

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER TARAMA MERKEZİNE BAŞVURAN  
KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ ERKEN TANI BİLGİ VE  
UYGULAMALARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hacer GÖK UĞUR

Samsun  
Temmuz-2009



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSER TARAMA MERKEZİNE BAŞVURAN  
KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ ERKEN TANI BİLGİ VE  
UYGULAMALARINA ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Hacer GÖK UĞUR

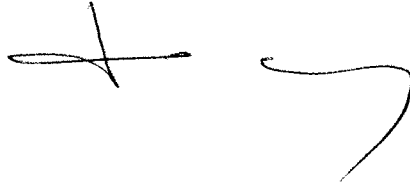
Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI

Samsun  
Temmuz-2009

**T.C**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışma jürimiz tarafından **Halk Sağlığı Hemşireliği** Programında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

**Prof.Dr.Süleyman ÇELİK**  
**Enstitü Müdürü**

**TEŞEKKÜR**

Araştırmanın başından sonuna kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden yardımını hiç esirgemeyen sayın hocam Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı'ya,

Tezimde kaynak konusunda bana yardımcı olan Prof. Dr. Birgül Piyal, Prof. Dr. Hulusi Gürel, Prof. Dr. Erhan Eser, Araş. Gör. Deniz Eroğul, Dr. Perihan Torun ve Ali Karakoç'a,

İstatistik konularında yardımcı olan Prof. Dr. Yavuz Akbaş ve Dr. Murat Cankurt'a

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan değerli mesai arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı Ordu Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezinin tüm çalışanlarına,

Yüksek lisans dönemim boyunca beraber olduğum arkadaşım Ayten Yılmaz ve ailesine,

Çalışmaya katılarak bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm kadınlara çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve bana özveriyle destek veren sevgili eşim Yrd. Doç. Dr. Adnan UĞUR ve bana sabırla destek olan, güç veren biricik oğlum Göktuğ Hüseyin UĞUR'a teşekkür ediyorum.



**ÖZET**  
**KANSER TARAMA MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARIN SAĞLIKLI**  
**YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ ERKEN TANI BİLGİ VE**  
**UYGULAMALARINA ETKİSİ**

**Hacer GÖK UĞUR, Yüksek lisans Tezi**  
**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Temmuz–2009**

Bu araştırma, kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ordu İli Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'ne 01.02.2009–01.05.2009 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 307 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 37 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için 52 sorudan oluşan, Walker (1987) ve arkadaşları tarafından geliştirilen, ülkemizde geçerlilik güvenilirliği Bahar ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; yüzdeler hesaplama, aritmetik ortalama, varyans analizi, t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre; kadınların çoğunluğu kendi kendine meme muayenesi(KKMM)'ni bilip, uygulamakta fakat çok az bir kısmı düzenli KKMM yapmaktadır. Kadınların mamografi, klinik meme muayenesi ve smear testine ait erken tanı uygulamaları düşük bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları iyi düzeyde olup, kadınlar ölçek alt boyutlarından en fazla puanı kişilerarası ilişkiler, en düşük puanı ise fiziksel aktiviteden almışlardır. Kadınların yaş, eğitim durumu, en uzun süre yaşanılan yer, çalışma durumu, aylık gelir durumu, menopoza girme durumu, yakınlarında meme kanseri olma durumları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve uygulamaları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olduğu

saptanmıştır( $p<0.05$ ). Erken tanı yöntemlerini bilen ve uygulayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Bu araştırma, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarını etkilediğini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, halk sağlığı hemşireleri tarafından kadınların sağlıklı yaşam biçimi, kanserde erken tanı bilgi ve uygulamalarına yönelik yapılacak eğitimlerin sağlık davranışlarını geliştirmesi ile erken tanıda etkin olacağını gösterir niteliktedir ve önemlidir.



**ABSTRACT****DETERMINATION OF THE EFFECT OF ATTITUDES OF WOMEN WHO APPLIED THE CANCER INSPECTION CENTER TOWARD HEALTH ISSUES ON EARLY DIAGNOSIS KNOWLEDGE AND IMPLEMENTATIONS****Hacer GOK UGUR, Thesis of Master in Science****Ondokuz Mayıs University, Samsun, July-2009**

The present study has been carried out to determine the effect of attitudes of women, who applied the cancer inspection center, toward health issues on early diagnoses, knowledge, and implementations. The test subjects were the 307 women who applied the cancer inspection center in Ordu Province between 01.02.2009–01.05.2009 and were willingly participated the research. The data collection was carried out via a questionnaire consisting of 37 themes developed by the researcher based on the literature. Determination of women's attitudes toward a healthy life style, the scale, entitled "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II", developed by Walker et al (1987) was employed. The scale's validity and reliability was earlier specified by Bahar et al (2008). The data was analyzed in SPSS 15.0 program using percentile determination, arithmetic mean, analysis of variance, t- test, and Mann Whitney U test.

The results have indicated that most of the women know and apply the BSE (Breast Self Examination), but a few regularly carry out BSE. Frequency of women on early diagnosis applications such as mammography, smear test was found very low. The mean values of the scale were not low, and the highest mean was obtained in interpersonal relationships, the lowest one in physical activity. A statistical relationship between women's age, the longest living place, working statue, monthly income, climacteric state, the rate of having relatives with breast cancer and the scores from the scale scores was defined to be significant ( $p<0.05$ ). The results showed that there is a linear relationship between women's knowledge and applications and their healthy life manners ( $p<0.05$ ). Those who know and apply early diagnosis applications had higher scores for the healthy life manners' section at  $p<0.05$  level.

The present study has indicated that the healthy life manners of women influence the early diagnosis applications. The results obtained from the public health nurse by the women's healthy lifestyle, early diagnosis in cancer knowledge and practices of education for the development of health behavior and be active in the early diagnosis indicates the characteristics and is important.

## TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 1.</b> Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	55
<b>Tablo 2.</b> Kadınların Evlilik ve Üreme Sağlığına İlişkin Özellikleri .....	56
<b>Tablo 3.</b> Kadınların Kanserde Erken Tanının Önemi Konusundaki Düşünceleri.....	57
<b>Tablo 4.</b> Kadınların Meme Problemi Yaşama Durumları ve Ailelerinde Meme Kanseri Olan Bireylerin Varlığına İlişkin Bulgular .....	57
<b>Tablo 5.</b> Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bazı Özelliklerinin İncelenmesi .....	58
<b>Tablo 6.</b> Kadınların Mamografiye İlişkin Bazı Özelliklerinin İncelenmesi .....	59
<b>Tablo 7.</b> Kadınların Klinik Meme Muayenesine İlişkin Bulguları .....	59
<b>Tablo 8.</b> Kadınların Rahim Ağzı ile İlgili Sorun Yaşama ve Smear Testi ile İlgili Bazı Özellikleri .....	60
<b>Tablo 9.</b> Kadınların Kansere Tarama Merkezinin Görevlerini Bilme, Bu Merkeze Gelmelerini Tavsiye Eden Kişiler, Gelme Nedeni ve Gelme Sıklığına Ait Bulgular .....	61
<b>Tablo 10.</b> Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı .....	62
<b>Tablo 11.</b> Kadınların Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	62
<b>Tablo 12.</b> Kadınların Eğitim Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	63
<b>Tablo 13.</b> Kadınların Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	64
<b>Tablo 14.</b> Kadınların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Yerine göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	64
<b>Tablo 15.</b> Kadınların Çalışma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	65
<b>Tablo 16.</b> Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	66

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 17.</b> Kadınların Aylık Gelirine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	66
<b>Tablo 18.</b> Kadınların Adet Görme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	67
<b>Tablo 19.</b> Kadınların Doğum Kontrol Hapı Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	68
<b>Tablo 20.</b> Kadınların Menopoza Girme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	69
<b>Tablo 21.</b> Kadınların Menopoz Sonrası Hormon Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	69
<b>Tablo 22.</b> Kadınların Kanserde Erken Tanının Önemli Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	70
<b>Tablo 23.</b> Kadınların Yakınlarında Meme Kanseri Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	71
<b>Tablo 24.</b> Kadınların KKMM Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	72
<b>Tablo 25.</b> Kadınların KKMM' sinin Meme Kanserinin Erken Tanısında Önemli Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	73
<b>Tablo 26.</b> Kadınların KKMM Yapmalarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	74
<b>Tablo 27.</b> Kadınların KKMM Yapma Sıklıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	75
<b>Tablo 28.</b> Kadınların KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	76
<b>Tablo 29.</b> Kadınların Mamografi Çektirme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	77
<b>Tablo 30.</b> Kadınların Mamografıyı Ne Sıklıkla Çektireceklerini Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	78
<b>Tablo 31.</b> Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları .....	79

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Tablo 32.</b> Kadınların Smear Testini Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	80
<b>Tablo 33.</b> Kadınların Smear Testi Yaptırma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	82
<b>Tablo 34.</b> Kadınların Smear Testini Ne Sıklıkla Yaptıracağını Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	83
<b>Tablo 35.</b> Kadınların KETEM'in Görevlerini Bilme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	84

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b><u>Şekil</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>Şekil 1.</b> Memenin Anatomik Yapısı .....	9
<b>Şekil 2.</b> Memenin Arter ve Venleri .....	11
<b>Şekil 3.</b> Mamografi Çekiminin Görünümü .....	18
<b>Şekil 4.</b> Klinik Meme Muayenesi .....	20
<b>Şekil 5.</b> Gözle Meme Muayenesi .....	23
<b>Şekil 6.</b> Elle Meme Muayenesinin Yapılışı .....	24
<b>Şekil 7.</b> Sırtüstü Yatarak Elle Meme Muayenesinin Yapılışı .....	25

**ÇİZELGELER DİZİNİ**

**Çizelge**

**Sayfa**

**Çizelge 1.** Araştırmada Kullanılan SYBDÖ'nin Değerlendirme Tablosu ..... 51

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	ii
<b>ÖZET</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	x
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	xi
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	6
1.3 Araştırmanın Soruları .....	6
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	7
2.1. Kanser .....	7
2.2. Kanserde Erken Tanı ve Önemi .....	7
2.3. Meme .....	8
2.3.1. Meme Kanseri.....	11
2.3.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi .....	11
2.3.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	12
2.3.4. Meme Kanserinde Belirtiler.....	15
2.3.5. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri .....	16
2.4. Serviks Kanseri .....	28
2.4.1. Serviksin Anatomisi.....	28
2.4.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi .....	28
2.4.3. Serviks Kanserinin Etiyolojisi .....	29
2.4.4. Serviks Kanserinde Risk Faktörleri .....	30
2.4.5. Serviks Kanserinde Belirti ve Bulgular .....	33
2.4.6. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama .....	33
2.5. Kanserde Erken Tanı ve Taramada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü .....	37
2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	39
2.7. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi .....	44
2.7.1. Kendini Gerçekleştirme .....	44



2.7.2. Sağlık Sorumluluğu .....	45
2.7.3. Egzersiz.....	45
2.7.4. Beslenme.....	46
2.7.5. Kişilerarası Destek .....	46
2.7.6. Stresle Baş Etme .....	47
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>48</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	48
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	48
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	48
3.5. Veri Toplama Araçları .....	49
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-1) .....	49
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2) .....	49
3.6. Verilerin Toplanması .....	52
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	52
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	53
<b>4. BULGULAR</b> .....	<b>54</b>
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	<b>85</b>
5.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Ait Bulguların Tartışılması .....	85
5.2. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisinin Araştırıldığı Bulguların Tartışılması .....	90
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	<b>99</b>
6.1. Sonuçlar .....	99
6.2. Öneriler .....	104
<b>7. KAYNAKÇA</b> .....	<b>105</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>115</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>121</b>

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kanser İstatistikleri, [http://turkkanser.org.tr/newsfiles/61dunya\\_kanser\\_istatistikleri.pdf](http://turkkanser.org.tr/newsfiles/61dunya_kanser_istatistikleri.pdf)). Dünyada 2005 yılındaki toplam 58 milyon ölümün 7,6 milyonundan kanserin sorumlu olduğu tespit edilmiştir (Yardım ve Mollahaliloğlu, 2007). 2015 yılında 9 milyon ve 2030 yılında 11.4 milyon kişinin kanserden dolayı öleceği tahmin edilmektedir. Ülkemizde 2000 yılındaki meydana gelen 430.459 ölümün 56.250'si (%13) kanserlerden meydana gelmiş olup, dünya ile benzerlik göstermektedir (Yardım ve ark., 2007). Ülkemizde erkeklerde en çok akciğer kanseri (%33), kadınlarda ise meme kanseri (%24) görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>).

