

**T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İZMİR'DE BİR FABRİKADA ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK  
İNANÇLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN  
MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**ESMA GÜNEY**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR – 2009**

**T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İZMİR'DE BİR FABRİKADA ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK  
İNANÇLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN  
MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**ESMA GÜNEY**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman Öğretim Üyesi  
Doç. Dr. Ayşe BEŞER**

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans öğrencisi Esmâ GÜNEY “İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi” isimli tez savunmasını 20.02.2009 tarihinde jüri üyeleri önünde savunmuş ve başarılı bulunmuştur.

Doç.Dr.Ayşe BEŞER  
Başkan

Prof. Dr. Zühal BAHAR

Üye

Yard.Doç.Dr. Özgül Karayurt

Üye

## **TEŞEKKÜR**

Yükseklisans eğitimim sürecinde mesleki ve kişisel gelişimime katkıda bulunan hocam Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a, çalışmama bilgi, deneyim ve desteği ile büyük katkı sağlayan hocam Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, değerli katkılarından dolayı hocam Yard.Doç.Dr. Özgül KARAYURT'a, katkılarından dolayı Özgül VUPA'ya, veri toplama aşamasındaki yardımlarından dolayı Sun Holding İnsan Kaynakları Yöneticisi Rahile YENİ'ye, Ekoten Tekstil işyeri hekimi Vildan PARK'a, işyeri hemşiresi Ayşenur HASPOLATLI'ye ve anket doldurarak çalışmama katılan kadınlara teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca her zaman desteğini hissettiğim aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

**ESMA GÜNEY**

# İÇİNDEKİLER DİZİNİ

## Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ .....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT .....	2
<b>BÖLÜM I GİRİŞ</b> .....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	3
1.2.Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	6
<b>BÖLÜM II- GENEL BİLGİLER</b>	
2.1.Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	8
2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri .....	8
2.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	9
2.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri.....	11
2.2.3. Çelişkili Risk Faktörleri.....	13
2.3. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Araçları.....	15
2.4. Meme Kanseri ve Semptomları.....	16
2.5. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri.....	17
2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi ( KKMM) .....	18
2.5.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?.....	19
2.5.1.2. KKMM ile İlgili Yapılan Kanıt Çalışmaları .....	21
2.5.1.3. Literatürde KKMM Yapma Oranları .....	21
2.5.1.4. KKMM Yapma Oranları Etkileyen Faktörler.....	22
2.5.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	24
2.5.2.1. Klinik Meme Muayenesi Oranları ve Etkileyen Faktörler.....	24
2.5.3. Mammografi.....	25
2.5.3.1. Mammografi ile İlgili Çalışmalar .....	25

2.5.3.2. Literatürde Mammografi Çektirme Oranları .....	26
2.5.3.3. Mammografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörler .....	27
2.6. Meme Kanseri Erken Tanı ve Taramada Hemşirenin Rolü .....	28
2.7. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarında Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı.....	29
2.7.1. Kadınların KKMM Yaptırma ile İlgili Sağlık İnançları .....	30
2.7.2. Kadınların Mammografi Çektirme ile İlgili Sağlık İnançları.....	31
<b>BÖLÜM III- GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	33
3.3. Evren- Örneklem.....	33
3.4. Verilerin Toplanması .....	33
3.5. Veri Toplama Araçları .....	33
3.5.1. Sosyo Demografik Özellikler Formu .....	33
3.5.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği .....	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	37
3.8. Araştırma Etiği .....	38
<b>BÖLÜM IV- BULGULAR.....</b>	<b>39</b>
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özellikleri ve Uygulamaları .....	39
4.2. Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumu .....	42
4.3. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Ortalamalara Göre Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>BÖLÜM V- TARTIŞMA.....</b>	<b>53</b>
5.1. Kadınların Erken Tanı Davranışlarını Duyma ve Yapma Oranları .....	53
5.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkili Olan Faktörler .....	54

5.3. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sağlık İnanç Modeli	
Ölçeği Algıları .....	61
<b>BÖLÜM VI - SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>67</b>
• Sonuçlar.....	67
• Öneriler.....	67
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>68</b>
<b>EKLER</b>	
Ek 1. Sosyo-demografik Anket Formu	
Ek 2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Ölçeği	
Ek 3. İzin Belgesi	
Ek 4. Etik Kurul Raporu	

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablonun İsmi</b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 1</b>	Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	14
<b>Tablo 2</b>	Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Rehberi.....	18
<b>Tablo 3</b>	Champion'un Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Revizyonları Alt Boyutları, Cronbach Alpha ve Tekrar Test Değerleri .....	35
<b>Tablo 4</b>	Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye'de Yapılmış Geçerlik-Güvenirlik Çalışmalarının Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri .....	36
<b>Tablo 5</b>	Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	38
<b>Tablo 6</b>	Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri İle İlgili Özellikleri.....	39
<b>Tablo 7</b>	Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları .....	39
<b>Tablo 8</b>	Kadınların Son Bir Yılda KKMM, KMM ve Mammografi Yöntemlerini Duyma/ Uygulama Oranları .....	40
<b>Tablo 9</b>	Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre KKMM Yapma Durumu .....	42
<b>Tablo 10</b>	Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri Erken Tanı ile İlgili Özelliklerine Göre KMM Yaptırma Durumları.....	43
<b>Tablo 11</b>	Kırk Yaş Üzeri Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre Mammografi Çektirme Durumları .....	45
<b>Tablo 12</b>	Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Lojistik Regresyon Analizi .....	47
<b>Tablo 13</b>	Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları .....	48
<b>Tablo 14</b>	Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre KKMM Uygulama Durumlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 15</b>	Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre KMM Yaptırma Yaptırmama Durumlarının Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 16</b>	Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Mamografi Çektirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	50



## ŞEKİLLER- DİZİNİ

<b>Şekil No</b>	<b>Şeklin İsmi</b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Şekil 1</b>	Görerek yapılan meme muayenesi – Kollar iki yanda.....	19
<b>Şekil 2</b>	Görerek yapılan meme muayenesi – Kollar yukarıda .....	19
<b>Şekil 3</b>	Görerek yapılan meme muayenesi – Eller kalçada.....	19
<b>Şekil 4</b>	Dokunarak yapılan meme muayenesi – Ayakta durarak.....	20
<b>Şekil 5</b>	Dokunarak yapılan meme muayenesi – Yatarak, parmak uçları dış kenarda .....	20
<b>Şekil 6</b>	Dokunarak yapılan meme muayenesi – Yatarak, parmak uçları meme başında....	20

## **KISALTMALAR DİZİNİ**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>KMM</b>	: Klinik Meme Muayenesi
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>HRT</b>	: Hormon Replasman Tedavisi
<b>PHT</b>	: Postmenapozal Hormon Replasman Tedavisi
<b>MRI</b>	: Manyetik Rezonans Imaging
<b>HIP</b>	: Health Insurance Plan
<b>BCDDP</b>	: Breast Cancer Detection Demonstration Projects
<b>NBSS</b>	: National Breast Screening Study
<b>GATA</b>	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>BSE</b>	: Breast self examination
<b>CBE</b>	: Clinical breast examination

**ÖZET**

**İZMİR'DE BİR FABRİKADA ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK İNANÇLARI İLE  
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN MEME KANSERİ ERKEN TANI  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

**ESMA GÜNEY**

Bu çalışma İzmir'de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, İzmir'in Torbalı ilçesinde bulunan Ekoten Tekstil fabrikasında çalışan, araştırmayı kabul eden 167 kadın oluşturmuştur. Veri toplamada sosyo-demografik anket formu ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmadaki kadınların son bir yılda % 23.4'ü kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmış, %12.6'sı klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmıştır. Kırk yaş ve üzeri kadınların % 4.8'i son bir yıl içinde mammografi yaptırmıştır.

Kadınların %91.6'sı meme kanseri ile ilgili eğitim almamıştır. Beyaz yakalı işçiler, mavi yakalı işçilerden daha fazla KKMM yapmaktadır. Kırkiki yaş ve üzeri kadınlar 30 yaş altı kadınlardan daha çok KMM yaptırmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınlar daha fazla KMM yaptırmakta, 40 yaş üzeri kadınlar daha çok mammografi yaptırmaktadır. Geliri giderinden az olan kadınlar daha fazla mammografi yaptırmaktadır. KKMM yapan kadınların engel algıları düşük, öz etkililik algıları yüksektir. Mammografi yaptıran kadınların mammografi engel algıları düşüktür ( $p<0.05$ ).

Meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili daha önce eğitim alma, erken tanı davranışlarını önceden duyma, kadınların erken davranışını daha çok yapmalarını sağladığı için kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemleri konusunda eğitilmeleri gerekmektedir. İşyerindeki eğitim programlarına meme kanseri erken tanısı ve önemi yerleştirilmelidir. İşyeri hemşiresi sağlık eğitim programlarını yürütmelidir. KMM işyeri hekimi ya da hemşiresi tarafından yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** meme kanseri, meme kanseri erken tanı davranışları, sağlık inançları, hemşirelik

## ABSTRACT

### HEALTH BELIEFS OF THE WORKING WOMEN AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIES EFFECT ON BREAST CANCER SCREENING IN A FACTORY IN İZMİR

ESMA GÜNEY

The purpose of study was to descriptive health beliefs of the working women and sociodemographic characteries effect on breast cancer early detection measures in a factory in İzmir. The study population was consisted of 167 working women who accepted questions in Ekoten Tekstil in Torbalı district in İzmir. For data collection we used sociodemographic questionnaire form and Champion's revised Health Belief Model Scala .

According to the women's responds % 23.4 of the women have breast self examination (BSE), %12.6 of the women have clinical breast examination (CBE) and % 4.8 of the 40 and older ages women have mammography within the past year.

Results showed and % 91.6 of women reported have not education about breast cancer. Women reported that they have education about breast cancer practised breast cancer early detection measures more than the other women. White collar workers practise BSE more than blue collar workers. Women who over the age of 42 have CBE more than 30 and under age women. Breast cancer history was significantly associated with have CBE and have mammography for over the age of 40. Women who income level as bad more have mammography than level as middle /good ( $p<0.05$ ).

Higher perceived confidence for BSE and lower perceived barriers to BSE were significantly associated with performing BSE. Lower barriers to mammography was significantly associated with having mammography ( $p<0.05$ ).

Women must to be educated because of who women reported have education about breast cancer were practise breast cancer early detection more than the other women. All three breast cancer early detection measures and their important must involve to worksite education programs in worksite health department. CBE must practise by worksite doctor and worksite nurse.

**Key words:** breast cancer, breast cancer early detection measures, health beliefs, nursing

# İZMİR'DE BİR FABRİKADA ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK İNANÇLARI İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

#### 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda görülen en yaygın kanser türü olup 40 yaş ve üzeri kadın ölümlerinin en önemli nedenidir. Meme kanseri insidansı Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) menapoz çağındaki kadınlarda 2/1000 oranındadır (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise akciğer kanserinden sonra en çok ölüme yol açan kanser türüdür (2). Dünyada yaklaşık olarak her 8.2 kadından birinde meme kanseri gelişebileceği ve her 30 kadından birinin meme kanseri nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (3). Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı verilerine göre meme kanseri Türkiye'de kadınlarda % 34.7 oranla kadınlarda en sık rastlanan kanser türüdür (4).

Meme kanseri risk faktörleri arasında; kadın olmak, 50 yaş ve üzerinde olmak, genetik olarak BRCA1 ve BRCA 2 genlerinde mutasyon, meme kanseri geçirmiş olmak, ailede meme kanseri öyküsünün olması (anne, kızkardeş ya da kız evlatta), geçmişte radyasyona maruz kalmak, ilk adetin erken yaşta başlaması ve geç menapoza girmek, geç doğum yapma, emzirmeme, obesite, çocuk sahibi olmama, alkol kullanımı, yakın geçmişte uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği yer almaktadır. Çevre kirliliği, sigara içmek, gece çalışması, çevresel kaynaklı kimyasal maddelere maruz kalmak, düşükler, meme implantları, yüksek yağ içeren diyet ise tartışmalı risk faktörleridir (1,5,6,7).

Meme kanserinde erken tanı yöntemleri olan mammografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) tedaviye göre ölümleri azaltmada daha çok yararlı olduğu bildirilmektedir (1,8,9). Meme kanseri erken tanı rehberine göre 40 yaşından sonra her kadının yıllık olarak mammografi, klinik meme muayenesi yaptırması ve aylık KKMM'si yapması, 20'li ve 30'lu yaşlarındaki kadınların her 3 yılda bir kez klinik meme muayenesini yaptırması ve aylık KKMM yapması önerilmektedir. KKMM uygulaması daha çok kadınların memelerindeki değişikliklerin farkında olmaları için önerilmektedir (10,11,12,13). Sağlık Bakanlığı ülkemizde KKMM'ni meme kanseri erken tanısı için önermektedir (14).

Meme kanserinde tedavinin yanısıra son yıllarda mammografinin sık kullanımı ve meme kanseri hakkındaki bilincin artması, erken dönemde tanılarının artmasına neden olmakta

ve ölümleri azaltmaktadır (1). Yapılan randomize kontrollü çalışmalar özellikle mammografi ve klinik meme muayenesinin ölümleri azaltmada etkin olduğunu bildirmektedir (15,16,17,18). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tek başına mammografi çekirme yöntemi 50–69 yaş arası kadınların 1/3'ünde meme kanserine bağlı ölüm oranını düşürmektedir (19).

Mammografi yöntemi, uygulanması ve sonuçlarının yorumlanması uzmanlık gerektiren pahalı bir tanı yöntemi olması nedeniyle gelişmiş ülkelerde daha sık kullanılmakta, gelişmekte olan ülkelerde erken tanı aracı olarak maliyeti az olan klinik meme muayenesi ve KKMM kullanılmaktadır (1). Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili literatürde değişik öneriler bulunmaktadır. KKMM'nin meme kanseri ölümlerini azaltabileceğini bildiren çalışmaların (20) yanı sıra randomize çalışmalarda düzenli olarak KKMM'nin yapılmasının meme kanserine bağlı ölümleri azaltmadığı ve azaltmada etkililiğinin şüpheli olduğu bildirilmektedir (18,21). Amerikan Kanser Topluluğu ve Ulusal Kanser Enstitüsü KKMM'ni kişilere seçenek olarak önermektedir (13,22). Kendi kendine meme muayenesinin erken tanı yöntemi olarak önerilmediğini ya da diğer yöntemlerle birlikte kullanılması gerektiğini bildiren birçok çalışma bulunmaktadır (1, 17,18,19,23). Fiziksel muayenenin özellikle sağlık personeli tarafından yapılması durumunda bu yöntemin meme kanseri mortalitesini azalttığına dair zayıf kanıtlar bulunmaktadır (19).

Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulama sıklıkları birçok etkene bağlı olarak değişmektedir. Bu etkenler sosyo-demografik özellikler, kültür, meme kanseri ile ilgili değişkenler ve sağlık inançları olabilmektedir (24,25,26). Erken tanı davranışlarının kazandırılmasında bazı bilişsel-davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden Sağlık İnanç Modelinin sağlık üzerindeki rolü konusunda görüş birliği vardır (27). Sağlık İnanç Modeli, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerinde davranışlarını etkileyen kültürel ve sosyal faktörleri açıklamak için psikososyal bir model olarak geliştirilmiştir (25). Sağlık İnanç Modeli ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Model önceleri bağışıklama programlarına uymada başarısız olan kişileri anlamak için, daha sonraki yıllarda ise sigara içme, diyet, egzersiz ve meme kanseri tanı yöntemlerinin kullanımını araştırmak için kullanılmıştır. Modele 1988 yılında sağlık motivasyonu ve güven kavramları eklenmiştir. Hemşirelik alanında Victorya Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir (28). Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram; algılanan duyarlılık, önemseme/ciddiyet, yarar ve engel algılarıdır. Sağlık İnanç Modelinin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre **duyarlılık/**

*yatkınlık algısı*; meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması, *ciddiyet algısı*; meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanması, *yarar algısı*; mammografi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanması, *engel algısı*; bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, *güven (öz etkililik) algısı*; bireyin erken tanıya ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, *sağlık motivasyonu algısı*; bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. *Tehdit algısı*; meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade eder (28,29,30,31). Modelde, beklenen davranışların gerçekleştirilmesinde yarar algısının engel algısına üstünlüğü beklenir. Bu iki algının beklenen davranış üzerine doğrudan etkisi olduğu ifade edilmektedir. Meme kanserine yönelik uyarlanmış modele göre beklenen davranışlar, bireyin KKMM yapması, mammografi ve KMM yaptırmasıdır (32).

Sağlık İnanç Modelinin kullanılarak meme kanseri ve buna yönelik erken tanı davranışları birçok çalışmada incelenmektedir. Petro-Nustas ve Mikhail'in Ürdün'lü kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların %67'sinin KKMM duyduğunu ve okuduğu, %25'inin son bir yılda KKMM uyguladığı ve sadece %7'sinin düzenli olarak KKMM yaptığı bildirilmektedir. Araştırmada kadınların KKMM'ni yapmalarında yarar, duyarlılık ve sağlık motivasyonu algılarının etkili olduğu, KKMM'ne yönelik güven algılarının düşük, engel algılarının ise yüksek olduğu bildirilmektedir (26). Jironjwong ve McLennan'ın çalışmasında göçmen kadınların %25'inin düzenli olarak KKMM yaptıkları ve kadınların bu davranışlarını arttırmaları için yonteme olan güven ve öz etkililiklerinin artırılması gerektiği bildirilmektedir (25). Farklı işlerde çalışan Afrika kökenli Amerikalı kadınların incelendiği çalışmada, kadınların % 63'ü KKMM'sini her ay düzenli olarak yapmakta, %76'sı yıllık klinik meme muayenesini yaptırmakta ve sadece %20'si yaşa uygun olarak mammografi yaptırmaktadır. Aynı çalışmada KKMM'ni etkileyen en önemli değişkenlerin eğitim düzeyi, evlilik durumu, iş statüsü, sosyal etki, KKMM bilgisi olduğu bildirilmektedir. Klinik meme muayenesini etkileyen faktörler ise evlilik durumu, meme kanserine ilişkin önceki bilgileri ve motivasyon olarak belirtilmektedir. Kadınların mammografi bilgisinin olmasının erken tanı davranışlarını arttırdığı, yüksek gelirli kadınların mammografiyi daha sıklıkla yaptırdığı belirtilmektedir. Ulaşılabilir sağlık personelinin olmayışı ise önemli bir engel olarak vurgulanmaktadır (10). Speedy ve Hase'in çalışmasında kırsal kesimde yaşayan kadınlarda KKMM ile ilgili olarak güven eksikliğinden, uygulamanın gerekliliğine inanmama ve kadınların meme kanseri olma korkusunun önemi vurgulanmakta, mammografi yaptıranların yaptırmayanlara göre daha fazla bilinçli olduğu bildirilmektedir (33).

Türkiye’de meme kanseri tanı yöntemlerine yönelik yapılan çalışmalarda kadınların tanı yöntemlerini düşük oranda yaptırdıkları bildirilmektedir. Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında düzenli olarak KKMM’ni yapan kadınlar %10.2, düzensiz yapanların oranı ise %29.5’tur. Çalışmaya katılan kadınların %27.9’unun mammografi hakkında bilgisinin olmadığı ve kadınların sadece % 5,1’inin mammografiyi yıllık ya da iki yıllık periyodlarla yaptırdığı belirtilmektedir (34). Seçginli ve Nahçıvan’ın çalışmasında ise düzenli olarak KKMM yapanların oranı %17, kırk yaş üstü kadınlarda en az bir kez mammografi yaptıranların oranı ise %25’tir (30). Her iki çalışmada benzer sonuçlar olarak KKMM yapan kadınların yarar ve güven algılarının yüksek, engel algılarının düşük, meme kanserine duyarlılıklarının yüksek olduğu ve meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi oldukları belirtilmektedir (34). Avcı Aydın’ın çalışmasında mammografi çektirmeyen hemşirelerin çektirenlere göre mammografinin engellerini daha yüksek algıladıkları belirtilmektedir (35).

Ülkemizde üretim alanında çalışan kadınların eğitim düzeylerinin genellikle düşük olması ve meme kanserine yönelik işyeri sağlık eğitim programlarının istendik düzeyde olmaması nedeniyle, işyerinde meme kanseri erken tanı davranışları hakkında eğitime ve girişimlere gereksinim vardır. İşyeri hemşirelerinin verecekleri eğitim ve girişimler çalışan kadınların bu konu ile ilgili bilgi düzeyini artmasını sağlayacak, meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili inançlarını ve davranışlarını olumlu yönde etkileyebilecektir. Ülkemizde, işyerinde meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışma; Dağhan ve Çevik’in Tokat’ta bir sigara fabrikasında yaptığı KKMM ile ilgili çalışmasıdır. Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili olarak işyeri hemşiresi ya da hemşireler tarafından yapılan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışmada işçi kadınların meme kanseri erken tanıya yönelik davranışları ve sağlık inançlarını incelenmiştir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları**

Bu çalışmada, İzmir’de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerin meme kanseri erken tanı davranışlarına olan etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır.

1. Kadınların yaşlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
2. Kadınların medeni durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
3. Kadınların eğitim durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?



4. Kadınların gelir durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
5. Kadınların meme kanseri tanısı alması ile meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
6. Kadınların ailede meme kanseri öyküsü olma durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
7. Kadınların arkadaş ya da akrabalarının meme kanseri tanısı alma durumuna göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
8. Kadınların meme kanseri eğitimi alma durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
9. Kadınların mavi ve beyaz yakalı olma durumlarına göre meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?
10. Kadınların sağlık inanç modeli alt boyutlarının puan ortalamaları ile meme kanseri erken tanı yöntemlerini yaptırmaları arasında fark var mıdır?

