

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİNE  
İLİŞKİN KORUNMA ÖNLEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ  
VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Duygu GÜNDOĞAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2012**

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MEME KANSERİNE  
İLİŞKİN KORUNMA ÖNLEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ  
VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Duygu GÜNDOĞAN**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2012**

## BEYAN

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



DUYGU GÜNDOĞAN

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	6
4.1. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ .....	6
4.2. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ .....	8
4.2.1. Yaş .....	8
4.2.2. Cinsiyet .....	9
4.2.3. Kişisel Meme Kanseri Hikayesi .....	9
4.2.4. Fertil Çağ Süresi .....	9
4.2.5. Ailede Meme Kanseri Hikayesi .....	9
4.2.6. Daha Önce Meme Biyopsisi Yapılmış Olması .....	10
4.2.7. Doğurganlık Hikayesi .....	10
4.2.8. Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği .....	10
4.2.9. Hormon Replasman Tedavisi (HRT) .....	10
4.2.10. Oral Kontraseptif Kullanımı .....	11
4.2.11. Radyasyona maruz kalma .....	11
4.2.12. Kalıtsal Meme/Over Kanseri Sendromu (HBOC=Hereditary Breast/Ovarian Cancer) .....	11
4.2.13. Yaşam Biçimi .....	12
4.2.14. Alkol Kullanılması .....	12
4.2.16. Sigara Kullanılması .....	13
4.2.17. Egzersiz .....	13
4.2.18. Beslenme Alışkanlığı .....	13
4.3. MEME KANSERİNDE BELİRTİ BULGULAR .....	14
4.4. MEME KANSERİNDE KORUNMA .....	15

4.4.1. Birincil Korunma	16
4.4.1.1. Sağlıklı Beslenme	16
4.4.1.2. Erken Yaşta Doğum	17
4.4.1.3. Emzirme	17
4.4.1.4. Fiziksel Aktivite	17
4.4.1.5. Hormon Kullanımı	18
4.4.1.5. Cerrahi Erken Menapoz	18
4.4.1.6. Kemoprevensiyon	18
4.4.1.7. Profilaktik Mastektomi	19
4.4.1.8. Akol ve Sigara Kullanılmasının Engellenmesi	20
4.4.1.9. İyonizan Radyasyona Maruz Kalma	20
4.4.2. İkincil Korunma	20
4.4.2.1. Risk Değerlendirme Araçları	20
4.4.2.1.1. Gail Modeli	21
4.4.2.1.1. Claus Modeli	21
4.4.2.2. Meme Kanseri Taramaları	22
4.4.2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	23
4.4.2.2.2. Klinik Meme Muayenesi	27
4.4.2.2.3. Mamografi	28
4.5. MEME KANSERİNİ ERKEN TARAMA ve TANILAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ	28
5. MATERYAL VE YÖNTEM	36
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	36
5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	36
5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	36
5.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
5.3.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	36
5.4. CHAMPİON SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ 'NİN TANIMI	37

5.4.1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirliğine ilişkin sonuçları .....	37
5.4.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliğine ilişkin sonuçlar .....	39
5.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ .....	39
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI .....	40
5.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ .....	42
6. BULGULAR .....	43
6.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARI ....	43
6.2. ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARI .....	44
6.3. ÖĞRENCİLERİN AİLE VE SOSYAL ÇEVRE İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARI .....	46
6.4. ÖĞRENCİLERİN OKUL İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARI .....	49
6.5. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ PUANLARININ DAĞILIMI .....	50
6.6. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ PUANLARININ ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	52
6.7. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ PUANLARININ ALT ÖLÇEK PUANLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI .....	54
7. TARTIŞMA .....	69
8. SONUÇLAR .....	74
9. TEŞEKKÜR .....	78
10. KAYNAKLAR .....	79
EKLER	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>KMMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KETEM</b>	: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri
<b>HRT</b>	: Hormon Replasman Tedavisi
<b>BRCA1</b>	: Breast Cancer Susceptibility 1
<b>BRCA2</b>	: Breast Cancer Susceptibility 2
<b>HBOC</b>	: Hereditary Breast/ Ovarian Cancer
<b>MRG</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>KMM</b>	: Klinik Meme Muayenesi
<b>NIC</b>	: Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması
<b>NOC</b>	: Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması

**Araştırma Projesi Numarası:** Hem/0892011

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. 1. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanseri Türleri .....	7
Tablo 4.2. 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanseri Türleri .....	7
Tablo 4.4.1. Amerikan Kanseri Topluluğu’nun Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi .....	23
Tablo 4.5.1.Meme kadınlarda yaşadığı psikososyal sorunla .....	32
Tablo 4.5.2.Meme kanserli kadınlar için Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri .....	33
Tablo 5.4.1. CSİMO-Türkçe Formun Madde İstatistiği Sonuçları .....	38
Tablo 5.4.2. CSİMO’nun Orijinal ve Türkçe Formlarının Cronbach Alpha Katsayıları ..	38
Tablo 5.6.1. Champion Sağlık İnanç Ölçeği Madde Alt Ölçek Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach $\alpha$ Değeri .....	40
Tablo 6.1.1.Öğrencilerin Kişisel Özelliklere Göre Dağılım .....	43
Tablo 6.1.2. Öğrencilerin Ölçümsel Kişisel Özelliklere İlişkin Verilerin Dağılımı .....	44
Tablo 6.2.1. Öğrencilerin Sağlık Durumu ile İlişkili Özelliklere Göre Dağılım .....	45
Tablo 6.2.2. Öğrencilerin Ölçümsel Sağlık ile İlgili Özelliklere İlişkin Verilerin Dağılımı .....	46
Tablo 6.3.1. Öğrencilerin Aile ve Sosyal Çevre İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılım ....	47
Tablo 6.3.2. Ölçümsel Aile ve Sosyal Çevre ile İlişkili Özelliklere İlişkin Verilerin Dağılımı .....	48
Tablo 6.4.1. Öğrencilerin Okul İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılım .....	49
Tablo 6.4.2. Öğrencilerin Okul ile İlişkili Özelliklere Ait Verilerin Dağılımı .....	49
Tablo 6.5.1. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Dağılımı .....	50
Tablo 6.5.2. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı .....	52
Tablo 6.6.1.Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Duyarlılık Algısı Alt Boyutları Arasındaki İlişki .....	53
Tablo 6.7.1.Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Yaş ile Korelasyonu .....	54



Tablo 6.7.2. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Yaşamının Büyük Bir Bölümünü Geçirdiği Yerleşim Birimine Göre Karşılaştırılması ...	55
Tablo 6.7.3. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyleri ile Karşılaştırılması .....	55
Tablo 6.7.4. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sağlık Sorunu Varlığı ile Karşılaştırılması .....	57
Tablo 6.7.5. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Hastalık Geçirme Durumu ile Karşılaştırılması .....	58
Tablo 6.7.6. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sağlık Durumu ile Korelasyonu .....	59
Tablo 6.7.7. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sürekli İlaç Kullanımına ile Karşılaştırılması .....	59
Tablo 6.7.8. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması .....	60
Tablo 6.7.9. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Annenin Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması .....	61
Tablo 6.7.10. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Babanın Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması .....	62
Tablo 6.7.11. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sınıflar ile Karşılaştırılması .....	63
Tablo 6.7.12. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Mezun Lise Türü ile Karşılaştırılması .....	65
Tablo 6.7.13. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Başka Lisans Programından Mezun Olma veya Halen Devam Etme ile Karşılaştırılması .....	66
Tablo 6.7.14. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının AGNO Puanları ile İlişkisi .....	67
Tablo 6.7.15. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Akademik Başarısını Tanımlaması ile Karşılaştırılması .....	67

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: KMMM memelerin eller kalçadayken gözlemlenmesi .....	24
Şekil 2: KMMM memelerin eller havadayken gözlemlenmesi .....	25
Şekil 3: Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. Şekilde yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı tarama usulü gözlenmektedir .....	25
Şekil 4: Elle muayenede meme dokusu yukarıda görülen şekillerde taranabilir. Kendinize hangi usul daha rahat geliyorsa onu benimseyin .....	26
Şekil 5: Yandaki şekilde elle muayenede memenin yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı taranması gösterilmiştir .....	26
Şekil 6: Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi .....	26
Şekil 7: Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi .....	27

## 1. ÖZET

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma evreni İstanbul'daki vakıf üniversitesinde hemşirelik bölümünde okuyan 410 bayan öğrenciden oluşmaktadır. Verilerin toplama aracı olarak, öğrencilere ait bilgileri içeren “ Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen verilere göre öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı alt ölçek puan ortalaması  $2,58 \pm 0,810$ , ciddiyet algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,08 \pm 0,800$ , yarar algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,98 \pm 1,011$ , engel algısı alt ölçek puan ortalaması  $2,30 \pm 0,743$ , güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,48 \pm 0,891$ , sağlık motivasyonu alt ölçek puan ortalaması ise  $3,75 \pm 0,865$  olarak tespit edilmiştir. Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı ( $3,98 \pm 1,011$ ) yarar algısı alt ölçeğinden, en düşük puanı ( $2,30 \pm 0,743$ ) ise engel algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir. Meme kanseri hakkındaki bilgisi ve erken tanı uygulamalarının yaş, yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği yere, gelir düzeyi, sağlık sorunu, aile tipine, öğrencilerin sınıflarına göre, mezun olunan lise türüne göre, akademik başarısına göre değişiklik göstermektedir. Hemşirelik öğrencileri toplum sağlığının sürdürülmesinde ve korunmasında önemli rollere hazırlanma sürecindedir. Bu yüzden hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri, KKMM, önemi ve koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konusunda bilgi ve becerileri geliştirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, öğrenciler

## 2. SUMMARY

The aim of the study was to assess the level of nursing students' knowledge and their health practices for breast cancer prevention. Study population was comprised of 410 nursing students who were studying at the nursing school of a Foundation University. Data were collected using Student Information Form and Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS). Mean score of Champion's Health Belief Model Scale's susceptibility subscale was  $2.58 \pm 0.810$ , mean score of seriousness subscale was  $3.08 \pm 0.800$ , mean score of benefits subscale was  $3.98 \pm 1.011$ , mean score of barriers to BSE subscale was  $2.30 \pm 0.743$ , mean score of confidence/self-efficacy of BSE subscale was  $3.48 \pm 0.891$ , mean score of motivation subscale was  $3.75 \pm 0.865$ . Benefits subscale score of Champion's Health Belief Model Scale was the highest ( $3.98 \pm 1.011$ ), and barriers to BSE subscale score was the lowest ( $2.30 \pm 0.743$ ). The current study found that there were statistically significant differences between students' beliefs and breast cancer screening attitudes in relation to students' age, the place of residence, perceived income level, a health history, a type of family, class, type of high school recently completed and perceived income level. Nursing students are very important since they can make impacts on maintaining and improving public health. It is vital to improve nursing students' knowledge and their practical skills about breast cancer, importance and methods of the breast self-examination for the prevention from breast cancer, and health promoting behaviours.

**Key words:** Breast cancer, breast self-examination, students.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser günümüzde tüm dünyayı tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünyada her yıl on milyon kişinin kansere yakalandığını, altı milyon kişinin ise kanserden öldüğünü bildirmektedir (1). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Kadınlardaki kanserlerin tümünün %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'inden sorumludur. Kansere bağlı ölümlerde ise akciğer kanserinin arkasından 2. sırada gelmektedir (2). Meme kanseri insidansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir. ABD'de her 8 kadından biri, Avusturalya'da 13 kadından biri, Japonya'da 50 kadından biri tüm yaşamları boyunca meme kanseri olma riski ile karşı karşıyadır (3).

Meme kanserinin insidansı Sahra altı Afrika'nın pek çok ülkesinde, Çin'de ve dışında diğer Doğu Asya ülkelerinde düşüktür(20/100 000'den az). Yüksek oranlar (80-90/10 000), Kuzey Amerika'da Brezilya ve Arjantin dahil olmak üzere Güney Amerika'nın bazı bölgelerinde, kuzey ve batı Avrupa'da ve Avustralya'da kaydedilmiştir. İnsidans, menopoza kadar yaşla birlikte lineer bir artış göstermektedir, gelişmekte olan ülkelerde menopoz sonrasında artış çok daha az belirgin ya da neredeyse yoktur (4).

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2004 yılında sekiz ilde yaptığı ve Türkiye geneline yansıttığı sonuçlara göre, 100.000'de 34.73 insidans ile meme kanseri Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser tipidir. Ülkemizde henüz düzenli bir meme kanseri kayıt programı olmadığından, kesin sıklığının belirlenmesi güçtür (5). Türkiye'nin farklı bölgelerinde coğrafik, sosyal ve kültürel farklılıklar nedeniyle değişiklik göstermektedir (6). Mevcut verilere göre doğu bölgelerimizde 20/100 000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100 000 oranında bir sıklığının olduğu tahmin edilmektedir (5).

Meme kanseri riski, over sikluslarının toplam sayısı ile birlikte artmaktadır. Menarj yaşındaki gecikmenin her bir yılı için riks yaklaşık yüzde 15 düzeyinde azalmakta ve menopoz yaşındaki gecikmenin her bir yılı için yüzde 3 artmaktadır. Yapay menopoz, doğal menopoza benzer ya da biraz güçlü bir koruyucu etki sağlamaktadır (4).

Ülkemizde geleneksel aile modeli yaygın olup; ailenin en az iki çocuk sahibi olması, emzirmenin annenin önemli rollerinden biri olarak düşünülmesi, beslenmede karbonhidratlı besinlere ağırlık verilmesi, toplumsal ve dinsel nedenlerle özellikle kadınlar arasında alkol tüketiminin az olması meme kanserinden koruyucu yaklaşımlar olarak düşünülebilir (7).

Meme kanseri ileri yaşlarda ortaya çıkan bir hastalık olarak bilinse de vakaların %25'i 40-49 yaş gurubu kadınlarda ortaya çıkmakta, son yıllarda daha erken yaşlarda da tespit edilmektedir. Bu nedenle kadınları mümkün olduğu kadar genç yaşlarda eğitmek erken tanı ve tedavi için çok önemlidir (8).

Meme kanserli hastaların 5 yıllık genel sağ kalım oranı, gelişmiş ülkelerde %73, gelişmekte olan ülkelerde %53 dür. Aradaki bu önemli fark gelişmiş olan ülkelerde tarama memografisi sayesinde erken tanı ile ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir. 2002 yılı haziran ayında Milano'da yapılan Global mammografik tarama çalışmalarının analizinde iyi organize edilmiş klinik tarama programlarının meme kanserinden ölümü %21-%23 oranında azalttığı belirtilmiştir (9).

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en emin yolu erken tanı ve tedavidir. Erken tanının sağlanması da bu konuda kadınların eğitimi, bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile olur. Tarama programının amacı hiçbir yakınması olmayan kadınlarda çeşitli yöntemlerle ( kendi kendine muayene, fizik muayene ve mamografi) memesinde anormallik olanları saptamaktır. Memedeki kitlelerin yaklaşık %80-90'ı kadınların kendi kendileri tarafından fark edilmektedir. Bu nedenle erken tanı Kendi Kendine Meme Muayenesi (KMMM) ile kitle taraması bu hastalık için önem taşımaktadır. Ucuz, kolay uygulanabilen ve kolay erişilebilen bir görüntüleme yöntemi olan mamografi, meme kanserinin saptanmasında tarama için oldukça uygun bir tetkiktir. Pek çok uluslararası çalışma mamografik taramanın meme kanseri mortalitesinin %30-60 oranında azalttığını göstermiştir (8, 1).

Fillandiya'da KKMM öğretilen 28.785 kadın ile öğretilmeyenler karşılaştırıldığında kanserlerin evresinde fark bulunmamasına rağmen mortalite hızında azalma saptanmıştır (10). Hindistan Ulusal Kanser Enstitüsünün sonuçlarına bakıldığında, hastaların %76'sındaki evre III ve evre IV'tür. Batı Afrika ülkesi olan 20 milyonluk Gana'da da hastaların neredeyse tamamında ileri evrede tanı konulmaktadır. Ukrayna'da, ABD desteği ile yapılan ve 4.000 kadını içeren bir tarama projesinde, lokal ileri meme kanserinde %50'ye yakın bir azalma görülmüştür (11).

Türkiye'de dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi meme kanserinin kontrolü için, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve meme sağlığı ile ilgili dernekler meme kanserinin erken tanı ve tedavisine yönelik birçok farklı program yürütmektedir. Ulusal meme kanseri tarama rehberi 2004 yılında yayınlanmış, topluma dayalı tarama etkinliklerinin

yürütülebilmesi ve halkın erken tanı ve tedavi hakkında farkındalık yaratılması amacıyla ülkede yaygın olarak Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) hizmete açılmıştır. KETEM “Erken teşhis hayat kurtarır!” prensibiyle yola çıkarak özellikle meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütmektedirler 2008 yılı sonu itibari ile Türkiye’nin 81 ilinde toplam 124 KETEM kurulmuş olup, halen bu birimler devlet hastaneleri bünyesinde faaliyetlerine devam etmektedir. KETEM’lerde kadınlara verilen eğitimler kanser farkındalığı oluşturmanın il basamağıdır (12, 13, 14, 15).

Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi başkanlığı Kanseri Erken Teşhis ve Tarama merkezleri (KETEM) ile meme kanseri taraması gerçekleştirmektedir. Amaç; erken tanı ile sağlıklı ve uzun bir yaşamın sağlanması, memenin korunması ve yaşam kalitesinin artırılması, ayrıca meme kanserinden ölümlerin azaltılmasıdır (9).

Hemşireler Dünyanın birçok ülkesinde sağlıklı/hasta bireyin sağlık eğitiminde yer almaktadır. Meme kanseri ile ilgili olarak kadınların eğitiminde de hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Ayrıca KKMM eğitimi, pek çok araştırmacı tarafından da önemli bir hemşirelik fonksiyonu olarak tanımlanmıştır. Hemşirenin bu eğitim işleminde öncelikle kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili olarak neleri bilip neleri bilmediğini ve risk grubunda yer alanları saptaması gereklidir (16).

Kanserlerde psikososyal girişimler tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir parçası olup, hastalığın fiziksel tedavisini desteklemektedir. Tedavinin her aşamasında hastalarla birlikte çalışan hemşireler, psikososyal girişimlerin geliştirilmesinde ve uygulamasında önemli görevler üstlenebilirler. Tüm kanser türleri düşünüldüğünde kanser hastalarının yaşadığı sorunlar ve gereksinimleri farklılaşmaktadır. Bu doğrultuda hemşirelerin bütüncül bir yaklaşım içinde kanser hastalarını değerlendirmeleri ve bu yönde araştırmalar yaparak yeni psikososyal girişimler geliştirip uygulamaları son derece önemlidir (17).

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Ülkemizde 1970’li yıllarda sebebi bilinen ölümler arasında 4. sırada yer alan kanserler, son yıllarda kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra 2. sıraya yükselmiştir. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malignitedir ve kansere bağlı ölümler içinde akciğer kanserinin ardından ikinci sırada gelmektedir. Kanserın ölüm nedenleri arasındaki yeri bilinmesine rağmen hastalığın görülme sıklığı konusunda güvenilir bilgi mevcut değildir. Kanser Sağlık Bakanlığı’na “bildirimi zorunlu” bir hastalık olmasına rağmen ülkemizde gerçek kanser insidansı bilinmemektedir (11, 13).

Meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında ilk sıraya otururken kanser sonucu ölümlerin de ikinci nedendir. Meme kanserinin diğer önemli bir özelliği de insidansın her yıl artmasıdır. 1970’li yıllarda her 18 kadında bir görülürken günümüzde bu sıklık 8 kadından bire yükselmiştir (18). Bir kadının hayatındaki meme kanseri insidansını etkileyen üç önemli tarih; menarş yaşı, miyadını tamamlamamış ilk gebeliğin oluştuğu yaş ve menopoza giriş yaşıdır. İlk adetini 16 yaşından sonra görmüş olanlarda meme kanseri riski 12 yaşında olanların %50-%60’ı kadardır ve bu farklılık yaşam boyu sürer. Benzer şekilde ister doğal ister cerrahi olsun, ortalama menopoz yaşından (52 yaş) 10 yıl önce menopoza girenlerde meme kanseri riski hayat boyunca %35 daha düşük seyredir. Miyadını tamamlamış ilk gebelik 18 yaşından önce olmuşsa, meme kanseri riski hiç doğurmamış kadınlara göre %30-40 daha düşüktür (19). Erkek meme kanseri tüm yeni vakaların yaklaşık olarak %1 ini oluşturmaktadır, evrelendirmesi ve doğal seyri kadın meme kanseriyle benzer özelliklere sahiptir (20).



**Tablo4.1. 1. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kansere Türleri**

<b>Kanser türü</b>	<b>Yüzde</b>
Meme	26.0
Akciğer ve bronşlar	14.0
Kolon ve rektum	10.0
Serviks	6.0
Lenf düğümü	4.0
Troid	4.0
Deri	4.0
Overyum	3.0
Böbrek ve renal pelvis	3.0
Lösemi	3.0
Diğer	23.0

**Tablo4.2. 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kansere Türleri**

<b>Kanser türü</b>	<b>Yüzde</b>
Meme	26.58
Deri	8.01
Mide	5.53
Overyum	5.36
Kalın bağırsak	4.75
Akciğer ve bronşlar	4.37
Endometrium	3.84
Troid	3.76
Serviks	3.60
Kemik iliği	3.51
Diğer	30.70

Zorukoş S. “Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması” Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

## 4.2. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanserinin halen yeni bilgilerin ortaya çıktığı ve gelişmelerin yaşandığı oldukça geniş bir alan olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekte, tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmekte ve bu özelliklere de kısaca “risk faktörü” adı verilmektedir (22).

Tüm dünyada çeşitli ülkeler arasında meme kanseri insidansı açısından 10 katlık bir farklılık vardır. Daha fazla endüstrileşmiş ülkelerde yaşayan kadınlarda meme kanseri insidansı endüstrileşmiş ülkelere göre daha düşük olma eğilimindedir (2).

Meme kanseri ile ilgili önemli paradoksların bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının zencilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranlarının zenci ırkında daha fazla olmasıdır. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir (2).

Sağlık bakanlığının verileri ve Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu’nun veri tabanındaki olgular incelendiğinde ülkemizin batısında meme kanseri insidansının doğusuna oranla yaklaşık 2 kat fazla olduğu görülmektedir. Ülkenin batısı ile doğusu arasındaki sıklık farkının, Türkiye’nin batı bölgelerindeki yaşam tarzının batı toplumlarınıninkine benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (2).

Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir. Kadınlarda meme kanseri görülme riskini yükselten bu faktörler de şu şekilde sıralanmaktadır (22).

### 4.2.1.Yaş

Meme kanseri riski yaşla birlikte artmaktadır. Olguların çoğu 50 yaşından sonra görülmektedir (23). Gelişmiş ülkelerde 55-59 yaş grubunda 100.000 de 257 olan sıklık 80-84 yaş grubunda 477’ye yükselmektedir. 20 yaşından önce çok ender olan meme kanserinin sıklığı 30 yaşından sonra giderek artar, bu artış 40 yaş dolaylarında hızlanır, 60’lı yaşlarda en yüksek düzeyine ulaştıktan sonra daha yavaş, ancak sürekli artmaya devam eder (24).

#### **4.2.2. Cinsiyet**

Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (25).

#### **4.2.3. Kişisel Meme Kanseri Hikayesi**

Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının meme kanseri teşhisi konulmamış kadınlara göre 3-4 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (22).

#### **4.2.4. Fertil Çağ Süresi**

Meme kanseri riski erken menarş ve geç menopoz ile birlikte artmaktadır. Menarşın 12 yaşından önce olması, menopozun 55 yaşından sonra gerçekleşmesi meme kanseri oluşturma açısından birer risk faktörüdür (23). Bir diğer deyişle kadının yaşamındaki bu "östrojen penceresi" açıklığı meme kanseri gelişimi ile paralellik gösterir (24).

#### **4.2.5. Ailede Meme Kanseri Hikayesi**

Aile bireyleri arasında meme kanserine yakalanmış kimse bulunmasının, kadınların meme kanserine yakalanma olasılığını yükselttiği ifade edilmektedir (22). Toplumda yapılan kesitsel çalışmalarda kadınların %5-10'unun anne veya kız kardeşlerinde meme kanseri olduğu saptanmıştır (23, 26). Kanserlerin kalıtsal formu; tanı yaşının erken olması, yüksek penetranslı olması, çift olan organlarda bilateral tümörlerle birlikte görülmesi, her iki ebeveynden de kalıtıbilmesi ve diğer tip tümörlerle birlikte görülmesi ile karakterizedir. Ailede aynı tip kanserlerin görülmesi durumunda ise kanser ailesi olarak tanımlanmaktadır. Aile öyküsü varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması meme kanseri riskini 1.80 kat arttırır. İki tane birinci derece akraba varlığında bu risk 2.9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar (2). Bu kadınların diğer kadınlara nazaran daha dikkatli izlenmeleri; meme kanseri

genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklere başvurarak risklerini hesaplatmalarını gerekmektedir (22).

#### **4.2.6. Daha Önce Meme Biyopsisi Yapılmış Olması**

Bazı kadınlara memelerinde bulunan bir kitle nedeni ile biyopsi yapılmış ve iyi huylu bir tümör saptanmış olabilir. Memede kanser olmayan iyi huylu bu tür tümörlerin bulunmasının da, kanser gelişme riskini değişik oranda artırabildiği belirtilmektedir (22).

#### **4.2.7. Doğurganlık Hikayesi**

Kadınların ilk çocuğunu doğurma yaşı meme kanserine yakalanma açısından önemlidir (22). İlk doğumun 30 ve özellikle 35 yaşından sonraya bırakılması da meme kanseri riskini 4 kat arttırmaktadır (24). Hiç çocuğu olmayan kadınlarda ise risk daha da yükselmektedir (22).

#### **4.2.8. Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği**

Varlıklı ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda, meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu özelliğe sahip olan ailelerin kızları daha iyi beslendikleri için daha erken yaşta gelişmekte ve bunun sonucu olarak da daha erken yaşta adet görmeye başlamaktadırlar. Ayrıca bu çocuklar büyüdüleri zaman eğitim ve iş nedeniyle daha geç yaşta evlendikleri için daha geç yaşta çocuk sahibi olmaları söz konusu olmaktadır (22).

#### **4.2.9. Hormon Replasman Tedavisi (HRT)**

Menopozdaki kadınlara östrojen hormonu verilmesinin meme kanseri riskini, anlamlı olmasa da artırdığı bilindiğinden, yılda bir kez mamografi çekilmesi önerilir (24). HRT kullanımı sonucu oluşan meme kanseri riski, alkol alımı, aşırı kilo ( $BMI > 30 \text{kg/m}^2$ ), 30 yaşından sonra yapılan ilk doğum, geç menopoz gibi risk faktörlerinden daha farklı değildir (2).

#### **4.2.10. Oral Kontraseptif Kullanımı**

Doğum kontrol haplarının meme kanseri görülme riskini yükselttiği belirtilmekle birlikte konu ile ilgili farklı görüşlerin olduğu ifade edilmektedir. Her ne kadar bu hapları kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma açısından bir risk artışı olduğu ileri sürülse de, 10 yıl önce doğum kontrol hapi kullanmayı bırakmış olan kadınlarda bu riskin tamamen ortadan kalktığına da işaret edilmektedir (22).

#### **4.2.11. Radyasyona maruz kalma**

Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini arttırmaktadır. Hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini arttırmaktadır (2).

#### **4.2.12. Kalıtsal Meme/Over Kanseri Sendromu (HBOC= Hereditary Breast/Ovarian Cancer)**

1990'da ilk meme kanseri yatkınlık geni olarak bilinen BRCA1 17q12-21'e lokalize edilmiştir. Majör etkili kanser yatkınlık genlerinden olan BRCA1 mutasyonları yalnızca meme kanseri olan ailelerin %45'inde, meme ve over kanserini birlikte gösteren ailelerin %90'ında ve tüm meme kanseri olgularının %3.5-6'ında saptanmaktadır. Genel popülasyonda BRCA1 mutasyonu sıklığı ise 6/10.000'dir. BRCA1 pozitifliği olan bir kadında meme kanserine yakalanma riski %85, over kanserine yakalanma riski ise %40-60'dır (2).

13. kromozomda bulunan diğer majör etkili gen olan BRCA2 mutasyonları ise yalnızca meme kanseri olan ailelerin %35'inde ve tüm meme kanseri olgularının %2-3.5 olguda saptanmaktadır. Genel popülasyonda BRCA2 mutasyonu sıklığı ise 2.2/10.000'dir. Bunun yanında BRCA2 erkek meme kanseri ve prostat kanseri ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. BRCA2 pozitifliği olan bir kadında hayat boyu meme kanserine yakalanma riski %40-45, over kanserine yakalanma riski ise %15'dir (2).

Aşağıdaki maddelerden birisinin varlığı BRCA1/BRCA2 testi için endikasyon oluşturur.

1. Ailede BRCA1/BRCA2 mutasyonu olan birey varlığı
2. Meme kanseri olan hastada aşağıdakilerden bir ya da fazlasının varlığı
  - a) 45 yaş ve altında tanı almış olmak
  - b) 50 yaş altında tanı almış olmak ve ailede en az bir yakın akrabanın 50 yaş altında meme kanseri ve/veya over/fallop tüpü/primer peritoneal kanser olması
  - c) Kişide biri 50 yaş altında olmak üzere iki primer meme kanseri varlığı
  - d) Herhangi bir yaşta tanı almış ve ailede en az iki yakın akrabanın herhangi bir yaşta meme kanseri ve/veya over/fallop tüpü/primer peritoneal kanser olması
  - e) Ailede meme kanseri olan 1.,2. ve 3. derece erkek akraba öyküsü
  - f) Kendisinde over/fallop tüpü/primer peritoneal kanseri varlığı
3. Erkek meme kanseri olgusu
4. Over /fallop tüpü/primer peritoneal kanseri olgusu
5. Yukarıdaki koşulları taşıyan bir 1. ,2. ve 3. derece akraba olgusu (2).

#### **4.2.13. Yaşam Biçimi**

Pek çok yaşam biçimi faktörleri meme kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Bunların arasında kilo alma ve şişmanlık, yağ alımı, alkol kullanımı, fizik aktivitelerin derecesi gibi faktörler yer almaktadır (23).

#### **4.2.14. Alkol Kullanılması**

Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin östradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının meme kanseri insidansında %30-50 oranında artışa neden olduğu gösterilmiştir. Yakın geçmişte yapılan bir toplum bazlı çalışmada artmış alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (2).

#### **4.2.16. Sigara Kullanılması**

Sigaranın meme kanseri ile ilgili kesin bir ilişkisi tam olarak kurulamasa da genel anlamda sağlığı olumsuz yönde etkilediği için bırakılması tavsiye edilmektedir. Ancak bununla beraber bazı araştırmalarda sigaranın meme kanserinin oluşması yönünde olumsuz bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğine işaret edilmektedir (22)

#### **4.2.17. Egzersiz**

Fizik aktivitede artış özellikle premenapozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu çok tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (2).

#### **4.2.18. Beslenme Alışkanlığı**

Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin de serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır (2, 27). Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Haftada 5 kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinde artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Soya yağı tüketiminin arttırılması ile meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki belirsizdir. Bu nedenle batılı toplumlarda yaşayan kadınlara meme kanserini önlemek amacıyla soyadan zengin diyet önerilmesi konusunda güçlü kanıtlar yoktur. Ancak bir zararı da olduğu düşünülmemektedir. Son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur. Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur; vitamin A ile ilgili veriler tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda düşük selenyum düzeyinin riski arttırdığı gösterilmekle birlikte, yüksek düzeyinin koruyucu etkisi gösterilmemiştir. Bazı çalışmalarda şişmanlığın özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini yükselttiğine işaret edilmektedir (22).

### 4.3. MEME KANSERİNDE BELİRTİ VE BULGULAR

Meme kanserinin belirtileri hastalığın vücuttaki yayılım derecesine ve kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir. Kadınların çoğunda meme kanseri ilk başlarda ağrısız olarak ortaya çıksa da aşağıda yer alacak olan belirtilerin görüleceği de ifade edilmektedir. Bu nedenle yapılan meme muayenesi sırasında bu değişiklikler fark edildiğinde gecikmeden bir hekime başvurulması gerekmektedir (28).

Meme kanserinin belirtileri konusunda unutulmaması gereken nokta, memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeni olduğudur. Bu değişikliklerin büyük çoğunluğu zararsız olmakla birlikte küçük bir ihtimalle meme kanserinin ilk işareti olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişikliklerin neler olduğunu tespit etmeleri ve gecikmeden rapor etmeleri tavsiye edilmekte ve yaşları ile orantılı meme tarama programlarına katılmalarının önemine dikkat çekilmelidir (28).

Yukarıdaki bilgiler ışığında literatürde meme kanseri belirtileri ile ilgili olarak yer alan ifadeler incelendiğinde;

- Meme de kitlenin varlığı
  - Meme cildinde değişiklik, cildin içeriye çökmesi, kızarması
  - Memenin portakal kabuğu şeklinde görüntü almasının
  - Meme başında kanlı ya da kansız akıntı gelmesi
  - Meme derisinde ülser, ödem meydana gelmesi
  - Herhangi bir olağan dışı görünüm, duyarlılık ve ağrı
  - Kolda şişlik ve ödem
  - Koltuk altında lenf bezi büyümesi
  - Kahverengi kısmının genişlemesi, sağa sola yukarı ve aşağı dönmesi
- (27, 28, 29, 30).



#### 4.4. MEME KANSERİNDE KORUNMA

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11-12.57 oranında olduğu dikkate alındığında, meme kanserinden korunabilmek önem kazanmaktadır (31).

Yukarıda sayılan risk faktörlerinin büyük bir çoğunluğunu engellemek mümkün değildir. Hormon yerine koyma tedavisi, yaşam tarzı çevresel ve diyetel faktörlerin bir kısmı kontrol altına alınabilse de meme kanserini engellemek mümkün değildir (32).

Epidemiyolojik veriler incelendiğinde meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğu açıkça görülmektedir. Bu nedenle riski azaltacak ya da en aza indirgeyecek tutum ve davranışlar yoluyla kanser gelişiminin önlemeye çalışılması, hastalığın geliştiği durumda ise erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin artırılmasını destekleyici girişimde bulunması gerekmektedir. Bu durum birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir (31).

##### Birincil (Primer) Korunma

- Sağlıklı beslenme
- Erken yaşta doğum
- Emzirme
- Fiziksel aktivite
- Hormon kullanımı
- Cerrahi erken menapoz
- Komoprensiviyon
- Profilaktik mastektomi
- Alkol ve sigara kullanımının engellenmesi
- İyonize radyasyona maruz kalmama

##### İkincil Korunma

- Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesinin yapılması
- Klinik muayene
- Mammografi

##### Üçüncül Korunma

- Meme rekonstrüksiyonu

- Ameliyat sonrası kol egzersizleri
- Lenf ödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon (21, 31).

#### **4.4.1. Birincil Korunma**

Birincil korunma, değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya bu risk faktörlerinin vücutta meydana getirebileceği hasarların onarılması ile kanser olgularının önlenmesi esasına dayanan yöntemleri içerir (33).

##### **4.4.1.1. Sağlıklı Beslenme**

Yaşamın sürdürülebilmesi için sürekli ve düzenli olarak gerekli olan tüm yiyeceklerin ve içeceklerde, hem kansere neden olan hem de kanserden koruyan çok çeşitli maddeler bulunmaktadır (31).

Her toplumun farklı beslenme alışkanlığı vardır. Farklı toplumlarda farklı türde kanserlere daha sık rastlanması, beslenme tarzı ile kanser arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (33).

Düşük yağlı diyet meme kanseri riskini hormonal mekanizmalar aracılığıyla etkileyebilir. Diyetteki yağ oranı ile menapoz sonrası östrojen düzeyleri arasında direk bir ilişki vardır. Yüksek yağlı bir diyetin bağırsaklardaki bakterileri çoğaltarak, östrojen hormonu bileşiklerinin üretimini ve lif miktarını az olduğu için östrojenin yeniden emiliminin artmasına neden olduğu belirtilmekte ve en çok günlük kalorisinin %20-27'sinin yağlardan alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Şişman bireylerde kanser, normal kilolu bireylerden çok daha fazla görüldüğü için yağlı besinlerin alımından çok, şişmanlığın önlenmesi gerektiği belirtilmektedir (31, 32).

Karbonhidratlı besinlerin de fazla miktarda alınması şişmanlığa neden olduğundan kilo artışına dikkat etmek gerekir. Karbonhidrattan zengin kepekli tahıl ürünleri, kurubaklagil, taze sebze meyvelerin fazla tüketilmesi ile vücuda fazla miktarda posa alındığı ve posa içeren besinlerin bağırsakların düzenli olarak çalışmasını sağladığı belirtilmektedir. Bunun sonucunda ise vücut için zararlı olan maddelerin atıldığı ve östrojenin emilimini engellenerek kandaki düzeyinin düştüğü vurgulanmaktadır. Genelde vitamin alımının kanser oluşumunu önlediği, vitaminlerin gerekenden biraz fazla

alınmasının yararlı olduğu ifade edilmektedir. Sebzelerin içerdiği kanserden koruyucu maddelerle ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmaların çoğu lahanaya, brokoli, turp otu, hardal otu, karnabahar ile dört yapraklı iek açan sebzeler üzerine yoğunlaşmıştır. Brokoli ve lahanaya özel kokusunu veren indoller, östrojenin etkisini azaltarak meme kaseri gibi hormonlara bağlı gelişen kanserleri önlemeye yardımcı olmaktadır (31).

#### **4.4.1.2. Erken Yaşta Doğum**

İlk doğum yaşının erken olması meme kanseri riskini azaltmada önemli faktörlerden biridir( American Cancer Society, 2008). Ancak 15-20 yaş arasında doğum yapmayı önermek, gelişmiş toplumlardaki eğitim gereksinimleri ve mesleki eğilimleri ile uyumlu bulunmamaktadır (31).

#### **4.4.1.3. Emzirme**

Dünya Sağlık rgt ve bilimsel organizasyonlar tarafından, bebeğin en iyi beslenme şeklinin emzirme olduğu evrensel olarak onaylanmaktadır. Emzirme bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun, eşi benzeri bulunmayan bir beslenme yöntemidir. Meme kanserini önlemede, önemli faktörlerden biri olan emzirmenin etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte, özellikle menopoza öncesi meme kanserine karşı koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir. Emziren kadınlarda, genel olarak meme kanseri sıklığının %20-35 oranında azaldığı, bu etkinin özellikle menopoza öncesi gelişen meme kanserinde daha belirgin olduğu belirtilmektedir (31, 34)

Emzirmenin koruyucu etkisinin esas olarak artmış prolaktin ve östrojen sentezleri ile ilgili olduğu belirtilmekte; emzirme süresince ovulasyonun olmaması veya seyrek olmasının, meme kanserine karşı koruyucu bir faktör olduğu ileri sürülmektedir (31).

