. A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. Psychooncology 1998;7 (3): 218-228.
4. Arslan M. Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyini arttırmada hemşirenin eğitici rolünün etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Karahisar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, 2007.
5. Türkiye Kanser Kontrol Planı. Meme Kanseri Taramaları. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013-2018). Erişim Tarihi: 23 Ocak 2020.
6. Özmen V, Bayol Ü, Topal U, Fidaner C, Uhri M, Işıkdoğan A. ve ark. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu 2009. <http://www.ketem.org>. Erişim Tarihi: 23 Ocak 2020.
7. Breast Cancer Facts & Figures, American Cancer Society. [http://www.cancer.org/research\\_cancerfactstatistics/breast\\_cancer\\_facts\\_figures](http://www.cancer.org/research_cancerfactstatistics/breast_cancer_facts_figures). Erişim Tarihi: 17 Aralık 2019.
8. Boyle P, Levin B, eds. Who International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report; Lyon 2008.
9. Rashidi A, Rajaram SS. Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination: needs assessment. Cancer Nurs 2000; 23 (1): 64-70.
10. Sorensen J, Hertz A. Cost-effectiveness of a systematic training programme in breast self examination. Eur J Cancer Prev 2003; 12 (4): 289-294.
11. Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nurs 2004; 27 (4): 287-294.



12. Malya FÜ, Sayek İ. Meme Kanseri. Sayek İ, (ED) Genel Cerrahi. 4. Baskı Cilt 1 Güneş Tıp Kitapevi, Ankara 2013.
13. Ünal M, İğci A. Meme Anatomisi ve Gelişmesi. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara. 2002:534-535.
14. King M-C, Marks JH, Mandell JB. New York Breast Cancer Study Group. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. Science 2003; 302 (5645): 643-646
15. Globocan 2018. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Erişim Tarihi: 11 Ocak 2020.
16. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55 (2): 74 -108.
17. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010; 127 (12): 2893-2917.
18. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E. ve ark. Türkiye’de Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Programlarının Hazırlanması: Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5 (3): 125-134.
19. Singletary SE. Rating the risk factors for breast cancer. Ann Surg 2003; 237 (4): 474-482
20. Gulluoglu BM. Risk factors. Gazioglu E (Ed). Essentials in the Management of Breast Diseases. Bucharest; Celcius Medical Publishing 2005; 131-45.
21. Chen S, Parmigiani G. Meta-analysis of BRCA 1 and BRCA 2 penetrance. J Clin Oncol 2007; (25): 1329-33.
22. Tai YC, Domchek S, Parmigiani G, Chen S. Breast cancer risk among male BRCA 1 and BRCA 2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2007; (99): 1811-4.
23. Rosen PP, Kosloff C, Lieberman PH, Adair F, Braun DW Jr. Lobular carcinoma in situ of the breast. Detailed analysis of 99 patients with average follow up of 24 years. Am J Surg Pathol 1978; (2): 225-51.
24. Marshall LM, Hunter DJ, Connolly JL, Schnitt SJ, Byrne C, London SJ. et al. Risk of breast cancer associated with atypical hyperplasia of lobular and ductal types. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1997; (6): 297-301.

25. Dengim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA. et al. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. *J Clin Oncol* 2007; 25: 2671-7.
26. Clemons M, Loijens L, Goss P. Breast cancer risk following irradiation for Hodgkin's disease. *Cancer Treatment Review* 2000; (26): 291-302.
27. Robson M, Offit K. Management of an inherited predisposition to breast cancer. *N Eng Med* 2007; (357): 154-62.
28. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breastcancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer* 1997; 71 (5): 800-809.
29. Frank TS, Manley SA, Olopade OI, Cummings S, Garber JE, Bernhardt B, et al. Sequence analysis of BRCA1 and BRCA2: correlation of mutations with family history and ovarian cancer risk. *Journal of Clinical Oncology* 1998; 16 (7): 2417-242.
30. Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, Fraumeni JF. Menstrual factors and risk of breast cancer. *Cancer Investigation* 1988; 6 (3): 245-254.
31. American Cancer Society/Breast Cancer. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer>. Erişim Tarihi: 2 Ocak 2020.
32. Manjer J, Berglund G, Bondesson L, Garne JP, Janzon L, Malina J. Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61 (2): 121-129.
33. Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status--A meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer* 2008; 122 (8): 1832-1841.
34. Rinaldi S, Key TJ, Peeters PHM, Lahmann PH, Lukanova A, Dossus L. et al. Anthropometric measures, endogenous sex steroids and breast cancer risk in postmenopausal women: A study within the EPIC cohort. *Int J Cancer* 2006; 118 (11): 2832- 2839.
35. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev* 2001; 10 (1): 15-32.
36. Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S. Oral contraceptive use and the risk of breast cancer. *Mayo Clin Proc* 2008; 83 (1): 86-91.

37. Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2006; 81 (10):1290-1302.
38. Sayek İ. *Temel Cerrahi El Kitabı*, Güneş Tıp Kitapevi Ankara. 2013: 281-340.
39. Shapiro S, Venet W, Strax P, Venet L. Periodic screening for breast cancer. The Health Insurance Plan Project and its sequelae, 1963-1986. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1988: 59-83.
40. Ernst MF, Roukema JA. Diagnosis of non-palpable breast cancer: a review. *Breast Edinb Scotl* 2002; 11 (1): 13-22.
41. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. *Radiology* 2004;233 (3): 830-849.
42. Gençtürk N. Meme Kanserinde Korunma. *J Anatolia Nurs Health Sci* 2007; 10 (4):72-82.
43. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. [http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2006-02/html/2006-13-2-057-071.htm](http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2006-02/html/2006-13-2-057-071.htm). Erişim Tarihi: 2 Ocak 2020.
44. Gündoğan D. Hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusundaki bilgi ve uygulamaların değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
45. Akpınar Yelen Y. Çorum il merkezinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin meme kanseri konusunda bilgi tutum ve davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2008.
46. Çetintaş S. Meme Kanseri. Meme kanserinde kendi kendine muayene ve fizik muayene. Nobel Tıp Kitapevi 2005: 163-8.
47. İğci A, Asoğlu O. Meme Kanseri. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Nobel Tıp Kitapevi 2003; 113-123.
48. Meme Kanseri. Kansere Yaşamak. <http://www.kanserleyasamak.org>. Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020.

49. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi 2014; 7 (3): 230-237.
50. Ersin F, Bahar Z. Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. 2012; 5 (1): 28-38.
51. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4 (1): 34-40.
52. Gözüm S, Aydın I. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2004; (1): 71-85.
53. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bül 2007; 6 (6): 427-434.
54. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık davranışı modelleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi 2015; 5 (1): 28-34.
55. Rohleder P. Critical Issues in Clinical and Health Psychology. SAGE 2012: 41-61.
56. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. CÜ Hemşire Yüksek Okulu Derg 2003; 7 (1): 33-38.
57. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. 2015;1 (1): 30-38.
58. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. CA Cancer J Clin 2004; 54 (6): 345-361.
59. Lierman LM, Young HM, Powell Cope G, Georgiadou F, Benoliel JQ. Effects of education and support on breast self-examination in older women. Nurs Res 1994; 43 (3): 158-163.
60. Champion VL, Miller TK. Variables related to breast self-examination: Model generation. Psychol Women Q 1992; 16 (1): 81-96.
61. Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination. Behav Med 2002; 28 (1): 15-22.