## **BÖLÜM II**

### **GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ**

Dünya kanser istatistiklerine göre meme kanserinin tüm kanser vakalarının % 23'ünü oluşturduğu ve 2002 yılı itibarı ile 1.15 milyon yeni meme kanseri vakasının tespit edildiği bildirilmektedir. Meme kanseri vakalarının yarısından fazlası endüstrileşmiş ülkelerde, Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde görülmektedir. Çoğu Afrika ve Asya ülkelerinde meme kanseri vakaları 30/100000'den daha az orandadır. İngiltere ve ABD'nde yapılan çalışmalarda meme kanserinin 1970 ile 1980'li yıllarda menapoz sonrası hormon kullanımı ve oral kontraseptif kullanımı nedeni ile hafif düzeyde arttığı bildirilmektedir. Mammografinin erken tanı kullanımının artması nedeni ile 1980 ve daha sonraki yıllarda vaka tespiti de artmıştır. Örneğin 50- 65 yaş arası İngiliz kadınlarda 1984- 1994 yılları arasında meme kanseri insidansı iki katına yükselmiştir. İsveç ve ABD'nde de benzer bulguların olduğu bildirilmektedir (36). Türkiye'de 2004 yılı verilerine göre, meme kanseri, kadınlarda görülen kanserlerin % 34.7'ünü oluşturmaktadır (4).

Gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerdeki meme kanseri insidansından daha az olarak bildirilmektedir. Meme kanserine erken dönemde tanı konması ve tedavi metotlarının ilerlemesinin bir sonucu olarak meme kanserine bağlı ölüm oranlarının giderek düştüğü belirtilmektedir. Erken tanı programlarının bir sonucu olarak hayatta kalma oranları batı ülkelerinde % 89'dur. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde ise % 57'dir (2,37,38).

Meme kanseri ABD'nde yaşayan kadınlar arasında deri kanserinden sonra en çok görülen ve akciğer kanserinden sonra en çok ölüme yol açan kanser türüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008 yılında yaklaşık 182.460 kadında invaziv meme kanseri, 67.700 kadında insitu meme kanseri görülme olasılığı ve aynı yıl içinde yaklaşık olarak 40.480 kadının da meme kanserine bağlı ölüm olasılığı vardır. Halen ABD'nde yaklaşık 2.5 milyon kişi meme kanseri tanısı ile yaşamaktadır. Bu ülkede bir kadının yaşamı süresince invaziv meme kanseri olma olasılığı 1/8 olup 2008 yılında meme kanseri olan 7 kadından yaklaşık olarak 1'inin öleceği tahmin edilmektedir (2,36).

#### **2.2. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Meme kanserinde risk faktörü hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her şey olarak tanımlanmaktadır. Kişinin yaşı ve ırkı gibi bazı faktörler değiştirilemeyen risk faktörleridir.

Diğer risk faktörleri ise çevrede bulunan kansere yol açan maddelerle ile ilgilidir. Bazı risk faktörleri de diyet, alkol kullanımı ve sigara içme gibi kişisel davranışlarla ilgilidir. Bazı faktörler diğerlerinden daha fazla etkiye neden olmaktadır. Risk zamanla değişebilmekte ve yaşam tarzı ya da yaşlanma gibi faktörler ise zaman içinde risk oluşturabilmektedir (5,6,7).

### 2.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- *Cinsiyet*

Meme kanserinin oluşumu için kadın olmak tek başına ana risk faktörüdür. Kadınlarda memeyi büyütücü-geliştirici etkisi olan östrojen ve progesteron hormonlarının düzenli olarak salgılanması nedeniyle kadın olmak önemli bir risk faktörüdür. Belirli tümörlerin östrojene yanıt veren reseptör alanları içermesi nedeni ile östrojen tümör büyümesinde etkili bir hormondur (39). Erkeklerde meme kanseri kadınlara göre 100 kat daha az sıklıkta görülür. Erkeklerde görülme oranı % 1'dir (5,6,21,39,40). Ülkemizde yapılan bir çalışmada meme kanserinin erkeklerde daha nadir görülmesinin, meme kanserinin tanı ve tedavisinde gecikmeye yol açtığı belirtilmektedir (41).

- *Yaş*

Yaşlanma meme kanserini gelişme riskini arttırmaktadır. Yaklaşık sekiz invaziv kanserin yedisi 45 yaşından büyük kadınlar arasında görülmektedir. İnvaziv meme kanserli kadınların 2/3'ü 55 yaş ve üzerindedir (5,6,7,21,39,40). Amerikan Kanser Topluluğu'nun 2000- 2004 yılı meme kanseri çalışmasında meme kanserinden ölümlerin %97'sinin 40 yaş ve üzeri kadınlarda olduğu, 80 ve daha ileriki yaşlarda meme kanseri insidans ve ölüm oranlarının azaldığı belirtilmektedir (5). Bu nedenle literatürde meme kanseri ile ilgili yapılan pek çok çalışma 40 yaş ve üzeri kadınlarda yapılmaktadır (10,30,33,42,43,44,45).

- *Genetik risk faktörleri*

Meme kanseri vakalarının yaklaşık % 5 ile % 10'u anne ya da babadan kalıtsal olarak gen değişimlerinin aktarılmasının doğrudan bir sonucu olarak düşünülmektedir. En yaygın genetik mutasyon **BRCA 1 ve BRCA 2** genlerinin mutasyonudur. Kalıtsal olarak BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonunu taşıyan kadınların yaşamları boyunca meme kanseri olma olasılığı % 50- % 80'dir (5,21,39). Bu gen mutasyonlarını taşıyan kadınların yaşamlarının daha erken dönemlerinde meme kanseri olma olasılığı yüksektir. Meme kanserinin oluşumunda BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonlarından daha az etkili olan **ATM, p53, CHEK 2 ve PTEN** genlerinin mutasyonlarıdır. Normalde bozuk DNA yapısını düzeltmeye yardımcı olan **ATM** geninin, meme kanseri sık görülen ailelerde mutasyona uğramış olduğu bildirilmektedir. Tümör supresör geni p53'ün mutasyonu meme kanseri riskini arttırmaktadır (5,6,21). Daha önceden mutasyona uğramış genin varlığında **CHEK 2**

gen mutasyonu meme kanseri riskini iki kat arttırmaktadır. Bu gen mutasyonunu taşıyan kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü varlığında risk daha da artmaktadır. Hücrenin büyümesini düzenleyen **PTEN** geni mutasyona uğraması durumunda hem benign hem de malign tümörlere yol açmaktadır (5).

- **Ailede meme kanseri öyküsü**

Bir kadının birinci derece yakınlarından (anne, kız kardeşi, kızı) bir kişinin meme kanserli olması normal kadınlara göre meme kanseri riskini iki kat arttırmaktadır. Ailede birinci derece yakınlarından iki kişinin meme kanseri olması riski beş kat arttırmaktadır. Her ne kadar kesin risk tam olarak bilinmese de ailesinde erkek kardeşinde ya da babasında meme kanseri öyküsü olanlarda da risk artmaktadır. Meme kanserli kadınların tümünün yaklaşık olarak % 20 -30'unda ailelerinde meme kanseri bulunmaktadır (5,6,7,21,39,40).

- **Bireyde meme kanseri öyküsü**

Meme kanseri geçiren kadınların yaşamları boyunca ikinci kez meme kanseri geçirme riski % 25-30'dur. Bir memesinde meme kanseri olan kadının diğer memesinde yeni bir kanser oluşma riski 3-4 kat artmaktadır. Bu durum önceden var olan kanserin tekrarlamasından farklı bir durum olarak bildirilmektedir (5,6,7,21).

- **İrk**

Meme kanseri bazı etnik gruplarda daha sık olmakla birlikte her ırkta görülmektedir. Meme kanseri bakımından Afrikalı-Amerikalı kadınlar, beyaz kadınlardan daha az risk taşımaktadırlar. Ancak Afrikalı-Amerikalı kadınların meme kanseri nedeniyle ölüm olasılıkları daha fazladır. Bu ırktaki kadınlarda, nedeni açıklanamamakla birlikte malign tümörler daha fazla görülmektedir (5,7). Amerika'da 1975- 2005 yılları arasında etnik açıdan meme kanseri insidansı incelendiğinde sıra ile beyaz ırk, siyah ırk, Kızılderili/ Alaskalı kadınlar, Asya kökenli kadınlar ve Latin kadınlarda sık görüldüğü bildirilmektedir. Meme kanserine bağlı ölümlerin ise en çok siyah ırkta olduğu görülmekte ve bunu sıra ile beyaz ırk, Kızılderili/ Alaskalılar, Latin ırkı ve Asya kökenli kadınlar izlemektedir (46).

- **Benign tümör öyküsü**

Bazı tip benign tümörler diğerlerine göre daha fazla olarak meme kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Bu lezyonlardan non-proliferatif lezyon (fibrozis, tek fibroadenom gibi) meme dokusunun aşırı gelişimi ile ilişkilendirilmektedir. Atipik olmayan proliferatif lezyon (normal ductal hiperplazi, kompleks fibroadenom) kadınlarda meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırmaktadır. Atipik olan proliferatif lezyonun meme kanseri riskini 4 kat arttırdığı bildirilmektedir (5,6,21).

- ***Menstruel Periyod***

On iki yaş ve öncesi yaşlarda menarşın olması, menapozun 55 yaş ve daha sonraki yaşlarda olması meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırmaktadır. Bu durum uzun süre östrojen ve progesterona maruz kalma ile ilişkilendirilmektedir (5,6,7,39,40).

- ***Erken yaşlarda radyasyona maruz kalma***

Hodgkin hastalığı veya lenfoma Hodgkin gibi başka bir kanser için tedavi olarak göğüs bölgesinde radyasyona maruz kalan genç ya da çocuğun meme kanseri olma riski artmaktadır. Bu risk radyasyon alma süresine göre değişmektedir. Hastalığın tedavisi sırasında over hormonlarını durduran kemoterapi uygulanırsa bu riskin düşebileceği bildirilmektedir (5,6,21,39).

## **2.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri**

- ***Doğum yapmama / geç doğum yapma***

Çocuğu olmayan ya da ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınların hafif düzeyde meme kanseri riski vardır. Araştırmalar bu döneme kadar oral kontraseptif kullanan kadınların kullanmayanlara göre meme kanseri riskinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bu risk oral kontroseptiflerin kısa dönem kullanımında azalmaktadır (5,6,7,39,40).

- ***Doğum kontrol haplarının kullanımı***

Doğum kontrol haplarının meme kanseri riski için oynadığı rol çok açık değildir. Doğum kontrol hapi kullanan kadınların hiç kullanmayanlara göre hafif düzeyde meme kanseri riski vardır. Hap kullanmayı 10 yıldan daha fazla süredir bırakan kadınlarda risk yoktur (5,6,21).

- ***Hormon Replasman Tedavisi (HRT)***

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) uzun yıllar menepozun semptomlarını hafifletmek ve osteoporozu önlemek için kullanıldı. Uterusu olan menepoz sonrası dönemdeki kadınlara östrojen ve progesteron birlikte verilmektedir. Östrojenin meme kanserini arttırıcı etkisi progesteron etkisi ile azaltılmaktadır. Uterusu alınmış kadınlara östrojen tek başına verilebilir. Bu genellikle östrojen replasman tedavisi olarak bilinmektedir (5,6).

- ***Kombine HRT***

Kombine HRT'nin uzun süre kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. HRT kullanımı mammografi etkinliliğini azalttığı için meme kanseri geç teşhis edilebilir. Meme kanseri riski HRT'den 5 yıl sonra normal değere düşebilir (5,6).

- ***Östrojen replasman tedavisi***

Östrojenin tek başına kullanımı meme kanseri riskini arttırmamaktadır. Bazı çalışmalar östrojenin 10 yıldan fazla kullanımının meme kanserini arttığını bildirilmektedir. Günümüzde HRT endikasyonu için çok az geçerli durum bulunmaktadır. Bu nedenle kullanımında yarar ve zararı tartışılması gerekmektedir (5,21).

- ***Emzirme ve gebelik***

Emzirme ile ilgili bazı çalışmalar emzirmenin özellikle 6 ay ile 2 yıl süreyle olduğu durumda meme kanseri riskini hafif düzeyde azalttığını göstermektedir. Bunun nedeni gebelik ve emzirme gibi dönemlerin kadının menstrual periyod sayısının azaltması olarak gösterilmektedir. Bir çalışmada çok çocuk sahibi olmanın ve uzun süre emzirmenin meme kanseri riskini yarı yarıya indirdiğini bildirilmektedir (5,6,7, 21,39,40).

- ***Alkol kullanımı***

Alkol kullanımının meme kanseri riskini ne düzeyde arttırdığına ilişkin farklı bildirimler vardır. Alkol, plazma östron ve östradiol düzeyini yükselterek riski arttırmaktadır (21). Günde bir kadeh alkol tüketimi durumunda meme kanseri olma riskinin düşük olduğu, 2- 5 kadeh alkol tüketiminde ise bu riskin yaklaşık olarak yarım kat arttığı bildirilmektedir (5,6,7,39,40).

- ***Aşırı kilolu olmak***

Aşırı kilolu olmanın meme kanseri riski ile yüksek düzeyde ilişkili olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda bu risk bel bölgesinde yağlanması olan kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (5,6,7). Özellikle menapoz sonrası kilo alımı ile meme kanseri riskinin ilişkisi bildirilmektedir (5,29,30). Menapoz öncesi overlerden salgılanan östrojenin büyük kısmı menapoz sonrası yağ dokusundan bir miktar olarak salınmaya devam eder. Yağ dokusu fazla olan kadınların östrojen düzeyi yükselmekte ve buna bağlı olarak meme kanseri riski artmaktadır (5).

- ***Egzersiz Yapmama***

Araştırmalar egzersizin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Bir çalışmada bir haftada 1 saat 15 dakika ile 2 saat 30 dakikalık tempolu yürüyüşün meme kanseri riskini % 18 oranında azalttığı belirtilmektedir. Amerikan Kanser Topluluğu meme kanseri riskini azaltmak için kadınlara haftada 5 gün ya da daha fazla olarak günde 45- 60 dakikalık egzersiz önermektedir (5).

### 2.2.3. Çelişkili Risk Faktörleri

- ***Diyetteki yağ miktarı***

Çalışmalar diyetteki yağın meme kanseri için bir risk faktörü olduğunu açıkça belirtmemektedir. Birçok çalışma diyetteki yağın genel olarak az kullanıldığı ülkelerde meme kanserinin daha az görüldüğünü bildirmektedir. Menapoz sonrasında ise östrojenin yağ dokularından salgılanmaya devam etmesi kadınlarda meme kanseri riski arttırmaktadır. Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme, menopoz öncesi kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azaltabilmekte, bu diyetin ise meme kanserini önleyebileceği ileri sürülmektedir (61). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bazı çalışmalarda meme kanserinin kadınların tükettiği yağlı yiyeceklerle ilişkili olmadığı belirtilmekle birlikte bu konuda henüz fikir birliği sağlanamamıştır (5,21,39).

- ***Çevre Kirliliği***

Birçok çalışma çevrenin meme kanseri riskini nasıl etkilediğini ortaya koymaya çalışmaktadır. Pestisid ve pCB gibi çevre kirleticileri ile meme kanseri arasındaki bir ilişki olup olmadığı kanıtlanamamıştır (5).

- ***Tütün ürünleri kullanımı***

Birçok çalışma aktif sigara kullanımı ile meme kanseri arasında ilişki bulunmadığını göstermektedir. Birçok çalışmanın konusu da pasif içiciliğin riski artırabileceği üzerinde odaklanmakla birlikte sonuçlar çelişkilidir (5,6,7,21).

- ***Diğer çelişkili risk faktörleri***

Az sayıda çalışma gece vardiyasında çalışan kadınların yüksek düzeyde meme kanseri riskli olabileceğini belirtmektedir (5). Elektromanyetik alana mesleki olarak maruz kalmanın çalışanlarda meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (21). Koltukaltı için kullanılan ter önleyici losyon kullanımının, kürtaajın, memeye yerleştirilen silikonun meme kanseri riski ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (7).

**Tablo 1. Meme Kanseri Risk Faktörleri**

<b>Meme Kanserinde Risk Faktörleri</b>	<b>Risk Derecesi</b>	<b>Açıklama</b>
<b>Cinsiyet</b> Kadın olmak	• Artırır	• Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (5,6,21,39,40).
<b>Yaş</b> (50 yaş üzerinde olmak)	• Artırır	• Yaş ilerledikçe risk artar. (10,30,33,42,43,44,45).
<b>Ailede meme kanseri öyküsü</b> Anne veya kız kardeş veya her ikisinde meme kanseri bulunması	• Artırır	• Aile öyküsünde meme kanseri olması, riski 2 ile 3 kez artırır. (5,6,7,21,39,40).
<b>Bazı genlerde mutasyon olması</b> BRCA-1, BRCA-2, ATM, P53, CHEK 2 ve PTEN genlerinde mutasyon olması	• Artırır	• Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-%30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır. Normalde BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin DNA tamirinde ve kopyalanmasında önemli rolleri vardır (37,61,76,77). Ayrıca daha az olmak üzere ATM, P53, CHEK 2 ve PTEN genlerinde mutasyon olması da meme kanserine yol açmaktadır.(5,6,21,39).
<b>Menstrual öykü</b> (Erken menarş, 12 yaştan önce, geç menopoz 55 yaştan sonra)	• Artırır	• Menarş ve menopoz arasındaki intervalin uzaması meme kanseri riskini yükseltir, kısalması riski azaltır (5,6,7,39,40).
<b>Doğum öyküsü</b>	• Artırır	• Hiç doğum yapmamış kadınlar ve ilk çocuğunu 30 yaştan sonra doğuranlar meme kanseri açısından riskli gruba girerler (5,6,7,39,40).
<b>Östrojen alımı</b> (Oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisi)	• Tartışmalı	• Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımının ve uzun süreli (10-15 yıl üzeri) östrojen tedavisinin riski artırdığı saptanmıştır • Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskine etkisi hala tartışmalıdır (5,21).
<b>Emzirmeme</b>	• Artırır	• Emzirmenin özellikle 6 ay ile 2 yıl süreyle olduğu durumda meme kanseri riskini hafif düzeyde azalttığı bildirilmektedir (5,6,7,21,39,40).
<b>Alkol</b>	• Artırır	• Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (5,6,7,39,40,).
<b>Sigara / tütün ürünleri kullanımı</b>	• Tartışmalı	• Aktif sigara içenlerde meme kanseri insidansında artış görülmemiştir. Buna karşılık pasif sigara dumanına maruz kalanlarda rölatif meme kanserinin arttığına yönelik farklı çalışmalar vardır. Bunun nedeni olarak, pasif sigara içenlerin aile içinde sigara dumanına daha erken yaşta maruz kalmaları gösterilmiştir (5,6,7,21).
<b>Diyet</b>	• Tartışmalı	• Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obeziteye yol açmakta ve yağ hücrelerinden menapoz sonrası östrojen salınımı devam etmektedir (5,21,39).
<b>Obezite</b>	• Tartışmalı	• Meme kanseri riskini artırdığı bildirilmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır (5,6,7,21).
<b>Radyasyon</b>	• Artırır	• Özellikle 30 yaşın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma, riski artırır (5,6,21,39).



## **2.3. MEME KANSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ARAÇLARI**

Kadınların meme kanseri riskini belirlemek için yaygın olarak kullanılan birçok istatistiksel model vardır. Bu modeller bir kadının kişisel olarak meme kanseri riskini hesaplamak için büyük topluluklardan elde edilen verileri kullanmaktadır. Her aracın güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır (47,48,49).

### **2.3.1. Gail Risk Hesaplama Modeli**

Bu model, aile öyküsü ve tıbbi özgeçmiş kullanılarak sonraki 5 yıllık dönem için meme kanseri olma riskini hesaplamak için kullanılan bir bilgisayar programıdır. Ulusal Kanser Enstitüsü araştırmacılarından Dr. Mitchell Gail tarafından geliştirilmiştir. Gail Risk Modeli Puanı genel olarak meme kanseri riski hakkında fikir verebilir. Program esas olarak yüksek riskli kadınlarda tamoksifen kullanımının insidansı azaltıp azaltmadığını inceleyen bir çalışma öncesi yüksek riskli kadınları belirlemesi sırasında geliştirilmiştir. Programa göre bir sonraki 5 yıl için %1.7'nin üzeri yüksek riskli kabul edilmiştir. Risk düzeyi katılımcılara sorulan soruların yanıtlarına göre belirlenmektedir. Bu sorular kadının şu anki yaşı, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, meme kanseri olan birinci derece yakın (anne, kızkardeş ve kızlar) sayısı, meme biyopsisi sayısı, atipik hiperplazinin varlığı ve kadının ırkıdır.

Yöntemin sınırlılığı; meme kanseri öyküsünün ve genetik mutasyonların sorgulanmaması, kişinin ikinci derece yakınlarındaki meme kanseri vakaları ile baba tarafındaki meme kanseri öyküsü olan yakınların değerlendirme dışı bırakılmasıdır. Genetik mutasyonları olan kadınların riskini düşük hesaplamaktadır. Ayrıca benign biyopsi sayısı riski yüksek çıkartabilir. Bu sınırlılıklar modelin tek başına kullanımının risk düzeyini tam olarak gösteremeyeceğini anlamına gelmektedir.

Genel olarak Gail Risk Modeli yıllık olarak mamografi yaptırmayan 35 -61 yaş grubu kadınlar arasında meme kanseri riskini öngörebilmek için geliştirilmiştir. Yıllık olarak mammografi yaptıran kadınların verileri tabanında gerçekleştirilen bu model gerçeğe büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle birçok çalışmacı Gail yöntemini kullanmaktadır (47).

### **2.3.2. Claus Risk Hesaplama Modeli**

Bu model meme kanseri riskini hesaplamak için sadece aile öyküsü üzerine odaklanmaktadır. Modelin kullanımında meme kanseri olan kadınların birinci ve ikinci derecede yakınların meme kanseri ile ilgili öykülerinin bilinmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu model aynı zamanda baba tarafındaki yakınların da meme kanseri öyküsünü değerlendirme

kapsamına almaktadır. Model, meme kanseri riskini kadının şu anki yaşını, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısını, meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşını kullanarak hesaplamaktadır. Yöntemin olumlu yönü aile öyküsüne geniş yer vermesi, olumsuz yönü ise kadının birinci ya da ikinci derece yakınlarından en az bir tanesinin meme kanserli olması ile kullanılabilmesidir. Ayrıca bu modelde ilk doğum yaşı, ilk adet yaşı, önceki biyopsi sayısı gibi diğer risk faktörlerin bulunmaması da diğer sınırlılıklardır (48).