#### **4.4.1.4. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivitenin önemli derecede meme kanseri riskini azaltabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Atletizm yapan kızlarda meme kanseri riskinin azaldığı

gösterilmiştir; atlet olan ve atlet olmayan kadınlar arasında yapılan kontrollü bir çalışmada atlet olmayan kadınlarda relaktif risk değeri, diğer gruba göre 2.53 bulunmuştur. Haftada 4-5 kez yapılan 90 dakikalık bir yürüyüş, bisiklete binme, aerobik dansı veya yüzme gibi yoğun egzersiz programlarının, özellikle göbek çevresindeki yağı azaltmada etkili olduğu ve kanser riskini etkileyebileceğini; ayrıca egzersizin genellikle tümör büyümesi ile birlikte olan protein kaybını da geciktirdiği bildirilmektedir (31).

#### **4.4.1.5. Hormon Kullanımı**

Uzun süreli hormonal kontraseptif kullanımı, 45 yaşın altında meme kanseri riskini arttırmaktadır. Ancak bu riskin daha ileri yaşlara yansması ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır. Özellikle, ailede meme kanseri riski olan 25 yaşın altındaki kadınlar, hormonal kontraseptif kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır (31).

#### **4.4.1.5. Cerrahi Erken Menopoz**

Oofektomi ve histerektominin meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunmamaktadır. Bu koruyucu etkinin, bilateral oofektomide sadece histerektomiye göre daha fazla olduğu, menopoz öncesi oofektomi yaşı küçüldükçe riskinde azaltıldığı belirtilmektedir (31).

#### **4.4.1.6. Kemoprevensiyon**

Yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan kadınlarda, kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon kullanılmaktadır. Kemoprevensiyon malignite oluşmadan, kimyasal ajanlarla karsinogenezisin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır (31).

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

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

3. Yaşam stili modifikasyonu,

4. Kemoprevensiyon olarak sınıflandırılabilir (33)

Kemoprevasyonda en önemli hedef nokta, meme kanserinin görülme sıklığını ve ölüm oranını azaltmaktır. Günümüzde, meme kanserinin kemoprevasyonunda kullanılan ve üzerinde araştırma yapılan Fenretinid, Tamoksifen, ve Raloksifen olmak üzere 3 ajan bulunmaktadır (31).

Hormona uyarlı meme kanserinin tedavisinde kullanılan tamoksifen kanser tekrarlanmasını önlediği gibi karşı memede kanser oluşumunda engellediği çalışmalarda gösterilmiştir. Tamoksifenin ayrıca kemik yoğunluğunu koruyucu ve koroner kalp hastalığını önleyici etkileri de mevcuttur. Tamoksifen Rahim kanserini, trombotik vasküler olayları, pulmoner emboliyi, inmeyi ve derin ven trombozunu arttırma gibi yan etkileride mevcuttur. Bu nedenle meme kanseri için risk taşıyan hastalarda meme kanseri oluşmasını azalttığı gösterilmiş olsa da yarar ve zararları gözönüne alınarak korunma açısından değerlendirilmelidir (32).

Raloksifen; meme ve Rahim üzerinde östrojene karşı, kemik, yağ metabolizması ve pıhtılaşma üzerine ise östrojene benzer etki gösteren bir ajandır. Menopoz sonrası osteoporozu olan kadınlarda kullanılmaktadır bu etkiyi araştıran çalışma sırasında meme kanseri gelişimini de azalttığı gösterilmiştir (32).

#### **4.4.1.7. Profilaktik Mastektomi**

Profilaktik bilateral mastektomi, meme kanseri açısından çok yüksek riskli kadınlarda meme kanseri olasılığını azaltmak için düşünülebilir. Profilaktik mastektomi endikasyonunun konulabilmesi için risk belirlemede Gail ve Claus modelinin kullanılması uygun görülmele birlikte bireyin genetik, histolojik, psikolojik durumunun ve sosyo-ekonomik faktörlerin bu işlem uygulanmadan önce özenle değerlendirilmesi, mastektominin %100 koruyucu olmadığı unutulmaması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır. Profilaktik mastektomi için, duktal ve lobüler karsinoma insitu, atipik duktal hiperplazi, aile anemnezi ve genetik mutasyonların saptanmış olması önemli kriterleri oluşturmaktadır. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları saptanan kadınlarda, profilaktik mastektomi güçlü endikasyon nedeni olmaktadır (20, 34).

#### **4.4.1.8. Alkol ve Sigara Kullanılmasının Engellenmesi**

Alkol de sigara gibi bazı kanserlerin etyolojisinden sorumlu tutulmaktadır. Oral kavite, kolon kanseri ve larenks kanserlerinin görülme sıklığını arttırdığına dair kanıtlar mevcuttur. Sigara ile birlikte kullanımı sinerjistik bir etkiye sebep olur. Alkol tüketiminin sınırlı miktarda tutulması ve beraberinde vitaminlerin kullanımı ile bu riskin azaltılabileceği düşünülmektedir. Tüm kanser ölümlerinin %25-35'inden sorumlu olan sigara içiminin engellenmesi ile meme kanseri gelişim riskinin azalabileceği tahmin edilmektedir (20, 31).

#### **4.4.1.9. İyonizan Radyasyona Maruz Kalma**

Gereksiz meme işinlamasının tedavi amacı ile genç yaşta iyonizan radyasyona maruz kalan kadınlarda erken yaşta meme kanseri taramalarının yapılması gerekmektedir (31).

#### **4.4.2. İkincil Korunma**

İkincil korunmada; meme kanserinin erken tanı yöntemleriyle klinik belirti bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını arttırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlıdır (31).

##### **4.4.2.1. Risk Değerlendirme Araçları**

Meme kanseri gelişme riskinin belirlenmesindeki gereklilik bir çok alanda karşımıza çıkmaktadır. Postmenapozal dönemdeki hormon replasman tedavisinin uygulanabilirliği, mamografiye başlama yaşı ve kanser önleme yöntemlerinin gerekliliği gibi sorular riskin belirlenmesini gerekli kılmaktadır (35).

Meme kanseri riskini belirlemede yaygın olarak Gail ve Claus modeli kullanılmaktadır (36).

#### 4.4.2.1.1. Gail Modeli

Gail Modeli, Gail ve arkadaşları (1989), tarafından kadınlarda meme kanseri gelişim riskini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Bu model, bireysel risk faktörlerini kullanarak kadının beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Model, Amerika'da 28 merkezden 280.000 kadın örnekleme gerçekleştirilen, Meme Kanseri Saptama ve Gösterme Projesi'nin (Breast Cancer Detection and Demonstration Project) verileri kullanılarak geliştirilmiştir (36).

Model'de riski saptamada aile öyküsünden çok risk faktörleri kullanılmaktadır.

Gail Modelinde kullanılan risk faktörleri aşağıda verilmiştir.

- a. Kadının şu anki yaşı
- b. Menarş yaşı
- c. Canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama
- d. Meme kanserli birinci derece yakınının sayısı
- e. Önceki benign meme biyopsi sayısı
- f. Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi
- g. Irk (36).

#### 4.4.2.1.1. Claus Modeli

Claus modeli, Claus ve arkadaşları tarafından (1994), daha çok genetik meme kanseri riskini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. On yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Çok merkezli, toplum temelli, vaka kontrol çalışması olan Kanseri ve Steroid Hormon Çalışması'nın (Cancer and Steroid Hormone Study) verileri kullanılarak geliştirilmiştir. Genel olarak, meme kanseri gelişimi bakımından riske sahip olan ailelerde riski tahmin etmek amacıyla kullanılır (36).

Claus Modeli, meme kanseri riskini;

- a. Kadının şu anki yaşı,
- b. Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı,
- c. Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşını kullanarak hesaplamaktadır

Her iki modelin de eksiklikleri vardır. Gail modelinde; kişisel meme kanseri öyküsü ve genetik mutasyonlar gibi noktaları dikkate almadan risk değerlendirmesi yapıldığı için bu tip hastalarda çok uygun değildir. Bu nedenle, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların riskini düşük hesaplayabilir. Gail modelinin diğer sınırlılığı ise atipik hiperplazi olmayan biyopsilerin alınması nedeniyle risk tahminini artırabilmesidir. Claus modelinde ise risk hesaplamasında aile öyküsü dışındaki risk faktörlerinin (önceki biyopsi sayısı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı gibi) kullanılmamasıdır (36).

#### **4.4.2.2. Meme Kanseri Taramaları**

1964 yılında New York'ta HIP (The Health Insurance Plan) randomize çalışması ile yaşları 40-64 arasında değişen 62.000 kadının çalışma grubuna alınanların yarısı yılda bir kez fizik muayene ve mamografiye davet edilmiştir. 10 yıl sonra kanserden ölümlerde kontrol grubuyla karşılaştırıldığında %30 oranında azalma görülmüştür. Ancak bu çalışmada mamografi teknolojisinin eski olması nedeniyle radyasyon dozu yüksektir (23).

İsveç'te 1977-1985 yılları arasında randomize, kontrollü iki grup arasında yapılan çalışmada meme kanserinden ölümlerin 45-49 yaş grubunda %36, 39-49 yaş grubunda %45 oranında ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görülmüştür. 40-74 yaş grubunda toplam %30 oranında ölümlerin azaldığı görülmüştür (23).

Tarama programları, birey ve topluma sağlık eğitiminin verildiği, yüksek risk gruplarının belirlendiği ve olumlu davranış değişikliği önerilerinin entegre edildiği programlardır. Meme kanserinin erken evrede belirlemek için risk faktörlerinin tanılanmasının yanı sıra Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), hekim muayenesi ve mammografiyi kapsayan tarama programları yer almaktadır. Meme kanserinin %80'i ilk kez hastaların kendileri tarafından fark edilmektedir. Bu nedenle meme kanserinin erken tanısında özel bir önem taşıyan KKMM için kadınlar cesaretlendirilmelidir (31, 37).



**Tablo 4. 4.1. Amerikan Kanser Topluluğu'nun Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi (57)**

- Yıllık mamografiye 40 yaşında başlaması önerilir. 40 yaşından itibaren yıllık mamogram
- 20 ile 40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaş ve üzerinde yıllık klinik meme muayenesi
- Sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara KKMM nasıl yapacaklarına dair eğitim verilir. Kendi kendine meme muayenesine 20 yaşında başlanmalıdır.
- Yaşam boyu meme kanseri olma riski %20-25 ve daha üzerinde olan, güçlü meme ve over kanseri aile hikayesi olan ve Hodgkin hastalığı tedavisi gören kadınlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilir

Zorukoş S. "Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması" Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008

#### **4.4.2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Evrensel temelde kadınların sosyo-kültürel ve ekonomik özellikler ile günümüze değin yapılan çalışma sonuçları eleştirel bir yaklaşımla değerlendirildiğinde KMMM'nin önemli bir uygulama olduğu ortaya çıkmaktadır (38).

Meme hastalıklarının tanısını da hastanın da hekim kadar rolü olduğu bilinmektedir. Düzenli KMMM yapan kadınlarda kitlerin, daha az KMMM yapanlara göre daha küçük ve daha lokalize olduğunu bildiren ve memedeki kitlelerin %80-%90 kadınlar memelerindeki hastalığı kendileri fark etmektedir kanserin erken tanısında önemli başarı sağladığı bilinmektedir. KKMM, basit pahalı olmayan, ağrı/zarar verici bir girişim ve herhangi bir invaziv girişim gerektirmeyen ve tehlikesiz kolay öğrenilip uygulanabilir bir yöntemdir (38, 39, 40, 41). Yapılan çalışmalar kadınların KKMM uygulama oranının %20 ile %40 arasında değiştiğini göstermektedir. Hala kadınların büyük bölümü bu yararlı uygulamayı yapmamaktadır (42).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da kadınların meme kanseri ve KKMM hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz ve her ay düzenli KKMM uygulama oranının da düşük (%24.5-%42.6) olduğu saptanmıştır. Araştırmalar kadınların KKMM'si yapmamalarındaki en

büyük isteksizliğin bir kitle bulma ve ne yapacağını bilememe korkusu ile ilgili olduğunu, KKMM'si uygulama basamakları ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığını ve bu durumun KKMM ile ilgili bir eğitimle azalabileceğini bildirmektedir. Bununla birlikte KKMM'si uygulama konusundaki yeterlilikleri, KKMM'si uygulayabilme yeteneklerini, kendilerine olan güvenlerini ve uygulamanın sıklığını da artıracaktır (41, 43, 44, 45).

Kendi kendine meme muayenesinin üç ayrı aşaması vardır. Bunlar;

1. Memelerin gözle değerlendirilmesi
2. Memenin elle değerlendirilmesi
3. Memelerin yatar pozisyonda değerlendirilmesi
4. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (28).

### **1. Memelerin Gözle Değerlendirilmesi**

Kendi kendine meme muayenesinin ilk basamağı memelerin gözle değerlendirilmesidir. İyi aydınlatılmış bir odada üstünüzü çıkarıp ayna karşısına geçerek meme muayeneye başlanılmadı gerektiğine işaret edilmektedir. Bu değerlendirme yönteminde; memelerde belirgin şişlik , meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, meme başı akıntısı, asimetri, portakal kabuğu görünümüne benzeyen bulgular olup olmadığı gözlenir (1, 28, 46).

Elleriniz kalçalarınızdayken (şekil1), avuçlarınızı önde sıkarken, kollarınız yanlarda serbest sallanır durumdayken, elleriniz havadayken (şekil2) ve vücut öne serbestçe eğilmiş durumdayken, toplam beş ayrı pozisyonda her iki memenizi aynada iyice incelenir (46).



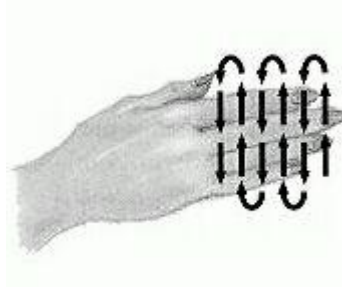
Şekil 1: KKMM memelerin eller kalçalardayken gözlemlenmesi (46).



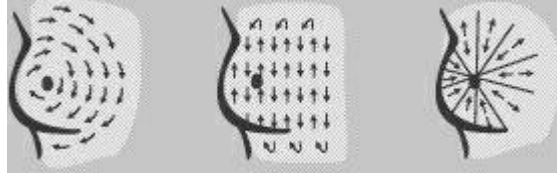
Şekil 2: KKMM memelerin eller havadayken gözlemlenmesi (46).

## 2. Elle Değerlendirme

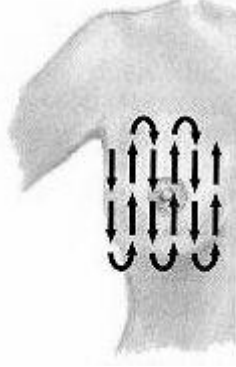
Memelerin gözle değerlendirilmesinden sonra elle değerlendirme muayenesi uygulanmakta ve aşağıda yer alan şekillerde (Şekil 3 ve Şekil 4) muayene işlemleri ile meme dokusunda olmaması gereken bir doku ve normal dışı bir kitlenin varlığı belirlemeye çalışılmaktadır. Bunun içinde meme dokusu tümü ile taranmakta, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanları dikkatlice hissedilerek değerlendirilmektedir. Muayeneyi yaparken parmaklarınızı yalnızca cilt üzerinde kaydırmanız bulgu vermez. Her memede her taramayı toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırarak tekrarlanır (28, 46).



Şekil 3: Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır. Şekilde yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı tarama usulü gözlenmektedir (46).



Şekil 4: Elle muayenede meme dokusu yukarıda görülen şekillerde taranabilir. Kendinize hangi usul daha rahat geliyorsa onu benimseyin (46).



Şekil 5: Yandaki şekilde elle muayenede memenin yukarıdan aşağı-aşağıdan yukarı taranması gösterilmiştir (46).

### 3. Memelerin Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirilmesi

Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi için sırt üstü yatırılıp, sağ omzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu konulması gerekmekte, bu işlemden sonra sağ el başın altına yerleştirilerek yukarıda açıklanan elle tarama yöntemleri kullanılıp, sağ meme tümü ile taranmalıdır. Sağ memenin değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme için de uygulanmaktadır (28).



Şekil 6: Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi (46).

#### 4. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi

Bu muayenenin ideal olarak duş altında ve sabunlu elle yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle meme dokusundaki muhtemel kitlenin daha kolay bir biçimde belirlenebileceği belirtilmektedir (28).



Şekil 7: Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (46).

Ayakta muayenede şekilde görüldüğü gibi önce sağ eliniz ensenize yerleştirilir ve yatar pozisyonda elle değerlendirmede yaptığımız işlemleri önce sağ memeniz için sonra da sol memeniz için tekrarlanır (46).

##### 4.4.2.2. Klinik Meme Muayenesi

Meme kanserinin erken belirlenebilmesi için, Amerikan Kanser Derneği KKMM ve mamografi ile birlikte 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınlarda, her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından muayenesi önerilmektedir (31).

Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, mamografinin etkisi sınırlı olacağı için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir. Ayrıca yukarıda ifade edilen nedenlerden dolayı yanıltıcı olabilecek mamografi sonuçlarının kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin KMM ile ortadan kaldırılabilmesi de düşünülmektedir. Bu nedenle düzenli olarak KMM yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle de meme kanserinin erken evrede teşhis edilme imkanının doğacağı belirtilmektedir (28).

#### **4.4.2.2.3. Mamografi**

Mamografi, memenin radyolojik olarak x-ışını ile görüntülenmesi şeklinde tanımlanmakta ve memenin yapısını ortaya koymaktadır. Erken tanıda en başarılı görüntüleme yöntemi olmasının yanı sıra ucuz kolay erişilebilir olma özellikleri ile tarama için en uygun yöntemdir. Taramalar arasındaki optimal süre konusunda tartışmalar devam etmektedir. Yıllık ve üç yıllık aralıklarla yapılan taramalar arasında grade ne nodal tutulum açısından belirgin fark tespit edilmemekle birlikte, yıllık takiple daha fazla küçük boyutlu kanser teşhis edilmektedir (5, 28).

Mamografinin, 30 yaşın altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır. Kadın 30 yaşın üzerinde gebe kaldı ise ailesinde meme kanseri öyküsü veya genetik predidpozan bulgular var ise yıllık mamografi taramalarına başlanması gerektiği vurgulanmakta; memesinde hiç bir bulgu olmayan fakat Gail modeline göre risk skoru 5 veya daha üstünde olanlar ilk tarama mammografisine 30 yaşında başlanması önerilmektedir (31).

Amerikan Kanser Derneği ve birçok kuruluş, asemptomatik 35-40 yaşları arasındaki kadınlarda, daha sonraki mamografiler ile karşılaştırmada temel oluşturması için 1 kez, 41-49 yaşları arasındaki kadınlarda 1-2 yılda bir, 50 yaşın üzerindeki kadınlarda ise her yıl mamografi çekilmesini önermektedir (31).

Mamografi ile yapılan tüm çalışmaların sonuçlarını inceleyen bir meta-analizi; 50 yaşından sonra yapılan yıllık mamografinin meme kanserinden ölüm riskini %25-30 azalttığını göstermektedir. 40-50 yaşları arasındaki kadınlarla ilgili değerler'de aynı derecede pozitifdir (31).