62. Rees G, Fry A, Cull A, Sutton S. Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychol Health*. 2004; 19 (6): 749-765.
63. Umeh K, Dimitrakaki V. Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention. *J Appl Biobehav Res* 2003; 8 (2): 96-115.
64. Thomas EC. African American women's breast memories, cancer beliefs, and screening behaviors. *Cancer Nurs* 2004; 27 (4): 295-302.
65. Rao RSP, Nair S, Nair NS, Kamath VG. Acceptability and effectiveness of a breast health awareness programme for rural women in India. *Indian J Med Sci* 2005; 59 (9): 398-402.
66. Eroglu C, Eryilmaz MA, Civecik S, Gurbuz Z. Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 Olgu. *Int J Hematology and Oncology* 2010; 20 (2): 27-33.
67. Kaya H, Özçelik O. Vücut bileşimlerinin değerlendirilmesinde vücut kitle indeksi ve biyoelektrik impedans analiz metodlarının etkinliğinin yaşı ve cinsiyete göre karşılaştırılması. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2009; 23 (1): 1-5.
68. Karayurt Ö. Champion's Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, 2003.
69. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS Adv Nurs Sci*, 1984; 6 (3): 73-85.
70. Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve histopatolojik özellikler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2014; 10 (2).
71. Wohlfahrt J, Melby M. Age at any birth is associated with breast cancer risk. *Epidemiology* 2004; 12: 68-73.
72. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet Lond Engl* 1996;347 (9017): 1713-1727.
73. Kuru B, Özaslan C, Özdemir P, Dinç S, Camlibel M, Alagöl, H. Risk factors for breast cancer in Turkish women with early pregnancies and long-lasting lactation. *Acta Oncologica* 2002;41 (6): 556-561.

74. Vicdan K, Kukner S, Dabakoglu T, Ergin T, Keles G, Gokmen O. Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. *J Adolesc Health* 1996; 18: 54-58,
75. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 63- 66.
76. Tümer A, Baybek H. Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *J Breast Health* 2010; 6: 17-21.
77. Michels KB, Mohllajee AP, Roset Bahmanyar E, Beehler GP, Moysich KB. Diet and breast cancer. *Cancer* 2007; 109 (S12):2712-2749.
78. Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson L, Folsom AR, ve ark. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2000; 152 (6):514-527.
79. Thompson PA, Stopeck AT. Breast cancer prevention. In: *Fundamentals of cancer prevention*. 168986-7\_14. (İnternet) Erişim Tarihi: 11 Aralık 2019
80. What are the risk factors for breast cancer? <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi: 20.01.2020.
81. Gökpınar Çevik C. Memede kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeyleri ve kitlenin fark edilmesinde kendi kendine meme muayenesinin etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Karahisar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı, Afyon, 2004.
82. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. *CÜ Hemşire Yüksek Okulu Derg* 2004;8 (2): 9-15.
83. Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Determination of women's knowledge, attitude and behaviours about the self examination of breast. *Gaziantep Tıp Derg* 2007; 13 (2): 55-60.
84. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. *Cancer Nurs* 2006; 29 (3): 207-213.
85. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5 (1):25- 32.

86. Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Med J* 2007; 20 (1): 29-36.
87. Göçgeldi E, Açıkeli CH, Hasde M, Aygut G, Çelik S, Gündüz İ. ve ark. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2008; 13 (4): 261-265.
88. Arslan M, Şahin DA. The Effect of planned education on women's knowledge about breast cancer and breast self examination. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi* 2013; 1 (1):8-16.
89. Başak F. Konya İli, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science* 2016; 4: 19-24.
90. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5 (1): 25-32.
91. Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri erken tanı metotlarından yararlanma durumları üzerine etkisinin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2014; 10: 166-173.
92. Miller AM, Champion VL. Mammography in older women: one-time and three-year adherence to guidelines. *Nurs Res* 1996; 45 (4): 239-245.
93. Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: a metaanalytic review. *Prev Med* 2007; 45 (4): 252-261.
94. Crane LA, Kaplan CP, Bastani R, Scrimshaw SC. Determinants of adherence among health department patients referred for a mammogram. *Women Health* 1996; 24 (2):43-64.
95. Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nurs* 2004; 27 (4):287-294.
96. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Coban S. ve ark. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 6:43.

97. Demir Yıldırım A, Özaydın AN. Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *J Breast Health* 2014; 10:47-56.
98. Erbil N, Bölükbaş N. Beliefs, attitudes and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13 (11): 5823-5828.
99. Canbulat N. Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2006.
100. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009; 5 (4): 195-199.
101. Umeh K, Gibson JR. Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *Br J Health Psychol* 2001; 6: 361-372.
102. Baysal HY, Polat H. Determination of the breast cancer risk levels and health beliefs of women with and without previous mammography in the Eastern Part of Turkey 2012. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13:5213- 5217.
103. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. *Cancer* 1994; 74 (S1):329- 335.
104. Avcı IA, Kurt H. Health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40 (2): 170-175.
105. Clemen-Stone S, Mcguire SL, Eigsti DG. *Comprehensive health nursing: Family, aggregate and community practice*. Sixth ed. Maryland: Mostby, 2002.



## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

**Adı-Soyadı** : Damla TAŞCI  
**Doğum yeri ve tarihi** : Karabük / 29.08.1992  
**Medeni durumu** : Bekar  
**E-posta** : drdamlatasci@gmail.com  
**Yabancı dili** : İngilizce

### II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2017-2020 Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi  
2010-2016 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara  
2006-2010 Karabük Mehmet Vergili Fen Lisesi, Karabük  
2002-2006 Kurtuluş Namık Kemal İlköğretim Okulu, Karabük  
1998-2002 Soğuksu İlköğretim Okulu, Karabük

### III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2017-2020 Aile Hekimi Asistani  
2016-2017 Pratisyen Hekim

### IV- Mesleki Deneyimi

2017-2020 Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği  
2016-2017 Karabük Eskipazar Devlet Hastanesi, Acil Servis

## 9. EKLER

### EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : E.Kurul -E-19

55-no'lu çalışma

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nden "40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

12/09/2019

Prof. Dr. Uğur KOÇER  
Etik Kurul Başkanı



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

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 checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama							
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>							
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>							
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	İLAN	<input type="checkbox"/>							
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>							
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>							
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>							
	DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	ANKET						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 55/2019	Tarih: 05/09/2019							
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr. Damla TASCİ'nin Tez çalışması olan "40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde 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	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Uğur KOÇER								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *		İmza	
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Murat KEKİLLİ	Gastroentoloji	Gazi Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bircu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayhan TEKİNER	Beyin ve Sinir Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağrı Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Ömer Faruk KURTUL	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Grv.Dr. Şükrü KELEŞ	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER  
İmza:



## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	Etikkurul06@gmail.com

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği Kliniği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	<b>ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ</b>	Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel Çalışma			
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	a- <input type="checkbox"/>		
b-)Prospektif Çalışma		b- <input type="checkbox"/>			
c-)Retrospektif Çalışma		c- <input checked="" type="checkbox"/>			
FAZ 1					
FAZ 2		<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4	<input type="checkbox"/>				
Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Anket					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER

İmza:




## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-							
Uzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Müh. Nebi ŞANALIR	Biyomedikal Mühendisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER  
İmza:



## **EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**ARAŞTIRMANIN ADI:** 40 Yaş ve Üzeri Kadın Hastalarda Meme Kanseri Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

### **ARAŞTIRMANIN AMACI :**

Uluslararası kanser ajansı meme kanserinin sıklığının artışına dikkat çekmektedir. Kadınlarda meme kanseri insidansının bir önceki değerlere göre %20, meme kanserine bağlı ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir. Bu sebeple erken tanı yöntemleri üzerinde durulması gereken en önemli bir konudur. Klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi gibi erken tanıyı kolaylaştıran yöntemler sağlığı geliştirme aktiviteleri olarak tanımlanmakta ve meme kanserinin erken tanısında önemli rol oynamaktadır. Meme Türkiye’de kadınlarda %24,1 ile en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanserinde erken tanı, tedaviyi kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır. Meme kanserinin erken tanı davranışının kazandırılmasında en sık kullanılan model sağlık inanç modelidir. Toplumumuzda 40 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarına Sağlık İnanç Modeli Ölçeğindeki faktörlerin etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

### **ARAŞTIRMA İŞLEMLERİ:**

Araştırmamız tek merkezli bir çalışma olup, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 40 yaş ve üzeri , 70 yaş altı kadın hastalar çalışmaya dahil edilecektir. 270 gönüllü katılımcıya ulaşmak hedeflenmiştir. Yaklaşık 15 dakika sürecek olan bir anket çalışmamız vardır. Anket çalışmasındaki soruları doğru olarak cevaplamanız gerekmektedir.