Yapılan çalışmalarda, meme kanseri riski yüksek kadınların korku, anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır. Hemşireler, risk değerlendirme araçları kullanılarak risk tanılama, eğitim, psikososyal destek, sağlığı koruma ve kanser risk yönetimi için danışmanlık sağlamada önemli bir role sahiptir. Hemşireler, kadınların gereksinimlerine yönelik sözlü- yazılı eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek, riski daha doğru anlamalarına yardımcı olabilirler (49).

## **2.4. MEME KANSERİ ve SEMPTOMLARI**

### **2.4.1. Meme Kanseri**

Normal meme dokusunun kanser hücresine dönüşmesi çok aşamalı, karmaşık bir süreçtir. Başlangıçta normal hücrelerde gerçekleşen ve nükleer ya da sitoplazmatik onkogenleri aktive eden, transkripsiyonu düzenleyen mekanizmaları, sinyal moleküllerini etkileyen, büyüme faktörü ve reseptör etkileşimini bozan veya tümör supressör genlerin aktivitesini baskılayan çeşitli değişiklikler bu hücrelerin çoğalmasını sağlar. Buna paralel olarak ortaya çıkan yeni değişiklikler çok aşamalı meme karsinogenezinde komşu dokulara invaze olabilen, immün denetimden kaçan ve metastaz yapabilen klonlar oluşturur. Bu klonlar normal hücre çoğalmasını düzenleyen doğal sinyallere yanıt verme yeteneğini de kaybederek denetimsiz çoğalmaya başlar (50).

### **2.4.2. Meme Kanseri Semptomları**

Mammografinin yaygınlaşması semptom olmadan çok sayıda kanserin teşhis edilmesini sağlamaktadır. Ancak bazı kanser vakalarının tespiti erken tanı yöntemlerinin kullanılmaması nedeni ile hala çok güç olmaktadır. Meme kanserli kadınların % 70'ine yakınında ilk bulgu memede bir kitlenin varlığıdır. Kitle ağrısız, sert, etrafındaki meme dokusu ile hareket eder ve kadın tarafından bulunur. Kitle menstruel siklustan etkilenmez. Hastaların % 8 -10 'unda kitle ağrılıdır. Bazı kanser kitleleri yumuşak ve kenarları şekilli olabilmektedir. Kitle gözle muayenede fark edilebilir ya da memede asimetri yaratabilir.

Kollar kaldırıldığında ya da gövde öne doğru eğildiğinde memedeki tümör geri doğru çekilerek göbekteleşebilir. Bu nedenle fark edilen her değişiklik doktor tarafından görülmelidir.

Meme kanserinin diğer belirtileri;

- Memenin tamamında ya da bir kısmında şişlik
- Meme derisi irritasyonu ya da çukurlaşmalar
- Meme ağrısı
- Meme ucu ağrısı ya da meme ucunun içe dönmesi sırasında ağrı
- Memede kızarıklık, pullanma, meme derisi ya da başının kalınlaşması
- Meme ucundan süttten farklı bir akıntı gelmesi (özellikle kanlı, yeşil renkte)
- Koltukaltında şişlik (2,50,51,52)

## **2.5. MEME KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMLERİ**

Meme kanserinden birincil korunma önlemlerinin henüz yaygın uygulamalar arasında yer alması, mortalite oranlarını azaltmada temel strateji olarak erken tanı yolu ile ikincil koruma önlemlerinin önemini ortaya koymaktadır. Erken tanı ve tedavi yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır (45).

Meme kanserinde mortalite oranını düşürmek ve yaşam süresini uzatmanın en etkili yolu erken tanıdır. Erken tanı, kanser gibi belirti vermeyen hastalıklarda hastalık semptomu bulunmayan kişilerde hastalığı bulmak için kullanılan test ve muayeneler için kullanılan bir terimdir. Erken tanıda amaç semptomlar başlamadan kanseri bulmaktır. Meme kanserinin büyüklüğü ve vücudun diğer bölümlerine yayılması hastanın tedavi şansını azaltan önemli etkenlerdir. Bu nedenle meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesi tedavi şansını arttırmaktadır (1,53).

Erken tanının birkaç yöntemi vardır. Semptom olmayan kadınlarda ideal tarama programında, KKMM, KMM ve mammografi birlikte olmalıdır. Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulama yaşı ve hangi yöntemin hangi yaş grubunda uygulanacağı konusunda değişik görüşler ve uygulamalar vardır. Amerikan Kanser Topluluğu mammografiyi 40 yaşından sonra her yıl önermekte iken Kanada Kanser Topluluğu 40-49 yaş grubu kadınlar için mammografinin riski ve yararlarının tartışılması gerektiğini belirtmekte, mammografiyi 50- 69 yaş grubu kadınlar için iki yılda bir önermektedir (2,12).

Amerikan Kanser Topluluğu KMM'ni 20-30 yaş grubu kadınlar için 3 yılda bir, 40 yaşından sonraki kadınlar için her yıl önermekte iken, Kanada Kanser Topluluğu KMM'ni 40 yaşından 70 yaşına kadar 2 yılda bir önermektedir (2,12). Amerikan Kanser Topluluğu KKMM' ni kadınlara bir seçenek olarak önermekte, KKMM'nin kadınların meme dokularını

ve farklılıkları bilmelerini sağlayacaklarını bildirmektedir (2). Kanada Kanser Topluluğu'nun önerileri içinde KKMM seçenek olarak bulunmamaktadır (12). Amerikan Kanser Topluluğu'nun meme kanseri erken tanısı için önerdiği rehber Tablo 2'de gösterilmektedir.

Birçok kadının meme kanseri erken tanı davranışlarında uygulamadaki yetersizlikleri, erken tanıya yönelik tutum ve davranışları etkileyen nedenlerin incelenmesi gereğini ortaya koymaktadır. Sağlık İnanç Modeli bireylerin erken tanıya ilişkin tutum ve davranışlarını anlamada ve açıklamada yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (30).

**Tablo 2. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Rehberi (71)**

<b>Erken Tanı Yöntemleri</b>	<b>20'li – 30'lu yaşlarda</b>	<b>40 yaş ve üzeri yaşlarda</b>
<b>Mammografi</b>	Riskli kadınlarda önerilebilir.	Yılda bir kez, ömür boyu. Riskli kadınlarda ultrason ve Manyetik Rezonans Imaging (MRI) ile birlikte önerilebilir.
<b>KMM</b>	3 yılda bir kez	Yılda bir kez, ömür boyu, tercihen mammografiden önce önerilir.
<b>KKMM</b>	Farkındalığı arttırmak için seçenek olarak yapılması önerilmektedir.	Farkındalığı arttırmak için seçenek olarak yapılması önerilmektedir.

### **2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi ( KKMM)**

Kadınların memelerini KKMM ile kontrol etmeleri hem ucuz hem de risksiz bir işlemdir. Kendi kendine meme muayenesi işlemini basamaklar halinde yapmalı ve yapılan tekniğinin doğruluğu sağlık personeli tarafından onaylanmalıdır. Kadınlar kendi normal meme dokularının farkında olmalı, memede kitle ya da anormal şişlik, deri irritasyonu, meme ucu ağrısı ya da meme başında farklılık, kızarıklık, pullanma, meme ucundan anormal bir akıntı gelmesi gibi değişiklikleri hemen doktora bildirmelidir. Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınlara yöntemin sınırlılıkları ve faydaları hakkında bilgi verilmelidir. Bu değişikliklerin çoğu zaman meme kanseri belirtisi olmayabileceğini unutmamak gerekmektedir. Düzenli olarak KKMM yapan kadınlar meme dokusundaki bu değişiklikleri daha kolay fark edebileceklerdir. Kendi kendine meme muayenesi tarama programlarında KKMM'nin iki tarama zamanı arasındaki interval kanserlerin de tespitinde yararlı olduğu belirtilmektedir (2,12,13,39,40).

### 2.5.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır?

#### 1. Gözlem



Şekil 1



Şekil 2



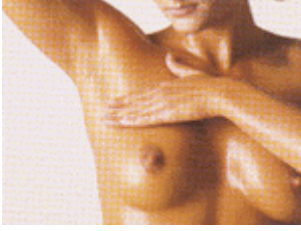
Şekil 3

Bu muayenede vücudun belden yukarısı çıplak olarak, ayakta ve yeterli ışıkta ayna karşısında durulur. Kollar iki yana rahatça bırakılır (Şekil 1). Memeler dikkatlice incelenir. Memenin şekli, normal büyüklüğü, meme uçlarının durumu dikkatle gözlenmelidir. Ayna karşısındaki her muayenede, memelerin şekil ve büyüklüğündeki değişimler, meme derisindeki şişkinlik, çukurlaşma (içe çekilme), renk değişikliği, meme başında içe çekilme olup olmadığı kontrol edilir (54).

Eller baş hizasından yukarıya kaldırılarak memelerin görünüşü incelenir (Şekil 2). Özellikle meme başında bir değişim olup olmadığına, meme başlarından birinin aşağıda ya da yukarıda olup olmadığına bakılır. İki meme arasında büyüklük ve şekil açısından bir farklılık olup olmadığına bakılır (54).

Eller kalçalara konularak bastırılarak pektoral kaslar gerilir (Şekil 3). Bu pozisyonda da meme derisinde herhangi bir içe çekilme, büzülme veya meme uçlarından birinin içe çekilip çekilmediği incelenir. Bu pozisyonda meme kenarlarında bir düzensizlik olup olmadığına bakılır. Beyaz bir kağıt mendil veya peçete ile bastırarak meme başından akıntı gelip gelmediği kontrol edilir (54).

## 2. Elle muayene

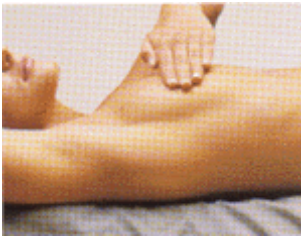


Şekil 4

Bu aşamada memelere dokunarak memeler kontrol edilir. Bu muayene, her iki memenin koltuk altlarının ve klavikula üstünden omuza kadar olan alanın palpasyonudur. Ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin üç orta parmağı (parmakların en uçtaki iç bölümleri ile) memenin dış kenarından başlanarak, parmaklar saat yönünde yavaşça bütün meme üzerinde gezdirilerek muayene edilir (Şekil 4). Önce yüzeysel, daha sonra derin palpasyon yapılır. Daha sonra koltukaltı ve klavikula üstü alan da palpe edilir. Aynı işlem sağ meme için de tekrarlanır (54).



Şekil 5



Şekil 6

Daha sonra sırt üstü yatar pozisyonda memeler tekrar palpe edilir. Düz bir zemin üzerine uzanarak muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış bir havlu konur. Yine o taraftaki el başın altına konularak kol kaldırılır. Böylece meme dokusu kotsalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir. Palpasyona memenin dış kenarından başlanarak meme başına kadar devam edilmelidir. (Şekil 5, Şekil 6). Eğer daha önce mastektomi ya da kitle eksizyonu yapılmış ise insizyon yeri yeni kitle oluşumu veya cilt değişiklikleri yönünden kontrol edilir (54).

### **2.5.1.2. KKMM ile İlgili Yapılan Kanıt Çalışmaları**

Harvey ve arkadaşlarının Kanada'da KKMM'nin meme kanserinden kaynaklanan ölümler üzerine etkisini inceledikleri çalışmada KKMM'nin mortaliteyi azaltabileceği bildirilmektedir (20). Hakama ve arkadaşlarının Finlandiya'da 13 belediye'de 50 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada KKMM uygulayan grupta meme kanserinden kaynaklanan ölümlerin kontrol grubuna göre hafif düzeyde azaldığı ve KKMM'ni rutin uygulamanın önemli olduğu belirtilmektedir (55).

Thomas ve arkadaşlarının Shanghai'da yaklaşık 256.000 kadında 1989- 1991 yılları arasında yaptıkları randomize kontrollü çalışmanın sonunda, KKMM uygulayan grupta ve kontrol grubunda meme kanseri mortalite oranlarında farklılık belirlenemediği bildirilmektedir (18). Semiglazov ve arkadaşlarının 1985-1994 yıllar arasında St. Petersburg'da yaptıkları çalışmada, 122.000 kadının izlendiği bildirilmektedir. Bu çalışmanın sonucunda KKMM yapan kadınların hayatta kalma oranı ile KKMM yapmayan kadınların hayatta kalma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir (18). Holmberg ve arkadaşlarının ABD'nde 1959 yılında başlayan 13 yıl süren 548.000 den fazla kadında yapılan kohort çalışmasında KKMM'nin mortalite üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışma sonunda KKMM yapmanın meme kanserinden ölüm riskini azaltmadığı bildirilmektedir (56).

New York'ta 1963 -1967 yıllarında yapılan Health Insurance Plan (HIP) çalışmasında 40- 64 yaş grubu 60.000 den fazla kadına yıllık mammografi ve üç yılda bir KMM uygulanmıştır. Bu çalışmada 18 yıl sonra tarama grubunda 77 kadın, kontrol grubunda 98 kadın meme kanserinden ölmüştür. Bulunan kanserlerin % 40'ı mammografide görülmediği halde fizik muayene ile saptandığından bu çalışmadan sonra kadınların aylık KKMM yapmaları önerilmiştir (57).

### **2.5.1.3. Literatürde KKMM Yapma Oranları**

Yurt dışında yapılan çalışmalarda çeşitli yaş grubu ve meslekteki kadınların aylık KKMM'ni uygulama oranları %7 ile % 65 arasında değişmektedir (10,26,37,45,56). Ülkemizde ise değişik yaş ve meslek grubu çalışan kadınlarda yapılan çalışmalarda bu oran % 4.3 ile % 55.3 arasında değişmektedir (10,60,61,62).

Jirowong ve MacLennan çalışmalarında göçmen kadınların % 25'inin düzenli olarak KKMM yaptığını belirtmektedir (37). Petro-Nustas ve Mikhail çalışmalarında kadınların % 25'inin son bir yılda KKMM yaptığı ve sadece % 7'sinin düzenli yaptığını bildirmektedir (73). Sadler ve arkadaşları Asya kökenli Amerikalı kadınların % 40.7'sinin, Phillips'in çalışmasında farklı iş statüsünde çalışan Afrikalı-Amerikalı kadınların % 63'ünün, Kurtz'un

çalışmasında farklı işlerde çalışan 35 yaş üzeri kadınların % 59'unun KKMM yaptıkları bildirmektedir (10,45,59).

Ülkemizdeki yapılan Aydın Avcı'nın çalışmasında ebelik öğrencilerinin %75.4'ünün KKMM'ni yaptıkları ve öğrencilerin % 46.3'nün muayeneyi düzenli olarak yaptıkları bildirilmektedir (35). Dağhan ve Çevik'in çalışmasında sigara fabrikasında çalışan kadınlara KKMM eğitimi verilmeden önce, kadınların % 42'sinin KKMM'ni yaptığı ve % 21'inin muayeneyi ayda bir kez düzenli olarak yaptığı belirtilmektedir (60). Karayurt ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin % 32.2'sinin her ay düzenli olarak KKMM'ni yaptıkları bildirilmektedir (62). Polat ve arkadaşlarının çalışmasında ise, 20 yaş üzeri kadınların % 13'ünün düzenli olarak KKMM yaptıkları belirtilmektedir (71). Gölbaşı ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların % 4.3'ünün düzenli olarak, Beydağ ve Karaoğlan'ın çalışmasında ise kız üniversite öğrencilerinin %21.5'inin düzensiz olarak ve % 7.5'inin düzenli olarak KKMM yaptıkları bildirilmektedir (64,65). Ekici ve Utkualp'in çalışmasında kadın öğretim elemanlarının % 13.4'sinin düzenli olarak KKMM yaptıkları belirtilmektedir (66). Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında hastanede sağlık dışı alanlarda çalışan kadınların % 20.8'inin düzenli olarak KKMM yaptığı bildirilmektedir (53). Akkaş ve arkadaşlarının çalışmasında 20 yaş üzeri kadınların %55.3'ünün KKMM yaptıkları, % 36.6'sının ise her adet bitiminde muayeneyi yaptığı bildirilmektedir (67). Ertem ve Ozan'ın çalışmasında, farklı meslek grubundaki kadınların % 43'ünün düzenli olarak, Özcebe ve arkadaşlarının çalışmasında ise 30 yaş üstü kadınların % 44'ünün KKMM yaptığı görülmektedir (20,68). Dündar ve arkadaşlarının çalışmasında kırsal kesimde yaşayan kadınların %10.2'sinin, Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında ise İstanbul'da yaşayan kadınların % 5.5'nin düzenli olarak KKMM yaptığı belirtilmektedir (66,63).

#### **2.5.1.4. KKMM Yapma Oranları Etkileyen Faktörler**

Yapılan çalışmalarda KKMM ile ilgili bilgiyi duyma/ okuma, ileri yaşta olma, yüksek eğitim düzeyi, geçmişte meme kanseri tanısı alma, ailede meme kanseri öyküsü varlığı sosyal güvence, KKMM ile ilgili eğitim alma KKMM'ni etkileyen belli başlı faktörler olarak bildirilmektedir (10,26,34,63,69,70).

Araştırmalar, meme kanseri ve KKMM ile ilgili **bilgiyi duymanın /okumanın** KKMM'ni yapmada etkili olduğunu göstermektedir (10,26,30,34). Petro-Nustas ve Mikhail, meme kanseri ve KKMM ile ilgili bilgiyi duymanın/ okumanın kadınların son bir yılda KKMM yapma ve gelecekte KKMM yapma niyetlerinde etkili olduğunu bildirmektedir (26). Dündar ve arkadaşları, Seçginli ve Nahçıvan da çalışmalarında meme kanseri ve KKMM ile



ilgili bilgiyi duymanın/ okumanın kadınların KKMM yapmalarında önemli bir faktör olduğunu bildirmektedir (10,34,63). Yapılan çalışmalarda, kadınların meme kanseri erken tanı davranışları hakkında bilgilerinin yeterli olmadığı belirtilmektedir (33,34,42,44,53).

Petro-Nustas ve Mikhail'in Ürdün'de 40 yaş üstü kadınlarda yaptıkları çalışmada, **ileri yaşın** kadınların son bir yılda KKMM'ni yapmalarında ve gelecekte KKMM yapma niyetinde etkili bir faktör olduğunu bildirilmektedir (26).

Meme kanseri erken tanı davranışlarını yapmada kadınların **eğitim düzeyi** önemli bir etkidir. Genel olarak eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların KKMM'ni duyma, tekniğini bilme ve yapma davranışı artmaktadır (26,63,69,70,71). Petro-Nustas ve Mikhail'in Ürdün'lü kadınlarda yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe KKMM'ni yapma davranışının arttığını bildirmektedir (26). Altuncan ve arkadaşları çalışmalarında eğitim düzeyinin KKMM yapma ile ilişkili olduğunu, KKMM yapmayanların yapanlara göre eğitim düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmektedir (69). Güner ve arkadaşları kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe KKMM hakkında bilgilerinin ve KKMM'ni yapma davranışlarının arttığını bildirmektedir (70). Polat ve arkadaşları öğrenim düzeyi yüksek olan kadınlarda KKMM'ni bilenlerin daha fazla olduğunu belirtmektedir (71). Polisler, öğretmenler, ev kadınları ile yapılan çalışmada genel olarak her üç grubun bilgi düzeyi yetersiz olmakla birlikte, meme kanseri belirtilerini en fazla öğretmenlerin bildiği ve KKMM'ni yapma bakımından meslek grupları arasında fark olmadığı belirtilmektedir (61).

Seçginli ve Nahçıvan da **gelir** durumu iyi ve çok iyi olan kadınlar ile aktif olarak çalışan kadınların daha sıklıkla KKMM yaptıklarını belirtmektedir (30). Petro-Nustas ve Mikhail **meme kanseri tanısı almanın, sigortalı olmanın** da KKMM yapmada etkili faktörler olduğunu bildirmektedir (26). **Ailede meme kanseri öyküsü**, KKMM yapmayı etkileyen bir faktör olarak bildirilmektedir (69,66).

Yapılan çalışmalar, meme kanseri ve KKMM ile ilgili **eğitim almanın** KKMM yapmada etkili olduğunu göstermektedir (10,26,43,63,67). Çalışmalarda kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM yapma oranları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası KKMM oranlarının arttığı belirtilmektedir (43,72). Dağhan ve Çevik, eğitim öncesi işçi kadınların % 21'nin KKMM yaptığını, eğitim sonrasında ise % 49'unun davranışı yaptığını bildirmektedir (60). Gölbaşı ve arkadaşları, kadınların eğitim öncesi KKMM yapma oranını % 4.3, eğitim sonrası KKMM yapma oranını ise % 51.6 olarak bildirmektedir (28). Parlar ve arkadaşları KKMM'nin eğitim öncesinde % 33.9 oranında yapıldığını, eğitim sonrası birinci ayda bu oranın % 90.6'ya yükseldiğini belirtmektedir (73).

## 2.5.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme dokusu ve her iki koltuk altının bir doktor ve hemşire tarafından muayene edilmesidir. Muayeneyi yapan kişi ilk bakışta meme dokusunu şekil ve büyüklük yönünden değerlendirir. Klinik meme muayenesini 20'li ve 30'lu yaşlardaki kadınlar tercihen 3 yılda bir yaptırmalıdır. Kırk yaş ve sonrasında ise her yıl yaptırmalıdır. Klinik meme muayenesinin mammografiden kısa bir süre önce yapılması önerilmektedir (2,12,13,39,40).

Health Insurance Plan (HIP) çalışması özellikle 40- 49 yaş arasındaki kadınlarda klinik meme muayenesinin meme kanserinin erken belirlenmesinde önemli rolü olduğunu bildirmektedir. Fizik muayenenin mammografi ile birlikte kullanıldığında meme kanserini belirleme oranı % 5-20 artmaktadır. Klinik meme muayenesi yoğun meme dokusunda görüntülenemeyen veya mammografi sınırları içine girmeyen, periferde yerleşmiş kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (12).