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve tüm kanserler içinde akciğer kanserinden sonra en fazla ölüme sebebiyet veren kanser türüdür. Gelişmiş ülkelerde kadınlar arasında sık görülen bir kanser olup, yaşam boyunca kadınlarda invaziv meme kanseri gelişme riski 1/8'dir. Meme kanserine bağlı ölüm ihtimali ise 1/35'tir ([http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_1X\\_How\\_many\\_people\\_get\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1X_How_many_people_get_breast_cancer_5.asp)). Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda meme kanseri oluşma riski daha az olmakla birlikte, giderek bu riskin arttığı bilinmektedir (Bilgel, 2005).

Ülkemizde 2005 yılı verilerine göre meme kanseri tüm popülasyondaki kanserler arasında dördüncü sırada, kadın kanserleri arasında ilk sıradadır. Kansere bağlı ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Hatipoğlu, 2007). Ülkemizde meme kanseri insidansı 2005 yılı verilerine göre yüz binde 17.96'dır (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>).

Dünyada kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sırada serviks kanseri (%8) görülmektedir. Serviks kanserinin %80'den fazlası gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Serviks kanserinde 2002 yılında 493.000 yeni vaka, 1.4 milyon yaygın vaka ve 273.000 ölüm olacağı tahmin edilmiştir. 2008 yılında ABD'de 11.070 yeni serviks kanseri vakası, 3.870 servikal kanserden ölüm beklenmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Vaka

insidansları arasında 20 kata kadar farklılıklar görülmektedir (World Cancer Report, 2008). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre serviks kanseri tüm kadın kanserleri arasında onuncu sırada, jinekolojik kanserler arasında ise, over ve endometrium kanserlerinin ardından üçüncü sırada gelmektedir (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>). Ülkemizde serviks kanseri insidansı 2005 yılı verilerine göre yüz binde 5.31'dir. Çoğu gelişmiş ülkede, özellikle tarama programı kapsamında PAP smear uygulayanlarda serviks kanserine bağlı ölümlerin önemli oranda azaldığı görülmektedir (World Cancer Report, 2008).

Kanser önlenbilir, erken yakalandığında tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kanser taraması ile kanserle ilgili yakınması olmayan kadınlarda, henüz klinik bulgu oluşturmamış ve tedavi edilebilecek dönemde bir kanseri yakalama hedeflenmektedir (Topal, 2005). Erken tanı bireylerin erken hastalık belirtilerini bilerek kendi vücudundaki değişiklikleri fark edip, önemini anlayıp, gecikmeden sağlık kurumuna başvurması ile olasıdır (Aksayan, 1998a). Tarama ile meme, kolon, rektum, serviks, prostat ve deri kanserleri erken evrede belirlenebilmektedir. Bu kanserlerin çoğu için erken tanı ile mortalite %85 oranında azalmaktadır (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı Ulusal Kanser Kontrol Programları adlı kılavuzda, erken tanı ve tarama programı önerilen kanserler meme ve serviks kanserleridir. Ülkemizde meme ve serviks kanseri başta olmak üzere tarama faaliyetleri; Sağlık Bakanlığınca oluşturulan politikalar doğrultusunda Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 81 ilde, 85 merkezle kurulu Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, AÇS-AP merkezleri, 2. ve 3. basamakta yürütülen poliklinik, klinik faaliyetleri ile yürütülmektedir (Hatipoğlu, 2007).

Kadınlarda en sık tanısı konulabilen kanser meme kanseridir. Meme kanserini erken dönemde yakalamak için düzenli tarama programları oluşturulmuştur. Amerikan kanser derneği rehberine göre meme kanserinin erken tanısında mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve farkındalığı sağlamak üzere kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önerilmektedir. Mamografi güvenilir ve ucuz bir yöntemdir (Topal, 2005). Mamografi ile meme kanseri belirti vermeden %80-90 oranında belirlenerek, etkili tedavi yapılmakta ve bireylerin yaşam şansı artmaktadır

(CancerFactsandFigures,<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Erken tanıda değeri tam olarak ortaya konmamasına rağmen tüm dnyada kadınların dzenli olarak kendi kendilerini muayene etmeleri gerektiği konusunda fikir birliği vardır. Herhangi bir risk faktörü olmayan kadınlar 20 yaşından itibaren her ay dzenli olarak kendi kendini muayene yapmalıdır. Bu uygulama hem ucuz hem de risksiz bir yntemdir (Akça, 2007). Amerikan kanser derneği kadınların KKMM'nin yararları ve sınırlılıkları konusunda bilgilendirilmesini önermektedir. Kadınlar dzenli meme muayenesi ile meme yapılarını öğrenmekte ve değişikliği kolayca fark edebilmektedirler (Cancer Facts and Figures, [http:// www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf)).

Gelişmekte olan lkelerde servikal kanser ureme çağındaki kadınlarda önemli bir ölüm sebebidir. Bu lkelerde kadınlarda kanser ölümlerinin en sık sebebi serviks kanseridir. Toplumlar arasında servikal kanser insidansları açısından büyük farklılıklar görölmektedir (Ayhan ve Başaran, 2007). Gelişmekte olan lkelerde rutin tarama programlarının yeterince uygulanmayışı, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü hijyen, erken koitus, multiseksüel partner gibi nedenlerle serviks kanseri daha yüksek oranda seyretmektedir. Bu nedenlerden dolayı gelişmekte olan lkelerde hastalık ileri evrelerde teşhis edilmekte ve hastalığın tedavi edilebilirliği azalmaktadır (Dede ve ark., 1996). Son yıllarda korunma, erken tanı ve tarama sayesinde serviks kanserinde düşüş görölmüştür (Cancer Facts and Figures, [http://www.cancer.org/ downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf)).

Serviks kanseri ve diğer kanserlerin oluşmasında yaşam tarzı önemli rol oynamaktadır. Yaşam biçimindeki hareketsiz yaşam şekli, kilo alma ve şişmanlık gibi değişiklikler kanserlerde büyük artışlara yol açmaktadır (World Cancer Report, 2008). International Agency For Research On Cancer'e göre dünya çapındaki meme kanserinin %25'inin obesite ve sedanter yaşam biçiminden kaynaklandığı vurgulanmıştır. Obesite postmenopozal meme kanseri riskini, alkol kullanımı ise hem premenopozal, hem postmenopozal meme kanseri riskini artırmaktadır. Diyette yağlı, karbonhidratlı, düşük meyve-sebze ve düşük lifli yiyecekler meme kanseri riskini artırmaktadır. Bu yaşam biçimi faktörleri hormonal mekanizma vasıtasıyla meme kanseri etiolojisinde yer almaktadır (Mc Tiernan, 2003).

Yaşam biçimindeki bazı düzenlemeler ile kanser ölümlerinin pek çoğu önlenmektedir. Sigara içilmemesi, şişmanlıktan kaçınılması, her gün fiziksel aktivite yapılması, diyetle hayvansal gıdaların sınırlandırılması, günde 5 porsiyon sebze ve meyve çeşitlerinden tüketilmesi, alkol tüketiminin azaltılması, aşırı güneş maruziyetinden kaçınılması, kansere neden olduğu bilinen maddelerden kaynaklanan maruziyeti önlemek için katı düzenlemelere gidilmesi önerilen düzenlemeler arasındadır (World Cancer Report, 2008).

Meme kanserinde kadının en iyi genel korunma sağlık stratejisi, bildiği risk faktörlerini mümkün olduğunca azaltmaktır. Fazla kilo almaktan ve aşırı şişmanlıktan uzak durmak, düzenli fiziksel aktivite yapmak, alkol almaktan uzak durmak meme kanserinde risk faktörlerini azaltmaktadır. Araştırmalar fiziksel aktivitenin meme kanserinin azaltılması üzerine etkisi olduğunu göstermiştir. Haftada 5 gün veya daha fazla, günde 45-60 dakika fiziksel aktivite menopoz sonrası meme kanseri riskini azaltmaktadır. Sigara ve aşırı alkol kullanımı tüm kanserlere neden olmaktadır. Kanserde risk faktörü olan bu etkenler değiştirilebilir faktörlerdir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Sağlığı geliştirme davranışlarının artırılması ile kadınlarda sık görülen ve ölümlere neden olan meme ve serviks kanseri erken tanı ve tarama ile önlenir.

Sağlıklı yaşam biçimi, sağlığı geliştirme modelinin kurucusu olan Pender tarafından kişinin tam iyilik halinin geliştirilerek sürdürülmesini ve kendini gerçekleştirmesini sağlayan çok boyutlu bir yaşam şekli olarak ifade edilmektedir. Pender sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı ve hastalık vakalarını azalttığı; ölüm oranlarını düşürdüğü, ayrıca yaşam biçiminin kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (Erci, 2009). Oran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kanser tarama davranışlarını etkilediği bulunmuştur (Oran Tuna ve ark., 2008).

KKMM, KMM, mamografi ve PAP smear testi yaptırma gibi erken tanı uygulamaları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Erken tanı uygulamalarının yaygınlaşması için öncelikle toplumda yapılan erken tanı davranışlarının ve uygulamalarının belirlenmesi gerekmektedir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan pek çok çalışma, meme kanserinde erken tanı amacıyla kullanılan KKMM, KMM ve mamografinin yeterince uygulanmadığını göstermektedir (Kuen ve Wai, 1994; Öztürk ve ark., 1999; Coates ve ark., 2001; Sadler ve ark., 2003; Soskolne ve ark., 2007; Durgun Ozan, 2007; Ekici ve Utkualp, 2007; Rezaei, 2008). Kadınların erken tanı yöntemlerini uygulamama nedenleri ise eğitim seviyesinin düşük olması, erken tanı uygulamaları konusunda yeterli bilgi olmaması, kadınların kötü sonuçtan korkması ve sağlık personelleri tarafından yeterli teşvik edilmeme olarak belirtilmiştir (Gamarra ve ark., 2005; Dişçigil ve ark., 2007; Amarin ve ark., 2008). Pek çok çalışma kadınların meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemleri hakkında bilgi eksikliği olduğunu göstermiştir (Dandash ve Al-Mohaimeed, 2007; Dişçigil ve ark., 2007; Durgun Ozan, 2007). Amerika'da yaşayan Afrikalı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların meme kanseri hakkında bilgilerinin eksik olduğu ve bu durumun erken tanı uygulamalarını etkilediği bulunmuştur (Sadler ve ark., 2007).

Yapılan çalışmalara göre kadınların kanserden korunma ve erken tanı konusundaki bilgi ve uygulamalarının eğitimle arttığı tespit edilmiştir (Semiglazov ve Moiseenko, 1987; Arslan, 2007; Beydağ ve Karaoğlan, 2007; Gölbaşı ve ark., 2007; Karayurt ve ark., 2009). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda kadınların smear testi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının eksik olduğu ve erken tanıya yönelik eğitimlerle kadınların bilgi ve uygulamalarının arttığı belirtilmektedir (Gamarra ve ark., 2005; Yücel, 2006).