### **4.5. MEME KANSERİNİ ERKEN TARAMA VE TANILAMADA HEMŞİRENİN ROLÜ**

Kanser bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir ve onkoloji hemşiresi kanser bakımının önemli bir elemanıdır. Onkoloji hemşireleri, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, tanı tedavi, rehabilitasyon ve palpasyon aşamalarında çok yönlü bir bakım sağlamaktadırlar (11).

Meme kanseri teşhisi takiben meme üzerinde yapılan tedaviler kadının hem yaşamına hem de kadınlık kimliğine bir tehdit oluşturur. Teşhisi takiben uygulanacak olan ve meme kanserinin tedavisinde birincil öneme sahip olan cerrahi girişim ise hasta için bir stres kaynağıdır (47).

Hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikoterapistler ya da hastalığın psikososyal boyutları konusunda hastaya yardımcı olabilecek eş/diğer bireylerden oluşan ekipler, psikososyal endişelere çözüm arayışı içindedirler. Mental açıdan sağlığa ilişkin yaşam kalitesindeki düzelme; uyku düzeninin sağlanması, ağrı duyumunun ve gastrointestinal semptomların azaltılması, kilo kaybının önlenmesi ve fiziksel aktivitede artış sağlanması yönündeki bir dizi hemşirelik girişimleri ile gerçekleştirilebilir. Hemşirelerin de meme kanserine ilişkin doğru bilgilendirmeyi sağlaması ve başa çıkma becerileri ile ilgili eğitim vermesi açısından kendini tamamlamış olması gerekmektedir (48).

Meme kanseri tanısı, hasta için sadece tıbbi bir problem değildir, aynı zamanda ciddi duygusal ve sosyal etkileri vardır. Etkili yönetim profesyonel ve bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Bu nedenle meme kanserli kadınların kapsamlı hemşirelik girişimlerine gereksinimleri vardır. Türkiye’de meme bakım hemşireliği uygulaması oldukça sınırlı olup meme bakım hemşireliğinin etkinliğini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu saptamadan yola çıkarak hazırlanan bu derlemenin amacı meme bakım hemşireliğinin önemini, rollerini tanımlamak ve etkinliğine ilişkin sonuçları incelemektir (49).

Son 20 yıl içinde İngiltere, Avustralya, Amerika, İskandinavya, İrlanda ve Benelüks ülkelerinde meme bakım hemşireliği kavramı ortaya çıkmıştır. Meme bakım hemşireliği, meme kanseri tanısı konulan kadınlara yarar sağlayan ve başarısını kanıtlamış bir uzmanlık alanıdır (49).

Meme bakım hemşiresinin rolleri

Meme bakım hemşireleri tedavide en iyisini seçme ve karar verme sürecinde kadınlara yardımcı olmada önemli rol oynamaktadır. Meme bakım hemşiresinin diğer rolleri ise:

- Tanıdan, tedavi ve rehabilitasyona kadar her dönemde bilgi, eğitim ve destek vermek,
- Meme kanserli kadınların fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin farkında olmak ve onlara destek olmak,
- Cesaretlendirmek,

- Kadınlara uygun bakım verebilmek için diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği halinde çalışmak,
- Hastaları gereksinimi olan birimlere yönlendirmek,
- Klinik değerlendirme yapmak,
- Multidisipliner ekibin bir parçası olmak,
- Liyezon hemşireliği yapmak,
- Danışmanlık yapmaktır.
- Danışmanlık şu alanları içermektedir:
- Meme kanseri tanısının anlamı,
- Tedavi seçenekleri ve karar verme,
- Meme kanseri tedavi sürecinde (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi) gelişebilecek semptomların önlenmesi, erken tanılanması ve yönetimi,
- Onkoplastik meme cerrahisi hakkında bilgi ve destek sağlama,
- Ameliyat sırası (eş zamanlı) ve sonrasında meme rekonstrüksiyonu,
- Evlilik ve cinsel ilişki,
- Sosyal destek,
- Meme kanseri tedavisinin diğer aile üyeleri üzerindeki etkisi,
- Ev işi sorumlulukları ve ailevi/evle ilgili yardım,
- İş ve profesyonel yaşam,
- Mali konular,
- Sağlık ekibinden beklentilerdir (49).

Avrupa Onkoloji Hemşireliği Birliği (European Oncology Nursing Society: EONS) meme bakım hemşireliğini, çok sayıda literatürü temel alarak üç maddede özetlemiştir;

- Uygun girişim ve sevki değerlendirebilmek için; meme kanserinden etkilenen insanların, tanı, tedavi ve hastalık sürecindeki izleme ilişkili fiziksel ve psikososyal durumlarının farkında olmak,
- Meme kanserinden etkilenen bireyler ve birinci derece yakınları için bilgi/eğitim vermek



- Multidisipliner ekibin bir parçası olmak ve işbirlikçi bakımda anahtar rol oynamak (49).

Meme kanseri olan kadınlarda lenf ödem fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden farklı sorunlara yol açabilmektedir. Lenf ödemi olan hastaların kol hareketleri sınırlanmakta ve buna bağlı olarak gündelik yaşam aktiviteleri etkilenmektedir . Ayrıca hastalar lenf ödem gelişen kollarını çirkin ve deformiteli olarak algılayabilmektedirler. Lenfödemi olan kadınlarda depresyon, anksiyete, öfke, beden imajında değişim, cinsel yaşamda sorunlar, sosyal uyumsuzluk ve kanserle baş etmede yetersizlik görüldüğünü belirlemişlerdir (50).

Yapılan çalışmalarda hastaların lenf ödem riski ve yapılması gerekenler konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları ve sağlık personelinin bu konuda istenilen desteği alamadıkları belirlenmiştir. Hemşirelik girişimleri, hastanın lenf ödem konusunda kendi sorumluluğunu almasını sağlama; lenf ödemi önleme, izleme ve kontrol etme yetisini artırmaya yönelik olmalı ve hastanın tüm yaşamını kapsamalıdır (50).

Meme kanseri tedavisinde kullanılan yöntemlerin artması ile yaşam süresi uzamıştır. Bu nedenle meme kanseri tanısı ile yaşayan hastaların hastalığın ve tedavinin istenmedik etkileri ile karşılaşma oranları ve bu etkileri yaşama süreleri artmıştır. Meme kanseri olan hastanın hayatı boyunca yaşam kalitesinin artırılması sağlık ekibinin temel amacıdır ve bu amaç için hemşireye ekip içerisinde önemli sorumluluklar düşmektedir. Lenf ödem meme kanseri olan hastaların yaşam kalitelerini etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Hemşire meme kanserinin tüm aşamalarında hastayı lenf ödem açısından değerlendirmeli ve gereksinimi olan konularda desteklemelidir (50).

Hasta kanser tanısının konulmasından tedavinin sonlanmasına kadar geçen sürenin büyük bir kısmını evde geçirdiğinden hemşirelik bakımının hastane ile sınırlı kalmayıp evde de devam etmesi gerekmektedir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde hastaların kısa sürede taburcu edilip evde izlenmelerine yönelik bir eğilim vardır. Buna neden hastaların hastaneden kaynaklanan olumsuz etkilenmelerini ortadan kaldırmaktır. Hastanın erken eve dönmesi hastane enfeksiyonu riskini azaltmakta, aile üyelerinin arasında olmasını sağlamakta ve hastane maliyetini düşürmektedir (51).

Evde bakım veren hemşire ailenin yapısı bireylerin özellikleri, baş etme yetileri, olanakları ve rol değişimlerini iyi değerlendirmeli, aile için stres nedeni olabilecek durumları fark etmeli ve ailenin de bunları fark etmesine yardımcı olmalıdır. Hemşire aile

içinde sorun oluşturabilecek durumların önlenmesi için neler yapılabileceğini aile ile birlikte belirlemelidir. Bu nedenle mesleki rolü hasta bireyi en kısa zamanda kendi gereksinimlerini karşılayabilecek bağımsız duruma getirmek ve normal yaşamını sürdürmesine yardım etmek olan hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu amaçla kapsamlı bir hemşirelik bakımının yanı sıra iyi bir taburculuk eğitimi verilmesi gerekmektedir. Kol egzersizleri, ağrının azaltılması, kolda lenfödem ve enfeksiyonun engellenmesi, yaranın izlenmesi, ameliyat sonrası kanser tedavisi ve kendi kendine meme muayenesi eğitim kapsamına alınması gereken konulardır (51).

Kanserde psikososyal girişimler tedavinin bir parçası olarak rutin tedavi içinde yer alması son derece önemlidir. Yapılan çalışmalar psikososyal girişimlerin kanserli hastalar üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu ortaya koymuştur. Çam ve Gümüş'ün belirttiği gibi bilişsel- davranışçı tedavi, psikoterapi, destek grupları, psikoeğitim gibi çeşitli psikososyal girişimlerin kanser hastaları üzerindeki etkinliğini meta analiz yoluyla inceledikleri çalışmalarında, psikososyal girişimlerin duygusal sosyal ve hastalık belirtileri açısından hastalar üzerine yararlı etkilere sahip olduğu saptanmıştır (52).

Meme kanserinde kadınların yaşadığı başlıca sorunlar; fiziksel olarak meydana gelen kayıplar, duygusal sıkıntılar, aile, iş ve sosyal rollerde meydana gelen yıkımlardır. Bunların yanı sıra kanserde uygulanan yoğun ve uzun süreli tedaviler ve bu tedavilerin ağır yan etkileri de kadınların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemekte ve çeşitli psikososyal problemlere yol açmaktadır (53).

**Tablo 4.5.1. Meme Kanserli Kadınların Yaşadığı Psikososyal Sorunlar**

**Psikolojik sorunlar**

Anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, yaşama isteği, ölüm korkusu

**Beden imajı, benlik algısı ve cinsellikle ilgili sorunlar**

Beden imajının bozulması, benlik saygısının azalması, dişilik özelliklerini kaybetme korkusu, over eksikliği, erken menopoza girme, hormonal bozulma ve cinsel sorunlar

**Fiziksel uyum sorunları**

Enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri

**Aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar**

Sosyal geri çekilme, sosyal izolasyon, sosyal rol ve etkileşimlerde değişiklikler,

damgalama (stigma)

**Mesleki ve ekonomik sorunlar**

Sağlık güvencesinin olmaması, tekrar iş yaşamına girme, çalışma aktiviteleri ve önceliklerindeki değişimler, damgalanma, iş ayrımcılığı, ekonomik güçlükler

Gümüş Babacan A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi. 2006, 2(3):108-114.

Hemşireler meme kanserinin erken dönemde belirlenmesini hazırlayabilirler, böylece hastalara en uygun tedaviyi elde etmelerine yardım edebilirler, tedavinin olumsuz etkilerini en alt düzeye indirmek için gerekli uygulamaları yapabilirler, kadın ve ailesine meme kanserinin getirdiği değişikliklerle baş etmelerine yardım edebilirler (42).

Meme kanserli kadınların yaşadığı psikososyal sorunlar, bu alandaki literatüre dayanarak incelenmiş ve bu sorunlara yönelik olarak duygusal destek sağlamaya yönelik girişimler, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC) olmak üzere iki sınıflama sisteminde yer alan bilgiler doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Tablo 4.5.2) (52).

**Tablo 4.5.2. Meme kanserli kadınlar için Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri**

Görüşme	Görüşme İçerikleri	Girişimlerin Amacı
1.Görüşme	Tanışma	Hastayla tanışmak, girişimlerin amacını anlatmak
2.Görüşme	Duygusal sorunlar	Hastanın yaşadığı psikolojik sorunları ve duygularını ifade etmesini cesaretlendirerek uyum sağlamasına ve etkili baş etme yolları geliştirmesine destek olmak
3.Görüşme	Ailesel Sorunlar	Hastanın aile yaşamı ile ilgili sorunlarını ifade etmesini cesaretlendirmek, aile içi iletişim ve etkileşimini arttırmak, aile sürecini devam ettirmesine yardımcı olmak
4.Görüşme	Sosyal ve mesleki sorunlar	Hastanın sosyal, mesleki ve günlük yaşamında karşılaştığı sorunları ifade etmesini cesaretlendirmek, sosyal destek ve ilişkilerini güçlendirmek, günlük ve

		mesleki aktivitelerini devam ettirmesini sağlamak.
5.Görüşme	Beden imajı ve cinsel yaşam sorunları	Hastanın beden imajı ve cinsel yaşamıyla ilgili yaşadığı sorunları paylaşmasını cesaretlendirmek, meydana gelen değişimlerle baş etmesine yardım etmek.
6.Görüşme	Manevi sorunlar	Hastanın manevi anlamda yaşadığı sorunları ifade etmesini cesaretlendirerek hastaya varoluş, değer ve inançlarını açıklığa kavuşturmada ve sahip olduğu güç kaynaklarını tanımada yardım etmek.
7.Görüşme	Sağlık durumunu kabul etme ve gelecekle ilgili sorunlar	Hastanın mevcut sağlık durumunu kabul etmesine, bir geleceğinin olduğuna, yaşamından anlam bulmasına, amaç belirlemesine ve seçim yapmasına yardım etmek.

Çam O. Gümüş Babacan A. Meme kanserli hastalar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. (2006), 10(3): 52-60

Meme kanseri hastalarında manevi başatmanın rolünü değerlendiren çalışma sonucunda; hastaların, % 91'i inancın duygusal desteği, % 70'i sosyal desteği ve % 64'ü kanser yaşantısından anlam yaratma yeteneğini arttırarak inançlarının hastalıklarıyla başatmada olumlu etkileri olduğunu belirtilmiştir. Daştan ve Buzlu'nun belirttiği gibi meme kanseri hastalarıyla yaptıkları çalışma sonucunda; hastaların manevi iyi oluşları, yaşam kaliteleri ve özellikle kanser uyum düzeyler arasında anlamlı ilişkiler belirlenmiştir (54).

Bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde ve elde etmesinde ona yardımcı olmak iyi hemşirelik bakımının temelidir. Manevi bakım, bütüncül bakımın bir parçasıdır ve bakımın ayrı bir yönü olarak düşünülmemelidir. Hemşire kuramcılarının 1960'lı yılların sonlarından beri; bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutu kadar manevi boyutuna da giderek büyüyen bir ilgi gösterdikleri görülmektedir. Daştan ve Buzlu'nun "bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye bütün bir bakım verir" şeklinde bakımın tüm boyutlarının önemini ifade etmiştir (54).

Meme kanseri sadece fiziksel bir olay olmayıp manevi boyutu da içeren çok boyutlu bir olgudur. Bu nedenle, meme kanseri hastalarına yaklaşımda manevi boyutun etkilerinin ihmal edilmemesi gerekir. Ayrıca, hastalarla yakın ilişki içerisinde olan hemşireler de manevi bakımı içine alan bütüncül bakımla hastalara gelişme imkânı sağlamalıdır (54).

Hastanın dışında ailede en çok etkilenen kişi kadının eşidir. Kadının meme kanserine alışmasında ve tedavisinde, eşinin reaksiyonu önemlidir. Tanı ile ilgili ilk şoktan sonra eşler yıllar sürebilecek kadını kaybetmeye ilişkin korku gelişir. Korku zamanla tedavi yönetiminin aileyi düzenli bir iş programına adapte olmaya zorlamasıyla azalır. Yapılan çalışmalarda hastalığın aile problemi olarak kabul edilmesi hastalar açısından önemli bir destek gücüdür (55).

## **5. MATERYAL VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ**

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesini ölçmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ**

Araştırma Kasım 2011 tarihinde İstanbul'da bir vakıf üniversitesinde yapılmıştır. Araştırma hemşirelik bölümünde okuyan 410 tane kız öğrencileri üzerinde yapılmıştır.

### **5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Verilerin toplanmasında, öğrencilere ait bilgileri içeren “ Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

#### **5.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)**

Tanıtıcı bilgi formu araştırmaya alınan öğrencilerin kişisel özelliklerine yönelik soruları kapsamaktadır.

#### **5.3.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 2)**

Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile meme kanseri ve korunma önlemleri ile ilgili inanç ve tutumlarını saptamak için düzenlenmiş olup 42 madde içermektedir.

## 5.4. CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİNİN TANIMI

Kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili inanç ve tutumları saptamak için kullanılan ölçek, Champion V. tarafından 1984 yılında geliştirilmiş daha sonraki çalışmalarında (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiş olup 42 madde içermektedir. Ölçek de Sağlık İnanç modelinin 6 kavramı ölçeğin 6 alt boyutunu oluşturmaktadır. Meme kanseri ile ilgili duyarlılık algısı alt boyutunda üç madde (1-3. maddeler), meme kanseri ile ilgili ciddiyet algısı alt boyutunda yedi madde (4-10. maddeler), KKMM uygulamaya ilişkin yarar algısı alt boyutunda dört madde (11-14 maddeler), KKMM uygulamaya ilişkin engel algısı alt boyutunda 11 madde (15-25. maddeler), KKMM ilişkin güven alt boyutunda 10 madde (26-35. maddeler), ve sağlık motivasyonu alt boyutunda yedi madde (36-42. maddeler) bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme (kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5)) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için 6 ayrı puan elde edilir. Ölçek yaklaşık 8-10 dakikada tamamlanabilir (56).

### 5.4.1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirliğine ilişkin sonuçları

CSİMÖ'nun Türkçe formunun güvenilirliğine ilişkin madde istatistikleri ve alt boyutların iç tutarlılığı değerlendirilmiştir. Madde toplam puan korelasyonları .30'un üzerinde olup, literatürde bu alt değerlerin yeterli olacağı belirtilmektedir . Bu nedenle maddelerin madde-toplam puan korelasyonları .30'un üzerinde olduğu için ölçekten çıkarılmamıştır (56).

**Tablo 5.4.1. CSİMO-Türkçe Formun Madde İstatistiği Sonuçları**

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	
Duyarlılık	.35-.49	3
Önemseme/ Ciddiyet	.35-.62	7
Sağlık Motivasyonu	.41-.66	7
KKMM yarar algısı	.56-.74	4
KKMM engel algısı	.30-.53	11
KKMM öz-etkililik/güven algısı	.30-.70	10

**Tablo 5.4.2. CSİMÖ'nun Orijinal ve Türkçe Formlarının Cronbach Alpha Katsayıları**

Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Boyutları	İngilizce form Cronbach $\alpha$	Türkçe form N=430 Cronbach $\alpha$
Duyarlılık (1999)*	.87	.58
Önemseme/Ciddiyet (1993)*	.80	.80
Sağlık motivasyonu (1993)*	.83	.78
KKMM yararları (1997)*	.69	.85
KKMM engelleri (1997)*	.83	.68
KKMM öz-etkililiği (1997)*	.90	.89

Karayurt Ö. Dramalı A. Adaptation of champion'shealthbelief model scalefor Turkish womenan devaluation of theselected variable sassociated with breast selfexamination. CancerNurs 2007, 30: 69-77.



#### **5.4.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerliliğine ilişkin sonuçlar**

CSİMÖ-Türkçe formunun yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla çalışmada doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar Tablo3'de sunulmuştur. Faktör yapısı KKMM engelleri boyutunun iki ayrı faktör altında toplanmasının dışında İngilizce form ile uyumlu bulunmuştur. Engeller boyutundaki iki faktörün birbiriyle korelasyonları yüksek olduğu için ( $r=.65$ ,  $p<.01$ ) bu iki faktör birleştirilmiştir . CSİMÖ'ni diğer dil ve kültürlerle uyarlayan çalışmalarda da faktör analizinde benzer değişimler yaşanmıştır. Sonuç olarak CSİMÖ-Türkçe'nin faktör yapısı İngilizce form ile büyük oranda benzerlik gösterdiği için Türkçe formun geçerliliğine ilişkin kanıt sağlamıştır (56).