### 2.5.2.1. Klinik Meme Muayenesi Oranları ve Etkileyen Faktörler

Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili çalışmalar genel olarak KKMM ya da mamografi üzerine yoğunlaşmaktadır. Literatürde KMM'nin ayrıntılı olarak ele alındığı çalışmaların yanı sıra, erken tanı davranışları içinde KMM yaptırma oranlarını bildiren çalışmalar da yer almaktadır (10,66,67,68). Phillips (1993) çalışmasında KMM yaptırma oranını %74 olarak bildirmektedir. Klinik meme muayenesi yaptırmada, kadının evli olması, sosyal desteğinin olması, gelirin yüksek olması ile meme kanseri ve KMM hakkında bilgisinin olması etkili faktörler olarak bildirmektedir (10).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların KMM yaptırma oranı % 3.3 ile % 30.8 arasında değişmektedir. Ekici ve Utkualp çalışmasında, kadın öğretim elemanlarının % 20'sinin KMM yaptırdığı bildirilmektedir (66). Özcebe ve arkadaşları bir sağlık ocağı bölgesindeki 30 yaş üzeri kadınların % 23.6'sının KMM yaptırdığını belirtmektedir (68). Akkaş ve arkadaşları 20 yaş üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınlarının % 30.8'inin KMM yaptırdıklarını belirtmektedir (67). Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların %3.3'nün, şikayeti olan kadınların ise % 18.4'ünün KMM yaptırdıkları rapor edilmektedir (34). Phillips, gelirin KMM'ni yaptırmada önemli bir belirleyici olduğunu vurgulamaktadır Aynı çalışmada **evli olmanın** KMM'ni yaptırmada etkili olduğunu belirtmektedir (10).

Birçok çalışmada **sosyal güvencenin olmasının** ve özellikle mammografinin sağlık sigortası kapsamında olmasının, kadınların belli bir maliyeti olan mammografi ve KMM gibi erken tanı davranışlarını gerçekleştirmesinde önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir

(10,30,42,44,59). Öğretmen, hizmet sektörü ve işsiz Afrikalı Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada KMM yaptırma açısından farklı mesleğe mensup kadınlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmektedir (10).

### **2.5.3. Mammografi**

Mammografi halen meme kanserini saptamak için kullanılan en iyi yöntemdir (20,71). Mammografi, meme dokusunda bir sorunu olmayan kadınlarda meme kanserini erken dönemde belirlemek ve palpe edilmeyen küçük kitleleri saptamak, biyopsi alanını belirlemek, aksiler bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri belirlenemeyen primer lezyonu bulmak için kullanılmaktadır. Kırk yaş üzeri kadınların ömürleri boyunca yılda bir kez mammografi yaptırmaları önerilmektedir. Mammografi meme dokusu yoğunluğu nedeniyle 40 yaş altı kadınlarda riskli durumlar dışında sınırlı olarak tercih edilmektedir (2,12,74).

Mammografi memenin x- ray ile görüntüleme tekniğidir. Birçok kadının mammografi sırasında radyasyon alma nedeni ile rahatsızlık duyduğu bilinmektedir. Bir çalışmada özellikle yaşlı kadınların mammografi ile ilgili radyasyon endişelerinin olduğu bildirilmektedir (33). Mammografi sırasında maruz kalınan radyasyon miktarı oldukça düşük miktarlardadır. Radyoterapi sırasında alınan radyasyon miktarı 5000 rds iken 40- 90 yaşları arasında her yıl düzenli mammografi yaptıran kadınların alacağı toplam radyasyon miktarı 20- 40 rds dir. Mammografi çektiren 1000 kadından 2-4 kişiye meme kanseri tanısı konmaktadır. Yüksek riskli kadınlar, doktorlarının danışmanlığında daha genç yaşta mammografiden yararlanabilirler. Ayrıca ek yöntemler olan ultrasonografi ve MRI da yaptırmaları önerilebilir (2,74).

Meme kanseri erken tanısında en etkili yöntem olan mammografinin kullanımında, kadınların mammografiye yönelik inançları ve mammografi çektirmeyi etkileyen faktörler birçok araştırmada incelenmiştir (10,33,34,35,42,59,75).

#### **2.5.3.1. Mammografi İle İlgili Çalışmalar**

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1963-1967 yılları arasında yapılan HIP tarama çalışması sonucuna göre kanserlerin %60'ı mammografide pozitif olarak bulunmuştur. Amerikan Kanser Topluluğu ve Kanada Kanser Topluluğu'nun desteği ile 1973-1975 yılları arasında 35-74 yaş grubu 280.000 kadında yapılan Breast Cancer Detection Demonstration Projects (BCDDP) çalışması sonucuna göre mammografinin %91.8 oranında meme kanserini doğru olarak tespit ettiği belirtilmektedir. Mammografide teknik ilerlemeler ve mammografi kalitesinin düzeltilmesi ile doğruluk oranı da artmaktadır (57).

İsveç'te yapılan çalışmalardan biri olan 1976 yılı Malmö çalışmasında 45- 69 yaşları arasında 42.000 kadın randomize edilerek çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara 18- 24 aylık aralarla iki yönlü mammografi çekilerek yürütülen çalışma sonucunda 55 yaş ve üzeri kadınlarda mortalitede % 20'lik azalma olduğu tespit edilmiştir (57,74). İsveç'te yapılan başka bir çalışma ise iki bölgeli çalışmadır. Kopperberg ve Ostergotland'ta 1977- 1978'deki çalışmaya randomize olarak çalışmaya alınan 40-74 yaş arası yaklaşık 162.000 kadın katılmıştır. Elli yaş altı kadınlara 2 yılda bir, 50 yaş ve üzeri kadınlara her 33 ayda bir olmak üzere tek yönlü mammografinin çekilmesi şeklinde düzenlenen çalışma 5 yıl sürmüştür. Araştırmalar sonunda meme kanseri mortalitesinin, mammografi çektiren 50-74 yaş arası kadınlarda, kontrol grubuna göre % 40 azaldığı belirtilmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada interval kanserler genç kadınlarda % 68 oranında tespit edildiğinden, riskli genç kadınlar için yıllık tarama önerilmektedir (57).

Kanada'da yapılan 1980 yılında başlayan National Breast Screening Study (NBSS) adlı iki çalışmada 90.000 kadın randomize edilmiştir. NBSS-1 çalışmasında 40- 49 yaşlarındaki kadınlara, NBSS-2 çalışmasında 50-59 yaş kadınlara yılda bir kez iki yönlü mammografi ve fizik muayene yapılmıştır. Ayrı yaş grupları üzerinde mammografi etkinliğini amaçlayan dört yıl süren tarama programlarının sonunda mammografinin farklı yaş gruplarında mortaliteye önemli bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (57,74).

İsveç'teki 1981 yılı Stockholm çalışmasında 40-64 yaşları arası 43.000 kadın randomize olarak seçilen kadınlara 28 aylık sürelerle tek yönlü mammografi çekilmiştir. Çalışma sonunda tarama grubundaki mortalitede % 29 azalma olduğu bildirilmektedir (57,74).

### **2.5.3.2. Literatürde Mammografi Çektirme Oranları**

Mammografi çektirme oranı yurtdışındaki çalışmalarda %16 ile % 71 arasında değişmektedir (10,42,43,44,45,59). Mammografi çektirme oranlarını Lee-Lin ve arkadaşları % 48.5, Garza ve arkadaşları 40 yaş üstü kadınlarda % 50 olarak bildirmektedir (42,44). Sadler ve arkadaşları çalışmalarında 40 yaş üzeri kadınların % 61.3'nün, 50 yaş ve üzeri kadınların ise % 70'nin yıllık olarak mammografi çektirdiklerini belirtmektedir (45). Phillips çalışmasında Afrikalı Amerikalı kadınların % 20'sinin mammografi çektirdiğini rapor etmektedir (10). Kurtz çalışan kadınların % 86'sının en azından bir kere mammografi çektirdiğini, % 71'inin ise Amerikan Kanser Topluluğu'nun rehberine uygun mammografi çektirdiğini bildirmektedir (56). Glanz çalışmasında 39 farklı işyerinde çalışan kadınların %16'sının mammografi çektirdiğinin belirtmektedir (43).

Ülkemizde kırk yaş üstü kadınlarda yapılan çalışmalarda mammografi çekirme oranı % 8 ile 77 arasında değişmektedir (35,63,67,75,71). Bayık Temel ve arkadaşlarının çalışmasında, % 43.2'sinin sağlık alanında uzman olan kadın öğretim elemanlarının % 22.5'inin hiç mammografi çekmediği, % 86.3'nün ise mammografi çekirmeyi istedikleri bildirilmektedir (75). Akkaş ve arkadaşları çalışmalarındaki kadınların % 23,1'inin, Aydın Avcı (35) ebe ve hemşirelerin % 41.7'sinin mammografi çektiğini belirtmektedir (67). Polat ve arkadaşları 20 yaş üzeri kadınların % 80.9'unun mammografiyi bildiğini, bilenlerin % 13.5'inin mammografi çektiğini bildirmektedir (71). Seçginli ve Nahçıvan kadınların %25'inin en azından bir kez mammografi çektiğini rapor etmektedir (10).

### 2.5.3.3. Mammografi Çektirmeyi Etkileyen Faktörler

Literatürdeki çalışmalara göre bazı sosyo-demografik özellikler mammografi çekirmede etkilidir. Bazı çalışmalarda **genç yaş**taki kadınların daha ileriki yaş grubundaki kadınlara göre daha çok mammografi çektikleri bildirilmektedir (10,33,43,45,63). Farklı düzeylerde çalışan Afrikalı Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada 40- 47 yaş grubu kadınların 48- 55 ve 56- 65 yaş grubundaki kadınlardan daha fazla mammografi çektiği bildirilmektedir (10). Kırk yaş üstü kadınlarda yapılan bir başka araştırmada özellikle yaşlı kadınların gençlere göre daha az olarak mammografi çektikleri belirtilmektedir. Yaşlı kadınların mammografinin yararlarını daha az bildikleri ve mammografi ile ilgili radyasyon endişesini daha fazla taşıdıkları bildirilmektedir. Aynı çalışmada kırk yaş üzeri kadınların % 61'inin, 50 yaş üzeri kadınların %70'inin son bir yılda mammografi çektiği bildirilmektedir (33).

Sadler ve arkadaşları **eğitim düzeyi** yüksek olan kadınların olmayanlara göre, daha çok mammografi çektiklerini bildirilmektedir (45). Phillips yüksek eğitim düzeyinin mammografi çekirmede etkili olduğunu belirtmektedir (10). Polat ve arkadaşları eğitim düzeyi yüksek olanlarda mammografiyi bilme oranının arttığını bildirmektedir (71).

Phillips **geliri** yüksek olanların yüksek olmayanlara göre daha çok mammografi çektikleri bildirilmektedir (10). Lee-Lin ve arkadaşları çalışmasında ise gelir durumunun mammografi çekirmede etkili olmadığını, bu durumun kadınların gelirlerini bilmemesinden kaynaklanıyor olabileceğini belirtmektedir (44). Düşük gelirli kadınlarda dört eğitim girişimi aşaması ile yapılan bir çalışmada kadınların aşamalardan sonra motivasyon düzeylerinin yüksek olmasına rağmen erken tanı davranışlarını yapmaları için kolaylaştırıcı girişimlerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (42).

Farklı **meslek ve türleri** üzerinde yapılan çalışmalarda mammografinin kullanımında farklı sonuçlar elde edilmiştir (10,25,76). Öğretmen, hizmet sektörü ve işsiz Afrikalı Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada öğretmenlerin en çok mammografi çektiren grup olduğu belirtilmektedir (10).

Lee-Lin ve arkadaşları ile Speedy and Hase **ailede meme kanseri öyküsü** olan kadınların olmayanlara göre daha çok mammografi çektirdiklerini bildirmektedir (33,44). Mammografi ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların **sosyal güvencesinin** olmasının ve özellikle mammografinin sağlık sigortası kapsamında olmasının, kadınların belli bir maliyeti olan mammografiyi çektirmelerinde önemli bir faktör olarak bildirilmektedir (10,30,33,42,44,59). Kurtz ve arkadaşları değişik işyerlerinde çalışan kadınlarda yaptıkları çalışmada mammografi çektirmede maliyeti önemli bir engel olarak bildirmekte bu nedenle işyerlerinin mammografi çekimini ücretsiz ya da çok düşük maliyetle yaptırması gerektiğini bildirmektedir (59).

Kadınların mammografi çektirmede meme kanseri ve erken tanı davranışlarına yönelik **bilgilerinin olması**, meme kanserini **duymaları** ya da **okumalarının** mammografi çektirmede etkili olduğu bildirilmektedir (30,34,42,67).Yapılan bazı çalışmalarda ise kadınların meme kanseri ve mammografi ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir (33,44).

## **2.6. MEME KANSERİ ERKEN TANI VE TARAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ**

Meme kanserine yönelik tarama programlarında hemşirenin, özellikle eğitici rolü ön plandadır. Eğitici- danışman rolü kapsamında hemşire kadınların meme dokularını tanımaları için motive etme, sözel ve yazılı bilgi verme, erken tanı yöntemlerinin faydaları ve sınırlılıkları ile ilgili danışmanlık yapma ve tarama programları hakkında kadınları bilgilendirme çalışmalarını yürütmektedir. Hemşire meme kanserinin erken tanılama aşamasında eğitici-danışman rolünün yanında engelleri tanımlayan ve ortadan kaldıran “yardımcı” rolündedir. (77, 78). Hemşireler bireylerin değer yargılarını, kültürlerini, yaşam tarzlarını ve sağlık- hastalık algılarını bilmelidir. Hemşireler çalıştığı toplumda meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını engelleyen faktörleri tanımlanmalıdır. Meme kanserine yönelik yapılacak erken tanı çalışmaları bu faktörler göz önünde tutularak planlanmalı ve yürütülmelidir (63).

Meme kanserinin tanılama aşamasında bir sağlık profesyoneli olarak KMM aşamasında hemşire uygulayıcı rolündedir. Hemşire meme kanseri erken teşhis etmede 40 yaş altı kadınların 3 yılda bir ve 40 yaş sonrası yılda bir kez olarak KMM yaparak meme kanseri erken tanısına uygulayıcı olarak katkıda bulunmaktadır (2).

## 2.7. MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN KULLANIMI

Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin uygulama sıklıkları birçok etkene bağlı olarak değişmektedir. Bu etkenler sosyo-demografik özellikler, kültür, meme kanseri ile ilgili değişkenler ve sağlık inançları olabilmektedir (24,25,26). Erken tanı davranışlarının kazandırılmasında bazı bilişsel-davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden Sağlık İnanç Modelinin sağlık üzerindeki rolü konusunda görüş birliği vardır (27). Sağlık İnanç Modeli, bireylerin koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerinde davranışlarını etkileyen kültürel ve sosyal faktörleri açıklamak için psiko-sosyal bir model olarak geliştirilmiştir (25). İlk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilen ölçek önceleri bağışıklama programlarına uymada başarısız olan kişileri anlamak için, daha sonraki yıllarda ise sigara içme, diyet, egzersiz ve meme kanseri tanı yöntemlerinin kullanımını araştırmak için kullanılmıştır (29,31,79,80).

Sağlık İnanç Modeli;

- Kişinin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.
- Bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini belirler.
- Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini belirler.
- Sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlar (80).

Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkin olduğu ileri sürülen dört kavram algılanan duyarlılık, ciddiyet /önemseme, yarar ve engel algılarıdır. Modele 1988 yılında sağlık motivasyonu ve öz etkililik/ güven kavramları eklenmiştir. Sağlık İnanç Modeli'nde inanç ve davranışlar ile ilgili tanımlanan altı kavram;

- **Duyarlılık / yatkınlık algısı;** sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasını
- **Ciddiyet/ önemseme algısı;** tehdit edici durumun kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasını

- **Yarar algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri
- **Engel algısı;** koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleri
- **Sağlık motivasyonu;** sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumunu
- **Öz-etkililik (güven);** bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder.
- **Tehdit algısı;** meme kanserinin toplumdaki sıklığının, yaygınlığının algılanmasıdır. Yatkinlik ve ciddiye algısı birlikte tehdit algısını oluşturur (24,29,31,79,81,80).

Hemşirelik alanında Victorya Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir (28). Modelinin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre *duyarlılık/ yatkinlik algısı;* meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması, *ciddiyet algısı;* meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, meme kanserinin öneminin algılanması, *yarar algısı;* mammografi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanması, *engel algısı;* bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, *güven (öz etkililik) algısı;* bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, *sağlık motivasyonu algısı;* bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. *Tehdit algısı;* meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade eder (28,29,30,31).

Meme kanserine yönelik uyarlanmış modele göre beklenen davranışlar, bireyin KKMM yapması, mammografi ve KMM yaptırmasıdır. Bireyin beklenen davranışları gerçekleştirmesinde tehdit algısı önemlidir. Modelde, beklenen davranışların gerçekleştirilmesinde yarar algısının engel algısına üstünlüğü beklenir. Bu iki algının beklenen davranış üzerine doğrudan etkisi olduğu ifade edilmektedir (28).

Meme kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen inançlarını çalışan araştırmacıların birçoğu meme kanseri erken tanı davranışlarını açıklamak için Sağlık İnanç Modeli'nden yararlanmışlardır (10,26,35,45,75,82).

### 2.7.1. Kadınların KKMM Yapma ile İlgili Sağlık İnançları

Yapılan bazı çalışmalarda KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının KKMM yapmayan kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Jirowong ve MacLennan Avustralya'daki göçmen kadınlarda, Karayurt ve arkadaşları üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde, Seçginli ve Nahçıvan ise İstanbul'da yaşayan 40 yaş üzerindeki kadınlarda



yaptıkları çalışmalarda meme kanserine duyarlılık algılarının yüksek olduğunu rapor etmektedir (25, 26,30,62).

Sağlık İnanç Modeli alt boyutu olan KKMM-yarar algısının bazı çalışmalarda KKMM yapan kadınlarda KKMM yapmayan kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (18,41,52). Petro-Nustas ve Mikhail KKMM yapan kadınların meme kanseri duyarlılık algılarının hem son bir yılda KKMM yapmada ve hem de gelecekte KKMM yapma niyetlerinde etkili olduğu bildirilmektedir (26).

Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların KKMM yapmaya yönelik engel algılarının KKMM yapmayan kadınlardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (10,25, 30,34,62). Sağlık İnanç Modeli kullanılarak meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik ülkemizdeki yapılan çalışmalarda, KKMM yapan kadınların KKMM yarar algısının yüksek olduğu ve KKMM engel algısının düşük olduğu görülmektedir (30,34,62).

Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik sağlık motivasyonu algılarının KKMM yapmayanlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (10,25,26,62). Yapılan birçok çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM'ne öz etkililik/ güven algılarının KKMM yapmayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,25,26,34,62,63).

### **2.7.2. Kadınların Mammografi Çektirme ile İlgili Sağlık İnançları**

Mammografi çektiren kadınların mammografi engel algılarının çektirmeyen kadınlara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (10,34,35,42,44). Lee-Lin ve arkadaşları 40 yaş üzeri Çinli Amerikalı kadınlarda yaptığı çalışmada, mammografi çektiren kadınların engel algılarının mammografi çektirmeyen kadınlardan daha düşük olduğunu bildirilmektedir (44). Garza ve arkadaşları düşük gelirli kadınlarda üç bölümden oluşan mammografi eğitim girişiminde, mammografi çektiren kadınların engel algılarının, üçüncü eğitim sonunda birinci eğitim sonrasına göre daha düşük olduğunu belirtmektedir (42). Phillips, Afrikalı- Amerikalı çalışan kadınlarda, mammografi çektirenlerin çektirmeyenlere göre mammografi engel algılarının düşük olduğunu bildirmektedir (10). Aydın Avcı 35 yaş üzeri kadınlarda mammografi çektirmeyenlerin çektirenlere göre mammografi engel algılarının daha yüksek olduğunu belirtmektedir (35). Dündar ve arkadaşlarının kırsal kesimde yaptığı çalışmada, mammografi çektiren kadınların mammografi engel algılarının düşük olduğunu bildirilmektedir (34). Bayık Temel ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşın ilerlemesi ile mammografi engel algısının yükseldiği belirtilmektedir (75).

Seçginli ve Nahçıvan'ın İstanbul'da yaptığı çalışma ile Dünder ve arkadaşlarının Manisa'da yaptıkları çalışmalarda, mammografi çektiren kadınların çektirmeyen kadınlara göre mammografi yarar algılarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (30,34). Speedy and Hase'in kırsal bölgede mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların sağlık inançlarını inceledikleri çalışmada meme kanseri duyarlılık algısının mammografi çektiren kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (33).

Seçginli ve Nahçıvan ile Speedy and Hase'in çalışmalarında mammografi çektiren kadınların meme kanseri ile ilgili ciddiyet/ önemseme algılarının mammografi çektirmeyen kadınlardan daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (30,33).

## **BÖLÜM III**

### **GEREÇ/YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma İzmir'in Torbalı ilçesinde bulunan Sun Holding Tekstil firmasının fabrikası olan Ekoten Tekstil ve Sun Tekstil birimlerinde yapılmıştır. Fabrikada örme ve dokuma kumaştan günlük ve spor dış giyim ürünleri üretilmektedir. Fabrikada toplam 741 işçi çalışmakta olup işçilerin % 39'u (287) kadındır. Kadın işçilerin % 66'sını mavi yakalı, % 34'ü beyaz yakalı işçilerden oluşmaktadır. Mavi yakalı işçiler doğrudan üretimde çalışan işçiler olup, beyaz yakalı işçiler ise belli bir eğitim düzeyine veya meslek içi eğitimden kaynaklanan uzmanlaşmaya gerek duyan meslek mensuplarından oluşan çalışanlardır (82). Kadın işçilerin yaşları 17 ile 51 yaşları arasında değişmekte ve işçiler 08.00- 16.00 saatleri arasında mesai ile çalışmaktadırlar. Fabrikanın bir işyeri hemşiresi ve bir işyeri hekimi bulunmaktadır.

#### **3.3. Evren- Örneklem**

Araştırmanın evrenini İzmir Suntekstil Holding'de iki fabrikada çalışan toplam 287 kadın oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeyerek çalışmaya katılmayı kabul eden 167 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Evrenin % 58.1'ine ulaşılmış ve ulaşılan kadınlar örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aşamasından önce kadın işçi sayısı 287 olarak bildirilirken, veri toplama aşamasında işten çıkarmalar nedeni ile kadın işçi sayısı azalmıştır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Kadın çalışanlar mesai bitiminde fabrikanın toplantı salonunda toplanarak ve çalışmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara anket formları hakkında bilgi verilerek anket formları dağıtılmış ve kadınların formları doldurmaları istenmiştir. Formların doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

#### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulmuş sosyo-demografik özellikler bilgi formu ve Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır.