Erken tanı yöntemlerinin uygulanması için bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmelidir. Yapılan çalışmalarda sağlığı geliştirici davranışların istenen düzeyde olmadığı, bunun yanı sıra eğitim uygulamaları ile sağlığı geliştirici davranışlarda artışın olduğu ifade edilmektedir (Stuifbergen ve ark., 2003; Ayaz ve ark., 2005; Carreno ve ark., 2006; Geçkil ve Yıldız, 2006; Thanavaro ve ark., 2006; Yağmur, 2006; Saydam ve ark., 2007; Kaya ve ark., 2008;). Ünal ve Orgun'un (2006) yaptığı çalışmada kanserden korunmaya yönelik eğitimlerin kişilerin sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını etkilediği bulunmuştur. Özellikle kadınları hedef alan toplum eğitim programları ile kanserin mortalitesinde önemli derecede azalma olacağı ifade edilmiştir.

Literatürde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı, bilgi ve uygulamalarına etkisinin ölçüldüğü az sayıda çalışma bulunmaktadır.

## **1.2 Araştırmanın Amacı**

Kanser tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu ve ölüm nedenidir. Kadınlarda ise en çok görülen ve ölümlere neden olan kanserler serviks ve meme kanseridir. Her iki kanserde erken tanı ile büyük oranda önlenebilen ve tedavi edilebilen kanserlerdir. Bu nedenle kadınlarda görülen kanserleri önlemede kadınların erken tanı, bilgi ve uygulamalarının iyi derecede olması gerekmektedir. Erken tanı uygulamaları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (Ocakçı, 2009).

Bu araştırma kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3 Araştırmanın Soruları**

1. Kadınların tanımlayıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mı?
2. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve uygulamaları arasında ilişki var mı?
3. Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile serviks kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi ve uygulamaları arasında ilişki var mı?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kanser

Kanser günümüzde en önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir (Yardım ve Mollahaliloğlu, 2007). Kanserin oluşumunda pek çok etken rol oynamaktadır. Alkol ve tütün kullanım alışkanlıkları, çevre kirliliği, cinsel davranış, meslek türleri, jeofizik etmenler, çeşitli enfeksiyonlar, ilaçlar, genetik yatkınlık ve beslenme alışkanlıkları kanserin nedenleri arasında yer almaktadır (Aksoy, 2007). Dünyada 2005 yılındaki toplam 58 milyon ölümün 7,6 milyonundan kanserin sorumlu olduğu tespit edilmiştir (Yardım ve Mollahaliloğlu, 2007). 2030 yılında 24 milyon insanın kansere yakalanması, aynı yıl 17 milyon insanın kanser nedeniyle yaşamını yitirmesi ve 75 milyon insanın ise kanserle yaşıyor olması beklenmektedir (Tuncer, 2007). Ülkemizde 2005 yılı verilerine göre kadınlar arasında en sık görülen kanserler meme, deri, tiroid, akciğer-bronş, mide, kolon, over, kemik iliği, endometriyum ve serviks kanserleri şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri, [http://www.saglik.gov.tr/TR/ Genel/BelgeGoster.aspx](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx)). Kanserin artan önemi ve maliyeti nedeniyle, kanseri önleme, erken tanı ve tarama programları önem arz etmektedir (Durak ve Karakılınç, 2007).

### 2.2. Kanserde Erken Tanı ve Önemi

Kanser, önlenemez, erken yakalandığında tedavi edilebilir bir hastalık grubudur (Hatipoğlu, 2007). Kanserde erken tanı ile henüz hastalığa ait klinik belirti ve bulgular ortaya çıkmadan önceki bir dönemde tanının konması amaçlanmaktadır. Hastalıkların erken tanısı amacıyla yapılan çalışmalara tarama adı verilmektedir (Bilir, 1996). Tarama programları ile toplumun değişik kesimlerine ulaşma imkanları artmakta, kanserde morbidite ve mortalite oranları azaltılabilmektedir (Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri, [http:// www.saglik.gov.tr/TR/ Genel/BelgeGoster.aspx](http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx)).

Etkin tarama programları ve erken tanı ile kanserin kontrol altına alınması önemlidir. Çalışmalar erken tanı ile lokalize ve tedavi edilebilir dönemde iken kanser varlığını belirlemenin, sıklıkla görülen kanser türlerinin çoğunda, bireyin yaşam süresinin uzatılması ve kaliteli yaşamın elde edilmesinde etkin olduğunun üzerinde durmaktadır. Özellikle yavaş gelişim gösteren kolorektal, meme, oral, uterus, prostat,



cilt ve testis kanserlerinde erken tanının yaşam süresi üzerindeki pozitif etkisine dikkat çekilmektedir (Aksoy, 2000).

Amerikan Kanser derneğine göre, erken tanı ve tarama programı uygulanan kanserler meme, kolorektal, prostat ve serviks kanserleridir (Smith ve ark., 2000). Ülkemizde ise meme ve serviks kanserleri başta olmak üzere tarama faaliyetleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri ile 2. ve 3. basamak sağlık birimlerinde verilen hizmetlerle yapılmaktadır (Tuncer, 2007). Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2005 yılında kurulmaya başlanmış olup, şu anda 81 ilde 85 merkezle hizmet vermektedir (Akça, 2007).

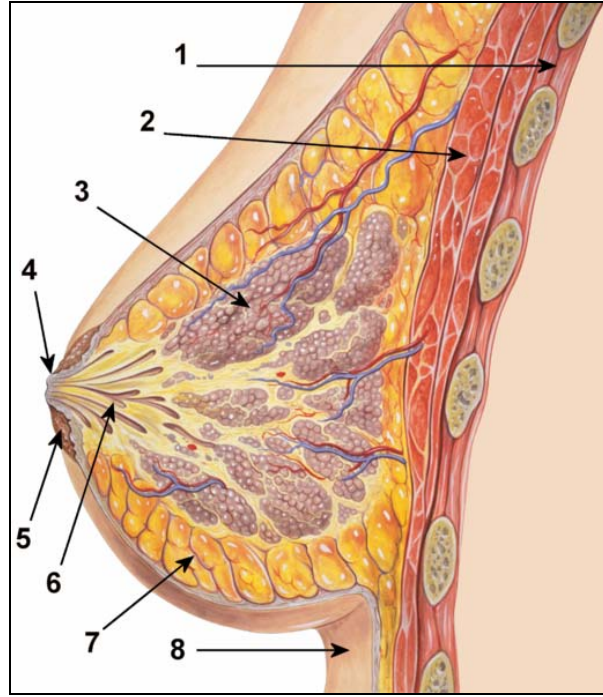
Kadınlarda sık görülen, ölüm nedeni olan ve erken tanı ve tarama ile önlenilebilen kanserler meme ve serviks kanserleridir. Meme kanserinin erken dönemde saptanması sayesinde hem daha uzun bir ömür sağlama hem de daha fazla tedavi seçeneği imkanı doğmaktadır. Bu seçenekler özellikle daha küçük hacimli cerrahi girişimler şeklinde kendini göstermekte ve tüm memenin alınmasına gerek kalmamaktadır. Bu durum meme kanseri olan hastaların toplam yaşam sürelerini kısaltmaksızın daha konforlu bir hayat sürmesini sağlamaktadır. Böylece kadınlar meme kanserinin korkulacak bir hastalık olmadığını görmekte ve memesi ile ilgili problemlerin üzerine daha cesaretle giderek erken tanı ve ideal seçeneklerini artırmaktadır (Aydıntuğ, 2004; Akça, 2007).

Ülkemizde tarama programı uygulanan diğer bir kanser türü serviks kanseridir. Serviks kanseri kadınlarda yaygın olarak görülen erken tanı konduğunda %95 tedavi sağlanabilen, geç kalındığında ise %50'lere varan mortalite oranına sahip bir hastalıktır. Tarama yöntemlerinin kullanımı sayesinde erken yaşlarda displazi henüz kansere dönüşmeden yakalanabilir ve kolayca tedavi edilebilmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004).

### **2.3. Meme**

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş farklılaşmış bir ter bezidir. Tubuloalveolar bir bezdir. Süt üreten lobül sistemi ile bunları meme başına aktaran duktus sisteminin birleşiminden oluşmaktadır. Zengin kanlanma, lenfatik yapı, bağ dokusu, yağ dokusu, sinirler, deri memenin şeklini verir ve aynı zamana sekonder bir seks organı olmasını sağlamaktadır (Aydıntuğ, 2004) (Şekil 1)

1. Göğüs duvarı
2. Pektoralis kası
3. Süt bezleri
4. Meme ucu
5. Areola
6. Süt kanalları
7. Yağ dokusu
8. Deri



Şekil 1. Memenin Anatomik Yapısı

Meme süperiorde 2. ya da 3. kaburgalar seviyesinden, inferiorde 6. ya da 7. kaburgalar seviyesindeki meme altı kıvrımına kadar uzanmaktadır. Lateralinde, anterior ya da mid-aksiller çizgi, medialinde sternumun lateral sınırı yer almaktadır. Anterior toraks duvarının süperfisyel fasyası üzerinde yerleşim gösteren meme, tubulo alveolar tipte glandular doku içeren 15-20 adet lobtan oluşmaktadır. Loblar arasında bulunan fibröz bağ dokusu destek görevi görürken, yağ dokusu boşluklarını doldurmaktadır. Cilt altı bağ dokusu tüm glandı çevreleyerek loblar ve lobüller arasına septa şeklinde uzanımlar göstermektedir. İnter lobüler aralık yağ dokusundan zengindir. İnter lobüler aralıkta ise bağ dokusu daha fazla, yağ dokusu daha azdır. Süperfisyel fasyanın yüzeyel tabakasından, yani hipodermisten meme parenkimine doğru uzanan fibröz bağ dokusu kalınlaşmalarına Cooper ligamanları adı verilmektedir. Bu ligamanlar dermise bağlanarak meme dokusuna destek görevi görmektedirler. Süperfisyel fasyanın derin tabakası toraks duvarının pektoral fasyasının üzerinde, memenin posteriorunda uzanmaktadır. Meme arkası bursa adı verilen boşluk memenin posteriorunda, süperfisyel fasyanın derin tabakası ile pektoralis majör kasının fasyası arasındadır. Bu boşluk, memenin toraks duvarı üzerinde hareketliliğini sağlamaktadır (Güllüoğlu ve İplikçi 2003).

Meme başı 4.interkostal aralık seviyesinde yer alır ve areola ile çevrelenmiştir (Güllüoğlu ve İplikçi 2003). Areola yaklaşık 2.5 cm çapındadır. Kızlarda parlak pembe renkte olan areola, tekrarlayan gebeliklerden sonra melanin depolanması nedeni ile daha pigmente görünüm almaktadır. Areolada sebese glandlar, ter bezleri ve aksesuar areola glandlar bulunmaktadır. Montgomery glandları areolanın yüzeyinde küçük çıkıntılar yapmaktadırlar. Bu glandlar emme sırasında koruyucu olarak meme başının yağlanmasını sağlamaktadırlar. Sebese glandlar ve ter bezleri areolanın kenarı boyunca lokalize olmaktadır. Meme başının uç kısmında çok sayıda serbest duyuşal sinir ucu ve dermal Papillada Meissner cisimcikleri vardır. Areola bu yapıları daha az çevirmektedir. Memenin, özellikle meme başı ve areolanın, zengin duyuşal innervasyonu fonksiyon bakımından önemlidir. Çocuğun meme emmesi; süt salgılanması ve laktasyonun devam etmesi için esas olan nöral ve nörohumorol olaylar zincirini başlatmaktadır (Ünal, 2001a).