Araştırmaya katılımınız tamamen isteğe bağlıdır. İstedığınız zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

### **BU ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili tıbbi kayıtları izleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri inceleyebilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisi söz

konusu erişime izin vermiş olacaktır. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI**

Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu bilgilendirilmiş gönüllü olur belgesini okudum ve anladım. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih:</i>
<i>İmza:</i>		

<i>Kanuni Temsilci (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih:</i>
<i>İmza:</i>		

<i>Görüşme Tanığı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih:</i>
<i>İmza:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih:</i>
<i>İmza:</i>		



**EK-3: ANKET FORMU, SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ**

**40 YAŞ ve ÜZERİ KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİN  
KULLANMA DURUMLARININ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ İLE  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ANKET FORMU**

**ANKET NO:**

1. Yaşınız? .....

2. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış/Dul

3. Boy.....

4. Kilo ....

5. Eğitim durumunuz nedir?

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans/Doktora

6. Aylık geliriniz ne kadar? .....

7. Kaç gebeliğiniz oldu? .....

8. Kaç doğumunuz oldu? .....

9. Çocuk sayınız kaçtır? .....

10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

11. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

10. Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

11. Ailede meme kanseri öyküsü var mı? 1) Yok 2) Bir hala/teyze ya da büyükanne

3) Anne ya da kız kardeş 4) Anne ve kız kardeş

5) Anne ve iki kız kardeş

11. Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, abse tanısı konuldu mu?

1) Evet .....

2) Hayır

12. İlk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz? .....

13. İlk menstrüasyon (adet görme) yaşınız kaçtır? .....

14. Menopoza girdiniz mi? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız Evet ise kaç yaşında? ....

Cevabınız hayır ise 16.soruya geçiniz.

15. Menopoz şikayetleriniz için doktorunuz hormon tedavisi başladı mı? 1) Evet .....yıl 2) Hayır



**16.** Yaşamınız boyunca hiç doğum kontrol hapı kullandınız mı? 1) Evet ...yıl 2) Hayır

**17.** Doğumlarınızdan sonra ortalama emzirme süreniz ne kadardır? .....

**18.** Şimdiye kadar göğüs bölgenize ışın tedavisi (radyoterapi) uygulandı mı? 1) Evet 2) Hayır

**19.** Bilinen meme hastalığı nedeniyle ileri tetkik ve/veya biyopsi yapılma durumu oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

Evet ise hangi ileri tetkik uygulandı? ..... ve sonucu ne oldu? .....

**20.** Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız hayır ise 22. Soruya geçiniz.

**21.** Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyorsanız nereden öğrendiniz?

1) Aile ortamı 2) Dergi-broşür  
3) Arkadaş ortamı 4) KETEM  
5) Sağlık çalışanı 6) Radyo-televizyon-internet

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

1) Hiç yapmadım 2) Ara sıra  
3) Şikayetim olduğunda 4) Düzenli olarak her ay

**23.** Klinik meme muayenesini duydunuz mu? 1) Evet 2) Hayır

**24.** Klinik meme muayenesi yaptırıyor musunuz?

1) Hiç yaptırmadım 2) Ara sıra  
3) Şikayetim olduğunda 4) Düzenli olarak her yıl

**25.** Klinik meme muayenesi yaptırmama sebebiniz nedir?

1) Nasıl yapıldığını bilmiyorum 2) Şikayetim olmadığı için  
3) Aklıma gelmiyor/ihmal ediyorum 4) Meme kanserinden koruyacağına inanmıyorum  
5) Kötü bir sonuç çıkmasından korkuyorum 6) Meme kanseri olacağını düşünmüyorum

**26.** Size önerilen sürelerde mamografi çektiriyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Aşağıda kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi ye ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız.

İFADELER	KESİNLİKLE KATILMIYORU	KATILMIYORU	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6. Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.					
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.					
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
12. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
14. Dengeli beslenirim.					
15. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
16. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
17. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
18. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
19. KKMM yapmaktan sıkılıyorum.					
20. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor.					
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur.					
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.					
24. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez.					
25. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
26. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.					
27. KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum.					
28. KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
29. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.					
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					

32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
33. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum.					
34. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
37. Mamografi çektirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
38. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
40. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
41. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltır.					
42. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
43. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.					
44. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
45. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
46. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.					
47. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
48. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
49. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
50. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam.					
51. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
52. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					