##### **3.5.1. Sosyo- Demografik Özellikler Formu**

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş form 15 sorudan oluşmaktadır.

**Demografik özellikler:** Yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu,

**Meme kanseri il ilgi özellikler:** Daha önce meme kanseri tanısı alma, ailede meme kanseri öyküsü varlığı, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri öyküsü varlığı, meme kanseri ile ilgili eğitim alma

**Erken tanı davranışları ile ilgili özellikler:** KKMM'ni duyma, son bir yılda düzenli olarak KKMM'ni yapma, KMM'ni duyma, son bir yılda KMM yaptırma, mammografi yöntemini duyma, son bir yılda mammografi çektirme

**Yapılan iş ile ilgili özellikler:** Çalıştığı birim (numune, üretim, dikim atölyesi, nakış, konfeksiyon, kesim, paketleme, makinacı, örgü, model kalıp, temizlik işçisi ve kontrol biriminde çalışanlar mavi yakalı işçi, kumaş pazarlama ve satın alma, pazarlama ve satış, revir, finans koordinatörlüğü, insan kaynakları, müşteri temsilciliği, kalite müdürlüğü, ihracat, muhasebe, mali işler ve laboratuvar biriminde çalışanlar beyaz yakalı işçiler olarak sınıflandırılmıştır (83).

### 3.5.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş 1993, 1997 ve 1999 yıllarında revize edilmiştir. (24,84,81,85) Sağlık İnanç Modelinin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre **duyarlılık/ yatkınlık algısı;** meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması, **ciddiyet algısı;** meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanması, **yarar algısı;** mammografi, meme ultrasonografisi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanması, **engel algısı;** bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, **güven (öz etkililik) algısı;** bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, **sağlık motivasyonu algısı;** bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. **Tehdit algısı;** meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade eder. Ölçeğin yapılan revizyonlarının alt boyutları, güvenilirlik katsayıları ve madde sayıları Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Tablo 3. Champion'un Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Revizyonları Alt Boyutları, Cronbach Alpha ve Tekrar Test Değerleri (29)**

<b>Çalışma Yılı</b>	<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Cronbach Alpha Değer Aralığı</b>	<b>Tekrar -test Değer Aralığı</b>
<b>1984</b>	duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, sağlık motivasyonu	0.60 ile 0.78	0.47 ile 0.86
<b>1993</b>	duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, motivasyon, güven / öz etkililik	0.80 ile 0.93	0.45 ile 0.70
<b>1997</b>	duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, motivasyon, güven / öz etkililik, mammografi engelleri, mammografi yararları	0.65 ile 0.90	0.40 ile 0.68
<b>1999</b>	duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, motivasyon, güven/ öz etkililik *meme kanserine duyarlık, *mammografi engelleri, *mammografi yararları	0.75 ile 0.88	0.59 ile 0.72

\* Revize edilen alt boyutlar

Champion'un Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği üç çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Seçginli ve Nahçıvan 2002 yılında ölçeğin mammografi, KKMM ve meme kanseri ile ilgili alt boyutlarını Türkçe'ye uyarlamış ve geçerlik güvenilirliğini ölçmüştür (82). Gözüm ve Aydın ise 2003 yılında ölçeğin meme kanseri, KKMM, mammografinin en son versiyonlarını (28), Karayurt ve Dramalı 2003 yılında ölçeğin meme kanseri ve KKMM boyutlarının en son versiyonlarını Türkçe'ye uyarlamışlardır (29). Bu çalışmaların alt boyutları, güvenilirlik katsayıları ve madde sayıları Tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye'de Yapılmış Geçerlik-Güvenirlilik Çalışmalarının Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri (28,82)**

Alt Boyutlar	Gözüm& Aydın 2003		Karayurt & Dramalı 2003		Seçginli & Nahçıvan 2002	
	Madde Sayısı	Cronbach Alpha	Madde Sayısı	Cronbach Alpha	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Duyarlılık	3	0.69	3	0.58	5	0.82
Ciddiyet	6	0.75	7	0.80	7	0.83
Sağlık Motivasyonu	5	0.83	7	0.78	6	0.87 <sup>a</sup> 0.81 <sup>b</sup>
KKMM yarar algısı	4	0.83	4	0.85	6	0.81
KKMM engel algısı	8	0.73	11	0.68	11	0.81
KKMM öz-etkililik/ güven algısı	10	0.82	10	0.89	4	0.85
Mammografi yarar algısı	5	0.80	-	-	6	0.82
Mammografi engel algısı	11	0.81	-	-	5	0.75

**a:** KKMM ile ilgili

**b:** Mammografi ile ilgili

Ölçeğin dil geçerliliğini oluşturmak için her üç çalışmada grup çevirisi, geri çeviri, uzman görüşlerinin alınması ve pilot uygulama basamakları uygulanmıştır. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için ise faktör analizi kullanılmıştır. Karayurt ve Dramalı ile Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında elde edilen 6 faktör, Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında KKMM için elde edilen 7 faktör, mammografi için elde edilen 6 faktör İngilizce formun faktör yapısı ile büyük oranda uyumludur (42,29,82). Karayurt ve Dramalı'nın çalışmasında ölçeğin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test güvenirliliği 0.89 ile 0.99. arasındadır (29).

Bu araştırmada Gözüm ve Aydın tarafından uyarlanan Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe formu kullanılmıştır. Çalışmada ölçeğin tüm boyutları ile en son versiyonları kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğe ait alt boyutlar, madde sayısı ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 4'te verilmiştir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır.

Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçeğin puanlaması "kesinlikle katılmıyorum" 1 puandan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puana doğru sıralanmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların yükselmesi o alt boyuta ait algının yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda paket program ile değerlendirilmiştir. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu), meme kanseri erken tanı ile ilgili özellikleri (erken tanı davranışlarını duyma/ yapma, daha önce meme kanseri tanısı alma, ailede meme kanseri öyküsü, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri öyküsü, meme kanseri ile ilgili eğitim alma) ve işçi türü ile erken tanı davranışları arasındaki farklılık ki kare testi ve lojistik regresyon ile analiz edilmiştir. Örneklem, erken tanı davranışlarını (KKMM, KMM ve mammografi) yapan ve yapmayan olmak üzere ikişer gruba ayrılmıştır. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutları (duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar, KKMM engel, KKMM öz etkililik) ile KKMM yapma ve KMM yaptırma ve kırk yaş üzeri kadınlarda mammografi çekme davranışları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile analiz edilmiştir. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutları (duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar, KKMM engel, KKMM öz etkililik, mammografi yarar ve mammografi engel) ile mammografi çekme davranışları arasındaki fark Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Erken tanı davranışları olan son bir yılda KKMM'ni yapma, KMM yaptırma, mammografi çekme

**Bağımsız Değişken:** Yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, KKMM'ni duyma, KMM'ni duyma, daha önce meme kanseri tanısı alma, ailede meme kanseri öyküsü, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri öyküsü, meme kanseri ile ilgili eğitim alma, işçi türü (mavi yakalı/ beyaz yakalı), Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin alt boyutları olan duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar, KKMM engel, KKMM öz etkililik, mammografi yarar, mammografi engel algılarıdır.

### **3.8. Araştırma Etiği**

Araştırmaya başlayabilmek için Dokuz Eyll Üniwersitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan onam alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı fabrika yönetiminden izin alınmıştır. Fabrikada alışan kadınlara, çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışma kapsamına alınmıştır.



## BÖLÜM IV

### BULGULAR

#### 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri, Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özellikleri ve Uygulamaları

Bu bölümde araştırmaya katılan çalışan kadınların sosyo-demografik özellikleri, meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili özellikleri, erken tanı davranışları analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 5. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n =167)**

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b><u>Yaş</u></b>		
20 -30	99	59.3
31 -41	53	31.7
42 ve üzeri	15	9.0
<b><u>Medeni durumu</u></b>		
Evli	111	66.5
Bekar	56	33.5
<b><u>Eğitim düzeyi</u></b>		
İlköğretim	100	59.8
Lise	36	21.6
Üniversite	31	18.6
<b><u>Gelir durumu</u></b>		
Gelir gidere eşit / fazla	102	61.1
Gelir giderden az	65	38.9
<b><u>İşçi türü</u></b>		
Mavi yakalı işçi	126	75.4
Beyaz yakalı işçi	41	24.6
<b>Toplam</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>

Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablosu Tablo 5’te yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların % 59.3’ünün 20 ile 30 yaşları arasında, % 31.7’sinin 31- 41 yaşları arasında ve % 9’unun 42 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Kadınların % 66.5’i evli, % 33.5’i bekarıdır. Kadınların % 59.8’i ilköğretim (ilkokul ve ortaokul) mezunu, % 21.6’sı lise mezunu ve % 18.6’sı üniversite mezunudur. Geliri giderinden fazla / eşit olan kadınlar % 61.1, geliri giderinden az olan kadınlar % 38.9 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 75.4’ü mavi yakalı işçidir (Tablo 5).

**Tablo 6. Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Özellikleri (n = 167)**

<b>Meme Kanseri İle İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Daha önce meme tanısı alma</b>		
Evet	9	5.4
Hayır	158	94.6
<b>Ailede meme kanseri öyküsü</b>		
Var	9	5.4
Yok	158	94.6
<b>Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri öyküsü</b>		
Var	36	21.6
Yok	131	78.4
<b>Meme kanseri ile ilgili önceden eğitim alma</b>		
Evet	14	8.4
Hayır	153	91.6
<b>Toplam</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 7. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları (n = 167)**

<b>Erken Tanı Davranışları</b>	<b>Davranışı Yapma/ Yapmama</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>KKMM'ni duyma</b>	Evet	92	55.1
	Hayır	75	44.9
<b>Son bir yılda KKMM yapma</b>	Evet	39	23.4
	Hayır	128	76.6
<b>KMM'ni duyma</b>	Evet	66	39.5
	Hayır	101	60.5
<b>Son bir yılda KMM yaptırma</b>	Evet	21	12.6
	Hayır	146	87.4
<b>Mammografi yöntemini duyma</b>	Evet	96	57.5
	Hayır	71	42.5
<b>Son bir yılda mammografi çektirme</b>	Evet	8	4.8
	Hayır	47	28.1
	*40 yaş altı	112	67.1
	<b>Toplam</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>

Kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemleri ile ilgili özellikleri Tablo 6'da verilmiştir. Kadınların % 5.4'ünün daha önce meme kanseri öyküsü olduğu ve kadınların yine % 5.4'ünün ailesinde (kız kardeş, annesi ya da kızında) meme kanseri bulunduğu belirlenmiştir. Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim almayan kadınların oranı % 91.6'dır (Tablo 6).

Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları Tablo 7'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 55.1'i KKMM'ni, %39.5'i KMM'ni, 40 yaş üzeri kadınların % 57.5'i mammografi yöntemini duymuştur. Kadınların son bir yılda % 23,4'ü KKMM'ni yapmış, %12,6'sı KMM yaptırmıştır. Kırk yaş üzeri kadınların % 4.8'i son bir yılda mammografi yaptırmıştır (Tablo 7).

**Tablo 8. Kadınların Son Bir Yılda KKMM, KMM ve Mammografi Yöntemlerini Duyma/ Yapma Oranları**

Erken tanı davranışını duyma durumları	Erken tanı davranışını yaptırma durumları							
	Evet		Hayır		Toplam		x <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>KKMM</b>								
Duyan	36	39.1	56	60.9	92	100.0	26.559**	<b>0.000*</b>
Duymayan	3	4.0	72	57.5	75	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>23.4</b>	<b>128</b>	<b>76.6</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>		
<b>KMM</b>								
Duyan	20	30.3	46	69.7	66	100.0	28.589**	<b>0.000*</b>
Duymayan	1.0	1.0	100	99.0	101	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>12.6</b>	<b>146</b>	<b>87.4</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>		
<b>Mammografi (40 yaş üzeri)***</b>								
Duyan	8	27.6	21	72.4	29	100.0		
Duymayan	0	0	26	100.0	26	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>8</b>	<b>14.5</b>	<b>47</b>	<b>85.5</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		

\*p <0.05

\*\* Yates düzeltmesi yapılmıştır. \*\*\* Tabloda boş gözler olduğu için analiz yapılmamıştır.

Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarının ki kare analizi Tablo 8'de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların KKMM duyma durumuna göre KKMM'ni yapma davranışı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kendi kendine meme muayenesi duyan kadınların %39.1'inin, KKMM'ni duymayan kadınların % 4'ünün son bir yılda KKMM yaptığı belirlenmiştir. Kadınların KMM'ni duyma durumuna

göre KMM'ni yaptırma davranışı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Klinik meme muayenesini duyan kadınların % 30'unun, duymayan kadınların ise % 1'inin KMM yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Meme kanseri erken tanı rehberinde riskli durumlar dışında mammografi çektirme sadece 40 yaş ve üzeri kadınlarda önerilmesi nedeni ile araştırmada son bir yıl içinde mammografi çektirme, 40 yaş ve üzeri kadınlarda ( $n=55$ ) değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 40 yaş üstü kadınlardan, mammografi yöntemini duyanların % 27.6'sı son bir yıl içinde mammografi çektirmiştir. Mammografi için yapılan ki kare analizinde bazı gözlerin 0 (sıfır) değerinde olması nedeniyle analiz yapılmamıştır (Tablo 8).

#### **4.2. Kadınların Sosyo-Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumu**

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların sosyo- demografik ve meme kanseri ile ilgili özelliklerine göre KKMM yapma durumları, KMM yaptırma ve mammografi çektirme durumları ki kare yöntemi ile analiz edilmiştir. Kadınların sosyo- demografik ve meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili özellikleri lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.

Kadınların sosyo- demografik ve meme kanseri ile ilgili özelliklerine göre KKMM yapma durumu Tablo 9'da görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların yaş, medeni, eğitim ve gelir durumları ile daha önce meme kanseri tanısı alma durumu, ailede meme kanseri tanısı olması, arkadaş ya da akrabalarında meme kanseri tanısı olması durumlarına göre KKMM yapma davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Kadınların mavi yakalı ve beyaz yakalı işçi olma durumlarına göre son bir yılda KKMM yapma davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Mavi yakalı işçilerin % 19'unun, beyaz yakalı işçilerin % 36'sının son bir yılda KKMM'ni yaptıkları belirlenmiştir.

Kadınların meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alma durumlarına göre KKMM yapma davranışları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınların % 78.6'sının, eğitim almayan kadınların ise % 18.3'ünün KKMM yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 9. Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile Özelliklerine Göre KKMM Yapma Durumu (n = 167 )**

Sosyo-demografik ve meme kanseri ile ilgili özellikler	KKMM yapma durumları						x <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaş grupları</b>								
20 – 30	17	17.2	82	82.8	99	100.0	5.819	0.054
31 – 41	16	30.2	37	69.8	53	100.0		
42 ve üzeri	6	40.0	9	60.0	15	100.0		
<b>Medeni durum</b>								
Evli	29	26.1	28	73.9	111	100.0	0.997**	0.318
Bekar	10	17.9	46	82.1	56	100.0		
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim	19	19.0	81	81.0	100	100.0	5.169	0.075
Lise	8	22.2	28	77.8	36	100.0		
Üniversite	12	38.7	19	61.3	31	100.0		
<b>Gelir durumu</b>								
Gelir gidere eşit / fazla	24	19.0	78	76.5	102	100.0	0.000	1.000**
Gelir giderden az	15	23.1	50	76.9	65	100.0		
<b>İşçi türü</b>								
Mavi yakalı	24	19.0	102	81.0	126	100.0	4.381**	<b>0.036*</b>
Beyaz yakalı	15	36.6	26	63.4	41	100.0		
<b>Meme kanseri tanısı alma</b>								
Evet	5	55.6	4	44.4	9	100.0	0.33#	
Hayır	34	21.5	124	78.5	158	100.0		
<b>Ailede meme kanseri tanısı</b>								
Var	2	22.2	7	77.8	9	100.0	1.000	0.648#
Yok	37	23.4	121	76.6	158	100.0		
<b>Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı</b>								
Var	9	25.0	27	75.0	36	100.0	0.002**	0.967
Yok	30	22.9	101	77.1	131	100.0		
<b>Daha önce eğitim alma</b>								
Evet	11	78.6	3	21.4	14	100.0	<b>0.000*#</b>	
Hayır	28	18	125	81.7	153	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>23.4</b>	<b>128</b>	<b>76.6</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>		

\*p <0.05

\*\* Yates düzeltmesi yapılmıştır.

# Fisher's Exact Test düzeltmesi yapılmıştır.

**Tablo 10. Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre KMM Yaptırma Durumları (n = 167)**

Sosyo-demografik ve meme kanseri ile ilgili özellikler	KMM yaptırma durumları						x <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaş grupları</b>								
20 – 30	9	9.1	90	90.9	99	100.0	6.992	<b>0.030*</b>
31 - 41	7	13.2	46	86.3	53	100.0		
42 ve üzeri	5	33.2	10	66.7	15	100.0		
<b>Medeni durum</b>								
Evli	16	14.4	95	85.6	111	100.0	0.581**	0.446
Bekar	5	8.9	51	91.1	56	100.0		
<b>Eğitim durumu</b>								
İlköğretim	11	11.0	89	89.0	64	100.0	1.592	0.451
Lise	4	11.1	32	88.9	36	100.0		
Üniversite	6	19.4	25	80.6	31	100.0		
<b>Gelir durumu</b>								
Gelir gidere eşit/ fazla	10	9.8	92	90.2	102	100.0	1.240	0.265
Gelir giderden az	11	16.9	54	83.1	65	100.0		
<b>İşçi türü</b>								
Mavi yakalı	14	11.1	112	88.9	126	100.0	0.531**	0.466
Beyaz yakalı	7	17.1	34	82.9	41	100.0		
<b>Meme kanseri tanısı alma</b>								
Evet	4	44.4	5	55.6	9	100.0	0.016* #	
Hayır	17	10.8	141	89.2	158	100.0		
<b>Ailede meme kanseri tanısı</b>								
Var	1	11.1	8	88.9	9	100.0	1.000	0.892#
Yok	20	12.7	138	87.3	158	100.0		
<b>Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı</b>								
Var	4	11.1	32	88.9	36	100.0	1.000 #	
Yok	17	13.0	114	87.0	131	100.0		
<b>Daha önce eğitim alma</b>								
Evet	6	42.9	8	57.1	14	100.0	0.003* #	
Hayır	15	9.8	138	90.2	153	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>12.6</b>	<b>146</b>	<b>87.4</b>	<b>167</b>	<b>100.0</b>		

\* p<0.05

\*\*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

# Fisher Exact Test düzeltmesi yapılmıştır.

Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri ile ilgili özelliklerine göre son bir yılda KMM yaptırma durumları Tablo 10'da görülmektedir. Araştırmadaki kadınların yaş gruplarına göre KMM yaptırma davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 10). Yapılan ileri analizde farkın 42 yaş ve üzeri kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Analize göre 42 yaş ve üzeri kadınlar KMM'ni diğer yaş grubu kadınlardan daha çok yaptırmaktadır.

Kadınların medeni durumları, eğitim durumları, gelir durumları, mavi yakalı ve beyaz yakalı işçi olma durumu, ailede meme kanseri tanısı olması ile arkadaş ya da akrabalarında meme kanseri tanısı olması durumuna göre KMM yaptırma davranışları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Kadınların daha önce meme kanseri tanısı alma durumuna göre KMM yaptırma davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Son bir yılda KMM'ni, meme kanseri tanısı alan kadınların % 44.4'ü, meme kanseri tanısı almayan kadınların ise % 10.8'i yaptırmaktadır.

Kadınların meme kanseri ile ilgili olarak daha önce eğitim alma durumlarına göre KMM yaptırma davranışları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Klinik meme muayenesini, daha önce eğitim alan kadınların % 42.9'u, eğitim almayan kadınların ise % 9.8'i yaptırmaktadır (Tablo 10).

Kırk yaş üzeri kadınların sosyo- demografik ve meme kanseri ile ilgili özelliklerine göre mammografi çekirme durumları Tablo 11'de yer almaktadır. Mammografi çekirme, sadece 40 yaş üzeri kadınlarda değerlendirildiği için, 40 yaş altı kadınlar analizde değerlendirilmeye alınmamıştır. Bu nedenle yaş değişkenine tabloda yer verilmemiştir. Kırk yaş üzeri kadınların medeni ve eğitim durumuna göre mammografi çekirme ile ilgili tabloda boş gözler olduğu için analiz yapılmamıştır. Bu nedenle medeni ve eğitim durumu değişkenlerine bu tabloda yer verilmemiştir.

**Tablo 11. Kırk Yaş Üzeri Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri ile İlgili Özelliklerine Göre Mammografi Çektirme Durumları (n = 55)**

Sosyo-demografik ve meme kanseri ile ilgili özellikler	Mammografi yaptırma durumları						x <sup>2</sup>	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
<b>Gelir durumu</b>								
Gelir gidere eşit/ fazla	2	5.7	33	94.3	35	100.0	<b>0.021* #</b>	
Gelir giderden az	6	30.0	14	70.0	20	100.0		
<b>İşçi türü</b>								
Mavi yakalı	6	13.0	40	87.0	46	100.0	0.390#	
Beyaz yakalı	2	25.0	7	77.8	9	100.0		
<b>Meme kanseri tanısı alma</b>								
Evet	3	60.0	2	40.0	5	100.0	<b>0.018* #</b>	
Hayır	5	10.0	45	90.0	50	100.0		
<b>Ailede meme kanseri tanısı</b>								
Var	1	25.0	3	75.0	4	100.0	0.477 #	
Yok	7	13.7	44	86.3	51	100.0		
<b>Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı</b>								
Var	3	21.4	11	78.6	14	100.0	0.405 #	
Yok	5	12.2	36	87.8	41	100.0		
<b>Daha önce eğitim alma</b>								
Evet	3	42.9	4	57.1	7	100.0	0.055 #	
Hayır	5	10.4	43	89.6	48	100.0		
<b>Toplam</b>	<b>8</b>	<b>14.5</b>	<b>47</b>	<b>85.5</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>		

\* p<0.05

# Fisher Exact Test düzeltmesi yapılmıştır.

Araştırmada 40 yaş üzeri kadınların gelir durumuna göre mammografi çektirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Geliri giderinden az olan kadınların % 30'u mammografi çektirirken, geliri giderine eşit/fazla olan kadınların % 5.7'si mammografi çektirmektedir.