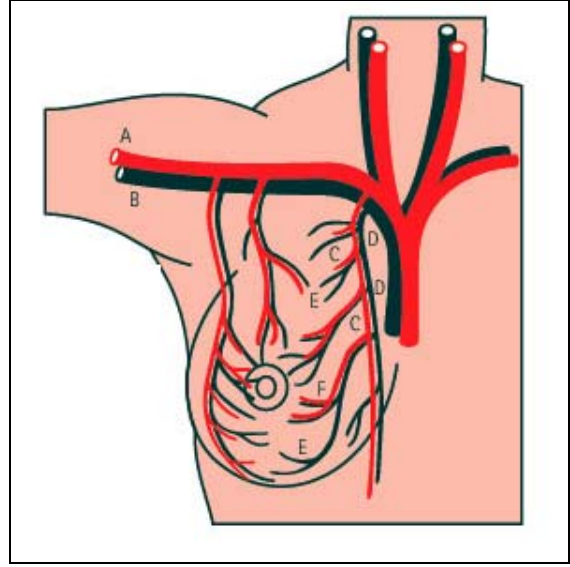
Memenin arteryal beslenmesini sağlayan üç ana arter vardır (Güllüoğlu ve İplikçi, 2003) (Şekil 2).

1. İnternal torasik arterin perforan dalları
2. Posterior interkostal arterlerin lateral dalları
3. Aksiler arterin dalları olarak sınıflandırılmaktadır.

Memenin venöz drenajı, meme kanserinin metastazı açısından önemlidir. Toraks duvarının ve memenin venöz drenajını sağlayan üç ana ven grubu vardır.

1. İnternal torasik venin perforan dalları
2. Aksiler ven ile bağlantılı dallar
3. Üçüncü, dördüncü ve beşinci posterior interkostal venlerin perforan dalları olarak sınıflandırılmaktadır (Güllüoğlu ve İplikçi, 2003) (Şekil 2)

- A. Koltukaltı atardamarı
- B. Koltukaltı toplardamarı
- C. Meme içi atardamarlar
- D. Meme içi toplardamarlar
- E. İntercostal toplardamarlar
- F. İntercostal atardamarlar



Şekil 2. Memenin Arter ve Venleri

Memenin sinirleri asıl olarak 4., 5. ve 6. İntercostalislardan gelmektedir. Bu sinirler memeye sempatik lifleri getirir ancak salgı aktivitesi asıl olarak ovaryum ve hipofiz kaynaklı hormonların denetimindedir (Şendemir, 2005).

### 2.3.1 Meme Kanseri

Meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser türüdür. Memedeki süt bezleri ve süt kanallarındaki hücrelerin diğer tüm kanser türlerinde olduğu gibi kontrolsüz olarak çoğalmaları, ileri dönemde ise vücudun farklı bölgelerine yayılarak çoğalmaya devam etmeleri sonucunda oluşmaktadır (Nass Duce ve Apaydın, 2007). Meme kanseri dünyada tüm insanlar arasında akciğer ve mide kanserinden sonra en sık görülen üçüncü, kadınlarda ise en sık görülen kanser tipidir. Kadınlarda görülen kanserlerin ortalama % 23'ünü meme kanseri oluşturmaktadır. Ancak kadınlar arasında ölüme sebep olan kanserler arasında ise akciğer kanserinin arkasından ikinci sıradadır (Akça, 2007).

### 2.3.2. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri dünya çapında kadınlarda görülen en yaygın kanserdir. Gelişmiş ülkelerde son 20 yıldır, gelişmiş tanı ve tedavi sayesinde meme kanserinden ölümlerde azalma görülmektedir (World Cancer Report, 2008). Meme kanseri gelişmiş ülkelerdeki kadınlar arasında sık görülen bir kanser olup, yaşam boyu oluşma riski 1/8'dir.

Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda meme kanseri oluşma riski daha az olmakla birlikte, giderek bu riskin arttığı bilinmektedir (Bilgel, 2005). Ülkemizde 2005 yılı verilerine göre meme kanseri tüm popülasyondaki kanserler arasında dördüncü sırada, kadın kanserleri arasında ilk sıradadır (Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>).

### 2.3.3. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin oluşmasında pek çok risk faktörünün söz konusu olduğu bilinmektedir (Bilgel, 2005; Güllüoğlu, 2007; Somunoğlu, 2007; Karayurt, 2009; Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

<b>Faktör</b>	<b>Risk Derecesi</b>	<b>Açıklama</b>
<b>Cinsiyet</b>	Artırır	Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir.
<b>Yaş</b>	Artırır	Meme kanseri insidansı ve ölümler yaşla birlikte artmaktadır. Kadınlarda 2000 ile 2004 yılları boyunca görülen, %95 yeni vaka ve %97 meme kanserinden ölümler 40 yaş ve üzerindedir. Olguların çoğu 50 yaşından sonra görülmektedir. Ancak kız kardeşinde veya annesinde meme kanseri erken yaşlarda ortaya çıkan kişilerde daha erken yaşlarda da meme kanseri oluşabilmektedir.
<b>Meme kanseri öyküsünün olması</b>	Artırır	Bening meme hastalıkları, diğer majör meme kanseri risk faktörlerinin etkisinden bağımsız olarak risk faktörü sayılmaktadır. Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının meme kanseri teşhisi konulmamış kadınlara göre 3–4 kat fazla olduğu ifade edilmektedir. Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre diğer memede kanser riskini 2-6 kez artırmaktadır.

<b>Daha önce meme biyopsisi yapılmış olanlar</b>	Artırır	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 oranlarda artırabildiği belirtilmektedir.
<b>Aile öyküsü</b>	Artırır	Ailesinde özellikle 1.derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olan kadınlar (anne, kız kardeş, hala, kız gibi) da meme kanseri riski artmaktadır.
<b>BRCA-1 ve BRCA-2 genleri</b>	Artırır	Meme kanseri vakaları %5 ile %10 arasında meme kanserine duyarlı BRCAI ve BRCAII geni ile geçmektedir.
<b>İrk</b>		Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski 40 yaşından sonra daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir. Yüksek insidans oranlarına rağmen meme kanseri ölüm oranları beyaz kadınlarda Afrikalı Amerikalı kadınlardan düşüktür.
<b>Menstrüal öykü</b>	Artırır	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. Süreç uzadıkça kadının doğurganlık dönemi uzamakta ve kadının daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kaldığı bunda meme kanseri gelişme riskini yükselttiğine işaret edilmektedir.
<b>Doğum öyküsü</b>	Artırır	Kadınların ilk çocuğunu doğurma yaşı meme kanserine yakalanma açısından önemlidir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre daha fazladır. Hiç çocuk doğurmayan kadınlarda ise risk daha da yükselmektedir.

<b>Emzirme</b>	Tartışmalı	Meme kanseri riskini azaltma da emzirmenin etkisini inceleyen çalışmalarda bulgular tartışmalıdır.
<b>Östrojen alımı</b>	Tartışmalı	Oral kontraseptifler, uzun süreli kullanıcılar da meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olmaktadır. Ancak yapılan çalışmalara göre bu etkinin kısa süreli olduğu gözlenmiştir. Menopoz nedeniyle uzun süre östrojen tedavisi gören kadınlarda meme kanseri görülme riskinin yükseldiği ifade edilmektedir. Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımı ve uzun süreli (10–15 yıl üzeri) östrojen replasman tedavisinin riski artırdığı saptanmıştır.
<b>Alkol tüketimi</b>	Artırır	Alkol tüketimi her zaman meme kanseri riskini artırmaktadır. Yaklaşık olarak 40 epidemiyolojik çalışma alkolün meme kanseri riskini %21 artırdığını göstermiştir. Bu oran tüketilen alkol miktarına bağlıdır. Alkol östrojen ve androjen seviyelerini yükselterek bu etkiyi yapmaktadır. Bu nedenle alkol alımının azaltılması meme kanseri riskini azaltmaktadır.
<b>Yağlı diyet</b>	Tartışmalı	Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır.
<b>Obesite</b>	Tartışmalı	Meme kanseri riskini artırdığı bildirilmesine rağmen hala tartışılmaktadır. Östrojen adipos dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır.
<b>Radyasyon</b>	Artırır	Özellikle 30 yaş'ın altında ve puberteden önce radyasyona maruz kalma riski artırmaktadır.

### 2.3.4. Meme Kanserinde Belirtiler

Meme kanserinin erken belirtileri genellikle sağlık bakım profesyonelleri ve kadınlar tarafından mamografiden önce hissedilmektedir. Meme kanserinde görülen en yaygın belirtiler aşağıda verilmiştir (Ünal, 2001b; Kahraman Çetintaş, 2005; Cancer Facts and Figures, [http://www.cancer.org/downloads/STT/2008\\_CAFFfinalsecured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/2008_CAFFfinalsecured.pdf)).

<b>Tümör</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meme kanseri gelişen kadınların büyük bir kısmında, memede bulunan bir tümör hastalığın ilk ve tek belirtisi olabilmektedir.</li> </ul>
<b>Ağrı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meme karsinomlu hastaların çok az bir kısmında ağrı bulunmaktadır. Hastalar ağrıyı şiddetli, keskin, batıcı, ıstırap verici şeklinde tarif etmektedirler bu yüzden ağrının değerlendirilmesi çok güçtür. Erken evre tümörlerde ağrı sık izlenmemektedir.</li> </ul>
<b>Memede büzülme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bazı olgularda karsinoma bağlı olarak memede gelişen fibrotik reaksiyon çok belirgindir ve meme büyüyeceği yerde büzülür ve küçülmektedir. Bu durum memenin karsinomatöz durumu olarak isimlendirilmektedir.</li> </ul>
<b>Meme cildi ile ilgili bulgular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çöküntü</li> <li>• Ödem</li> <li>• Ülserasyon</li> <li>• Kırmızılık, ekimoz, genişlemiş venler</li> <li>• Satellit nodüller</li> </ul>
<b>Meme başı ve areola ile ilgili bulgular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meme başında akıntı</li> <li>• Meme başı retraksiyonu</li> <li>• Meme başı inversiyonu</li> <li>• Meme başı deviasyonu</li> <li>• Meme başının yassılaşım, düzleşmesi</li> <li>• Meme başında kaşınma, kabuklanma, çatlak, erozyon</li> <li>• Meme başında ve areolada ülserasyon</li> </ul>
<b>Diğer belirtiler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aksiller tümör ve kol ödemidir.</li> </ul>



### 2.3.5. Meme Kanserinde Erken Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde mortaliteyi azaltmanın en emin yolu erken tanı ve tedavidir. Erken tanıda amaç meme kanserinin biyolojik olarak başlamasından sonra klinik olarak bulgu vermeden önce tanınması ve erken tedavinin yapılmasıdır. Bu da kadınların eğitilip bilgilendirilmesi ve tarama programlarına katılımlarının sağlanması ile olmaktadır (Kahraman Çetintaş, 2005). Pek çok çalışmalar göstermiştir ki erken tanı ile yaşam korunur ve tedavi şansı artmaktadır. Erken tanı ve tedavideki gelişme ile kadınlardaki meme kanseri mortalitesinde düşüşler görülmektedir. Son 50-60 yılda meme kanserinin görülme sıklığında belirgin artış gözlenmesine rağmen erken tanı ve tedavi sayesinde meme kanserine bağlı ölümler azalmıştır (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Meme kanserinin erken dönemde saptanması sayesinde hem daha uzun bir ömür sağlama ve hem de daha fazla tedavi seçeneği imkanı doğmaktadır. Bu seçenekler özellikle daha küçük hacimli cerrahi girişimler şeklinde kendini göstermekte ve tüm memenin alınmasına gerek kalmamaktadır. Bu durum meme kanseri olan hastaların yaşam sürelerini kısaltmaksızın daha konforlu bir hayat sürmesini sağlamaktadır. Böylece kadınlar meme kanserinin korkulacak bir hastalık olmadığını görmekte ve memesi ile ilgili problemlerin üzerine daha cesaretle giderek erken tanı ve ideal seçeneklerini artırmaktadır (Akça, 2007).