CSİMO-Türkçe'nin geçerliliğine ilişkin bir diğer kanıt formun içeriğinin uygunluğuna ilişkin uzmanlardan aldığı görüşlerin uyumunu Kendal Uyuşum Katsayısı ile değerlendirmiş, uzman görüşleri arasında istatistiksel fark saptanmamış ve formun içerik geçerliliğini kanıtlayan bir sonuç elde etmiştir (56).

#### **5.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Araştırmadan elde edilen analizi bilgisayarda SPSS 16.0 istatistik programında değerlendirilmiştir Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Parametrik olmayan testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal-Wallis testi, ilişki analizleri için ise Spearman's korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

## 5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMALARI

Araştırmada Champion Sağlık İnanç Ölçeğinin güvenilirlik analizi ve madde alt ölçek korelasyonu sınanmıştır. Tablo 5.6.1’de ölçeğin güvenilirlik katsayısı (Cronbach alpha) duyarlılık algısı alt ölçeği için 0,806, ciddiyet algısı alt ölçeği için 0,821, yarar algısı alt ölçeği için 0,925, engel algısı alt ölçeği için 0,875, güven öz-etkililik alt ölçeği için 0,928, sağlık motivasyonu alt ölçeği için 0,895 ve ölçeğin tamamı için 0,869 olarak bulunmuştur. Buna göre ölçeğin istatistiksel açıdan yüksek anlamlılık düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Champion Sağlık İnanç Ölçeğinin madde alt ölçek puan korelasyonu katsayısı ise; duyarlılık algısı alt ölçeği için 0,788-0,857, ciddiyet algısı alt ölçeği için 0,488-0,802, yarar algısı alt ölçeği için 0,869-0,880, engel algısı alt ölçeği için 0,430-0,760, güven öz-etkililik alt ölçeği için 0,699-0,845, ve sağlık motivasyonu alt ölçeği için 0,562-0,828 arasında bulunmuştur.

**Tablo 5.6.1. Champion Sağlık İnanç Ölçeği Madde Alt Ölçek Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach  $\alpha$  Değeri (N=410)**

		Madde Alt Ölçek Puan	
		$r_s$	p
Duyarlılık Algısı	1. Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek	0,857	0,000
	2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek	0,857	0,000
	3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum	0,788	0,000
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,806</b>		
Ciddiyet Algısı	4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor	0,693	0,000
	5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor	0,754	0,000
	6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur	0,802	0,000
	7. Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir	0,737	0,000
	8. Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkiyi	0,659	0,000
	9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir	0,732	0,000
	10. Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam	0,488	0,000
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,821</b>			
Yarar Algısı	11. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum	0,880	0,000
	12. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur	0,877	0,000

	13. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir	0,873	0,000
	14. Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir	0,869	0,000
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,925</b>		
Engel Algısı	15. Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum	0,500	0,000
	16. Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir	0,430	0,000
	17. Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor	0,760	0,000
	18. Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor	0,734	0,000
	19. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutupuyorum	0,584	0,000
	20. Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok	0,729	0,000
	21. Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	0,640	0,000
	22. Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	0,632	0,000
	23. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok	0,731	0,000
	24. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok	0,727	0,000
	25. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli	0,723	0,000
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,875</b>		
Güven / Öz-etkililik	26. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum	0,757	0,000
	27. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim	0,829	0,000
	28. Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim	0,845	0,000
	29. Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	0,752	0,000
	30. Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	0,767	0,000
	31. Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim	0,768	0,000
	32. Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları	0,820	0,000
	33. Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	0,761	0,000
	34. Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	0,699	0,000
	35. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim	0,783	0,000
	<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,928</b>		
Sağlık Motivasyonu	36. Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim	0,771	0,000
	37. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir	0,772	0,000
	38. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım	0,828	0,000
	39. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum	0,813	0,000

40. Dengeli beslenirim	0,789	0,000
41. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	0,562	0,000
42. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırırım	0,669	0,000
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,895</b>		
<b>Cronbach <math>\alpha</math>: 0,869</b>		

## 5.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırma da öğrencilere uygulanan anket formunda bulunan soruların gizliliğinin korunacağı, hiçbir bilginin paylaşılmayacağı ve gizli kalacağı bildirilmiştir. Champion Sağlık İnanç Ölçeğinin çalışmada kullanılması için Özgül Karayurt'tan izin alınmıştır. Form ( Ek 2)' de gösterilmiştir.

## 6. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 410 öğrenci ile yapılan çalışmadan elde edilen bulgular 7 başlıkta ele alınarak sunulmuştur.

1. Kişisel özelliklere ilişkin bulgular
2. Sağlık Durumu ile İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular
3. Aile ve Sosyal Çevre İle İlişkili Özelliklere İlişkin Bulgular
4. Okul İle İlişkili Özelliklere Özelliklere İlişkin Bulgular
5. Champion Sağlık İnanç Ölçeği puanlarının dağılımı
6. Champion Sağlık İnanç Ölçeği puanları arasındaki ilişki
7. Champion Sağlık İnanç Ölçeği puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılması

### 6.1. ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARI

Araştırmaya katılan öğrencilerin kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1.1 ve Tablo 6.1.2’de gösterilmektedir.

**Tablo 6.1.1. Öğrencilerin Kişisel Özelliklere Göre Dağılım (N=410)**

Kişisel Özellikler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kız	410	100
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Yaşamının büyük bölümünü geçirdiği yerleşim birimi	İl	367	89,5
	İlçe	43	10,5
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Yaşadığı İl	İstanbul	183	44,6
	İstanbul dışı	117	28,5
		<b>300</b>	<b>73,1</b>
Gelir düzeyi	Desteğe/bursa gereksinimim var	44	10,7
	Ancak geçinebiliyorum	75	18,3
	Orta derecede iyi	152	37,1
	İyi	134	32,7
	Çok iyi	5	1,2
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

**Tablo 6.1.2. Öğrencilerin Kişisel Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı**

Kişisel Özellik	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Max
Yaş	410	20,58	2,117	17	35

Araştırmaya katılan öğrencilerin tamamı kızdır. Öğrencilerin yaşları 17 ve 35 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $20,58 \pm 2,117$ 'dir.

Yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yerleşim yeri türüne göre öğrencilerin özellikleri incelendiğinde öğrencilerin %89,5 (n=367) ile büyük çoğunluğunun illerde, %10,5'inin (n=43) ise ilçelerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları ile göre dağılımları incelendiğinde; %44,6'sının (n=183) İstanbul'da, %28,5'inin (n=117) ise İstanbul dışında yaşadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %10,7'ünün (n=44) desteğe/bursa gereksinimi olduğu, %18,3'ünün (n=75) ancak geçinebildiği, %37,1'inin (n=152) orta derecede iyi, %32,7'sinin (n=134) iyi ve %1,2'isinin (n=5) ise çok iyi durumda olduğu tespit edilmiştir.

## **6.2. ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK DURUMU İLE İLGİLİ BULGULARI**

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumu ile ilişkili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.2.1 ve Tablo 6.2.2'de gösterilmektedir.

**Tablo 6.2.1. Öğrencilerin Sağlık Durumu ile İlişkili Özelliklere Göre Dağılım (N=410)**

Sağlıkla Durumu Özellikleri	Kategori	n	%
Sağlık sorunu var mı?	Evet	50	12,2
	Hayır	360	87,8
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Sağlık Sorunu	Alerji	3	0,7
	Anemi	3	0,7
	Astım	5	1,2
	Demir eksikliği	3	0,7
	Diyabet	1	0,2
	Epilepsi	1	0,2
	Göz	2	0,5
	Hipoglisemi	1	0,2
	Hipotroid	5	1,2
	Kemik büyümesi	1	0,2
	Mide ülseri	3	0,7
	Migren	4	1,0
	Obezite	2	0,5
	Reflü	1	0,2
	Saçkıran	1	0,2
Solunum yetersizliği	1	0,2	
	<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>9,0</b>
Önemli bir hastalık geçirdiniz mi?	Evet	19	4,6
	Hayır	391	95,4
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	47	11,5
	Hayır	350	85,4
	Bıraktım	13	3,2
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	35	8,5
	Hayır	375	91,5
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Sürekli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	Evet	38	9,3
	Hayır	372	90,7
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

**Tablo 6.2.2. Öğrencilerin Ölçümsel Sağlık ile İlgili Özelliklerine İlişkin Verilerinin Dağılımı**

<b>Kişisel Özellik</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b><math>\pm ss</math></b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Son bir yıldaki sağlık durumu	410	7,16	2,089	0	10
Sigara (Kaç paket/gün)	47	0,74	0,741	0,1	5
Sigara (Kaç yıl)	37	3,40	2,382	0,5	12

Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,8'inin (n=360) herhangi bir sağlık sorunu yok iken %1,2'sinde (n=5) astım ve hipotroid; %1'inde (n=4) migren; %0,7'sinde (n=3) alerji, anemi, demir eksikliği ve mide ülseri; %0,5'inde göz ve obezite; %0,2'sinde (n=1) diyabet, epilepsi, hipoglisemi, kemik büyümesi, reflü, saç kıran ve solunum yetersizliği problemleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yalnızca %4,6'sı (n=19) önemli bir ameliyat geçirmiştir. Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %85,4'ünün (n=350) sigara kullanmadığı, % 11,5'inin (n=47) sigara kullandığı ve %3,2'sinin (n=13) ise sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Sigara kullanan öğrencilerin günlük kullanım miktarı ortalama  $0,74 \pm 0,741$  paket iken sigara kullanım süreleri 6 ay ile 12 yıl arasında değişmekte ve ortalama kullanım süresi  $3,40 \pm 2,382$  yıldır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yalnızca %8,5'inin (n=35) alkol kullandığı, %91,5'inin (n=375) ise alkol kullanmadığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sadece %9,3'ünün (n=38) sürekli olarak bir ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin son bir yıldaki sağlık durumu algı puanları 0 ve 10 arasında değişmekte olup ortalaması  $7,16 \pm 2,089$ 'dur

### **6.3. ÖĞRENCİLERİN AİLE VE SOSYAL ÇEVRE İLE İLGİLİ BULGULARI**

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile ve sosyal çevre ile ilişkili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.3.1 ve Tablo 6.3.2'de gösterilmektedir.



**Tablo 6.3.1. Öğrencilerin Aile ve Sosyal Çevre İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılım (N=410)**

<b>Aile ve Sosyal Çevre Özellikleri</b>	<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aile	Çekirdek aile	330	80,5
	Geniş aile	54	13,2
	Anne baba ayrı yaşıyor	22	5,4
	<b>Toplam</b>	<b>406</b>	<b>99</b>
Annenin eğitim durumu	Okur-yazar değil	4	1,0
	Okuryazar-okul bitirmemiş	11	2,7
	İlkokul mezunu	140	34,1
	Ortaokul mezunu	61	14,9
	Lise mezunu	138	33,7
	Üniversite ve üstü	51	12,4
	<b>Toplam</b>	<b>405</b>	<b>98,8</b>
Annenin mesleği	Emekli	52	12,7
	Memur	24	5,9
	İşçi	20	4,9
	Serbest meslek	34	8,3
	Çalışmıyor	274	66,8
	<b>Toplam</b>	<b>404</b>	<b>98,5</b>
Babanın eğitim durumu	Okur-yazar değil	2	0,5
	Okuryazar-okul bitirmemiş	4	1,0
	İlkokul mezunu	81	19,8
	Ortaokul mezunu	67	16,3
	Lise mezunu	141	34,4
	Üniversite ve üstü	105	25,6
	<b>Toplam</b>	<b>400</b>	<b>97,6</b>
Babanın mesleği	Emekli	151	36,8
	Memur	70	17,1
	İşçi	50	12,2
	Serbest meslek	117	28,5
	Çalışmıyor	11	2,7
	<b>Toplam</b>	<b>399</b>	<b>97,3</b>
Kardeş var mı?	Evet	371	90,5
	Hayır	33	8,0

**Tablo 6.3.2. Öğrencilerin Ölçümsel Aile ve Sosyal Çevre ile İlgili Verilerinin Dağılımı (N=410)**

<b>Kişisel Özellik</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b><math>\pm ss</math></b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Arkadaş ilişkileri	406	8,81	1,330	2	10
Aile ilişkileri	406	9,04	1,358	3	10

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile yapısına göre dağılımları incelendiğinde %80,5'inin (n=330) çekirdek aile, %13,2'sinin (n=54) geniş aile ve %5,4'ünün (n=22) ise anne babasının ayrı yaşadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %1'i (n=4) okur-yazar değil, %2,7'si (n=11) okuryazar-okul bitirmemiş, %34,1 (n=140) ilkokul mezunu, %14,9'u (n=61) ortaokul mezunu, %33,7'si (n=138) lise mezunu ve %12,4'i (n=54) üniversite ve üstü mezundur.

Öğrencilerin annelerinin mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %66,8 (n=274) ile yarısından fazlasının çalışmadığı, %12,7'sinin (n=52) emekli, %5,9'unun (n=24) memur, %4,9'unun (n=20) işçi ve %8,3'ünün (n=34) serbest meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %0,5'i (n=2) okur-yazar değil, %1'i (n=4) okuryazar-okul bitirmemiş, %19,8'i (n=81) ilkokul mezunu, %16,3'ü (n=67) ortaokul mezunu, %34,4'ü (n=141) lise mezunu ve %25,6'sı (n=105) üniversite ve üstü mezundur.

Öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde %36,8'inin (n=151) emekli, %17,1'sinin (n=70) memur, %12,2'sinin (n=50) işçi, %28,5'inin (n=117) serbest meslek sahibi olduğu ve %2,7'sinin (n=11) ise çalışmadığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin yalnızca %90,5'inin (n=371) kardeşi olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin arkadaş ilişkileri algı puanları 2 ve 10 arasında değişmekte olup ortalaması  $8,81 \pm 1,330$ 'dur. Öğrencilerin aile ilişkileri algı puanları ise 3 ve 10 arasında değişmekte olup ortalaması  $9,04 \pm 1,358$ 'dir.

## 6.4. ÖĞRENCİLERİN OKUL İLE İLGİLİ BULGULARI

Araştırmaya katılan öğrencilerin okul ile ilişkili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.4.1 ve Tablo 6.4.2’de gösterilmektedir.

**Tablo 6.4.1. Öğrencilerin Okul İle İlişkili Özelliklere Göre Dağılımı (N=410)**

Aile ve Sosyal Çevre	Kategori	n	%
Sınıf	I. sınıf	113	27,6
	II. sınıf	120	29,3
	III. sınıf	78	19,0
	IV. sınıf	99	24,1
	<b>Toplam</b>	<b>410</b>	<b>100</b>
Mezun olunan lise türü	Düz lise	263	64,1
	Sağlık meslek lisesi	25	6,1
	Süper lise	71	17,3
	Anadolu lisesi	41	10,0
	Ticaret meslek lisesi	4	1,0
	<b>Toplam</b>	<b>404</b>	<b>98,5</b>
Mezun olunan/devam edilen başka lisans programı var mı?	Evet	32	7,8
	Hayır	369	90,0
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>97,8</b>
Akademik başarı	Çok iyi	4	1,0
	İyi	150	36,6
	Orta	203	49,5
	Kötü	15	3,7
	<b>Toplam</b>	<b>372</b>	<b>90,7</b>

**Tablo 6.4.2. Öğrencilerin Okul ile İlişkili Özelliklere Ait Verilerin Dağılımı (N=410)**

Kişisel Özellik	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Max
AGNO	220	2,64	0,392	2,0	3,90

Öğrencilerin sınıflarına göre dağılımları incelendiğinde %27,6’sının (n=113) I. sınıfta, %29,3’ünün (n=120) II. sınıfta, %19’unun (n=78) III. sınıfta ve %24,1’inin (n=99) ise IV. sınıfta öğrenim gördüğü belirlenmiştir.

Mezun olunan lise türüne göre öğrencilerin dağılımları incelendiğinde %64,1’inin (n=263) düz lise, %6,1’inin (n=25) sağlık meslek lisesi, %17,3’ünün (n=71) süper lise, %10’unun

(n=41) anadolu lisesi ve %1'inin (n=4) ise ticaret meslek lisesi mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yalnızca %7,8'inin (n=32) başka bir lisans programından mezun olduğu veya halen başka bir lisans programına devam ettiği belirlenmiştir.

Öğrencilerin akademik başarı algılarına göre dağılımları incelendiğinde %1'i (n=4) akademik başarısını çok iyi, %36,6'sı (n=150) iyi, %49,5'i (n=203) orta ve %3,7'si (n=15) ise kötü bulmaktadır.

## 6.5. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ PUANLARININ DAĞILIMI

Tablo 6.5.1'de araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği puan dağılımları yer almaktadır.

Her bir madde için “ne ölçüde katılıyorsunuz?” sorusuna karşılık “Kesinlikle katılmıyorum” dan başlayıp, “Kesinlikle katılıyorum” a kadar 1 ile 5 arasında verilen yanıtlara göre en yüksek ( $4,17 \pm 1,082$ ) puanı “37. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir” buna karşın en düşük ( $1,98 \pm 1,023$ ) puanı “23. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür” maddeleri almıştır.

**Tablo 6.5.1. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=410)**

		$\bar{x}$	$\pm ss$
Duyarlılık Algısı	1. Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek	2,61	0,973
	2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek	2,39	0,921
	3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı	2,73	0,969
Ciddiyet Algısı	4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor	3,55	1,190
	5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor	2,96	1,148
	6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur	3,27	1,182
	7. Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir	3,44	1,076
	8. Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkimi	2,86	1,122
	9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir	3,15	1,403
	10. Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam	2,39	1,011
	11. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum	4,02	1,189

<b>Yarar Algısı</b>	12. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur	4,10	1,104
	13. Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir	3,87	1,115
	14. Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir	3,92	1,066
<b>Engel Algısı</b>	15. Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi	2,75	1,136
	16. Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir	2,82	1,150
	17. Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor	2,01	1,097
	18. Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor	2,06	1,077
	19. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum	2,79	1,213
	20. Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok	2,11	1,162
	21. Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	2,30	1,176
	22. Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	2,34	1,144
	23. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok	1,98	1,023
	24. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok	2,04	1,029
	25. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli	2,10	1,035
<b>Güven/Öz-etkililik Algısı</b>	26. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum	3,48	1,235
	27. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim	3,56	1,109
	28. Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim	3,50	1,077
	29. Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	3,37	1,041
	30. Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	3,25	1,040
	31. Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim	3,36	1,430
	32. Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları	3,47	1,132
	33. Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	3,63	1,094
	34. Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa	3,61	1,112
	35. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim	3,53	1,106
<b>Sağlık Motivasyonu</b>	36. Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim	4,11	1,143
	37. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir	4,17	1,082
	38. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım	4,00	1,075
	39. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum	4,10	1,060
	40. Dengeli beslenirim	3,55	1,076
	41. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	3,03	1,125
	42. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak	3,27	1,156

**Tablo 6.5.2. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı (N=410)**

Alt Ölçekler	$\bar{x}$	$\pm ss$	Min	Max
Duyarlılık Algısı	2,58	0,810	1	5
Ciddiyet Algısı	3,08	0,800	1	5
Yarar Algısı	3,98	1,011	1	5
Engel Algısı	2,30	0,743	1	5
Güven/Öz-etkililik Algısı	3,48	0,891	1	5
Sağlık Motivasyonu	3,75	0,865	1	5

Tablo 6.5.2'de detaylı olarak değerlendirilen Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı alt ölçek puan ortalaması  $2,58 \pm 0,810$ , ciddiyet algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,08 \pm 0,800$ , yarar algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,98 \pm 1,011$ , engel algısı alt ölçek puan ortalaması  $2,30 \pm 0,743$ , güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,48 \pm 0,891$ , sağlık motivasyonu alt ölçek puan ortalaması ise  $3,75 \pm 0,865$  olarak tespit edilmiştir. Çalışmada öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı ( $3,98 \pm 1,011$ ) yarar algısı alt ölçeğinden, en düşük puanı ( $2,30 \pm 0,743$ ) ise engel algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir.