Kırk yaş üzeri kadınların meme kanseri tanısı alma durumuna göre mammografi çektirme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Meme kanseri tanısı alan kadınların mammografi çektirme oranları % 60 iken, meme kanseri tanısı almayanların % 10'dur.



Kırk yaş üzeri kadınların beyaz ve mavi yakalı işçi olma durumu, ailesinde meme kanseri tanısı olma, arkadaş ya da akrabalarında meme kanseri tanısı olma durumu ve daha önce meme kanseri ile ilgili eğitim alma durumuna göre mammografi çekirme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

Araştırmada kadınların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni, eğitim ve gelir durumu ile beyaz yakalı ve mavi yakalı işçi olma durumu) ile kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik özellikleri (meme kanseri tanısı alma, ailede meme kanseri öyküsü, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri öyküsü, daha önce meme kanseri ile ilgili bilgi alma) lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Lojistik regresyon analizi sonucunda, erken tanı davranışlarında etkili olan sosyo-demografik ve meme kanseri erken tanısına yönelik özellikler Tablo 12’de verilmiştir.

Araştırmadaki 31-41 yaş grubu kadınlar, 30 yaş altı kadınlardan 2.236 kat daha fazla KKMM yapmakta olup yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Kırk iki yaş ve üzeri kadınlar, 30 yaş altı kadınlardan 4.246 kat daha fazla KKMM yapmakta olup yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Beyaz yakalı işçiler, mavi yakalı işçilerden 2.592 kat daha fazla KKMM yapmakta olup işçi grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınlar, eğitim almayanlardan 15.928 kat daha fazla KKMM yapmaktadır. Eğitim alan ve almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Otuz bir kırk bir yaş grubu kadınlar, 30 yaş ve altı kadınlardan 1.452 kat daha fazla KMM yaptırmakta olup yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Kırk iki yaş ve üzeri kadınlar, 30 yaş ve altı kadınlardan 4.887 kat daha fazla KMM yaptırmakta olup yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınlar, eğitim almayanlardan 6.900 kat daha fazla KMM yaptırmaktadır. Eğitim alan ve almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Meme kanseri ile ilgili eğitim alan kadınlar, eğitim almayan kadınlardan 6.450 kat daha fazla mammografi çekirmektedir. Eğitim alan ve almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12. Kadınların Sosyo- Demografik ve Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Lojistik Regresyon Analizi**

Erken Tanı Davranışı	Özellik	OR	%95 Güven Aralığı (CI)	p
KKMM	<b><u>Yaş</u></b>			
	30 yaş altı*	1.000		
	31- 41 yaş	2.236	0.934-5.352	0.071
	42 ve üzeri	4.246	1.137-15.862	<b>0.032</b>
	<b><u>İşçi türü</u></b>			
	Beyaz yakalı *	2.592	1.056-6.365	<b>0.038</b>
	Mavi yakalı	1.000		
KKMM	<b><u>Önce eğitim alma</u></b>			
	Evet*	15.928	3.895-65.131	<b>0.000</b>
	Hayır	1.000		
KMM	<b><u>Yaş</u></b>			
	30 yaş altı*	1.000	0.488 - 4.319	0.502
	31- 41 yaş	1.452	1.282- 18.630	<b>0.020</b>
	42 ve üzeri	4.887		
	<b><u>Önce eğitim alma</u></b>			
Evet*	6.900	2.110-22.569	<b>0.001</b>	
Hayır	1.000			
Mammografi	<b><u>Önce eğitim alma</u></b>			
	Evet*	6.450	1.109-37.500	<b>0.038</b>
	Hayır	1.000		

\* Referans kategori

#### 4.3. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Ortalamalara Göre Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumlarının Karşılaştırılması

Çalışmanın bu bölümünde kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Kadınların ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamasına göre KKMM yapma, KMM yaptırma ve mammografi çekirme durumlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmadaki kadınların Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları Tablo 13' te yer almaktadır.

**Tablo 13. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=167)**

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	Alt boyut madde sayısı	Alınacak minimum puan	Alınacak maksimum puan	X ± SD
Duyarlılık algısı	3	3	15	8.38 ± 2.59
Ciddiyet algısı	6	6	30	20.78 ± 5.12
Sağlık motivasyonu algısı	5	5	25	20.35 ± 4.66
KKMM yarar algısı	4	4	20	15.50 ± 3.46
KKMM engel algısı	8	8	40	19.04 ± 6.22
Öz etkililik/ güven algısı	10	10	50	30.65 ± 6.65
Mammografi yarar algısı	5	6	25	18.88 ± 3.90
Mammografi engel algısı	11	11	55	26.59 ± 9.04

**Tablo 14. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Son Bir Yılda KKMM Yapma Durumlarının Karşılaştırılması (n = 167)**

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	KKMM Yapanlar (n = 39) X±SD	KKMM Yapmayanlar (n = 128) X±SD	t	p
Duyarlılık algısı	8.28 ± 2.43	8.41 ± 2.65	-0.261	0.794
Ciddiyet algısı	19.79 ± 5.31	21.08 ± 5.04	-1.374	0.171
Sağlık motivasyonu algısı	21.03 ± 3.98	20.14 ± 4.85	1.038	0.301
KKMM yarar algısı	16.41 ± 3.10	15.21 ± 3.54	1.905	0.059
KKMM engel algısı	16.61 ± 5.89	19.78 ± 6.16	-2.840	<b>0.005**</b>
KKMM öz etkililik algısı	34.38 ± 7.17	29.52 ± 6.07	4.197	<b>0.000**</b>

\*p<0.05 \*\* p<0.01

Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarına göre KKMM yapma ve yapmama puan ortalamaları arasındaki fark, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile değerlendirilmiştir. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puan ortalamalarına göre son bir yılda KKMM yapma ve yapmama durumlarının karşılaştırılması Tablo 14’de yer almaktadır. Araştırmaya göre, ölçeğin duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu ve KKMM yarar algısı alt puan ortalaması ile KKMM yapma ve yapmama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p> 0.05).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği KKMM engel algısı puan ortalaması ile KKMM yapma ve yapmama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadınların, KKMM engel algısı puan ortalaması 19.78 ± 6.16 iken KKMM yapanların 16.61± 5.89’dur. Sağlık İnanç Modeli ölçeği öz etkililik algısı alt boyutu puan ortalaması ile KKMM yapma ve yapmama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (p<0.01). Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması 34.38±7.17 iken KKMM yapmayanların 29.52±6.07’dir (Tablo 14).

Kadınların Sağlık İnanç Modeli alt boyut puan ortalamalarına göre KMM yaptırma durumlarının karşılaştırılması Tablo 15’te yer almaktadır. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarına göre KMM yaptırma ve yaptırmama puan ortalamaları arasındaki fark,

bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile değerlendirilmiştir. Araştırmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları olan duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması ile KMM yaptırma ve yaptırmama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre KMM Yaptırma Yaptırmama Durumlarının Karşılaştırılması (n = 167)**

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	KMM Yaptıranlar (n= 21) X±SD	KMM Yaptırmayanlar (n= 146) X±SD	t	p
Duyarlılık algısı	8.14 ± 3.14	8.41 ± 2.52	-0.442	0.659
Ciddiyet algısı	19.90 ± 5.74	20.90 ± 5.03	- 0.836	0.404
Sağlık Motivasyonu algısı	20.52 ± 4.95	20.32 ± 4.64	-0.185	0.853

**Tablo 16. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Mammografi Çektirme Durumlarının Karşılaştırılması (n = 55)**

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	Mammografi Çektirenler (n = 9) X±SD	Mammografi Çektirmeyenler (n = 46) X±SD	U	p
Duyarlılık algısı	7.37 ± 2.56	8.83 ± 2.79	137.500	0.225
Ciddiyet algısı	19.13 ± 5.30	21.26 ± 4.82	134.500	0.199
Sağlık motivasyonu algısı	18.25 ± 4.71	19.85 ± 4.85	142.000	0.268
Mammografi yarar algısı	19.38 ± 3.66	18.21 ± 4.02	154.500	0.420
Mammografi engel algısı	20.37 ± 10.90	26.85 ± 9.02	105.000	<b>0.047*</b>

\*p < 0.05

Kadınların Sağlık İnanç Modeli alt boyutlarına göre mammografi çektirme ve çektirmeme puan ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi Mann Whitney U testi analizi ile değerlendirilmiştir. Kadınların Sağlık İnanç Modeli alt boyut puan ortalamalarına göre mammografi çektirme durumlarının karşılaştırılması Tablo 16'da yer almaktadır.

Araştırmada Sağlık İnanç Modeli duyarlılık algısı puan ortalaması, ciddiye algısı puan ortalaması, sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması ve mammografi yarar algısı puan ortalaması ile mammografi çektirme ve çektirmeme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

Sağlık İnanç Modeli mammografi engel algısı puan ortalaması ile mammografi çektirme ve çektirmeme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Mammografi çektirmeyenlerin engel algısı puan ortalaması  $26.85\pm 9.02$  iken mammografi çektirenlerin mammografi engel algısı  $20.37\pm 10.90$ 'dır (Tablo 16).

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

#### 5.1.Kadınların Erken Tanı Davranışlarını Duyma ve Yapma Oranları

Araştırmadaki kadınların % 23.4'ü her ay düzenli olarak **KKMM** yapmaktadır (Tablo7). Yurt dışında yapılan çalışmalarda kadınların aylık KKMM yapma oranları %7 ile % 65 arasında değişmektedir (10,25,26,45,56). Phillips'in çalışmasına göre farklı iş düzeylerinde çalışan kadınların % 63'ü KKMM'ni aylık olarak yapmaktadır (10). Kurtz ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan kadınların %59'unun KKMM yaptığı bildirilmektedir (59). Ülkemizde değişik meslek grubu kadınlarda yapılan çalışmalarda aylık KKMM yapma oranı % 13.4 ile % 32 arasında değişmektedir (60,61,62,66).

Araştırmaya katılan kadınların % 55.1'i KKMM'ni duymuştur. Kendi kendine meme muayenesi duyan kadınların %39.1'i son bir yıl içinde KKMM'ni uygulamıştır. Araştırmada KKMM'ni duyan kadınlar, duymayanlardan anlamlı olarak daha fazla KKMM yapmaktadır (Tablo 8). Petro-Nustas ve Mikhail'in Ürdün'lü kadınlarda yaptığı çalışmada, kadınların % 67'sinin KKMM'ni duyduğu ve duyanların % 26'sının düzenli olarak KKMM'ni yaptığı bildirilmektedir (26). Akkaş ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların %63'ünün KKMM'ni daha önceden bildiği, bilenlerin % 87.5'inin KKMM'ni yaptığı bildirilmektedir (67). Kendi kendine meme muayenesini duyanların, duymayanlara oranla daha fazla KKMM yapmaları beklenmektedir. Ancak kadınların, meme kanseri ve erken tanısını daha önceden duymalarına rağmen, KKMM'ni çok düşük oranlarda yapmaları, bilgi kaynaklarının etkin ve devamlı olmadığını, KKMM'nin öneminin anlaşılmadığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %12.6'sı son bir yıl içinde KMM yaptırmıştır (Tablo7). Yurt dışında yapılan çalışmalarda, çalışan kadınlarda KMM yaptırma oranı % 18 ile % 92 arasında değişmektedir (10,56). Phillips'in çalışmasında, Afrika kökenli Amerikalı çalışan kadınların %76'sı KMM'ni yaptırmaktadır (10). Ülkemizdeki çalışmalarda ise KMM yaptırma oranı % 20 ile %30 arasındadır (9,18,32,67). Dündar ve arkadaşlarının çalışmasında son bir yılda KMM yaptıran kadın oranı % 3.3, şikayeti olunca KMM yaptıranların oranı ise %18.4 olarak bildirilmektedir (34). Akkaş ve arkadaşları çalışmalarında KMM yaptırma oranını %30.8 olarak bildirirken, Özcebe ve arkadaşları bu oranı %23.6 olarak bildirmektedir (67,68). Bu araştırmadaki KMM yaptırma bulgusu özellikle ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde genel olarak KMM yaptırma oranının düşük olmasında, kadınların KMM konusunda bilgilerinin olmaması, KMM'nin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde olduğunu bilmemeleri ve kadınların doktor ya da sağlık personeli muayenesinden çekinmeleri etkili faktörler olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların % 39.5'i **KMM'ni** duymuş, duyanların % 30.3'ü son bir yıl içinde KMM yaptırmıştır (Tablo 8). Yurtdışında ve ülkemizde meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda sıklıkla kadınların KKMM ve mammografi çektirme davranışı incelenmiştir. Bu çalışmaların içeriğinde KMM çok az olarak yer almaktadır. Ancak KKMM'nde olduğu gibi KMM'nde de yöntemi duyanların az bir kısmı davranışı yaptırmaktadır. Kişilerin sağlık davranışlarını gerçekleştirmelerinde bilginin yanında kişilerin kültürleri ve dinsel düşüncelerinin de önemli yeri vardır. Türk kültüründe yer alan kaderci olma, hastalığın “kaderde var ise olacağı” düşüncesi, kadınların bilgilerinin olsa bile, davranışı gerçekleştirmelerine engel olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %57.5'i **mammografi** yöntemini duymuştur. Mammografi ile yapılan araştırmalarda genellikle 40 yaş üzeri kadınlar çalışma kapsamına alındığından bu çalışmada da mammografi ile ilgili analizler, 40 yaş üzeri kadınlarda yapılmıştır. Araştırmada 40 yaş üzeri olan kadınların % 4.8'i son bir yıl içinde mammografi çektirmiştir (Tablo 7). Kırk yaş üzeri kadınlarda, mammografi yöntemini duyanların %27,6'sı mammografi çektirmiştir (Tablo 8). Yurtdışında yapılan çalışmalarda mammografi çektirme oranı %16 ile %71 arasında değişmektedir (10,44,45,59). Kurtz ve arkadaşlarının farklı işyerlerinde çalışan işçi gruplarında yaptıkları çalışmada, kadınların %71'inin yaşa uygun mammografi çektirdiği bildirilmektedir (10). Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların % 48.5'inin son bir yıl içinde mammografi çektirdikleri bildirilmektedir (44). Ülkemizde 40 yaş üstü kadınlarda yapılan çalışmalarda, mammografi çektirme oranı % 8 ile % 77 arasında değişmektedir (35,63,67,71,75). Araştırma bulgusuna benzer şekilde, Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında 40 yaş üzeri kadınların %56'sının mammografiyi duyduğu/okuduğu ve bunların sadece % 25'inin yaşamları boyunca en az bir kez mammografi çektirdiği bildirilmektedir (63). Aydın Avcı'nın çalışmasında 35 yaş üzeri ebe ve hemşirelerin % 41.7'sinin daha önce mammografi çektirdiği vurgulanmıştır (35).

Araştırmada mammografiyi duyan kadınlardan mammografi çektirenlerin oranının düşük olması, kadınların mammografi yöntemini bildikleri halde yararını yeterince algılayamadıklarını düşündürmektedir.

## **5.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkili Olan Faktörler**

### **5.2.1.Yaş**

Araştırmada 42 yaş ve üzeri kadınların 30 yaş altı kadınlardan daha fazla **KKMM** yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 12). Araştırma bulgusuna benzer olarak Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında yaşlı kadınların KKMM'ni diğer yaş gruplarından daha fazla



yaptıkları bildirilmektedir. Buna karşın Jirojwong ve MacLennan'ın çalışması ile Dündar ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşın KKMM yapmada etkisiz bir faktör olduğu bildirilmektedir (25,34). Farklı bir sonuç olarak Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında, 20-39 yaş grubu kadınların diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları vurgulanmıştır (63).

Araştırmaya katılan 42 yaş ve üzeri kadınların 30 yaş ve altı kadınlardan 4.88 kat daha fazla **KMM** yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 12). Glanz ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan kadınların erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerinde genç yaşta olmanın önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (43). Bu bulgudan farklı olarak Kurtz ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan kadınların KMM'ni yaptırmalarında yaşın etkili bir faktör olmadığı belirtilmektedir (45).

Araştırmada, yaşın **mammografi** çektirmede etkili olmadığı belirlenmiştir. Phillips'in çalışmasında, 40 yaş üzerinde olmanın mammografi çektirmede etkili olduğunu bildirirken, Kurtz'un çalışmasında yaşın, çalışan kadınlarda mammografi çektirmede etkili bir faktör olmadığı bildirilmektedir (45,53). Chong ve arkadaşlarının Singapur'da halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada, 50 yaş ve üzeri kadınların diğer yaş grubu kadınlardan daha fazla mammografi çektirdikleri belirtilmektedir (87). Dündar ve arkadaşları, yaşın mammografi çektirmede belirleyici bir faktör olmadığı bildirilmektedir (34).

Kadınların yaşlarının ilerlemesi ile kendi sağlıklarına olan ilgilerinin ve bilgi kaynaklarına ulaşma durumlarının giderek arttığı, bu nedenle koruyucu sağlık davranışlarını daha sık yaptıkları düşünülebilir. Ayrıca meme kanserinin yaşla birlikte arttığı bilgisinin, bu çalışmadaki kadınların KKMM ve KMM yaptırmalarında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada 40 yaş ve üzerinde olan kadınların, KKMM'ni ve KMM'ni daha fazla uygulamalarına rağmen, mammografi çektirmede yaşın belirleyici bir faktör olmaması, kadınların mammografinin önemini yeterince anlayamadıklarını düşündürmektedir.

### **5.2.2. Medeni durum**

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları, kadınların **KKMM** yapmasında ve KMM'ni yaptırmalarında etkili bir faktör değildir (Tablo 9). Speedy ve Hase, evli olmanın KKMM yapmada etkili olmadığını belirtmektedir. Benzer şekilde Dündar ve arkadaşlarının çalışması ile Ekici ve Utkualp'in çalışması, evli olmanın, kadınların KKMM yapmalarında etkili bir faktör olmadığını bildirmektedir.

Araştırmadaki kadınların medeni durumlarının **KMM'ni** yaptırmada etkili bir faktör olmadığı belirlenmiştir (Tablo 10). Literatürde erken tanı davranışları ile ilgili yapılan

çalışmalarda, genellikle KKMM ve mammografi ile bunları etkileyen faktörlerin daha sıklıkla incelendiği ve KMM'ni etkileyen faktörlerin daha az sıklıkla incelendiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumunun **mammografi** çektirmede etkili olmadığı belirlenmiştir. Chong ve arkadaşlarının çalışmasında, evli kadınların evli olmayanlardan daha fazla mammografi çektirdikleri belirtilmektedir (89). Çalışma bulgusu ile benzer olarak Speedy ve Hase'in çalışması ile Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında da evli olmanın mammografi çektirmede etkili bir faktör olmadığı belirtilmektedir.

Bu çalışmada bekar ve evli kadınların erken tanı davranışları arasında farklılık olmaması, evliliğin mammografi çektirmede fark oluşturan bir etken olmadığını göstermektedir. Evli ve bekarların meme kanseri erken tanı davranışlarına yaklaşımları benzerdir.

### 5.2.3. Eğitim durumu

Araştırmada, kadınların eğitim düzeylerine göre **KKMM** yapmalarında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ancak çalışma bulgusu anlamsız olmakla birlikte üniversite mezunu kadınların KKMM yapma oranları diğer eğitim düzeyinde olan kadınlardan daha fazladır (Tablo 9). Sadler ve arkadaşlarının çalışması ile Petro- Nustas ve Mikhail'in çalışmasında da eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha çok KKMM yaptıkları bildirilmektedir (26,45). Ertem ve Ozan'ın, Diyarbakır'da farklı meslek gruplarında yaptıkları çalışmada KKMM'ni en fazla öğretmenlerin en az ise ev hanımlarının yaptığı bildirilmektedir. Altuncan ve arkadaşları ile Polat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, yüksek öğrenim düzeyinin KKMM yapmada etkili bir faktör olduğu bildirilmektedir (61,69).

Araştırmada, kadınların eğitim düzeyinin **mammografi** çektirmelerinde etkili bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Phillips çalışmasında, yüksek eğitim düzeyinin mammografi çektirmede etkili olduğunu bildirirken, Lee-Lin ve arkadaşları ise eğitim düzeyinin mammografi çektirmede etkisiz olduğunu bildirmektedir (10,44). Araştırma bulgusu ile benzer olarak, Dünder ve arkadaşları ile Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında eğitim düzeyi mammografi çektirmede etkisiz bir faktör olarak belirtilmektedir (30,34).

Eğitim düzeyi yükseldikçe, kadınların kendi sağlıklarını korumaya yönelik bilgi ve becerilerinin artması ve sağlıklarına yönelik girişimleri yapabilecek yeterliliğe sahip olmaları, erken tanı yöntemlerini yapmalarında etkili olabilir. Bu çalışmada da istatistiksel olarak anlamsız olmasına karşın, KKMM'ni en fazla üniversite, daha sonra lise ve en az ilköğretim mezunlarının yapması, kadınların eğitimlerinin arttıkça koruyucu sağlık davranışlarının da arttığını göstermektedir.

#### 5.2.4. Gelir durumu

Araştırmada, kadınların gelir düzeylerine göre **KKMM** yapmalarında bir farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 9). Phillips, gelirin **KKMM** yapmada belirleyici bir faktör olduğunu bildirmektedir (10). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında ise geliri iyi/ çok iyi olanların daha fazla **KKMM** yaptıkları bildirilmektedir (30).

Araştırmada, kadınların gelir düzeyinin **mammografi** çektirmelerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan kadınlar, geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha çok **mammografi** çektirmektedir (Tablo 10). Kurtz'un ve Phillips'in Amerika'da çalışan kadınlarda yaptıkları çalışmalarda, maliyet, **mammografi** çektirmede önemli bir engel olarak belirtilmektedir (10,59). Lee- Lin ve arkadaşları ise gelirin **mammografi** çektirmede etkisiz olduğunu bildirmektedir (44). Benzer şekilde Dünder ve arkadaşları gelirin **mammografi** çektirmede etkili bir faktör olmadığını bildirmektedir (34).