Amerikan kanser derneği rehberine göre meme kanserinin erken tanısı; kadının yaşı, mamografi, klinik meme muayenesi ve farkındalığı artırma hususunda kendi kendine meme muayenesine bağlıdır. 2007 yılında uzmanlar meme kanseri için yüksek risk grubunda olan bireylere mamografiye ek olarak MR kullanımını önermişlerdir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Amerikan Kanser Derneği'ne göre meme kanserinde erken tanı uygulamaları (Smith ve ark., 2000)

<b>KKMM</b>	20 yaşından başlanarak her ay yapılmalıdır.
<b>Klinik meme muayenesi</b>	20–39 yaş arasında her 3 yılda bir yapılmalı ve 40 yaşından başlanarak yılda bir kez yapılmalıdır.
<b>Mamografi</b>	40 yaşında başlanarak yılda bir kez yapılmalıdır.

Kadınlar 20 yaşında KKMM'ne başlamalıdır. 20–39 yaş arasında 3 yılda bir klinik meme muayenesi, 40 yaşında ise bunlara ek olarak mamografiye başlanmalıdır. Mamografiden önce klinik meme muayenesine başlanmalıdır ve ideal olanı 2 muayene arasında kısa aralık olmasıdır. Klinik meme muayenesi kitlenin belirlenmesi ve radyoluğun ilgisini çekmesi açısından mamografiden önce yapılmalıdır. Ayrıca klinik meme muayenesi, mamografide görülmeyen kitlenin belirlenmesi için mamografiden sonrada yapılabilmektedir. Son mamografide riskli bir durum varsa ek bir görüntülenmeye gerek duyulabilmektedir. Risk grubunda olan kadınlar sağlık bakım sağlayıcıları ile görüşerek tarama aralığını ona göre düzenlemelidirler. Meme kanseri için aile öyküsü olup yüksek risk grubunda olan kadınlar için hekim önerisine göre genetik araştırma yapılabilmektedir (Smith ve ark., 2000).

### **Mamografi**

Mamografi meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemlerinden biridir (Aydiner ve ark., 2000). Düşük doz x ışını ile memenin içyapısının görüntülenmesini sağlayan bir işlemdir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Meme kanserinin tanısında mamografi, kanser taraması ve tanısal amaçlı olmak üzere iki ana amaçla kullanılmaktadır (Topal, 2005). Tarama amaçlı; meme hastalıklarına erken tanı konabilmesi için 40 yaşından sonra yılda bir kez mamografi çektirilmesi önerilmektedir. Bu sayede son 20 yılda meme kanserinden ölüm oranı belirgin olarak azalmıştır. Tanısal amaçlı; klinik şikayeti olan ve doktorun muayenesi sırasında ele gelen lezyonların karakterini saptamak için kullanılmaktadır (Web:<http://www.duzen.com.tr>).

Mamografinin taramada, tanıda ve tedavi sonrası takipte önemli yeri vardır. Tanıda, kitle dışı semptomu olan hastalarda palpe edilemeyen lezyonların saptanmasında yararlıdır. Palpe edilebilir kitlesi olanlarda ultrasonografi ile birlikte kitlenin değerlendirilmesinde ve palpe edilebilen kitlesi olup maling olduğu biyopsi ile kesinleşen olgularda tedavinin planlanmasında kullanılmaktadır (Aydiner ve ark, 2000).

Pek çok çalışmalar göstermiştir ki mamografi taraması ile erken yapılan meme kanseri tanısında kişinin yaşam ve tedavi şansı yüksektir. Mamografi yıllardır meme kanseri için fiziksel belirtiler gelişmeden önce meme kanserinin belirlenmesini sağlayan etkili tek yöntem olmuştur (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/>

[downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf)). Mamografi ile memede fizik bulgular gelişmeden önceki değişiklikler belirlenmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Mamografi Çekiminin Görünümü

40 yaşından sonra düzenli mamografi yaptıran kişilerde meme kanserinin erken evrede yakalanarak, tedavi yapılması ve ölüm oranlarında azalma sağlanabilmektedir (Finding Breast Cancer Early, 2003).

Bu yöntem sayesinde 50 yaş üzeri kadınlarda, kanserli dokunun hissedilebilir büyüklüğe ulaşmadan iki yıl önce %80–90 oranında saptanabildiği gösterilmiştir. Düzenli mamografiler ile saptanan bir meme kanserinin ortalama boyutu 1,1 cm iken, tesadüfen saptanan bir tümörün ortalama boyutu 3,6 cm'dir. Meme kanserinin daha küçükken yakalanması hastanın daha fazla tedavi seçeneğinin olacağı ve tedaviye cevabın daha iyi olabileceği anlamına gelmektedir. Mamografi ile sağlanan erken tanı, kansere bağlı ölüm oranını %20–70 oranında azaltmaktadır (Nass Duce ve Apaydın, 2007).

Mamografi duyarlılığı yüksek bir yöntemdir. Mamografi ile meme kanseri semptom vermeden %80-90 oranında belirlenebilmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Bunda etkili olan

mamografiyi çeken kişi, yorumlayan kişi ve cihazın son teknolojiye uygun olmasıdır (Nass Duce ve Apaydın, 2007). Ayrıca meme yoğunluğu, tümörün hızlı gelişmesi, memenin pozisyonunun yetersizliği, anormal küçük hücrelerin görülmesinde yanlışlıklar olması mamografiyi etkilemektedir. Her yıl düzenli tarama yapılan kadınlarda meme kanseri görülmemesine rağmen, %5-%10 arasında anormal hücrelerin yeterli derecede saptanamadığı olmaktadır. Bu durumda Manyetik Rezonans (MR) gibi ek testlere gerek görülmekte, ek test ile meme dokusunun normal yapısı belirlenmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Mamografi ile kitle, palpe edilebilir hale gelmeden 2 yıl kadar önce teşhis edilebilmektedir. Buna karşılık mamografinin 30 yaş altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankima dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır (Aydiner ve ark., 2000).

Mamografi için en uygun zaman meme hassasiyetinin en az, hormonlara bağlı şişkinliğin en düşük düzeyde olduğu âdetin bitimini izleyen ilk haftadır. Bu durumda tetkik sırasında sıkıştırmaya bağlı yaşanan rahatsızlıklarda en aza indirgenmiş olmaktadır. Ancak gerektiğinde herhangi bir dönemde çekilebilmektedir (Nass Duce ve Apaydın, 2007). Kadınların düzenli taramayı kabul etmeleri çok önemlidir. Tavsiye edilen tarama aralığı semptomlar gelişmeden yaşam boyunca devam edilmelidir. Çalışmalar düzenli tarama ile pek çok meme kanserinin geniş oranda tanısının konulduğunu göstermiştir. Çünkü son yapılan mamografi ile arasından geçen zaman azdır. Bu nedenle kadınlar doktorlarına sorarak tarama aralığını belirlemelidirler. Yüksek yaşlarda mamografiye devam etmek için özellik yoktur fakat risk grubunda olanlar yaşam boyu devam etmelidirler (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

### **Klinik Meme Muayenesi**

Meme kanserinin erken belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20–40 yaşlarındaki asemptomatik kadınların her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından fizik muayenesini önermektedir (Şekil 4). Premenopozal kadınlar için fizik muayenenin hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden en uygun olduğu dönem menstruasyondan sonraki haftadır (Aydiner ve ark., 2000). Ortalama risk

grubunda 20–30 yaş arasında belirti vermeyen kadınlar için klinik meme muayenesi, periyodik sağlık muayenesinin bir parçasıdır, en azından 3 yılda bir yapılmalıdır. Klinik meme muayenesi ile birlikte KKMM meme yapısını belirlemek için yapılmalıdır. Kişiler klinik meme muayenesi ve KKMM'nin sınırlılıkları ve yararları hakkında bilgilendirilmelidir. 40 yaş ve üzerinde klinik meme muayenesi yine periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olmalıdır ve yıllık olarak yapılmalıdır. 40 yaşından sonra klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte yapılmalıdır (Smith ve ark., 2003).



Şekil 4. Klinik Meme Muayenesi

### **Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Erken tanıda değeri tam olarak ortaya konmamasına rağmen tüm dünyada kadınların düzenli olarak kendi kendilerini muayene etmeleri gerektiği konusunda fikir birliği vardır (Akça, 2007). Amerikan kanser derneği KKMM'ni uzun süre önermesine rağmen, kadınların KKMM'nin yararları ve sınırlılıkları konusunda bilgilendirilmesini önermektedir. Araştırmalar KKMM uygulamasının diğer yöntemlere göre daha kolay olduğunu belirtmişlerdir (Jelinski ve ark., 2005). Kadınlar düzenli meme muayenesi ile meme yapılarını öğrenerek memedeki değişikliği kolayca fark edebilmektedirler

(Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

KKMM ile normal meme yapısı belirlenerek farkındalık sağlanmaktadır. Yüksek farkındalık ile düzenli tarama başlanmadan memedeki palpe edilen ve edilmeyen kitleler belirlenerek erken tanı ve tedavi sağlanmaktadır (Smith ve ark., 2003). Herhangi bir risk faktörü olmayan kadınlar 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır (Akça, 2007, Altaca ve Höbek, 2009). Bu uygulama hem ucuz hem de risksiz bir yöntemdir. Bu yöntemde en büyük endişelerden birisi ele gelen kitlenin normal olup olmadığıdır. Ancak unutulmamalıdır ki her ay kendini düzenli olarak muayene eden kişi bir süre sonra kendi memesinin özelliklerini tam olarak tanımış olacaktır. Bu sürecin sonunda gelişebilecek yeni bir kitle saptanması, mevcut kitlenin büyüklük, şekil ve kıvam değiştirmesi gibi değişiklikleri daha rahat fark edecektir (Akça, 2007).

Normalde adet öncesi dönemde memeler ödemle birlikte şişer ve mevcut bulgularda değişikliklere neden olabilmektedir. Bu nedenle her kadın KKMM'ni ne zaman yapacağını tam olarak bilmeli ve her seferinde aynı zamanda muayene etmelidir. Bu dönem adet gören kadınlarda âdetin bitiminden sonraki hafta, menopoza giren kadınlarda her ayın aynı günü, emziren kadınlarda emzirmeyi takiben ve doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda ise yeni kutuya başlamadan önceki gündür (Akça, 2007).

Meme muayenesi gözle ve elle yapılmalıdır. Bu işlemler ayakta ve yatarak uygulanabilmektedir. Her iki durumda da memenin kendisi, meme başları, meme cildi, meme altı bölgeleri ve koltuk altları dikkatlice muayene edilmelidir. Bunun için muayenenin iyi ışıklandırılmış bir ortamda ve belden yukarısının tamamen çıplak olarak yapılması gerekmektedir (Akça, 2007). KKMM yapacak kişilerin bilmesi gerekenler doğru duruş, muayene edilecek bölge, palpasyon tekniği ve araştırma şeklidir (Karayurt, 2009),

### ***Gözle meme muayenesi***

Gözle meme muayenesi ayna karşısında yapılmaktadır (Akça, 2007) (Şekil 5). İyi aydınlatılmış bir odada, belden yukarısını gösteren bir ayna karşısında ayakta durulur ve memeler inspeksiyonla aynadan gözlemlenmektedir (Ünal, 2001c).