## **6.6. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ PUANLARININ DAĞILIMI**

Tablo 6.6.1'de Champion Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek puanları arasındaki ilişkiler görülmektedir.

**Tablo 6.6.1. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği İle Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=410)**

	<b>r<sub>p</sub></b>	<b>p</b>
Duyarlılık Algısı - Ciddiyet Algısı	0,278**	<b>0,000</b>
Duyarlılık Algısı - Yarar Algısı	-0,001	0,983
Duyarlılık Algısı - Engel Algısı	0,161**	<b>0,001</b>
Duyarlılık Algısı - Güven/Öz-etkililik Algısı	0,009	0,860
Duyarlılık Algısı - Sağlık Motivasyonu	-0,040	0,418
Ciddiyet Algısı - Yarar Algısı	0,179**	<b>0,000</b>
Ciddiyet Algısı - Engel Algısı	0,157**	<b>0,001</b>
Ciddiyet Algısı - Güven/Öz-etkililik Algısı	0,097	0,050
Ciddiyet Algısı - Sağlık Motivasyonu	0,078	0,117
Yarar Algısı - Engel Algısı	-0,388**	<b>0,000</b>
Yarar Algısı - Güven/Öz-etkililik Algısı	0,452**	<b>0,000</b>
Yarar Algısı - Sağlık Motivasyonu	0,425**	<b>0,000</b>
Engel Algısı - Güven/Öz-etkililik Algısı	-0,342**	<b>0,000</b>
Engel Algısı - Sağlık Motivasyonu	-0,275**	<b>0,000</b>
Güven/Öz-etkililik Algısı - Sağlık Motivasyonu	0,506**	<b>0,000</b>

\*\* p < 0,01

Tablo 6.6.1’de görüldüğü üzere duyarlılık algısı alt ölçeği ile ciddiye algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,278,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve düşük şiddette, duyarlılık algısı alt ölçeği ile engel algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,161,  $p < 0,01$ ) arasında ise anlamlı derecede pozitif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır. Buna karşın duyarlılık algısı alt ölçeği ile yarar algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,005$ ).

Ciddiyet algısı alt ölçeği ile yarar algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,179,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve düşük şiddette, ciddiye algısı alt ölçeği ile engel algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,157,  $p < 0,01$ ) arasında ise anlamlı derecede pozitif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır. Buna karşın ciddiye algısı alt ölçeği ile güven/öz- etkililik algısı ve sağlık motivasyonu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,005$ ).

Yarar algısı alt ölçeği ile engel algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : -0,388,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede negatif yönlü ve orta şiddette, yarar algısı alt ölçeği ile güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,452,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve orta şiddette, yarar algısı alt ölçeği ile sağlık motivasyonu alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,425,  $p < 0,01$ ) arasında da anlamlı derecede pozitif yönlü ve orta şiddette bir ilişki vardır.

Engel algısı alt ölçeği ile güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : -0,342,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede negatif yönlü ve düşük şiddette, engel algısı alt ölçeği ile sağlık motivasyonu algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : -0,275,  $p < 0,01$ ) arasında ise anlamlı derecede negatif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır.

Güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanı ( $r_s$ : 0,506,  $p < 0,01$ ) ile sağlık motivasyonu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki ise pozitif yönlü ve orta şiddettedir.

## 6.7. ÖĞRENCİLERİN CHAMPION SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİ ALT ÖLÇEK PUANLARININ DEĞİŞGENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6.7.1'de Champion Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek puanlarının yaş ile ilişkisi yer almaktadır.

**Tablo 6.7.1. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Yaş ile İlişkisi (N=410)**

	Yaş	
	$r_s$	$p$
Duyarlılık Algısı	0,46	0,348
Ciddiyet Algısı	0,030	0,546
Yarar Algısı	-0,057	0,250
Engel Algısı	-0,048	0,333
Güven/Öz-etkililik Algısı	0,233**	<b>0,000</b>
Sağlık Motivasyonu	0,014	0,775

\*\*  $p < 0,01$

Güven/Öz-etkililik algısı alt ölçeği ile yaş ( $r_s$ : 0,233,  $p < 0,01$ ) arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır. Buna karşın duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları ile yaş arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,005$ ).



**Tablo 6.7.2. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Yaşamının Büyük Bir Bölümünü Geçirdiği Yerleşim Birimine Göre Karşılaştırılması (N=410)**

	Yerleşim Birimi	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
Duyarlılık Algısı	İl	367	2,55	0,812	-1,457	0,145
	İlçe	43	2,78	0,772		
Ciddiyet Algısı	İl	367	3,08	0,809	-0,015	0,988
	İlçe	43	3,07	0,728		
Yarar Algısı	İl	367	3,96	1,034	-0,705	0,481
	İlçe	43	4,15	0,764		
Engel Algısı	İl	367	2,30	0,740	-0,078	0,938
	İlçe	43	2,31	0,781		
Güven/Öz-etkililik Algısı	İl	367	3,48	0,908	-0,305	0,760
	İlçe	43	3,43	0,746		
Sağlık Motivasyonu	İl	367	3,74	0,858	-0,684	0,494
	İlçe	43	3,78	0,931		

Tablo 6.7.2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği yerleşim birimine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.3. Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyleri İle Karşılaştırılması (N=410)**

	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	p
Duyarlılık Algısı	Desteğe gereksinimim var	44	2,60	1,110	6,897	0,141
	Ancak geçinebiliyorum	75	2,72	0,792		
	Orta derecede iyi	152	2,59	0,673		
	İyi	134	2,47	0,851		
	Çok iyi	5	2,80	0,506		
Ciddiyet Algısı	Desteğe gereksinimim var	44	3,17	0,964	4,802	0,308
	Ancak geçinebiliyorum	75	3,14	0,831		
	Orta derecede iyi	152	3,12	0,732		
	İyi	134	2,99	0,794		
	İyi	134	2,99	0,794		
	Çok iyi	5	2,71	0,898		

Yarar Algısı	Desteğe gereksinimim var	44	3,53	1,345	13,073*	<b>0,011</b>
	Ancak geçinebiliyorum (2)	75	4,10 <sup>(1,5)</sup>	0,795		
	Orta derecede iyi (3)	152	4,03 <sup>(1,5)</sup>	0,895		
	İyi (4)	134	4,05 <sup>(1,5)</sup>	1,023		
	Çok iyi (5)	5	2,35	1,453		
Engel Algısı	Desteğe gereksinimim var	44	2,40	0,837	1,899	0,754
	Ancak geçinebiliyorum	75	2,26	0,690		
	Orta derecede iyi	152	2,31	0,711		
	İyi	134	2,28	0,762		
	Çok iyi	5	2,25	1,242		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Desteğe gereksinimim var	44	3,32	0,997	3,944	0,414
	Ancak geçinebiliyorum	75	3,45	0,892		
	Orta derecede iyi	152	3,46	0,791		
	İyi	134	3,57	0,945		
Çok iyi	5	3,52	1,410			
Sağlık Motivasyonu	Desteğe gereksinimim var	44	3,78	0,968	1,235	0,872
	Ancak geçinebiliyorum	75	3,80	0,758		
	Orta derecede iyi	152	3,73	0,786		
	İyi	134	3,73	0,971		
	Çok iyi	5	3,71	0,985		

\* p < 0,05

Tablo 6.7.3'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın yarar algısı alt ölçek puan ortalamaları gelir durumu desteğe gereksinimi olan öğrencilerde  $3,53 \pm 1,345$ , gelir durumu ancak geçinebiliyor olan öğrencilerde  $4,10 \pm 0,795$ , gelir durumu orta derecede iyi olan öğrencilerde  $4,03 \pm 0,895$ , gelir durumu iyi olan öğrencilerde  $4,05 \pm 1,023$  ve gelir durumu çok iyi olan öğrencilerde  $2,35 \pm 1,453$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin yarar algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu ancak geçinebiliyor, orta derecede iyi ve iyi olan öğrencilerin yarar algısı puan ortalamaları gelir durumu desteğe gereksinimi olan ve çok iyi olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

**Tablo 6.7.4. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sağlık Sorunu Varlığına ile Karşılaştırılması (N=410)**

	Sağlık Sorunu	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
Duyarlılık Algısı	Hayır	360	2,59	0,802	-0,735	0,462
	Evet	50	2,47	0,865		
Ciddiyet Algısı	Hayır	360	3,12	0,782	-2,251*	<b>0,024</b>
	Evet	50	2,81	0,881		
Yarar Algısı	Hayır	360	3,98	0,981	-0,506	0,613
	Evet	50	3,92	1,210		
Engel Algısı	Hayır	360	2,33	0,748	2,597**	<b>0,009</b>
	Evet	50	2,05	0,663		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Hayır	360	3,43	0,871	-2,010*	<b>0,044</b>
	Evet	50	3,78	0,988		
Sağlık Motivasyonu	Hayır	360	3,73	0,862	-1,611	0,107
	Evet	50	3,87	0,880		

\* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, yarar algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları sağlık sorunu varlığına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0,05). Buna karşın ciddiye algısı alt ölçek puan ortalamaları sağlık sorunu olmayan olan öğrencilerde  $3,12 \pm 0,782$ , sağlık sorunu olan öğrencilerde  $2,81 \pm 0,881$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin ciddiye algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p < 0,05) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olmayan öğrencilerin ciddiye algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Engel algısı alt ölçek puan ortalamaları ise sağlık sorunu olmayan olan öğrencilerde  $2,33 \pm 0,748$ , sağlık sorunu olan öğrencilerde  $2,05 \pm 0,663$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p < 0,01) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olmayan öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Güven/Öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları ise sağlık sorunu olmayan olan öğrencilerde  $3,43 \pm 0,871$ , sağlık sorunu olan öğrencilerde  $3,78 \pm 0,988$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p < 0,05) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olan

öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olmayan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

**Tablo 6.7.5. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Hastalık Geçirme Durumu ile Karşılaştırılması (N=410)**

	Hastalık Geçirme	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
Duyarlılık Algısı	Hayır	391	2,57	0,805	-	0,352
	Evet	19	2,75	0,915	0,931	
Ciddiyet Algısı	Hayır	391	3,09	0,797	-	0,174
	Evet	19	2,97	0,876	1,358	
Yarar Algısı	Hayır	391	3,99	0,989	-	0,321
	Evet	19	3,62	1,363	0,993	
Engel Algısı	Hayır	391	2,29	0,719	-	0,416
	Evet	19	2,60	1,118	0,814	
Güven/Öz-etkililik Algısı	Hayır	391	3,49	0,897	-	0,191
	Evet	19	3,28	0,773	1,308	
Sağlık Motivasyonu	Hayır	391	3,76	0,868	-	0,170
	Evet	19	3,55	0,777	1,373	

Tablo 6.7.5’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları hastalık geçirme durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.6. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sağlık Durumu ile İlişkisi (N=410)**

	Sağlık Durumu	
	$r_s$	p
Duyarlılık Algısı	-0,134**	<b>0,007</b>
Ciddiyet Algısı	-0,157**	<b>0,001</b>
Yarar Algısı	0,054	0,279
Engel Algısı	-0,064	0,196
Güven/Öz-etkililik Algısı	-0,009	0,849
Sağlık Motivasyonu	0,015	0,768

\*\* p < 0,01

Tablo 6.7.6'da Champion Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek puanlarının öğrencilerin sağlık durumları ile ilişkisi yer almaktadır. Duyarlılık algısı alt ölçeği ile sağlık durumu ( $r_s$ : -0,134, p < 0,01) arasında anlamlı derecede negatif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır. Aynı şekilde ciddiyet algısı alt ölçeği ile sağlık durumu ( $r_s$ : -0,157, p < 0,01) arasında da anlamlı derecede negatif yönlü ve düşük şiddette bir ilişki vardır. Buna karşın yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları ile sağlık durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0,005).

**Tablo 6.7.7. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sürekli İlaç Kullanımı ile Karşılaştırılması (N=410)**

	Sürekli İlaç K.	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mwu}$	p
Duyarlılık Algısı	Hayır	372	2,59	0,824	-0,675	0,500
	Evet	38	2,49	0,665		
Ciddiyet Algısı	Hayır	372	3,11	0,792	-1,980*	<b>0,048</b>
	Evet	38	2,83	0,840		
Yarar Algısı	Hayır	372	3,98	0,993	-0,592	0,554
	Evet	38	3,97	1,180		
Engel Algısı	Hayır	372	2,32	0,744	-1,496	0,135
	Evet	38	2,13	0,725		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Hayır	372	3,46	0,867	-0,759	0,448
	Evet	38	3,59	1,112		
Sağlık Motivasyonu	Hayır	372	3,74	0,862	-0,880	0,379
	Evet	38	3,82	0,894		

\* p < 0,01

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları sürekli ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın ciddiye algısı alt ölçek puan ortalamaları sürekli ilaç kullanmayan öğrencilerde  $3,11 \pm 0,792$ , sürekli ilaç kullanan öğrencilerde ise  $2,83 \pm 0,840$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin ciddiye algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sürekli ilaç kullanmayan öğrencilerin ciddiye algısı puan ortalamaları sürekli ilaç kullanan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

**Tablo 6.7.8. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Aile Tipi ile Karşılaştırılması (N=406)**

	<b>Aile Tipi</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	<b>p</b>
Duyarlılık Algısı	Çekirdek aile	330	2,58	0,811	1,820	0,403
	Geniş aile	54	2,65	0,867		
	Anne baba ayrı	22	2,41	0,712		
Ciddiyet Algısı	Çekirdek aile	330	3,08	0,783	3,811	0,149
	Geniş aile	54	3,21	0,892		
	Anne baba ayrı	22	2,85	0,815		
Yarar Algısı	Çekirdek aile	330	3,92	1,048	4,605	0,100
	Geniş aile	54	4,21	0,899		
	Anne baba ayrı	22	4,24	0,575		
Engel Algısı	Çekirdek aile	330	2,31	0,748	1,006	0,605
	Geniş aile	54	2,31	0,710		
	Anne baba ayrı	22	2,20	0,801		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Çekirdek aile	330	3,48	0,895	0,458	0,795
	Geniş aile	54	3,49	0,857		
	Anne baba ayrı	22	3,34	0,996		
Sağlık Motivasyonu	Çekirdek aile	330	3,73	0,874	0,234	0,889
	Geniş aile	54	3,81	0,904		
	Anne baba ayrı	22	3,84	0,667		

Tablo 6.7.8’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik

algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları aile tipine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.9. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Annenin Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması (N=405)**

	<b>Annenin Eğitimi</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	<b>p</b>
Duyarlılık Algısı	Okur-yazar değil	4	2,75	0,739	1,774	0,879
	Okuryazar-okul	11	2,61	0,728		
	İlkokul mezunu	140	2,62	0,810		
	Ortaokul mezunu	61	2,51	0,769		
	Lise mezunu	138	2,62	0,826		
	Üniversite ve üstü	51	2,44	0,881		
Ciddiyet Algısı	Okur-yazar değil	4	3,21	0,528	3,777	0,582
	Okuryazar-okul	11	3,43	0,850		
	İlkokul mezunu	140	3,04	0,814		
	Ortaokul mezunu	61	3,21	0,880		
	Lise mezunu	138	3,06	0,773		
	Üniversite ve üstü	51	3,05	0,748		
	Yarar Algısı	Okur-yazar değil	4	4,19		
Okuryazar-okul		11	4,05	1,274		
İlkokul mezunu		140	3,91	1,124		
Ortaokul mezunu		61	4,00	0,991		
Lise mezunu		138	4,03	0,905		
Üniversite ve üstü		51	3,99	0,978		
Engel Algısı	Okur-yazar değil	4	2,02	0,686	0,750	0,980
	Okuryazar-okul	11	2,62	1,077		
	İlkokul mezunu	140	2,30	0,714		
	Ortaokul mezunu	61	2,28	0,708		
	Lise mezunu	138	2,30	0,747		
	Üniversite ve üstü	51	2,33	0,786		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Okur-yazar değil	4	3,65	1,034	0,660	0,985
	Okuryazar-okul	11	3,65	0,699		
	İlkokul mezunu	140	3,47	0,893		
	Ortaokul mezunu	61	3,52	0,962		
	Lise mezunu	138	3,50	0,823		

	Üniversite ve üstü	51	3,40	1,002		
Sağlık Motivasyonu	Okur-yazar değil	4	4,04	0,244	1,728	0,885
	Okuryazar-okul	11	3,71	0,808		
	İlkokul mezunu	140	3,76	0,870		
	Ortaokul mezunu	61	3,75	1,003		
	Lise mezunu	138	3,74	0,787		
	Üniversite ve üstü	51	3,76	0,886		

Tablo 6.7.9’da görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları annenin eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.10. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Babanın Eğitim Durumu ile Karşılaştırılması (N=405)**

	Babanın Eğitimi	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	p
Duyarlılık Algısı	Okur-yazar değil	2	2,17	1,650	2,491	0,778
	Okuryazar-okul	4	2,92	0,687		
	İlkokul mezunu	81	2,60	0,755		
	Ortaokul mezunu	67	2,65	0,784		
	Lise mezunu	141	2,57	0,839		
	Üniversite ve üstü	105	2,51	0,845		
Ciddiyet Algısı	Okur-yazar değil	2	3,21	0,101	5,646	0,342
	Okuryazar-okul	4	3,86	1,113		
	İlkokul mezunu	81	3,05	0,704		
	Ortaokul mezunu	67	3,20	0,860		
	Lise mezunu	141	3,05	0,810		
	Üniversite ve üstü	105	3,05	0,812		
Yarar Algısı	Okur-yazar değil	2	3,25	0,000	10,822	0,055
	Okuryazar-okul	4	4,69	0,473		
	İlkokul mezunu	81	3,85	1,111		
	Ortaokul mezunu	67	4,15	0,984		
	Lise mezunu	141	3,90	1,032		
	Üniversite ve üstü	105	4,09	0,924		
Engel Algısı	Okur-yazar değil	2	3,05	0,321	6,362	0,273
	Okuryazar-okul	4	1,89	0,766		
	İlkokul mezunu	81	2,38	0,780		



	Ortaokul mezunu	67	2,33	0,707		
	Lise mezunu	141	2,30	0,734		
	Üniversite ve üstü	105	2,22	0,725		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Okur-yazar değil	2	3,05	0,071	4,345	0,501
	Okuryazar-okul	4	3,30	1,510		
	İlkokul mezunu	81	3,41	0,854		
	Ortaokul mezunu	67	3,57	0,832		
	Lise mezunu	141	3,44	0,830		
	Üniversite ve üstü	105	3,56	1,014		
Sağlık Motivasyonu	Okur-yazar değil	2	3,00	1,010	7,542	0,183
	Okuryazar-okul	4	3,64	0,778		
	İlkokul mezunu	81	3,77	0,768		
	Ortaokul mezunu	67	3,93	0,835		
	Lise mezunu	141	3,69	0,893		
	Üniversite ve üstü	105	3,75	0,897		

Tablo 6.7.10'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları babanın eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.11. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Sınıflar ile Karşılaştırılması (N=410)**

	Sınıf	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	p
Duyarlılık Algısı	I. sınıf (1)	113	2,45	0,750	13,360**	<b>0,004</b>
	II. sınıf (2)	120	2,79 <sup>(1,4)</sup>	0,818		
	III. sınıf (3)	78	2,63	0,804		
	IV. sınıf (4)	99	2,43	0,822		
Ciddiyet Algısı	I. sınıf	113	3,06	0,789	1,293	0,731
	II. sınıf	120	3,13	0,856		
	III. sınıf	78	3,09	0,730		
	IV. sınıf	99	3,05	0,803		
Yarar Algısı	I. sınıf	113	3,94	1,069	1,677	0,642
	II. sınıf	120	3,94	1,025		
	III. sınıf	78	4,14	0,864		
	IV. sınıf	99	3,93	1,032		
Engel Algısı	I. sınıf	113	2,32	0,582	6,077	0,108
	II. sınıf	120	2,41	0,816		

	III. sınıf	78	2,17	0,718		
	IV. sınıf	99	2,24	0,819		
Güven/Öz-etkililik Algısı	I. sınıf (1)	113	3,10	0,803	51,355** *	<b>0,000</b>
	II. sınıf (2)	120	3,42 <sup>(1)</sup>	0,918		
	III. sınıf (3)	78	3,90 <sup>(1,2)</sup>	0,661		
	IV. sınıf (4)	99	3,64 <sup>(1)</sup>	0,936		
Sağlık Motivasyonu	I. sınıf	113	3,79	0,658	2,930	0,403
	II. sınıf	120	3,68	0,987		
	III. sınıf	78	3,91	0,737		
	IV. sınıf	99	3,66	0,988		

\*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları öğrencilerin sınıflarına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0,05).