Bu çalışmaya özgü olarak geliri giderinden az olan kadınlar, geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha fazla duyarlılık göstererek daha çok **mammografi** çektirmektedir.

#### 5.2.5. İşçi türü (mavi yakalı – beyaz yakalı)

Araştırmaya katılan beyaz yakalı kadın işçilerin mavi yakalı işçilerden anlamlı olarak daha fazla **KKMM** yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 9). Lojistik regresyon analizine göre beyaz yakalı işçiler, mavi yakalı işçilerden 2.59 kat daha fazla **KKMM** yapmaktadır (Tablo12). Literatürde farklı meslekteki kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (10,20,53,59). Phillips'in öğretmenler, işsiz kadınlar ve okul, hastane, yurt ve sosyal kurumlarda çalışan hizmet sektöründeki kadınlarda yaptığı çalışmada, her üç gruptaki çalışan kadınlarda, erken tanı davranışlarının beklenenden daha düşük oranda olduğu bildirilmektedir. Hizmet sektöründe çalışan kadınların, öğretmenler ve işsiz kadınlardan daha yüksek oranda **KKMM** yaptığı belirtilmektedir (10). Göçgeldi ve arkadaşlarının Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nde sağlık dışı hastane personeli ve hastanede çalışan temizlik işçilerinde yapılan çalışmada, temizlik işçilerinin **KKMM**'ni daha düşük oranda yaptıkları bildirilmektedir (53). Ertem ve Ozan, öğretmenler, ev hanımları, polis ve avukatlar arasında yaptığı çalışmada, **KKMM**'ni en çok öğretmenlerin yaptığını bildirmektedir (61).

Araştırmada kadınların beyaz yakalı ya da mavi yakalı işçi olma durumu, kadınların **KMM** yaptırılmalarında ve **mammografi** çektirmelerinde etkili bulunmamıştır. Çalışmada, işçi grupları arasında **KMM** yaptırma ve **mammografi** çektirmede, çalışma bulgusu anlamlı olmamasına rağmen beyaz yakalı işçiler mavi yakalı işçilerden daha fazla oranla **mammografi** çektirmektedir (Tablo 10, Tablo 11). Phillips'in farklı iş düzeylerinde çalışan kadınlarda

yaptığı çalışmada en çok mammografi çektiren grubun öğretmenler olduğunu bildirmektedir (10). Bayık Temel ve arkadaşlarının çalışmasında, öğretim üyelerinin % 77.5'inin en az bir kez mammografi çektirdiğinden söz edilmektedir (16).

Eğitim, sağlık davranışlarında önemli bir belirleyicidir. Ülkemizde genel olarak beyaz yakalı işçilerin eğitim düzeylerinin mavi yakalılardan daha yüksek olması nedeni ile beyaz yakalı işçilerin erken tanı davranışları hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve koruyucu sağlık davranışlarını daha sık yaptıkları düşünülmektedir.

### 5.2.6. Meme kanseri tanısı alma

Araştırmada kadınların meme kanseri tanısı konmasının **KKMM** yapmada etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında, kadınlarda meme kanseri tanısı konmasının, **KKMM** yapmalarında etkili olduğu belirtilmektedir (26). Çalışmada daha önce meme kanseri tanısı alan kadınların meme kanseri tanısı almayanlardan anlamlı olarak daha fazla **KMM** yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 10).

Araştırmada kadınların meme kanseri tanısı almasının, kadınların **mammografi** davranışlarında etkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada 40 yaş üzeri kadınlardan meme kanseri tanısı alanlar, tanı almayanlardan daha çok mammografi çektirmektedir (Tablo11). Chong ve arkadaşlarının halk sağlığı hemşirelerinde yaptıkları çalışmada, meme kanseri öyküsü olan kadınların diğer kadınlardan daha fazla mammografi çektirdikleri belirtilmektedir (89).

Bir kadının geçmişte meme kanseri tanısı alması, gelecekte meme kanseri olma olasılığını arttırmaktadır (5,6,7,50). Meme kanseri olan kadınların, meme kanseri hakkındaki farkındalıklarının arttırdığı ve buna yönelik davranışları daha sık gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan kadınların, bu bilgi nedeni ile kanserinin tekrarını erken dönemde saptamaya yönelik **KMM** yaptırdıkları düşünülebilir.

Meme kanseri tanısı alma, meme kanserinde bir risk faktörü olmasına karşın, yapılan çalışmalarda meme kanseri tanısı almanın **KMM** yaptırmaya ve mammografi çektirmede etkisine çok az yer verilmektedir. Çalışmadaki meme kanseri tanısı alan kadınların rutin kontrolleri nedeni ile **KMM** yaptırmış olabilecekleri düşünülmektedir. Ayrıca 40 yaş üzeri kadınlardan meme kanseri tanısı alan kadınların, meme kanserinin tekrarlama riskini ve mammografinin önemini bildikleri ve bu bilgiyi davranışlarına yansıttıkları düşünülmektedir.

### 5.2.6. Ailede meme kanseri öyküsü

Araştırmaya katılan kadınların ailesinde meme kanseri olmasının **KKMM** yapmada etkili olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9). Petro- Nustas ve Mikhail'in çalışmasında kadınlarının ailesinde meme kanseri öyküsü olmasının, **KKMM** yapmayı etkilemediği bildirilmektedir (26). Ekici ve Utkualp'in çalışması ile Altuncan'ın çalışmasında, ailesinde meme kanseri öyküsünün olan kadınların daha çok **KKMM** yaptığı bildirilmektedir (66,69).

Araştırmada, ailede meme kanseri tanısı olmasının **mammografi** çektirmede etkili bir faktör değildir (Tablo 11). Speedy ve Hase ile Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışmasında, ailede meme kanseri tanısının olması, **mammografi** çektirmede etkili bir faktör olarak belirtilmektedir (33,44). Aydın Avcı'nın ebe ve hemşirelerde yaptığı çalışmada ailede meme kanseri tanısı olmasının **mammografi** çektirmede etkili bir faktör olmadığı bildirilmektedir (35).

Ailede meme kanseri öyküsü, meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Ailesinde meme kanseri olan kadınların, erken tanı davranışlarını daha sık yaptıklarını gerekmektedir. Araştırmada, ailesinde meme kanseri olan kadınların davranışlarının, diğer kadınlardan farklı olmaması, kadınların taşıdıkları riskin farkında olmadıklarını ve meme kanseri hakkında bilgi eksikliğinin olduğunu düşündürmektedir.

### 5.2.6. Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olması

Araştırmada, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olmasının **KKMM** yapmada ve **KMM** yaptırmada etkili bir faktör olmadığı belirlenmiştir (Tablo 9, Tablo 10). Arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olması, **mammografi** çektirmede etkili bir faktör değildir (Tablo 11). Çalışma bulgusuna benzer olarak Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olmasının **mammografi** çektirmede etkisiz bir faktör olduğu bildirilmektedir (34).

Litarütürde, arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olmasının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini tartışan çalışmalar sınırlıdır. Kişilerin yakın çevresinde meme kanserinin olmasının, kişilerin meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden, çalışmada arkadaş ya da akrabalarda meme kanseri tanısı olmasına yer verilmiştir. Çalışmada anlamlı bir bulgu olmamasına karşın, arkadaş ya da akrabalarında meme kanseri olan kadınların **KKMM** yapma ve **mammografi** çektirme oranları, arkadaş ya da akrabalarında meme kanseri olmayanlardan daha fazladır. Çalışmada, arkadaş ya da akrabasında meme kanseri olan kadınların, meme kanserine ilgilerinin artmış

olabileceği, bu nedenle daha fazla KKMM yapmış ve mammografi yaptırmış olabilecekleri düşünülmektedir.

### 5.2.7. Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alma

Araştırmaya katılan kadınlardan meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınlar eğitim almayanlardan yaklaşık 16 kat daha fazla **KKMM** yapmaktadır (Tablo12). Phillips'in çalışmasında KKMM bilgisi olan kadınların KKMM bilgisi olmayan kadınlardan daha fazla KKMM yaptıkları bildirilmektedir (10). Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında KKMM'ni duymanın veya okumanın KKMM yapmada etkili olduğu bildirilmektedir (26). Ülkemizde yapılan birçok araştırma bulgusu, bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (34, 60,64, 65,68,73). Dağhan ve Çevik, çalışan kadınlara KKMM ile ilgili verilen eğitim sonunda, kadınların KKMM yapmasında artış görüldüğünü bildirmektedir (60). Beydağ ve Karaoğlan'ın Denizli'de üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilere verilen eğitimin, KKMM'nde bilgi ve tutum değişikliğine yol açtığı görülmüştür (64). Ertem ve Ozan'ın çalışmasında çalışan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin eksik olduğu, bu nedenle kadınların KKMM'ni istenilen düzeyde yapmadıkları bildirilmektedir (61).

Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alanlar eğitim almayanlara göre anlamlı olarak 6.9 kat daha fazla **KMM** yaptırmaktadır (Tablo12). Phillips çalışmasında kadınların KMM yaptırmada, meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim almanın ve sağlık personelinin önerilerinin etkili olduğunu belirtmektedir (10). Akkaş ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı çalışmada, daha önce meme kanseri ile ilgili sağlık kuruluşlarından eğitim alan kadınların KMM'ni daha sık yaptıkları bildirilmektedir (67).

Araştırmaya katılan kadınlardan, meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınların eğitim almayanlara göre yaklaşık 6.5 kat daha fazla **mammografi** yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 12). Glanz ve arkadaşlarının çalışmasında, çalışan kadınların meme kanseri erken tanı davranışları bilgisinin, mammografi yaptırmalarında etkili olduğu belirtilmektedir (43). Speedy ve Hase'in çalışmasında, sağlık bilinci yüksek olan kadınların daha çok mammografi yaptırdıkları belirtilmektedir (33). Akkaş ve arkadaşları, daha önce meme kanseri ile ilgili sağlık kuruluşlarından eğitim alan kadınların, mammografiyi daha sık yaptırdıklarını bildirilmektedir (67). Çalışma bulgusuna benzer bir şekilde Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında, mammografiyi duyan/okuyan kadınların diğer kadınlardan 8 kat fazla mammografi yaptırmaya olasılığının söz edilmekte, mammografi bilgisinin mammografi yaptırmada önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (30).

Meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında daha önceden bilgi sahibi olma ya da eğitim almış olma, kadınların meme kanseri erken tanısı konudaki bilgilerini arttırmaktadır. Eğitim almış kadınlar her üç erken tanı davranışını, eğitim almayanlardan anlamlı olarak daha fazla yapmaktadır. Bu nedenle bu araştırmada davranış değişikliği için en önemli etken eğitim olarak düşünülmektedir.

### **5.3. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sağlık Algıları**

Araştırmada kadınların **duyarlılık/yatkınlık algısı** puan ortalaması  $8.38 \pm 2.59$ 'dur. Bu çalışma bulgusu, Lee-Lin ve arkadaşlarının Çinli göçmen kadınlarda yaptıkları çalışmada, kadınların meme kanseri duyarlılık algılarını  $7.13 \pm 2.22$  olarak bildirmektedir (44). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışma bulgusu olan  $12.99 \pm 3.07$ , bu çalışmadaki duyarlılık algısı puanından yüksektir (30). Çalışma bulgusundan daha düşük olarak Aydın Avcı'nın ebe ve hemşirelere yaptığı çalışmada, duyarlılık algısı puan ortalaması  $7.51 \pm 3.00$  olarak belirtilmektedir (35).

Bu çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 14). Araştırmada KMM yaptıran ve yaptırmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 15). Petro-Nustas ve Mikhail, son bir yılda KKMM yapan kadınların meme kanseri duyarlılık algılarının KKMM yapmayanlardan düşük olduğunu vurgulamaktadır (26). Jirojwong ve MacLennan çalışmasında, duyarlılık algısını KKMM yapmayı etkileyen bir faktör olarak belirtmektedir (25). Karayurt ve arkadaşlarının hemşirelerde yaptığı çalışma ile Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir (30).

Araştırmada mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 16). Speedy ve Hase'in çalışmasında mammografi çektiren kadınların duyarlılık algılarının mammografi çektirmeyenlerden yüksek olduğu bildirilmektedir (33) Aydın Avcı'nın çalışmasında ise mammografi çektiren kadınların duyarlılık algılarının, çektirmeyenlerden farklı olmadığı belirtilmektedir (35).

Sağlık İnanç Modeli'ne göre duyarlılık/ yatkınlık algısı bireyin sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasıdır. Bu nedenle erken tanı davranışının gerçekleşmesinde önemlidir. Bu çalışmada, kadınların duyarlılık/yatkınlık algısı, meme kanseri risk faktörlerini bilmemeleri ve meme kanserine yakalanmada kendi risklerini algılamamaları nedeni ile düşük olabilir. Araştırmada, erken tanı davranışlarını uygulayan ve uygulamayan kadınların meme kanserine duyarlılıkların farklı olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların **ciddiyet algısı**  $20.78 \pm 5.12$ 'dir. (87). Bu çalışma bulgusu, Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasındaki ciddiyet algısı puanı olan  $23.91 \pm 4.91$  ile benzer bulunmuştur (30).

Araştırmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiyet algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo14). Araştırmada KMM yaptıran ve yaptırmayan kadınların ciddiyet algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo15). Petro-Nustas ve Mikhail çalışmasında, son bir yılda KKMM yapan kadınların meme kanseri ciddiyet algılarının, KKMM yapmayanlardan düşük olduğunu vurgulamaktadır (26). Karayurt ve arkadaşları KKMM yapan ve yapmayan hemşirelerin ciddiyet puanlarında fark saptamamıştır (62).

Araştırmada mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların ciddiyet algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 16). Speedy ve Hase, mammografi çektirenlerin ciddiyet algısının yüksek olduğunu bildirirken, Holm ve arkadaşları, mammografi çektiren kadınların ciddiyet algısının çektirmeyenlerden yüksek bulunmadığı bildirilmektedir (33,87). Çalışma bulgusuna benzer şekilde, Aydın Avcı'nın çalışmasında, ciddiyet algısının mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınlarda farklı olmadığı vurgulanmaktadır (35).

Ciddiyet/önemseme algısı; meme kanserinin meme kanserinin kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının algılanmasıdır. Ciddiyet algısını, bireyin hastalığı ciddiye alması ve hastalığı kendi sağlığı için ciddi bir durum olarak algılaması belirlemektedir. Çalışmada, kadınların ciddiyet algısı orta düzeydedir. Ancak her üç erken tanı davranışı için ciddiyet algısının davranışı gerçekleştirmede fark yaratmaması, kadınların meme kanserini kendi sağlıkları için ciddi bir durum olarak algıladıkları halde davranışı yapmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmada **sağlık motivasyonu algısı**  $20.35 \pm 4.66$  puandır. Phillips, Sağlık İnanç Modelinden farklı bir ölçekle değerlendirdiği iç motivasyonu, çalışmasına katılan kadınlarda orta düzeyde tespit etmiştir (10). Aydın Avcı ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada öğrencilerin sağlık motivasyonunun  $21.59 \pm 3.27$  ile yüksek olduğu bildirilmektedir (35). Seçginli ve Nahçıvan'ın sağlık motivasyonu puanı olan  $24.70 \pm 3.91$ , bu çalışma bulgusundan daha yüksek düzeyde olup alınabilecek en yüksek puana yakındır.

Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınların sağlık motivasyonu arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 14). Klinik meme muayenesi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlık motivasyonu arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo15). Petro-Nustas



ve Mikhail'in çalışmasında, son bir yılda KKMM yapan kadınların sağlık motivasyonu algılarının, KKMM yapmayanlardan anlamlı olarak fazla olduğu bildirilmektedir (26).

Araştırma mammografi çektiren ve çekmeyen kadınların sağlık motivasyonu algısı arasında fark yoktur (Tablo16). Aydın Avcı'nın çalışması ile Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında, mammografi çektiren kadınların motivasyon algısının, çekmeyenlerden yüksek olduğu bildirilmektedir (34).

Sağlık motivasyonu; sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşması için genel niyet ve istek durumudur. Çalışmadaki kadınların, meme kanserine yönelik erken tanı davranışları için motivasyon puanları yüksektir. Ancak sağlık motivasyon algısı erken tanı davranışlarını gerçekleştiren ve gerçekleştirmeyenler arasında benzerdir.

Çalışmada **KKMM yarar algısı** puanı  $15.50 \pm 3.46$ 'dır. Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yarar algısı puanı  $8.24 \pm 1.03$ 'tür (44). Phillips'in çalışma bulgusu ise  $11.3 \pm 3.2$ 'dir (10). Çalışma bulgusuna benzer olarak Aydın Avcı'nın çalışmasında KKMM yarar algısı puanı  $16.63 \pm 4.06$ 'dır (35).

Çalışmada KKMM yapan ve yapmayan kadınlar arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 14). Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında, KKMM yarar algısının kadınların gelecekte KKMM yapma davranışlarında etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir (26). Karayurt ve arkadaşlarının çalışması ile Dünder ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapan kadınların KKMM yarar algılarının, KKMM yapmayanlardan yüksek olduğu bildirilmektedir (34,62).

Yarar algısı; koruyucu davranışının oluşmasında algılanan olumlu yönlerdir. Sağlık İnanç Modelinin yapısına göre, yarar algısının yüksek olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir. Çalışmadaki kadınların KKMM yarar algıları yüksek düzeydedir. Çalışmadaki kadınların, meme kanserini erken teşhis etmede KKMM'nin yararlı olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Araştırmadaki kadınların **KKMM engel algısı**  $19.04 \pm 6.22$  puan olup orta düzeydedir. Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışması bulgusu  $11.14 \pm 2.89$  puandır (44). Sadler ve arkadaşlarının çalışmasındaki kadınlar erken tanı davranışlarını uygulamada en büyük engelin zaman kısıtlılığı olduğunu belirtmişlerdir (45). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında KKMM engel algısı puanı  $14.60 \pm 3.83$ , bu çalışmadaki kadınların KKMM engel algısı puanından daha düşüktür. Aynı çalışmada, düşük eğitim düzeyindeki kadınların, gelirini kötü olarak gören kadınların ve ailesinde meme kanseri olanların KKMM engel algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (30).

Bu çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM engel algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo14). Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında KKMM yapan kadınların engel algısının düşük olduğu bildirilmektedir (26). Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM'ni yapan kadınların KKMM engel algıları davranışı yapmayanlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (34,62,63). Altuncan ve arkadaşları, KKMM'ni "arada bir uyguladığını" bildiren kadınların KKMM engel algısını, KKMM'ni "hiç uygulamayan" gruba göre daha düşük bulmuşlardır (69). Ülkemizdeki çalışma bulguları, bu araştırma bulgusunu destekler niteliktedir. Araştırmada KKMM engel algısının orta düzeyde olması KKMM'ne yönelik engellerin olduğunu göstermektedir. Modele göre, meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının, beklenen sağlık davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenmektedir.

Engel algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönleridir. Sağlık İnanç Modeli'nin yapısına göre yarar algısının yüksek, engel algısının düşük olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir. Literatürde KKMM yapmada engel olarak belirlenen durumlar; zaman kısıtlılığı, bilgi ve beceri eksikliği, davranışı yapmak için kendine güvenememe, KKMM'nin etkinliğinden şüphe duyma, meme kanseri korkusu, unutma, muayenenin hoş olmaması ve muayenenin zor olmasıdır (45,59,63). Çalışmada kadınların KKMM'ni yapmalarında birtakım engellerin olduğu ve bu engellerin kadınların KKMM davranışlarını etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmada KKMM öz-etkililik (güven) algısı puanı  $30.65 \pm 6.65$  olup orta düzeydedir. Phillips çalışmasındaki  $52.9 \pm 12$  puan olan KKMM öz-etkililik algısını orta düzeyde olarak belirtmektedir. Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasındaki KKMM öz-etkililik algısı puanı  $34.48 \pm 5.97$ 'dir (63). Dünder ve arkadaşları çalışmalarında, meme kanseri bilgisinin öz-etkililik algısını arttırdığı bildirilmektedir (34).

Bu çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik (güven) algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo14) . Petro-Nustas ve Mikhail'in çalışmasında, son bir yılda KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik algılarının davranışı yapmayanlardan anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir (26). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışma bulgusu, Dünder ve arkadaşlarının çalışması ile Karayurt ve arkadaşlarının çalışma bulguları, bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (34,62,63). Gerçek ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim almanın KKMM öz etkililik algısını olumlu etkilediğini, KKMM yapanların, yapmayanlardan anlamlı olarak KKMM öz etkililik algıları daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yine aynı çalışmada "KKMM'ni bilen ve en az bir kez uygulayanlar"

ile “bilen ancak hiç uygulamayanların” “hiç bilmeyenlerden” kendilerini daha güvende hissettikleri bulunmuştur (88).

Öz etkililik; bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder. Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısıdır. Bu çalışmada kadınlar genel olarak KKMM yapmak için kendilerini yeterli görmektedir. KKMM yapan kadınların KKMM yapmayan kadınlara göre sağlıklarını koruyucu davranışı yapabilecek yeterlilik ve kapasitede olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların **mammografi yarar algısı** puanı  $18.88 \pm 3.90$ 'dır. Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışmasındaki mammografi yarar algısı puanı olan  $19.93 \pm 3.19$ , bu çalışma bulgusu ile benzer bulunmuştur (44). Phillips'in çalışmasındaki mammografi yarar algısı orta düzeydedir (10). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasındaki kadınların mammografi yarar algısı olan  $23.05 \pm 3.31$ , çalışma bulgumuzdan daha yüksektir (30). Çalışmadaki kadınların mammografi yarar algıları orta düzeydedir.

Araştırmada 40 yaş üzeri kadınlardan mammografi çektirenler ve çektirmeyenlerin mammografi yarar algısı puanları arasında anlamlı fark yoktur (Tablo 16). Phillips çalışmasında, yaşa uygun mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların mammografi yarar algısı arasında anlamlı fark olmadığını bildirmektedir (10). Aydın Avcı yaptığı çalışmada, çalışma bulgusuna benzer olarak mammografi çektiren ve çektirmeyen kadınların mammografi yarar algısı puanları arasında anlamlı fark olmadığını vurgulamaktadır (35).

Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanserine uyarlanmış versiyonuna göre mammografi yarar algısı, mammografinin olumlu sonuçlarının ve yararlarının algılanmasıdır. Çalışmadaki 40 yaş üzeri kadınların, meme kanserinin erken teşhisinde mammografinin önemini ve yararlarını bilmedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki **mammografi engel algısı** puanı  $26.59 \pm 9.04$ 'tür. Lee-Lin ve arkadaşlarının çalışması bulgusu orta düzeyde olan  $37.53 \pm 10.24$ 'tür (44). Bayık Temel ve arkadaşlarının kadın öğretim üyelerinde yaptıkları çalışmada, mammografi engel algısı alt ölçek puanı  $21.17 \pm 6.87$ 'dir (75). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışma bulgusu olan  $16.59 \pm 3.25$  bu çalışma bulgusundan düşüktür (30). Çalışmadaki kadınların mammografi yarar algısı puanının orta düzeyde olması ve mamografi engel algısı puanının da orta düzeyde olması kadınların mammografi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir. Kırk yaş üzeri kadınların % 54.5'inin mammografi yöntemini duyması bu düşüncüyü desteklemektedir.

Araştırmada mammografi çektiren kadınların mammografi engel algısı, mammografi çektirmeyen kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktür (Tablo 16). Lee-Lin ve arkadaşlarının

Çinli kadınlarda yaptıkları çalışmada, geçmiş yıllarda mammografi çektiren kadınların mammografi engel algılarının, mammografi çektirmeyen kadınların mammografi engel algılarından daha düşük olduğu bildirilmektedir (44). Dünder ve arkadaşları, kırsal kesimde yaptıkları çalışmada, son bir yıl içinde mammografi çektiren kadınların mammografi engel algılarının, mammografi çektirmeyenlerden anlamlı olarak düşük olduğunu bildirmektedir. (34). Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında ise mammografi çektirenlerin mammografi engel algılarının düşük bulunmuştur. (30). Dünder ve arkadaşları çalışmasında kadınların meme kanseri bilgisinin olmasının, mammografi çektirmeyi de olumlu etkilediğini bildirmektedir (34).

Literatürde mammografi çektirmeyi engelleyen faktörler olarak; işlemin ağırlı olacağı inancı, mammografinin sadece tümörlerin varlığında kullanıldığı düşüncesi, mammografinin öneminin bilinmemesi, radyasyona maruz kalma endişesi, başka sağlık problemlerin çıkacağı korkusu, önerilen izlem aralığını anlamama, maliyet ve ulaşım ile ilgili sorunlar, meme kanseri korkusu ve zaman olmamasıdır (30,34,44,56). Meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışların bir bütün olduğu düşünüldüğünde, KKMM engel algısı ve mammografi engel algısını etkileyen faktörlerin benzer olduğu düşünülebilir. Kadınların mammografi çektirmesini engelleyen faktörlerin olduğu ve bu engellerin mammografi çektirmelerini engellediği düşünülmektedir.

## **BÖLÜM VI**

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

#### **6.1. Sonuç**

İzmir’de bir fabrikada çalışan kadınların sağlık inançları ile sosyo-demografik özelliklerin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi belirlemek amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

İşçi kadınların % 91.6’sı meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim almamıştır. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını duyma ve uygulama oranları düşüktür.

Beyaz yakalı işçi kadınlar KKMM’ni, mavi yakalı işçi kadınlardan daha fazla yapmaktadır. Meme kanseri ile ilgili daha önce eğitim alan kadınlar, erken tanı davranışlarını (KKMM yapma, KMM yaptırma, mammografi çektirme) eğitim almayanlardan daha çok uygulamaktadır. Kırkiki yaş ve üzeri grubundaki kadınlar, 30 yaş altı kadınlardan daha çok KMM yaptırmaktadır. Meme kanseri tanısı alan kadınlar, tanı almayan kadınlardan daha fazla KMM yaptırmakta ve 40 yaş üzeri kadınlarda daha çok mammografi çektirmektedirler. Geliri giderinden az olan kadınlar, geliri giderine eşit/ fazla olan kadınlardan daha çok mammografi çektirmektedir.

Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların KKMM yapmayan kadınlara göre KKMM engel algıları düşük, KKMM öz etkililik algıları yüksektir. Mammografi çektiren kadınların, mammografi çektirmeyen kadınlara göre mammografi engel algıları daha düşüktür.

#### **6.2. Öneriler**

İşyeri hemşirelerinin mevcut durumda eğitimlerinin çeşitlilik göstermesi nedeni ile öncelikle işyeri hemşiresinin meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında eğitilmesi, özellikle KMM’ni yapma eğitiminin verilmesi sağlanmalıdır.

Klinik meme muayenesi işyeri hemşiresi ve hekimi tarafından işyerinde yapılmalıdır.

İşyeri sağlık birimlerinin sağlığı koruma ve geliştirme programlarına, meme kanserinde erken tanı, önemi ve erken tanı yöntemleri konusu entegre edilmelidir. İşyeri hemşiresinin sorumluluğunda sağlık eğitim programları yürütülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Duffy SW. Screening for breast cancer, In: Edited by Chris Williams. Evidence Based Oncology, First Published, BMJ Books, BMA House Tavistock Square London. 2003: 109- 117
2. American Cancer Society. How is breast cancer found?  
[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_3X\\_How\\_is\\_breast\\_cancer\\_found\\_5.asp?sitearea=](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_3X_How_is_breast_cancer_found_5.asp?sitearea=) accessed 13.01.2009
3. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH. Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force. Annals of Internal Medicine. 2002;137: 347- 367
4. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2008 Ekim ayı Meme Kanseri Bilinçlendirme Ayı.  
<http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F89EF915B45BFBD FBEB> erişim 13.01.2009
5. American Cancer Society. What causes breast cancer?  
[http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_2X\\_What\\_causes\\_breast\\_cancer\\_5.asp?sitearea=](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_2X_What_causes_breast_cancer_5.asp?sitearea=) accessed 13.01.2009
6. Canadian Cancer Society. Causes of breast cancer.  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_10175\\_272579\\_langId-en,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_10175_272579_langId-en,00.html) accessed 13.01.2009
7. National Cancer Institute. Breast cancer risk.  
<http://www.cancer.gov/bcrisktool/breast-cancer-risk.aspx> accessed 13.01.2009
8. Gotzsche PC, Nielsen M, Blake A et al. Screening for breast cancer with mammography (review) Cochrane Library. 2006; 4.  
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/frame.html> accessed 13.01.2009
9. Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. Journal of Advanced Nursing. 2000; 33 (5): 677- 688
10. Philips JM. Adherence to breast cancer screening guidelines among African-American women of different employment status. American Association Occupational Health Nursing. 1993; 39(4): 84- 88

11. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W et al. American Cancer Society. Guidelines for breast cancer screening: Update 2003. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2003; 53: 141–169.
12. Canadian Cancer Society . Early detection and screening for breast cancer. [http://www.cancer.ca/Canadawide/Prevention/Get%20screened/Early%20detection%20and%20screening%20for%20breast%20cancer.aspx?sc\\_lang=en](http://www.cancer.ca/Canadawide/Prevention/Get%20screened/Early%20detection%20and%20screening%20for%20breast%20cancer.aspx?sc_lang=en) accessed 06.01.2009
13. National Cancer Institute. Breast cancer screening modelities. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/HealthProfessional/page5>
14. Sağlık Bakanlığı. Kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar <http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF6407999D5EC50F896A5A2497543C96C6> erişim 05.01.2009
15. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: The Malmo mammographic screening trial. British Medical Journal,1988; 297: 943- 948
16. Duffy SW, Taba L, Chen HH Holmqvist M et al. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish counties. Cancer. 2002; 95 (3): 458- 469
17. Miller AB, Baines CJ, To T, wallC. Canadian national breast screening study: Breast cancer detection and death rates among women aged 40 to 49 years. Canada Medical Association Journal.1992;147 (10): 265- 276
18. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results. Journal of the National Cancer Institute. 2002; 94(19): 1445- 1457
19. World Health Organization, Cancer, Screening for breast cancer. 2007 <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> accessed 13.01.2009
20. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Coray PN et al. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. Canada Medical Association Journal.1997; 1, 157 (9): 1205- 1212
21. Onat H. Meme kanseri risk faktörleri. Topuz E, ed. Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi, 1.baskı, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, 1997, 102-117
22. American Cancer Society. Can breast cancer be found early?

- [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_4\\_3X\\_Can\\_breast\\_cancer\\_be\\_found\\_early\\_5.asp?sitearea=](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_breast_cancer_be_found_early_5.asp?sitearea=) accessed 13.01.2009
23. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *Journal of American Medical Association*. 2005; 293 (10):1245-1256 accessed 13.01.2009
  24. Champion V. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing and Health*. 1999; 22: 341–348
  25. Jironjwong S, McLennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 41(3): 241- 249
  26. Petro-Nustas W, Mikhail B. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*. 2002;19(4): 263–271
  27. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,1998; 2 (1): 35- 41
  28. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004;1(2); 71-85
  29. Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of Champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 2007; 30(1), 69- 77
  30. Seçginli S, Nahçıvan NO. Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 161- 171
  31. Sortet JP, Banks SR. Health beliefs of rural Appalachian women and the practice of breast self-examination. *Cancer Nursing*. 1997; 20(4): 231- 235
  32. Hoeman SP, Ku YL, Ohl DR Health beliefs and early detection among Chinese women, *Western Journal of Nursing Research*.1996; 18 (5): 518- 533  
<http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-MDL/hoeman.htm>
  33. Speedy S, Hase S. Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting. *Australian Journal of Rural Health*. 2000; 8: 208–213



34. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006; 6(43): 1-9
35. Aydın Avcı İ. The health beliefs relating to mammography of midwives and nurses. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007; 3: 4- 9
36. National Cancer Institute, Incidence and Mortality.  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/HealthProfessional/page3>  
accessed 13.01.2009
37. Althuis MD, Dozier JM, Anderson WF, Devesa SS, Brinton LA. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973–1997. *International Journal of Epidemiology*, 2005; 34: 405 – 412
38. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55: 74- 108.
39. Hutson LM, Breast cancer, Jones and Barlett Publishers. A cancer source book for nurses, Eighth edition, American Cancer Society 2004, International Barb House, Barb Mews London, 2004, 173- 185
40. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA, Medical Surgical Nursing. A nursing Process Approach, Second Edition Saunders, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, 2193
41. Sevinç A İ, Canda A E, Atilla K, Canda T ve ark. Erkeklerde meme kanseri: 22 olgu. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007; 3(1): 14-18
42. Garza MA, Luan J, Blinka M, Farabee-Lewis RI et al. A culturally targeted intervention to promote breast cancer screening among low-income women in East Baltimore, Maryland. *Cancer Control*, 2005; 11; 34-41
43. Glanz K, Resch N, Lerman C, Factor associated with adherence to breast cancer screening among working women. *JOM*, 1993; 34(11):1071- 1077
44. Lee-Lin F, Menon U, Pett M, Nail L et al. Breast cancer belief and mammography screening practices among Chinese American immigrants. *JOGNN Clinical Research*. 2007; 36(3): 212- 221
45. Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB. Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nursing*. 2001; 18: 357- 363
46. Canadian Cancer Society. Comparing breast cancer by race and ethnicity.  
<http://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/race.htm> accessed 13.01.2009

47. National Cancer Institute. Breast cancer risk assesment tool.  
<http://www.cancer.gov/bcrisktool/> accessed 13.01.2009
48. National Cancer Institute. Genetics of breast and overian cancer.  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/genetics/breast-and-ovarian/healthProfessional/> accessed 13.01.2009
49. Karayurt Ö, Zorukoş SN. Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi – destek gereksinimlerinin karşılanması. Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4(2); 56- 61
50. Dalay N. Meme kanserinin biyolojisi. Topuz E, ed. Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi, 1.baskı, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, 1997, 40- 65
51. Centers for Disease Control and Prevention. Breast Cancer Symptoms.  
[http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic\\_info/symptoms.htm](http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm) accessed 13.01.2009
52. Canadian Cancer Society. Sign and symptoms of breast cancer.  
[http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172\\_10175\\_264799\\_langId-en,00.html](http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_10175_264799_langId-en,00.html) accessed 13.01.2009
53. Göçgeldi E, Uçar M, Yaren L Çamoğlu P ve ark. Bir eğitim hastanesinde çalışan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki bilgi ve tutumları ile meme kanseri risk faktörleri taşıma sıklıklarının incelenmesi, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 323-324, 2007, Denizli
54. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi  
<http://www.bsm.gov.tr/bugep/docs/kkmm.pdf>
55. Hakama M, Pukkala E, Kallio M, Godenhjelm K. Effectiveness of screening for breast cancer in women under 50 years at entry: the Kotka pilot project in Finland, Int J Cancer. 1995; 63: 55- 57.
56. Holmberg L, Ekbohm A, Calle E, Mokdad A, et el. Breast cancer mortality in relation to self-reported use of breast self-examination, a cohort study of 450,000 women. Breast Cancer Research and Treatment. 1997; 43(2): 137- 140
57. National Cancer Institute. Effect of Screening on Breast Cancer Mortality.  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/breast/HealthProfessional/page6> accessed 13.01.2009
58. İğci A. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Topuz E, ed. Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi, 1.baskı, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, 1997, 118-127

59. Kurtz ME, Given BG, Given CW, Kurtz JC. Relationships of barriers and facilitators to breast self-examination, mammography and clinic breast examination in a worksite population, *Cancer Nursing*. 1993; 16(4): 251-259
60. Dağhan Ç, Çevik Ü, Tokat sigara fabrikası kadın işçilerine kendi kendine meme muayenesi hakkında yapılan bilgilendirmenin doğru bilgi ve davranış geliştirme durumuna etkisi, 2008, <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/56.pdf> erişim 13.01.2009
61. Ertem E, Durgun Ozan Y, Farklı meslek gruplarına mensup 15- 65 yaş arası kadınların meme kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve kendi kendine meme muayenesi davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 334, 2007, Denizli
62. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008; 4(1): 15-20
63. Merey S, Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. Yüksek Lisans Tezi. Yüksek Öğretim Kurulu Dokümantasyon Merkezi. Tez No :118096. 2002. İstanbul.
64. Beydağ KD, Karaoğlan H, Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6 (2); 106- 111
65. Gölbaşı Z, Kutlar K, Akdeniz H. Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/ kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007; 3(2): 53- 57
66. Ekici E, Utkualp N. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007; 3(3): 136- 139
67. Akkaş H, İlhan MN, Bumin MA, Bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20 yaş üzeri kadınların meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi tutum ve davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 324- 325, 2007, Denizli
68. Özcebe H, Boztaş G, Demiröz S ve ark., Şevkat Sağlık Ocağı'na başvuran 30 yaş ve üstü kadınların meme kanseri ve erken tanısı hakkındaki bilgi ve davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 359, 2007, Denizli
69. Altuncan H, Akın B, Ege E, 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008;4 (2):84-91
70. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2007;55-60

71. Polat G, Aksoy F, Bulut Ç ve ark., 20 yaş üzeri kadınlarda kendi kendine meme muayenesi, meme kanseri risk faktörleri ve belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 317-318, 2007, Denizli
72. Clapp RW. Mortality among US employees of a large computer manufacturing company: 1969– 2001. Environmental Health: A Global Access Science Source. 2006; 5(30): 1- 10
73. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 8 (2): 9- 15
74. İğci A. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Topuz E, ed. Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi, 1.baskı, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, 1997, 118-127
75. Bayık Temel A, Sesli E, Ardahan M, Kadın öğretim üyelerinin mamografi çektirmeye yönelik davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı: 342- 343, 2007, Denizli
76. Rubin CH, Burnett CA, Halperin WE et al. Occupation as a risk identifier for breast cancer. American Journal of Public Health.1993; 83:1311-1315
77. McCready T, Littlewood D and Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. Journal of Clinical Nursing. 2005;14:570-578 .
78. Houfek JF, Waltman NL, Kile MA, The nurse's role in promoting breast cancer screening. Nebr Nurse. 1997: 30 (3) ;4 -9
79. Gözüm S, Aydın İ. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. Cancer Nursing. 2004; 27(6):491- 498
80. Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7 (1):33- 38
81. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. Nursing Research. 1993; 42: 139–143 abstrack accessed 13.01.2009
82. Seçginli S, Nahçıvan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nursing. 2004; 27: 3
83. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri,1.Baskı, İstanbul, Numune Matbaacılık, 1995, 1-12

84. Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*. 1997; 46: 331–337 abstract accessed 13.01.2009
85. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Advanced Nursing Science*. 1984;6: 73–85 abstract accessed 13.01.2009
86. Aras L, Aydiner A, Babuna Ç, Ertürk A ve ark. Türkiye’de 50 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri taraması: 5 yıllık prospektif kohort araştırması.  
<http://www.ukdk.org/pdf/kitap/31.pdf>
87. Holm CJ, Deborah F, Curtin J. Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*. 1999; 22(2):149-156 abstract accessed 13.01.2009
88. Gerçek S, Duran Ö, Yıldırım G, Karayel H ve ark. Kredi yurtlar kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008 ;4 ( 3 ) :157-161
89. Chong PN, Krishnan M, Hong CY, Swah TS, Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Amongst Public Health Nurses in Singapore. *Singapore Med J*. 2002 43(10) : 509-516

## EKLER

### Ek 1. SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU

#### 1. Yaşınız

- a) 20 yaş altı                      b) 20 -30                      c) 31- 41                      d) 42 ve üzeri

#### 2. Medeni durumunuz

- a) Evli                      b) Bekar (eşinden ayrılmış ve eşi ölmüş olanlar da dahil)

#### 3. Eğitim durumunuz

- a) İlkokul                      b) Ortaokul                      c) Lise                      d) Üniversite

#### 4. Gelir durumunuz

a) Gelirim giderimden fazla

b) Gelirim giderimden az

c) Gelirim giderime eşit

#### 5. Şimdiye kadar meme kanseri tanısı aldınız mı?

- a) Evet                      b) Hayır

#### 6. Ailenizde meme kanseri tanısı alan kişi var mı?

- a) Var                      b) Yok

#### 7. Arkadaş ya da akrabalarınızda meme kanseri tanısı alan var mı?

- a) Var                      b) Yok

#### 8. Meme kanseri hakkında daha önce eğitim aldınız mı?

- a) Evet                      b) Hayır

Yanıtınız "Evet" ise nereden aldınız?

.....

#### 9. Şimdiye kadar KKMM hiç duydunuz mu?

- a) Evet                      b) Hayır

#### 10. Son bir yılda düzenli olarak KKMM yaptınız mı?

- a) Evet                      b) Hayır

#### 11. Şimdiye kadar hiç klinik meme muayenesini duydunuz mu?

- a) Evet                      b) Hayır

12. Son bir yılda klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?

- a) Evet                      b) Hayır

13.Şimdiye kadar hiç mamografi yöntemini duydunuz mu?

- a) Evet                      b) Hayır

14. Son bir yılda mamografi çektirdiniz mi? (yaşınız 40 ve üzeri ise cevaplayın)

- a) Evet                      b) Hayır

15.Çalıştığınız birim.....

## Ek 2. MEME KANSERİ TARAMALARINDA SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ

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

### *Duyarlılık*

Kesinlikle  
katılmıyorum  
Katılmıyorum  
Kararsızım  
Katılıyorum  
Kesinlikle  
katılıyorum

- 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

### *Önemseme/ciddiyet*

- 1.Meme kanserini düşünmek beni korkutur  
2.Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım  
3.Meme kanserini düşünmekten korkarım  
4.Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek  
5. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkimi tehdit eder  
6.Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek

### *Sağlık motivasyonu*

- 1.Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.  
2.Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.  
3.Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.  
4.Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.  
5.Dengeli beslenirim.

### ***KKMM yararları***

- 1.KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.
- 2.Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.
- 3.Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.
- 4.Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir

### ***KKMM engelleri***

- 1.KKMM yapmaktan sıkılıyorum
- 2.KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor
- 3.Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur
- 4.Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.
- 5.Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.
- 6.Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez.
- 7.Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.
- 8.KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.

### ***KKMM öz-etkililiği***

- 1.KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum
- 2.KKMM ni doğru bir şekilde yapabiliyim.
- 3.KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.
- 4.Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.
- 5.Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.
- 6.Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.
- 7.KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum
- 8.KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim
- 9.Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim
- 10.Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.

### ***Mamografi yararları***

- 1.Mamografi çektirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.
- 2.Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.
- 3.Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.
- 4.Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.
- 5.Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.



### ***Mamografi Engelleri***

1. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.
2. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım
3. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum
4. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.
5. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.
6. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.
7. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.
8. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak
9. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam
10. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.
11. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.

EK-3

Sun Tekstil İnsan Kaynakları Departmanı'na  
Torbali

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek lisans programı öğrencisiyim. "İzmir'de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları ile Sosyo-demografik Özelliklerin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamdaki Sosyo-demografik Anket Formu ve Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nden oluşan iki anketi fabrikanızda çalışan kadınlara uygulamak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Fevzi Çakmak Mahallesi  
Ali paşa sokak No 7/1

Balçova / İzmir


21.02.2008

Esmâ Güney



  
SUN TEKSTİL  
SAN. VE TİC. A.Ş.  
H.İTANSA 192/002  
Uygundur.  
Rahile ÜENİ  
Sun Holding İK Yöneticisi



<b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ETİK KURUL KARARLARI</b>	
Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/55	Tarih: 17/01/2008
<p><b><u>Etik Kurul Üveleri</u></b>            Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)            Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.)            Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)            Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)</p> <p><b><u>Etik Kurul Sekreteri</u></b>            Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK</p>	<p style="text-align: center;"><b>DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE</b></p> <p>Etik Kurulumuzun 17 Ocak 2008 tarih ve 33/1/08 sayılı toplantısında, 1281 kayıt numaralı evrak ile başvuran Yard.Doç.Dr.Ayşe BEŞER'in danışmanlığını yürüttüğü Esmâ GÜNEY'in "İzmir'de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları ile Sosyodemografik Özelliklerin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına etkisi" konulu tez önerisinin uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.            Oy birliği ile kabul edilmiştir.            Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">             Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN            Etik Kurul Başkanı         </p>
<p><b>ASLI GİBİDİR</b></p>  <p><b>Mukadder AKKEÇELİ</b>            Yüksekokul Sekreteri</p>	