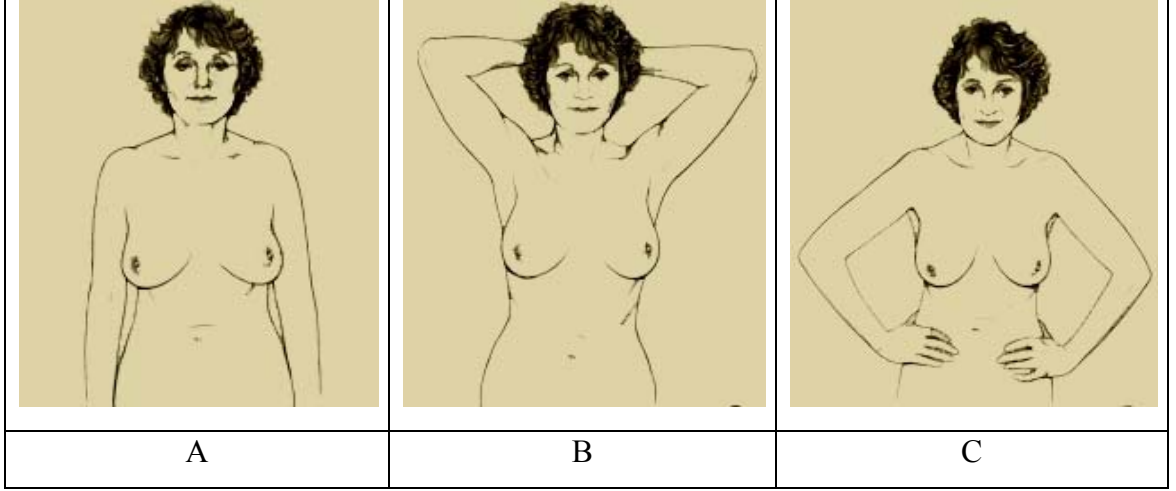
Ayna karşısında gözle yapılan muayenede araştırılacak değişiklikler şunlardır (Ünal, 2001c; Karayurt, 2009).

- Memede kitle görünümü,
- Memelerin birinde anormal büyüme,
- Memelerin birinin diğerinden sarkık olması,
- Meme cildinde buruşukluk,
- Meme ucunda çukurlaşma,
- Meme ucunda kanlı akıntı,
- Meme ucu renginde değişiklik,
- Memeye komşu lenf nodlarında büyüme,
- Üst kolda anormal şişlik gibi belirtiler izlenmelidir.

1. Öncelikle her iki kol serbestçe yana sarkık durumda ve omuzlar dik olacak şekilde ayna karşısına geçilmelidir. Başlangıçta önden memelerin büyüklüğüne, simetrisine, derisinin rengine ve şekline, meme başının duruşuna, meme altı bölgelere bakılmalıdır. Daha sonra aynı özellikler her iki yandan dönerek tekrar dikkat edilmelidir. Burada özellikle her iki memenin birbirinin aynı büyüklükte olmayabileceği akılda bulundurulmalıdır. Bu normal bir durumdur ve endişe edilmemelidir.

2. İkinci aşamada her iki kol başın üzerine kaldırılarak hem önden hem de her iki yandan tekrar memeler, meme başları, meme altı bölgeler ve bunlara ek olarak koltuk altı gözle incelenmektedir.

3. Daha sonra eller her iki yandan leğen kemiğinin üzerine konarak kuvvetlice bastırılarak bu sırada omuzlar hafifçe çıkarılarak öne doğru eğilmelidir. Yine önden ve daha sonrada her iki yandan olmak üzere memeler, meme başları ve meme cildi dikkatlice gözden geçirilmelidir (Şekil 5).



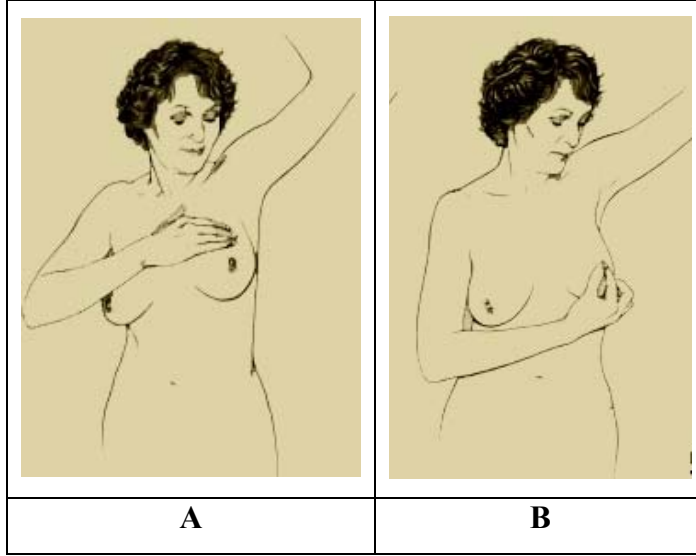
Şekil 5. Gözle Meme Muayenesi

Muayenede memeler şekli, büyüklükleri, dış hatları, çekinti ve kızarıklık gibi özellikler açısından dikkatle izlenmektedir. Bu muayeneler sırasında memelerden birinde diğerine göre belirgin bir büyüme, meme derisinde çekinti, portakal kabuğu gibi selülitli bir görüntü kızarıklık ve meme başından kendiliğinden gelen bir akıntı gibi farklılıklar dikkatle izlenmelidir (Akça, 2007).

#### ***Elle meme muayenesi***

Elle muayene için öncelikle muayene edilecek bölgenin belirlenmesi gerekmektedir. Muayene edilecek bölge yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltının orta hattına kadardır. Dikey olarak ise köprücük kemiği ile meme altının birkaç santimetre alt kısmının arasında kalan bölgedir (Karayurt, 2009). Elle muayene ayna karşısında duşta veya yatarken yapılabilmektedir. Ancak genel olarak tam bir değerlendirme sağlanması açısından yatarak yapılması tavsiye edilmektedir. Yatarak yapılan meme muayenesi en rahat yöntemdir. Ayrıca meme dokusunun tamamının göğüs duvarı üzerine yayılarak muayene edilmesi mümkün olacağından herhangi bir kitleyi saptamak daha kolay olacaktır. Burada öncelikle tarif edilen muayene şekli sağ meme içindir. Normalde istenilen taraftan başlanılabilmektedir. Her iki meme ve her iki koltuk altı kontrol edildikten sonra muayene tamamlanmaktadır (Akça, 2007) (Şekil 6).





Şekil 6. Elle Meme Muayenesinin Yapılışı

### ***Sırtüstü yatarak elle yapılan meme muayenesi***

1. Muayene için öncelikle düz bir yere sırt üstü uzanılarak sağ kürek kemiği altına küçük bir yastık veya katlanmış bir havlu konulmalıdır. Böylece göğüs duvarı yukarı itilerek meme dokusunun daha belirgin olarak ortaya çıkması sağlanmaktadır. Sağ el başın altına konulmaktadır. Bu yöntemde de memenin kendisi, meme başları ve koltuk altı bölgeleri muayene edilmektedir (Şekil 7).
2. Muayenede sağ meme için sol el kullanılmaktadır. Elin 2. 3. ve 4. parmaklarının uçtaki boğumlarının yastıkçık bölümleri ile tüm meme dokusu küçük dairesel hareketler çizerek muayene edilmektedir. Bu esnada her bölgede memeye yapılan baskı şiddeti hafiften kuvvetliye doğru artırılmalıdır. Böylece hem yüzeysel hem derin olarak meme dokusu kontrol edilmiş olmaktadır.
3. Her muayene edilen bölge bitince bir sıra dahilinde hemen yan bölgenin muayenesine geçilmeli ve böylece meme dokusunun tamamı atlanmadan kontrol edilmelidir. Memenin muayenesine bir tarafından başlanarak aşağı yukarı çizgi çizer gibi bir sıra izlenerek, meme başından dışarı doğru gidip gelerek veya memenin merkezinden dışarı doğru dairesel hareketlerle muayene edilmesi belirli bir muayene sırası alışkanlığı kazandırmaktadır. Meme yukarıda köprücük kemiğinin altından başlanarak aşağıda meme altı kıvrımına kadar, iç kenarda sternumdan başlanarak koltuk altı bölgesine kadar muayene edilmelidir. Muayene sırasında meme başı ve etrafındaki koyu renkli alan da muayene edilmelidir.

4. Koltuk altı muayene edilmeden meme muayenesinin bitmeyeceği unutulmamalıdır. Koltuk altı muayenesi genellikle oturularak yapılmaktadır. Öncelikle muayene edilecek taraftaki kol hafifçe yukarı kaldırılarak sağ koltukaltı sol elin, sol koltuk altı ise sağ elin 2. , 3. ve 4. parmaklarının uçtaki boğumlarının yastıkçık bölümleri ile hafiften kuvvetliye bastırılarak kontrol edilmektedir. Kolun tamamen yukarı kaldırılması parmakların koltuk altını tam olarak hissetmelerini engelleyeceği bilinmelidir. Daha sonra kol aşağıya indirilerek muayene tekrarlanmalıdır.

5. Tüm bu işlemler sol meme için sol kürek kemiği altına bir yükselti konulduktan sonra, sol eli başın altına alarak ve sağ el kullanılarak tekrarlanmalıdır (Akça, 2007).



Şekil 7. Sırtüstü Yatarak Elle Meme Muayenesinin Yapılışı

### ***Ayakta dururken veya banyo yaparken elle yapılan meme muayenesi***

Meme muayenesi ayakta veya banyoda yapılabilir. Parmaklar ıslak ve sabunlu bir cilt üzerinde kaydığında muayene daha kolay yapılabilir. Sağ meme sol el ile, sol meme sağ el ile muayene edilmektedir. Muayene 2. 3.ve 4. parmakların iç yüzeyi ile meme üzerinde daireler çizerek dikkatli ve yavaş bir şekilde yapılmaktadır. Sol kol yukarı doğru kaldırılarak sağ elin üç parmağının iç yüzeyi ile daireler çizilerek sol meme ve aksiler bölge muayene edilmektedir. Daha sonra meme başı sıkılarak akıntı

gelip gelmediğine bakılmaktadır. Aynı işlem diğer tarafta da tekrarlanarak sağ el yukarı kaldırılır ve sol el ile sağ meme ve aksiler bölge kontrol edilmektedir (Ünal, 2001c).

### **Ultrasonografi**

Ultrasonografi, yüksek frekanslı ses dalgaları kullanılarak yapılan bir görüntüleme yöntemidir. Vücuda gönderilen ses dalgalarının yansımaları ile görüntü elde edilmektedir. Radyasyon riski taşımamaktadır. Meme görüntüleme genellikle mamografi ile birlikte kullanılmaktadır. Meme dokusunun yoğun olduğu durumlarda mamografiye ek olarak meme ultrasonografisine ihtiyaç duyulmaktadır. Genç hastalarda memenin görüntülenmesinde kullanılacak ilk yöntem ultrasonografi olmalıdır. Mamografide saptanan kitlelerin içi doku ile dolu, içi sıvı ile dolu ayrımı önemli olup, bu ayrım ultrasonografi ile yapılmaktadır. Yoğun meme dokusuna sahip hastaların yanı sıra, gebelerde ve emziren kadınlarda, erkek memesini değerlendirmede, koltuk altı dokuları incelemede de ultrasonografiden yararlanılmaktadır. Biyopsi uygulamaları sırasında ultrasonografi rehberliğinde istenilen bölgeye ulaşıldığı ve doğru yerden biyopsi alındığını görerek bu işlemi gerçekleştirmek diğer bir kullanım alanıdır (Nass Duce ve Apaydın, 2007).