Buna karşın duyarlılık algısı alt ölçek puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,45 \pm 0,750$ , II. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,79 \pm 0,818$ , III. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,63 \pm 0,804$  ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,43 \pm 0,822$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin duyarlılık algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p < 0,01) olduğu tespit edilmiştir. II. sınıfta okuyan öğrencilerin duyarlılık algısı puan ortalamaları I. ve IV. sınıfta okuyan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Bununla birlikte güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,10 \pm 0,803$ , II. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,42 \pm 0,918$ , III. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,90 \pm 0,661$  ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,64 \pm 0,936$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p < 0,001) olduğu tespit edilmiştir. II. ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilere göre, bununla birlikte III. sınıfta okuyan öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları ise I. ve II. sınıfta okuyan öğrencilere göre daha yüksektir.

**Tablo 6.7.12. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Mezun Olunan Lise Türü ile Karşılaştırılması (N=404)**

	Lise	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	p
Duyarlılık Algısı	Düz lise	263	2,60	0,828	2,555	0,635
	Sağlık meslek lisesi	25	2,68	0,730		
	Süper lise	71	2,59	0,859		
	Anadolu lisesi	41	2,43	0,684		
	Ticaret meslek lisesi	4	2,17	0,882		
Ciddiyet Algısı	Düz lise	263	3,07	0,799	5,623	0,229
	Sağlık meslek lisesi	25	2,93	0,779		
	Süper lise	71	3,16	0,753		
	Anadolu lisesi	41	3,05	0,889		
	Ticaret meslek lisesi	4	3,96	0,868		
Yarar Algısı	Düz lise	263	3,97	0,982	9,378	0,052
	Sağlık meslek lisesi	25	4,32	1,037		
	Süper lise	71	4,00	1,112		
	Anadolu lisesi	41	3,84	0,960		
	Ticaret meslek lisesi	4	4,12	1,422		
Engel Algısı	Düz lise (1)	263	2,33 <sup>(2)</sup>	0,732	17,103**	<b>0,002</b>
	Sağlık meslek lisesi (2)	25	1,90	0,749		
	Süper lise (3)	71	2,26	0,828		
	Anadolu lisesi (4)	41	2,41	0,633		
	Ticaret meslek lisesi (5)	4	2,14	0,117		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Düz lise (1)	263	3,42	0,874	23,333***	<b>0,000</b>
	Sağlık meslek lisesi (2)	25	3,92 <sup>(4)</sup>	0,755		
	Süper lise (3)	71	3,74 <sup>(4)</sup>	1,025		
	Anadolu lisesi (4)	41	3,20	0,679		
	Ticaret meslek lisesi (5)	4	2,85	0,835		
Sağlık Motivasyonu	Düz lise	263	3,75	0,861	2,776	0,596
	Sağlık meslek lisesi	25	3,99	0,796		
	Süper lise	71	3,76	0,889		
	Anadolu lisesi	41	3,60	0,913		
	Ticaret meslek lisesi	4	3,79	0,474		

\*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Tablo 6.7.12’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları mezun olunan lise türüne göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın engel algısı alt ölçek puan ortalamaları düz liseden mezun olan öğrencilerde  $2,33 \pm 0,732$ , sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $1,90 \pm 0,749$ , süper liseden mezun öğrencilerde  $2,26 \pm 0,828$ , anadolu lisesinden mezun öğrencilerde  $2,41 \pm 0,633$  ve ticaret meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $2,14 \pm 0,117$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Düz liseden mezun öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Bununla birlikte güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları düz liseden mezun olan öğrencilerde  $3,42 \pm 0,874$ , sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $3,92 \pm 0,755$ , süper liseden mezun öğrencilerde  $3,74 \pm 1,025$ , anadolu lisesinden mezun öğrencilerde  $3,20 \pm 0,679$  ve ticaret meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $2,85 \pm 0,835$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık meslek lisesi ve süper liseden mezun öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları anadolu lisesinden mezun öğrencilere göre yüksek seviyededir.

**Tablo 6.7.13. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Başka Lisans Programından Mezun Olma veya Halen Devam Etme ile Karşılaştırılması (N=401)**

	Başka Lisans	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$Z_{mww}$	p
Duyarlılık Algısı	Hayır	369	2,57	0,809	-0,290	0,772
	Evet	32	2,66	0,857		
Ciddiyet Algısı	Hayır	369	3,08	0,806	-0,706	0,480
	Evet	32	3,13	0,810		
Yarar Algısı	Hayır	369	4,00	0,987	-0,662	0,508
	Evet	32	3,74	1,316		
Engel Algısı	Hayır	369	2,29	0,730	-0,478	0,632
	Evet	32	2,43	0,905		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Hayır	369	3,47	0,899	-1,651	0,099
	Evet	32	3,70	0,792		
Sağlık Motivasyonu	Hayır	369	3,75	0,881	-0,688	0,491
	Evet	32	3,89	0,654		

Tablo 6.7.13'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları başka lisans programından mezun olma veya halen devam etme durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.7.14. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının AGNO Puanları ile İlişkisi (N=220)**

	AGNO	
	$r_s$	<b>p</b>
Duyarlılık Algısı	-0,070	0,304
Ciddiyet Algısı	-0,049	0,469
Yarar Algısı	0,049	0,468
Engel Algısı	0,038	0,579
Güven/Öz-etkililik Algısı	-0,018	0,786
Sağlık Motivasyonu	0,052	0,446

Tablo 6.7.24'te Champion Sağlık İnanç Ölçeği alt ölçek puanlarının öğrencilerin AGNO puanları ile ilişkisi yer almaktadır. Duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları ile öğrencilerin AGNO puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,005$ ).

**Tablo 6.7.15. Öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Akademik Başarısını Tanımlaması ile Karşılaştırılması (N=372)**

	Sınıf	N	$\bar{x}$	$\pm ss$	$X^2_{kw}$	<b>p</b>
Duyarlılık Algısı	Çok iyi	4	2,08	1,258	1,295	0,730
	İyi	150	2,57	0,831		
	Orta	203	2,60	0,810		
	Kötü	15	2,58	0,684		
Ciddiyet Algısı	Çok iyi	4	2,00	1,350	3,398	0,334
	İyi	150	3,15	0,794		
	Orta	203	3,09	0,770		
	Kötü	15	2,92	0,916		

Yarar Algısı	Çok iyi	4	2,94	2,240	2,451	0,484
	İyi	150	4,06	0,929		
	Orta	203	3,95	1,046		
	Kötü	15	3,83	0,895		
Engel Algısı	Çok iyi (1)	4	1,25	0,500	10,529	<b>0,015</b>
	İyi (2)	150	2,33 <sup>(1)</sup>	0,765		
	Orta (3)	203	2,31 <sup>(1)</sup>	0,762		
	Kötü (4)	15	2,02	0,509		
Güven/Öz-etkililik Algısı	Çok iyi	4	3,15	2,049	0,884	0,829
	İyi	150	3,53	0,898		
	Orta	203	3,50	0,874		
	Kötü	15	3,65	0,820		
Sağlık Motivasyonu	Çok iyi	4	2,75	2,028	3,628	0,305
	İyi	150	3,81	0,871		
	Orta	203	3,74	0,869		
	Kötü	15	3,43	0,861		

\* p < 0,05

Tablo 6.7.15'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları öğrencinin akademik başarısını tanımlamasına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın engel algısı alt ölçek puan ortalamaları akademik başarısını çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerde  $1,25 \pm 0,500$ , akademik başarısını iyi olarak tanımlayan öğrencilerde  $2,33 \pm 0,765$ , akademik başarısını orta olarak tanımlayan öğrencilerde  $2,31 \pm 0,762$  ve akademik başarısını kötü olarak tanımlayan öğrencilerde  $2,02 \pm 0,509$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu saptanmıştır. Akademik başarısını orta ve iyi olarak tanımlayan öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları akademik başarısını çok iyi olarak tanımlayan öğrencilere göre daha yüksektir.

## 7. TARTIŞMA

Bu araştırma hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesini belirlemek için toplam 410 bayan hemşirelik öğrencisi ile görüşülerek yapılmıştır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilere Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nde bulunan 42 soruluk anket formu uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 17-35 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 20,58 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin özellikleri incelendiğinde %89,5'inin yaşamlarını illerde, %10,5'inin ise ilçelerde sürdürdüğü saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,8'inin (n=360) herhangi bir sağlık sorunu yok iken %1,2'sinde (n=5) astım ve hipotroid; %1'inde (n=4) migren; %0,7'sinde (n=3) alerji, anemi, demir eksikliği ve mide ülseri; %0,5'inde göz ve obezite; %0,2'sinde (n=1) diyabet, epilepsi, hipoglisemi, kemik büyümesi, reflü, saç kıran ve solunum yetersizliği problemleri görülmektedir.

Öğrencilerin sigara kullanma durumuna göre dağılımları incelendiğinde %85,4'ünün (n=350) sigara kullanmadığı, % 11,5'inin (n=47) sigara kullandığı ve %3,2'sinin (n=13) ise sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yalnızca %8,5'inin (n=35) alkol kullandığı, %91,5'inin (n=375) ise alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin sadece %9,3'ünün (n=38) sürekli olarak bir ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Mezun olunan lise türüne göre öğrencilerin dağılımları incelendiğinde %64,1'inin (n=263) düz lise, %6,1'inin (n=25) sağlık meslek lisesi, %17,3'ünün (n=71) süper lise, %10'unun (n=41) anadolu lisesi ve %1'inin (n=4) ise ticaret meslek lisesi mezunu olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin sınıflarına göre dağılımları incelendiğinde %27,6'sının (n=113) I. sınıfta, %29,3'ünün (n=120) II. sınıfta, %19'unun (n=78) III. sınıfta ve %24,1'inin (n=99) ise IV. sınıfta öğrenim gördüğü bulunmuştur.

Çalışmada duyarlılık algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,806, ciddiye algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,821, yarar algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,925, engel algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,875, güven öz-etkililik alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ :0,928, sağlık motivasyonu alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,895 olarak bulunmuştur. Kılıç ve ark. çalışmasında duyarlılık algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,70, ciddiye algısı alt ölçeği için cronbach  $\alpha$ : 0,74, yarar algısı alt ölçeği için 075, engel algısı alt ölçeği için cronbach

$\alpha:0,77$ , güven öz-etkililik alt ölçeği için cronbach  $\alpha:0,79$ , sağlık motivasyonu alt ölçeği için cronbach  $\alpha:0,65$  olarak bulunmuştur (57).

Örnekleme alınan öğrencilerin duyarlılık algısı alt ölçek puanı ortalaması  $2,58 \pm 0,810$ , ciddiye algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,08 \pm 0,800$ , yarar algısı alt ölçek puan ortalaması  $3,98 \pm 1,011$ , engel algısı alt ölçek puan ortalaması  $2,30 \pm 0,891$ , güven/ özgüven alt ölçek puan ortalaması  $3,48 \pm 0,891$ , sağlık motivasyonu alt ölçek puan ortalaması  $3,75 \pm 0,865$  olarak bulunmuştur. Gerçek ve ark. yaptığı çalışmada duyarlılık algısı alt ölçek puanı ortalaması  $7,78 \pm 1,91$ , ciddiye algısı alt ölçek puan ortalaması  $19,16 \pm 5,48$ , yarar algısı alt ölçek puan ortalaması  $15,92 \pm 6,52$ , engel algısı alt ölçek puan ortalaması  $26,13 \pm 4,78$ , güven/ özgüven alt ölçek puan ortalaması  $29,63 \pm 8,76$ , sağlık motivasyonu alt ölçek puan ortalaması  $19,75 \pm 7,13$  olarak bulunmuştur (58).

Gerçek ve ark. yaptığı çalışmada ciddiye algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/ özgüven algısı, sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (58).

Taramaların düzenli sergilenmesinde bireyin sağlığına yönelik var olan tehdidi algılaması önemlidir. Yatkinlik (duyarlılık) ve ciddiye algıları hastalığa yönelik tehdit algısını oluşturmaktadır (59). Çalışmada duyarlılık algısı ( $2,58 \pm 0,810$ ), ciddiye algısı ( $3,08 \pm 0,800$ ) olarak bulunmuştur. Meray'ın yaptığı kadınlarda meme kanseri ve tarama davranışları adlı çalışmada yatkinlik ( $2,60 \pm 3,07$ ), ciddiye algısı ( $3,42 \pm 4,94$ ) olarak bulunmuştur (59). Sağlık inanç modeline göre meme kanserine duyarlı olanlar ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayanlar daha fazla KKMM'sini benimseyecekler (57).

Çalışmada öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı ( $3,98 \pm 1,011$ ) yarar algısı alt ölçeğinden, en düşük puanı ( $2,30 \pm 0,743$ ) ise engel algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir.

Kılıç ve ark. yaptığı, üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi adlı çalışmada yarar algısının yüksek, engel algısının ise düşük olduğu bulunmuştur. Kılıç ve ark. yaptığı çalışma bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (57). Bu sonuçlara göre öğrencilerin yarar algısı puanının yüksek çıkmasıyla meme kanserine yönelik önemseme algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık inanç modeline göre bireyin yarar ve öz-etkinlik algısının yüksek olması, engel algısının ise düşük olması sağlık davranışına başlama ihtimalinin yüksek olacağını gösterir.



Bir başka deyişle öğrencilerin kendi kendine meme muayenesini benimseyeceklerini ve uygulayabileceklerini düşündürür (57).

Altukan ve ark. yaptığı 20-60 yaş arası kadınların KMMM uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri adlı çalışmada önemseme/ciddiyet, duyarlılık, sağlık motivasyonu ve KMMM yarar algıları bu çalışmaya göre düşük engel algısı ise yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yarar algısının düşük engel algısının yüksek olmasının sebebi kadınların meme kanseri konusunda farkındalığının düşük olduğu yönünde değerlendirilebilir (37). Bu çalışma hemşirelik öğrencileri üzerinde yapıldığı için, öğrencilerin aldığı eğitimler sayesinde bu çalışmaya göre farkındalık seviyeleri daha yüksektir.

Sağlık motivasyonu, eyleminin davranışa geçirilmesi ya da davranışı sergilemede istekli olma durumunu tanımlamaktadır (59). Çalışmada sağlık motivasyonu puan ortalaması  $(3,75 \pm 0,865)$  olarak bulunmuştur. Meray'ın yaptığı çalışmada  $(3,52 \pm 3,92)$ , Altukan ve ark.'nın yaptığı çalışmada  $(17,2 \pm 1,9)$  olarak bulunmuştur. Bu farkın olması da her iki çalışmanın farklı gruplar üzerinde yapıldığı düşündürmektedir (37, 59).

Litaratürlerde kişinin bir eylemi başarılı bir şekilde yapabilmeye olan inancı güven algısı olarak tanımlanmaktadır (59). Çalışmada güven/öz-etkinlik algısı  $(3,48 \pm 0,98)$  olarak bulunmuştur. Meray'ın yaptığı çalışmada güven algısı  $(3,13 \pm 5,97)$  olarak bulunmuştur. İki çalışmada yakın ve birbiri ile uyumlu sonuçlar bulunmuştur (59).

Araştırmaya katılan öğrencilerin güven/öz-etkinlik algısı alt ölçek puan ortalamaları 1. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,10 \pm 0,803$ , 2. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,42 \pm 0,918$ , 3. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,90 \pm 0,661$ , 4. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,64 \pm 0,936$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkinlik algısı alt ölçek puanları arasındaki fark ( $p < 0,001$ ) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Özer Gök ve ark. yaptığı hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri ve meme muayenesini uygulama durumları adlı çalışmada öğrencilerin meme muayenesi yapma durumları KKMM yöntemini uygulamaya yönelik fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (60). Bu sonuç çalışma bulgusu ile benzerlik göstermiştir.

Öğrenciler arasında bu farkın olması, öğrenciler 2. Sınıftan itibaren aldıkları meme kanseri ve taramalarına yönelik dersler aldıkları için sınıflar arasında fark oluşmaktadır. Öz-etkinlik algısının yüksek olması meme kanseri tarama davranışlarının sergilenmesinin artmasını sağlayacaktır (37).

Araştırmaya katılan öğrencilerin engel algısı alt ölçek puan ortalamaları düz liseden mezun olan öğrencilerde  $2,33 \pm 0,732$ , sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $1,90 \pm 0,749$ , süper liseden mezun öğrencilerde  $2,26 \pm 0,828$ , anadolu lisesinden mezun öğrencilerde  $2,41 \pm 0,633$  ve ticaret meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $2,14 \pm 0,117$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,01$ ) olduğu bulunmuştur. Düz liseden mezun öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Bu farkı oluşturan da sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerin lise öğrenimleri boyunca mesleki dersler almalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Champion Sağlık inanç ölçeği sosyo-demografik özelliklere göre incelendiğinde, duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu algısı, yaş grupları arasında anlamlı farklılık yaratmamıştır ( $p > 0,05$ ). Öğrencilerin yaşamının büyük bir bölümünü geçirdikleri yerleşim yerine göre duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu algısı, anlamlı farklılık yaratmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeğiduyarlılık algısı, ciddiyet algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanlarıgelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Öğrencilerin yarar algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu ancak geçinebiliyor, orta derecede iyi ve iyi olan öğrencilerin yarar algısı puan ortalamaları gelir durumu desteğe gereksinimi olan ve çok iyi olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Çalışmada her ne kadar duyarlılık, ciddiyet, engel, güven/öz-etkinlik ve sağlık motivasyonu algılarında anlamlı düzeyde fark olmasa da yarar algısında fark saptanmıştır. Bu farkın öğrencilerin sosyoekonomik nedenlere bağlı olarak meme kanseri uygulamalarına yönelik yatkınlıklarının az olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, yarar algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları sağlık sorunu varlığına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). öğrencilerinciddiyet algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olmayan öğrencilerin ciddiyet algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olan öğrencilere göre yüksek seviyededir. . Buna

göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olmayan öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Sağlık sorunu olan öğrencilerin yaşadıkları sağlık problemlerden dolayı ve birincil derecede öneme sahip olan hastalıkları ile zaman harcamaktan meme kanseri ve uygulamalarına yatkınlıklarının ciddiyet ve engel algısını düşürdüğü düşünülmektedir.

Öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu olan öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olmayan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Sağlık sorunu olan öğrencilerin farklı bir hastalığa yakalanmamak için meme kanseri uygulamalarını etkinliklerini yaptıkları düşünülmektedir.

Champion Sağlık İnanç Ölçeğiduyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları hastalık geçirme durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Öğrencilerin herhangi bir hastalık geçirme durumları meme kanseri ve uygulamalarına engel olmadığı düşünülmektedir.

Champion Sağlık İnanç Ölçeği duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları aile tipine, anne ve babanın eğitim durumuna ve işine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Öğrencilerin ailesel faktörlerinin meme kanseri ve uygulamalarına yönelik davranışlarına engel olmadığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin toplum için eğitim programlarını hazırlarken ve uygularken konu ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye de sahip olmaları gerekir; bu bilgi ya okulda ya da kurslarla kazanılabilir. Bu konuda en ideali öğrenci hemşirelerin meme kanseri konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olarak mezun olmalarıdır (61).

## 8. SONUÇLAR

Hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin tamamı kızdır. Öğrencilerin yaşları 17 ve 35 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $20,58 \pm 2,117$ 'dir. Yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yerleşim yeri türüne göre öğrencilerin özellikleri incelendiğinde öğrencilerin %89,5 (n=367) ile büyük çoğunluğunun illerde, %10,5'inin (n=43) ise ilçelerde yaşadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları ile göre dağılımları incelendiğinde; %44,6'sının (n=183) İstanbul'da, %28,5'inin (n=117) ise İstanbul dışında yaşadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %10,7'ünün (n=44) desteğe/bursa gereksinimi olduğu, %18,3'ünün (n=75) ancak geçinebildiği, %37,1'inin (n=152) orta derecede iyi, %32,7'sinin (n=134) iyi ve %1,2'sinin (n=5) ise çok iyi durumda olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sınıflarına göre dağılımları incelendiğinde %27,6'sının (n=113) I. sınıfta, %29,3'ünün (n=120) II. sınıfta, %19'unun (n=78) III. sınıfta ve %24,1'inin (n=99) ise IV. sınıfta öğrenim gördüğü belirlenmiştir.

Örneklem grubundaki öğrencilerin meme kanseri tarama uygulamalarına yönelik sağlık algıları madde puan ortalamaları sıra ile duyarlılık algısı  $2,58 \pm 0,810$ , ciddiyet algısı  $3,08 \pm 0,800$ , yarar algısı  $3,98 \pm 1,011$ , engel algısı  $2,30 \pm 0,743$ , güven/öz-etkililik algısı  $3,48 \pm 0,891$ , sağlık motivasyonu algısı ise  $3,75 \pm 0,865$  olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı ( $3,98 \pm 1,011$ ) yarar algısı alt ölçeğinden, en düşük puanı ( $2,30 \pm 0,743$ ) ise engel algısı alt ölçeğinden aldığı görülmektedir. Yarar algısının yüksek engel algısının düşük olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunun göstergesidir.

Çalışmada güven/öz-etkinlik algısı yaş grupları arasında anlamlı ve düşük şiddette bulunmuştur. ( $p < 0,01$ ) buna karşın duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve sağlık motivasyonu algısı yaş arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, güven/özetkinlik, sağlık motivasyonu algıları yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri yerleşim yerine göre karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunmamıştır.( $p>0,05$ )

Araştırmaya katılan öğrencilerin duyarlılık, ciddiyet, güven/özetkinlik, sağlık motivasyonu algıları gelir düzeylerine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Buna göre öğrencilerin yarar algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu ancak geçinebiliyor, orta derecede iyi ve iyi olan öğrencilerin yarar algısı puan ortalamaları gelir durumu desteğe gereksinimi olan ve çok iyi olan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin duyarlılık, yarar, sağlık motivasyonu algıları sağlık sorunu varlığına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark anlamlı olarak bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).Buna karşın alt ölçek puan ortalamaları sağlık sorunu olmayan öğrencilerde sırası ile ciddiyet  $3,12 \pm 0,782$ , engel algısı  $2,33 \pm 0,748$  sağlık sorunu olan öğrencilerde ciddiyet algısı  $2,81 \pm 0,881$ , engel algısı  $2,05 \pm 0,663$  olarak bulunmuştur. Buna göre ciddiyet algısı ve engel algısı puan ortalaması sağlık sorunu olmayan öğrencilerin sağlık sorunu olan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Güven/Öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları ise sağlık sorunu olmayan olan öğrencilerde  $3,43 \pm 0,871$ , sağlık sorunu olan öğrencilerde  $3,78 \pm 0,988$  olarak bulunmuştur.Sağlık sorunu olan öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları sağlık sorunu olmayan öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven/öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları annenin ve babanın eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. ( $p > 0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin Champion Sağlık İnanç Ölçeği ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları öğrencilerin sınıflarına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın duyarlılık algısı alt ölçek puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,45 \pm 0,750$ , II. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,79 \pm 0,818$ , III. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,63 \pm 0,804$  ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerde  $2,43 \pm 0,822$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin duyarlılık algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli ( $p < 0,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. II. sınıfta okuyan öğrencilerin duyarlılık algısı puan ortalamaları I. ve IV. sınıfta okuyan öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

Bununla birlikte güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,10 \pm 0,803$ , II. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,42 \pm 0,918$ , III. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,90 \pm 0,661$  ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerde  $3,64 \pm 0,936$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu tespit edilmiştir. II. ve IV. sınıfta okuyan öğrencilerin *güven/öz-etkililik algısı* puan ortalamaları I. sınıfta okuyan öğrencilere göre, bununla birlikte III. sınıfta okuyan öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları ise I. ve II. sınıfta okuyan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin duyarlılık algısı, ciddiye algısı, yarar algısı ve sağlık motivasyonu alt ölçek puanları mezun olunan lise türüne göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ). Buna karşın engel algısı alt ölçek puan ortalamaları düz liseden mezun olan öğrencilerde  $2,33 \pm 0,732$ , sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $1,90 \pm 0,749$ , süper liseden mezun öğrencilerde  $2,26 \pm 0,828$ , anadolu lisesinden mezun öğrencilerde  $2,41 \pm 0,633$  ve ticaret meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $2,14 \pm 0,117$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin engel algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Düz liseden mezun öğrencilerin engel algısı puan ortalamaları sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilere göre yüksek seviyededir.

Bununla birlikte güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puan ortalamaları düz liseden mezun olan öğrencilerde  $3,42 \pm 0,874$ , sağlık meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $3,92 \pm 0,755$ , süper liseden mezun öğrencilerde  $3,74 \pm 1,025$ , anadolu lisesinden mezun öğrencilerde  $3,20 \pm 0,679$  ve ticaret meslek lisesinden mezun öğrencilerde  $2,85 \pm 0,835$  olarak bulunmuştur. Buna göre öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sağlık meslek lisesi ve süper liseden mezun öğrencilerin güven/öz-etkililik algısı puan ortalamaları anadolu lisesinden mezun öğrencilere göre yüksek seviyededir.

**Tüm bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir;**

- Sağlık Yüksekokullarında o öğrenim gören öğrencilere 1. Sınıftan itibaren meme kanserinde erken tanı, tedavi ve uygulamalarının önemi kavratılmalı ve eğitimler verilmedir.
- Hemşirelik Öğrencilerine öncelikle kendilerinin KMMM'sini düzenli yapmaya teşvik edilmelidir.
- Hemşirelik öğrencileri toplum sağlığının sürdürülmesinde ve korunmasında önemli rollere hazırlanma sürecindedir. Bu yüzden hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri, KMMM, önemi ve koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi konusunda bilgi ve becerileri geliştirilmelidir.

## 9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında desteğini, sabrını, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen Sayın Hocalarım Prof. Dr. Zehra Durna'ya, Prof. Dr. Ahsen Şirin'e ve Yrd. Doç. Dr. Semiha Akın'a,

Hemşirelik eğitimime emekleri ve katkıları olan bütün hocalarıma,

Eğitimimin her aşamasında desteklerini, sevgilerini, sabırlarını sürekli üzerimde hissettiğim sevgili ailem annem Beser Gündoğan 'a, babam Ahmet Gündoğan'a, kardeşim Gökçe Gündoğan'a ve sevgili amcam Ali Gündoğan'a,

Yüksek lisans eğitimimi sabır ve anlayışla karşılayan sorumlu hemşiremiz Selime Bahar Yağmur'a ve mesai arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm öğrencilere en içten sevgilerimle teşekkür ederim.



## 10. KAYNAKLAR

1. Alpteker H. ve ark. Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011, 7(3):176-181.
2. Koçak ve ark. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon İstanbul2010 Konsensus Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011,7(2): 47-67.
3. Uncu F. Bilgin F. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011, 7(3):167-175.
4. Boyle P. Levin, B. Dünya Kanser Raporu 2008. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu. 2008.
5. Dinçel E. ve ark. İlk mamografi yaşına etki eden faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(3):113-117.
6. Kavlak O. Yılmaz Bal H. Dülgerler Ş. Emzirme ve kanser araştırmalarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(4): 141-144.
7. Aslan Eti F. Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007, 3(2):63-68.
8. Koçyiğit O. ve ark. Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma. *Nobel Med*. 2011, 7(2):19-25.
9. Eryılmaz MA. ve ark. Meme kanseri taramalarının etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(4):145-149.
10. Karayurt, Ö.,Çoşkun, A. & Cerit, K. (2008). Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(1):15-20.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. 2004-2006 yılları Türkiye Kanser İnsidansı.
12. Özaydın NA. ve ark. Bahçeşehir’de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(4): 214-224.
13. Aydıner A. Topuz E. Meme Kanseri Tanı- Tedavi- Takip. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.

14. Erkoç A. Oran F. Yorulmaz H. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendime meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011, 7(2):101-105.
15. Eryılmaz MA. ve ark. Konya Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitimi Merkezi (KETEM) çalışmalarının eğitiminin meme kanseri tanı ve tedavi sürecine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2012, 8(1):23-28.
16. Alpteker H. Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(2):74-79.
17. Çam O .Gümüş Babacan A. (2006). Meme Kanserli Hastalar İçin Duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 10(3): 52-60.
18. Topuz E. Aydınar, A. Dinçer, M. Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2003.
19. Braunwald, E. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri. Çeviren: Y. Sağlıkler. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004.
20. Büyüknal E. Meme kanseri. Yazıcı H. Hamuryudan V. Sonsuz A.(Eds). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005.
21. Zorukoş S. “Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkçe’ye Uyarlanması” Yüksek lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
22. Somunoğlu S. Meme kanseri Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(5).
23. Engin K. Çetindaş S. Meme kanseri. Bursa, Nobel Tıp Kitapevleri, 2005.
24. Değerli Ü. Erbil Y. Genel Cerrahi. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2006.
25. Karayurt Ö. Meme Kanseri. Dokuz Eylül Üniversitesi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
26. Öztürk M. Meme kanserinin Genetiği ve risk faktörleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi etkinlikleri. 2006.
27. Büyüknal E. Meme kanseri. Yazıcı H. Hamuryudan V. Sonsuz A.(Eds). Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005.

28. Somunoğlu S. Meme kanseri: belirti ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 4(10):104-122.
29. Uludağ Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı; Meme Cerrahi Birimi. Meme hastalıkları. 2007.
30. Düzen Laboratuvar Grubu. Meme kanseri ve Mamografi.
31. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007, 10(4):72-82.
32. Saip P. Meme kanserinde insidans, risk faktörleri, korunma ve tanı. Onkoloji Hemşireliği Sempozyumu-I. İstanbul 21-23 Mayıs 2003.
33. Kılıçkap S. Aksoy S. Çelik İ. Kanserlerde birincil korunma. H.Ü. Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsü, Medikal Onkoloji Bölümü, Ankara.
34. Kavlak O. Yılmaz Bal H. Dülgerler Ş. Emzirme ve kanser araştırmalarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(4): 141-144.
35. Akpınar Yelen Y. : “Çorum İl Merkezinde Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Meme Kanseri Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları.” Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2008.
36. Karayurt Ö. Zorukoş, NS. (2008). Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular ve bilgi- destek gereksinimlerinin karşılanması. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(2): 56-61.
37. Altuncan H. Akın B. Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008, 4(2): 84-91.
38. Akyolcu N. Uğraş Altun G. Kendi kendine meme muayenesi erken tanıda ne kadar önemli. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011, 7(1):10-14.
39. Parlar S. Bozkurt İ.A. Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. 2004, 8(2): 9-15.
40. Kılıç S. ve ark. (2006). Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarında araştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*. 48: 200-204.

41. Gölbaşı Z. Kutlar Z. Akdeniz H. Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarının etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2007, 3(2):53-57.
42. Dolgun E. Kabataş Solak M. Ertem G. 20 yaş ve üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(3):141-147.
43. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kasın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2010, 27: 10-14.
44. Koç Z. Sağlam Z. Kadınların meme kanseri koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(1):25-33.
45. Kabataş Solak M. Kızıl H. Duman D. Bayan öğretmenlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010, 6(4):150-155.
46. Kadın sağlığı: Kendi kendine meme muayenesi <http://www.jinekoloji.net/kkmm.htm>. Erişim tarihi: (25.04.2012).
47. Özkan S. Alçarlar, N. Meme kanserinin cerrahi tedavisinde psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(2): 60-64.
48. Öztekin D. (2006). Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2006, 2(2): 67-70.
49. Karayurt Ö. Andiç S. Meme bakım hemşireliği. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2011, 7(4):196-202.
50. Gürsoy Aktaş A. Meme kanseri tedavisine bağlı lenf ödem ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005, 9(2): 18-52.
51. Karamanoğlu Yavuz A. Özer Gök, F. Mastektomili hastalarda evde bakım. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008, 4(1): 3-8.
52. Dolgun E. Kabataş Solak M. Ertem G. 20 yaş ve üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(3):141-147.
53. Gümüş Babacan A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2006, 2(3):108-114.

54. Daştan Bostancı N. Buzlu S. (2010) Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. 2010, 3(1): 74-78.
55. Güner Çoşkun İ. Meme kanseri ve eşlerin desteği . *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2008, 44-49.
56. Karayurt Ö. Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and a devaluation of these selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs* 2007, 30: 69-77.
57. Kılıç D. Sağlam R. Kara Ö. Üniversite Öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2009, 5(4):195-199
58. Gerçek S. 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.
59. Merey S. "Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları" Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2002.
60. Özer Gök F. Hemşirelik öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgileri ve meme muayenesini uygulama durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2009; 2(1):15-19.
61. Uzun Ö. Karabulut N. Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004; 7(1): 33-41.

## EKLER

### EK 1

## ÖLÇEK İZİN BELGESİ

Merhaba Özgül Hocam

Ben İstanbul Bilim Üniversitesinde Yüksek lisans öğrencisiyim. Prof.Dr. Zehra Durna ile " Hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi" adında bir tez çalışması yürütüyoruz. Sizin, Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçeye Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar adlı çalışmanızı tezimde kullanmak için izin istiyorum ve önerilerinizi bekliyorum.

Saygılarımla

Duygu Gündoğan.

Sevgili duygu tezin sonuçlarını cancer nursing!de yayınladım. Kullanabilirsin.  
Ölçekle ilgili bilgiyi ekte gönderiyorum.  
Kolay gelsin  
Özgül Karayurt

---

**From:** Duygu Gündoğan [mailto:duygu\_62\_87@hotmail.com]

**Sent:** Thursday, November 24, 2011 10:45 PM

**To:** ozgul.kyurt@deu.edu.tr

**Subject:**

## EK 2

### ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

**Açıklama:** Bu çalışma hemşirelik eğitimine ilişkin farklı faktörleri analiz etmek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler yalnız araştırmacı tarafından ve bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, kimlik bilgisi verilmeyecektir. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup içtenlikle cevaplayınız. Yanıtsız soru bırakmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.  
DUYGU GÜNDOĞAN

Öğrenci No: 20.....0500.....

Adınız Soyadınız:.....

#### **BÖLÜM 1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER**

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz: Kız Erkek

3. Yaşamınızın büyük bölümünü geçirdiğiniz yerleşim birimini yazınız

İl: .....  İlçe:.....

4. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

Desteğe/bursa gereksinimim vardır Ancak geçinebiliyorum Orta derecede

İyi Çok İyi

#### **BÖLÜM 2. SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIK ALIŞKANLIKLARI İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER**

1. Sağlık sorunlarınız var mı? Hayır Evet ise belirtiniz:

.....

2. Önemli bir hastalık geçirdiniz mi?  Hayır  Evet ise belirtiniz:

.....

3. Son bir yıldaki sağlık durumunuz sizce nasıl? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Kötü Orta İyi

4. Sigara kullanıyor musunuz? Hayır EvetBıraktım

5. Eğer sigara kullanmış veya kullanıyorsanız - Kaç paket/gün.....Kaç yıl.....

6. Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet Bıraktım

7. Sürekli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? Hayır  Evet

### **BÖLÜM 3. AİLE VE SOSYAL ÇEVRE İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER**

1. Aile tipiniz nedir? Çekirdek aile Geniş aileAnne baba ayrı yaşıyor.

2. Annenizin eğitim durumu aşağıdakilerden hangisidir?

Okur-yazar değil Okuryazar-okul bitirmemiş İlkokul mezunu  
Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite ve üstü

3. Annenizin mesleği nedir?

Emekli Memur İşçi  
Serbest Meslek Çalışmıyor

4. Babanızın eğitim durumu aşağıdakilerden hangisidir?

Okur-yazar değil Okuryazar-okul bitirmemiş İlkokul mezunu  
Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite ve üstü

5. Babanızın mesleği nedir?

Emekli Memur İşçi  
Serbest Meslek Çalışmıyor

6. Kardeşiniz var mı?

Hayır Evet → Kaç kardeşiniz? .....Ailenin kaçınıcı çocuğusunuz?.....

7. Arkadaşlarınız ile olan ilişkilerinizi aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Kötü Orta İyi



8. Aile ile ilişkilerinizi nasıl yorumlarsınız. Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Kötü Orta İyi

---

#### **BÖLÜM 4. OKUL İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER**

1. Eğitim gördüğünüz sınıfı işaretleyiniz.

I. Sınıf  II. Sınıf  III. Sınıf  IV. Sınıf

2. Mezun olduğunuz lise türü hangisidir?

Düz lise  Sağlık meslek lisesi  Süper lise

3. Hemşirelik eğitimine başlamadan önce en son mezun olduğunuz/devam etmiş olduğunuz lisans veya önlisans programı var mı?  Hayır  Evet

.....

4. Akademik Genel Not Ortalamanız (AGNO) nedir? .....

5. Akademik başarılarınızı nasıl tanımlarsınız?

Çok iyi  İyi  Orta  Kötü



23. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür  
24. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur  
25. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Güven /Öz-etkililik**

26. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum  
27. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim  
28. Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim  
29. Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim  
30. Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim  
31. Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim  
32. Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum  
33. Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim  
34. Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim  
35. Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Sağlık Motivasyonu**

36. Sağlık sorunlarımı erken saptamak isterim  
37. Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir  
38. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım  
39. Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum  
40. Dengeli beslenirim  
41. Haftada en az üç kez egzersiz yaparım  
42. Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>