### **Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)**

Meme görüntülenmesinde MR, son 10 yıldır giderek önem kazanmıştır (Topal, 2005). Kısıtlı uygulama alanları olmakla birlikte, değerli bir inceleme yöntemidir. Günümüzde MR kullanımının gereksiz yere yapılması ciddi boyutlarda maddi-manevi yük getirmektedir (Akça ve ark., 2007). Pek çok çalışmalar göstermiştir ki MR, meme kanseri için genetik duyarlılığı olan kadınlarda kitlenin belirlenmesinde mamografiye göre daha duyarlıdır. MR kullanımının yarar ve sınırlılıkları doktor ve hasta tarafından tartışılarak karar verilmelidir. Meme kanseri riski %5'den az olan kişilere MR önerilmemektedir. Kadında BRCAI ve BRCAII geni varsa, birinci derece akrabalarında bu genler var ve kendinde teşhis edilmemişse, risk değerlendirme cetveline göre %20-%25 veya daha fazla risk grubunda ise, 10-30 yaş arasında göğüsten radyasyon terapisi almış ise, kişisel meme kanseri öyküsü varsa, mamografi ile meme yoğunluğu fazla tespit edilmişse MR önerilmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

MR'ın başlıca kullanım alanları şunlardır (Akça ve ark., 2007):

- Standart görüntüleme bulguları (mamografi ve ultrasonografi) ile minimal invaziv yöntem ile alınan biyopsideki incelemenin birbiri ile uyumlu olmadığı durumlarda,
- Daha önce kanser nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılmış kadınlarda operasyon bölgesinde şüpheli görüntü saptanması durumunda,
- Koltuk altında kanser yayılımı olması ancak standart yöntemlerle memede belirgin kanser kitlesinin görüntülenememesi durumunda,
- Meme kanseri nedeniyle mastektomi ve yeniden rekonstrüksiyon yapılmış memenin takibi amacıyla,
- İlerlemiş meme kanserinde ameliyattan önce kullanılan ilaç tedavisinin etkinliğin izlenmesi durumunda,
- Meme kanseri riski çok yüksek olan sağlıklı bireylerden tarama yapılması amacıyla kullanılmaktadır.

## **Biopsi**

Meme kanserinin kesin tanısı biopsi ile konulmaktadır. Çeşitli biopsi yöntemleri vardır. İnce iğne aspirasyon biopsisi, kesici iğne biopsisi, insizyonel biopsi, eksizyonel biopsi ve stereotaksi veya ultrason rehberliğinde biopsidir (Aydiner ve ark, 2000, Lyons ve Choti, 2000).

***İnce iğne aspirasyon biopsisi***; ince bir iğne ve boş bir enjektörle kitleden hücre alınması prensibine dayanmaktadır (Aydiner ve ark, 2000). Bu yöntem çabuk ve diğerlerine göre daha az invazivdir. Bu işlemin %100 kesin olmadığı ve invaziv olmayan kanser ayırımında zorluklar yaşanabileceğinin bilincinde olmak gereklidir. İnce iğne biopsisi genellikle palpe edilebilen lezyonlara ofis şartlarında uygulanmaktadır. Ayrıca ultrason ve mamografi eşliğinde de yapılmaktadır (Lyons ve Choti, 2000).

***Kesici iğne biopsisi***; kesici özellik taşıyan bir iğne ile kitlenin içerisinden doku parçası alınmasıdır (Aydiner ve ark., 2000).

**İnsizyonel biopsi;** memede yer alan büyük lezyonlarda, tanıya varmak için cerrahi yöntemle kitleden yeterli doku parçası alınmasıdır (Aydiner ve ark., 2000). Bu yöntemde, genellikle lokal anestezi altında kitlenin sadece bir kısmı çıkarılmaktadır. İnsizyonel biopsi genellikle inoperabl hastalarda gelecekteki sistemik tedaviyi planlamak veya kitlenin tümünün çıkarılmasının asıl tedaviyi olumsuz etkileyeceği çok büyük kitlelerde uygulanmaktadır. Bu biopsi yöntemi olağan dışı olgular dışında nadiren uygulanmaktadır (Lyons ve Choti, 2000).

**Eksizyonel biopsi;** meme içerisindeki lezyonun tümü ile çıkarılma esasına dayanmaktadır (Aydiner ve ark., 2000). Genellikle lokal anestezi altında uygulanmaktadır. Hem palpabl, hem de nonpalpalp lezyonlara uygulanmaktadır (Lyons ve Choti, 2000).

**Stereotaksi veya ultrason rehberliğinde biopsi;** bu yöntemle histolojik incelemeye gönderilmek üzere çok ince silindirik parçalar veya doku odakları içeren örnek elde etmek için kalın bir iğne kullanılmaktadır. Hem donuk kesi hem de kalıcı kesitler yapılabilir. Genellikle 4-5 odak alınmaktadır. Bu yöntem palpabl bir kitleye direkt uygulanabileceği gibi mamografik patolojilerde stereotaktik mamografi veya ultrason yol göstericiliği altında yapılabilir (Lyons ve Choti, 2000).

## **2.4. Serviks Kanseri**

### **2.4.1. Serviksin Anatomisi**

Serviks uterusun alt kısmına verilen isimdir ve üreme sistemimizin bir parçası olup, uterus ve vajinayı birleştirmektedir. Serviksin iki kısmı bulunur dış kısım vajinaya yakın olup, ekstoserviks, iç kısım ise uterusu yakın olup endoserviks adını almaktadır. Serviksin iç ve dış kısmında yüzeyde iki farklı tip doku bulunur ve çoğu servikal kanser bu iki tabakanın birleştiği yerde başlamaktadır (Ulukuş, 2009).

### **2.4.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi**

Serviks kanseri önemli bir global halk sağlığı sorunudur (World Cancer Report, 2008). Servikal kanser, dünya çapında meme kanserinden sonra kadınlarda görülen ikinci en sık kanserdir (Bristow ve Steven, 2000). Günümüzde dünya kadınlarındaki

kanser ölümlerinin ikinci en sık sebebi servikal kanserdir. Gelişmekte olan ülkelerde servikal kanser üreme çağındaki kadınlarda önemli bir ölüm sebebidir. Bu ülkelerde kadınlarda kanser ölümlerinin en sık sebebi serviks kanseridir (Ayhan ve Başaran, 2007). Servikal kanser, günümüzde erken tanı konulabilen ve erken evrelerde cerrahi sonuçlar ile iyi sonuçlar alınabilen bir kanserdir (Dede ve ark,1996).

Toplumlar arasında servikal kanser insidansları açısından büyük farklılıklar görülmektedir (Ayhan ve Başaran, 2007). Gelişmekte olan ülkelerde rutin tarama programlarının yeterince uygulanmıyışı, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü hijyen, erken koitus, multiseksüel partner gibi nedenlerle daha yüksek oranda seyretmektedir. Bu nedenlerden dolayı gelişmekte olan ülkelerde hastalık ileri evrelerde teşhis edilmekte ve hastalığın tedavi edilebilirliği azalmaktadır (Dede ve ark., 1996). İnsidansın en yüksek olarak bildirildiği yerler arasında Hindistan, Brezilya ve Kolombiya yer almaktadır (Ayhan ve Başaran, 2007).

Servikal kanserlerin hemen hemen tümünü karsinomlar oluşturmakta, %85-90'ını skuamoz karsinom, %10-15'ini adenokarsinom oluşturmaktadır. En sık görülme yaşı 40–60 yaş arası olmakla birlikte ortalama 54 yaş civarındadır (Erenus ve Yoldemir, 2008).

#### **2.4.3. Serviks Kanserinin Etiyolojisi**

Serviks kanseri gelişimi yavaş bir süreçtir. Muhtemelen bütün serviks kanserleri prekanseröz in-sitü bir lezyon olarak başlar ve invaziv kansere progresyon uzun bir dönem ( 20-30 yıl, fakat 1 yılda olabilir) gerektirmektedir. Bu lezyonlarda progresyon her zaman gözlenmemektedir (Ayhan ve Başaran, 2007). Serviks kanserinin oluşmasında pek çok faktörün rol oynadığı sanılmaktadır. Ancak kesin bir etiyolojik faktör henüz gösterilmemiştir. Buna rağmen bazı gruplarda sık görülmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar, erken yaşta koitusa başlama, sigara, çok sayıda cinsel partner ve ırk sık görüldüğü gruplardır (Tuncer, 2004). Faktörler ele alınacak olursa sigara kullanımı dokuya co-karsinojen maruziyetine ve lokal olarak dokuda immünsüpresyona yol açabilmektedir. Hormonlar ve oral kontraseptifler ise daha çok HPV büyümesini indükler ve enfekte hücrelerin transformasyonunu kolaylaştırmaktadır. Diğer enfeksiyonlarla görülen lokal inflamasyon ve serbest radikallerin üretimide karsinojenezde rol oynamaktadır. Ayrıca düşük vitamin seviyeleri de doku rezistansının

azalmasına yol açarak etki gösterebilmektedir (Ayhan ve Başaran, 2007). Bunların başında vitamin C, beta karoten ve folat eksiklikleri gelmektedir. Serviks kanseri görülme sıklığında ırklar arası farklılıklarda vardır. Örneğin Yahudilerde az, zencilerde ise oldukça yaygın görülmektedir. Bu farklılıkların yaşam koşulları ve sosyo-ekonomik düzeyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik ve sosyo-ekonomik faktörler olayın gelişmesinde rol oynamaktadır. Bunun yanında bakirelerde serviks kanserleri çok nadir görülmektedir (Tuncer, 2004).

#### 2.4.4. Serviks Kanserinde Risk Faktörleri

Serviks kanseri için tanımlanan risk faktörlerinin bilinmesi kişinin risk faktörlerinin önlenmesi konusunda bilinçlenmesini sağlamaktadır. Servikal kanserler için başlıca risk faktörleri şunlardır (Ulukuş, 2009).

***Irk:*** Afrikalı Amerikalılar arasındaki servikal kanser oranı her yaş için beyazlarınkinin 2 katıdır. Irksal farklılıklar yaşam süresi yönünden de kendini göstermektedir. Servikal kanserli tüm Afrikalı Amerikalılarda 5 yıllık sağkalım %57 iken, bu oran beyazlarda %69'dur (Bristow ve Steven, 2000).

***HPV enfeksiyonu:*** HPV, genital bölge ve mukoza enfeksiyonları yapan, "condyloma acuminatum" adı verilen siğil şeklinde kitlelerin oluşumuna neden olan ve servikal kanserle ilişkili olduğu kesin olarak saptanmış bir virüstür (<http://www.burclab.com>).

Serviks kanserinin en önemli sebebi HPV enfeksiyonunun belirli tipleridir. Erken yaşta cinsel ilişki veya pek çok kişi ile cinsel ilişki riski artırmaktadır. Sadece tek cinsel partneri olan kişilerde HPV enfeksiyonu geçirebilmektedir. Sağlıklı olan kadınlarda da HPV enfeksiyonu yaygındır ve çok nadir olarak serviks kanseri ile sonuçlanabilmektedir. Enfeksiyonun kalıcı olmasını ve kanser için ilerlemesini, immünyetmezlik, sigara ve beslenme faktörleri etkileyebilmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Serviks kanserinin ve intraepitelyal lezyonların başlamasında veya gelişmesinde bugün en çok kuşku edilen ve büyük oranda birliktelik gösteren ajan HPV'dir (Gökaslan ve Uyar, 2004). Servikal kanser için en önemli risk faktörüdür.

HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaştığı için cinsel yönden aktif kadın ya da erkek HPV enfeksiyonu geçirebilmektedir. Enfeksiyon kişide yıllarca bulgu vermeden bulunabilmekte ve her zaman genital siğillere neden olmamaktadır. Enfeksiyon genellikle kanserleşmez, fakat kanserle ilişkili olan HPV tipleri daha sonra kanser oluşturabilecek değişikliklerin meydana gelmesine neden olabilmektedir. Bu virüsün 100'den fazla tipi olmasına rağmen, sadece yüksek riskli tipleri kansere neden olmaktadır (Ulukuş, 2009). HPV'nin birçok alt tipi vardır ve serviks kanseri açısından düşük riskli tipleri (HPV 6, 11,42, 43 ve 44) ve yüksek riskli tipleri (HPV 16,18, 31,33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 ve 58) olarak ikiye ayrılmaktadır (Gökaslan ve Uyar, 2004). Ancak her HPV virüs enfeksiyonu olan kadında servikal neoplazilerin gelişeceğini beklemek yanlıştır. HPV enfeksiyonu geçiren kadınların önemli bir kısmında virüs bağışıklık sistemi ile elimine edilebilirken persistan enfeksiyon gelişen hastalar neoplazi oluşumu açısından yüksek risktedir (Tuncer, 2004).

Ülkemizde 2007 yılında yayınlanan, 1353 kadın taranarak yapılan bir çalışmada katılımcıların %20'sinde HPV virüsü saptanmış olup, %0.7'sinde ise HPV'nin neden olduğu preinvasiv servikal lezyonlar tespit edilmiştir (<http://www.burclab.com>).

**Seksüel öykü:** İlk cinsel ilişkinin genç yaşta olması, çok sayıda cinsel partner yada çok sayıda cinsel partneri olanlarla cinsel ilişki, sünnetsiz erkek partnerle cinsel ilişki, seks sırasında korunma yöntemi kullanılmaması servikal kanser için risktir. Bu kişilerle virüs taşıyan herhangi birinden cinsel ilişki sırasında yüksek riskli virüs alma olasılığı artmaktadır. Çoğu HPV taşıyan hasta kanser gelişmeden önce genellikle bulgu olmadığından bunu bilememektedir (Ulukuş, 2009). İlk cinsel ilişki 20 yaşından sonra olan kadınlarla karşılaştırıldığında, ilk ilişkisi 16 yaşından önce olanlarda servikal kanser riski iki kat artmıştır. Servikal kanser riski aynı zamanda seksüel partner sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Seksüel davranışın bu özellikleri servikal displazide rol alan ve cinsel yolla bulaşan patojenlerin bir ölçütü olarak kabul edilmektedir. Ancak hem erken koitus yaşının hem de seksüel partner sayısının bağımsız etkisi olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Bristow ve Steven, 2000).

**Sigara kullanımı:** sigara içimi serviks kanserinde önemli bir etiyolojik faktör olarak öne çıkmaktadır (Bristow ve Steven, 2000). Sigara içenlerde risk, kullanım süresi



ve miktarına bağılı olarak yaklaşık iki kat artmıştır (Bristow ve Steven, 2000; Ulukuş, 2009). Birçok popülasyonda sigara alışkanlığı ile cinsel davranışlar arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Ayrıca servikal mukus içerisinde sigara ile ilişkili kimyasal maddelere rastlanmıştır. Bu maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına neden olarak serviks kanseri gelişiminde etkili olabilecekleri düşünülmektedir (Özgül, 2007).

**Erkek faktörü:** servikal kanserli kadınların erkek partnerlerinin seksüel öyküleri de etiyolojik olarak önemli olabilmektedir. Pek çok çalışmada; servikal kanserli hastaların eşlerinin kontrol grubunun eşlerinden daha fazla seksüel partneri olduğu gösterilmiştir. Ek olarak etkilenen hastaların eşlerinde veneryal enfeksiyon, erken seksüel deneyim, evlilik dışı ilişki ve hayat kadınlarına gitme öyküsü daha sık izlenmektedir (Bristow ve Steven, 2000).

**İmmünosupresyon:** hücrel immünite servikal kanser gelişiminde bir faktör olarak görülmektedir. İmmünosüprese kadınlar (böbrek trasplantasyonu, HIV enfekte olanlar) yalnızca hastalığı geliştirme açısından değil, preinvaziv hastalıktan invazive ilerleme yönünden de yüksek risk taşımaktadırlar (Bristow ve Steven, 2000). HIV virüsü AIDS'e sebep olmaktadır ve bu hastaların bağışıklık sistemi zayıflamış olduğundan, yüksek riskli HPV enfeksiyonu geçirme, dolayısıyla da servikal kansere yakalanma riskleri daha yüksektir (Ulukuş, 2009). HIV (+) hastalar, tanı aldıkları zaman HIV (-) hastalardan daha ileri evrede bulunmaktadırlar (Bristow ve Steven, 2000).

**Oral kontraseptif kullanımı:** oral kontraseptif kullanımı ile serviks kanseri arasındaki ilişki henüz kesinlik kazanmamıştır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar oral kontraseptif kullanan kadınların daha az bariyer yöntemlerini kullandığını ve daha fazla cinsel partnerle birlikteliğini kontrol edememiştir (Ayhan ve Başaran, 2007). Fakat uzun süreli kontraseptif kullanımında hastalık riskini artırdığına dair veriler bulunmaktadır ve sadece uzun süreli kullanan kişilerle sınırlı olduğu düşünülmektedir (Ayhan ve Başaran, 2007; Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>). Özellikle 5 yıldan uzun süreli kullanım, cinsel davranışlarla ilişkili olarak riski artırmaktadır (Özgül, 2007).

***Chlamydia enfeksiyonu:*** kadın genital sisteminde sık olarak enfeksiyona neden olan, ancak genel olarak bulgu vermeyen cinsel yolla bulaşan bir bakteridir. Bazı çalışmalar geçmişte ya da yakın zamanda bu enfeksiyonu geçiren kadınlarda servikal kanser riskinin arttığını göstermektedir (Ulukuş, 2009).

***Düzenli sağlık kontrolünden geçmeme:*** sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda serviks kanseri riski artmış olup, bu durum sağlık kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılamamasına bağlanmaktadır (Özgül, 2007; Ulukuş, 2009).

#### **2.4.5. Serviks Kanserinde Belirti ve Bulgular**

Kanser öncesi lezyonlar genellikle bulgu vermemektedir. Hücreler kansere dönüşünce ve serviksin derin kısımlarına ya da komşu organlara yayılım olduğunda bulgular başlamaktadır. Buda düzenli PAP testinin önemini daha iyi göstermektedir (Ulukuş, 2009). Serviks kanserinin erken evrelerinde görülebilen bazı erken bulgular kanlı ve kötü kokulu olabilen vajinal akıntı, cinsel ilişki sırasında ya da adet kanamaları arasında gözlenen anormal vajinal kanamalar, adet kanamasının normalden fazla miktarda ve uzun sürmesi, cinsel ilişki sırasında ya da bundan bağımsız olarak ağrı hissedilmesidir (Bristow ve Steven, 2000; Ulukuş, 2009). Özellikle ilerlemiş ve nekrotik karsinomlarda kötü kokusu olan sarımsı bir servikal akıntı olabilmektedir. Lokal olarak ilerlemiş hastalık veya tümör nekrozuna bağlı pelvik ağrı olabilmektedir (Bristow ve Steven, 2000). Servikal hücreler kanser oluncaya kadar belirti vermez ve yakın hücrelere yayılmaktadır. En yaygın belirti vajinal kanamadır. Kanama düzenli menstrual period arasında başlar ya da bitebilmektedir. Kanama cinsel ilişki, duş veya pelvik muayeneden sonra olabilmektedir. Menstrual kanama normalden daha uzun veya daha ağır olabilmektedir. Menopozdan sonra kanama veya vajinal akıntıda artma olmaktadır (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

#### **2.4.6. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama**

Tarama testleri hiç bulgusu olmayan kişiler için kanser işaretlerini araştırmada kullanılmaktadır. Serviks kanseri için tarama son derece başarılıdır. Düzenli tarama ile önlenemeyen kanserlerden biriside servikal kanserdir. Modern tarama yöntemleri ile invaziv serviks kanserlerinin %90'ının önlenildiği bildirilmektedir. Tarama testi

yaptırmayan kadınlarda invaziv serviks kanseri gelişme riski 3–10 kez fazladır (Ulukuş, 2009). Serviks kanseri tüm dünyada sıklık açısından ön sıralarda yer alan bir kanser türü iken erken tanı yöntemlerinin geliştirilmesi ve kullanılması ile başlangıç aşamasında yakalanabilen ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen bir hastalık haline gelmiştir (<http://www.burclab.com>).

PAP smear testinin yaygın ve düzenli uygulanması sonucu gelişmiş ülkelerde serviks kanserinde mortalite önemli ölçüde azalmıştır (Aslay ve ark., 2000). PAP testinin rutin olarak kullanılmadığı gelişmekte olan ülkelerde ise daha sık görülmektedir (Ulukuş, 2009). PAP testi ile serviksteki kanser öncesi hücrelerin yani henüz kansere dönüşmemiş değişikliklerin saptanması sağlanmaktadır (<http://www.burclab.com>; Ulukuş, 2009). PAP testi sayesinde, son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde servikal kanserli kadın sayısı belirgin olarak azalmıştır (Ulukuş, 2009). ABD'de yaklaşık olarak yılda 16.000 yeni invaziv servikal kanser olgusu tanı almaktadır ve bu hastalıktan 5000 ölüm beklenmekte iken, 2006 yılında tarama programlarının başarısı nedeniyle beklenen yeni vaka sayısı 9710, beklenen hastalıktan ölüm ise 3700'e düşmüştür. Servikal kanser için en büyük risk hiç PAP smear yaptırmamaktır. ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez PAP smear yaptırmış iken az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5 dir (Özgül, 2007). Rutin PAP testi ile serviks kanseri henüz intraepitelyal lezyon düzeyindeyken yakalanabilir, hem mortalitede hem de morbiditede azalma sağlanabilmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004).

### **Servikal PAP smear**

PAP smear serviks kanserini taramaya yönelik, birçok ülkede yaygın olarak kullanılan basit bir testtir. İlk kez Yunan Doktor George Papanicolau tarafından tanımlandığı için *PAP smear* ya da *PAP test* olarak adlandırılmıştır (Gökaslan ve Uyar, 2004). PAP testi kolay yapılabilen etkili bir yöntemdir. Fakat mükemmel değildir. Bazen kadının serviksinde normal hücreler varken anormal gösterebilir ya da anormal hücreler varken normal gösterebilmektedir (Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

Smear alınması son derece basit ve ağrısız bir işlemdir. Jinekolojik muayene esnasında rahatlıkla takılabilen en büyük boy disposable vajinal spekulum takıldıktan sonra serviks görülmektedir. Serviksin klinik görünümü ve varsa herhangi bir

anormallik kayıt edilmelidir. Herhangi bir kanama olmadığından emin olunduktan sonra hem endoservikal kanaldan, hem de ektoserviksten örnek alınmalıdır.

***Smear almak için gerekli şartlar şunlardır:***

- En az 48 saat içinde cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.
- En az 24 saat süreyle vajinal duş yapılmamalıdır.
- En az 48 saat süreyle herhangi bir vajinal medikasyon kullanılmamalıdır.
- Kanama olmamalıdır.
- Eğer yapılmışsa asetik asidin uygulandığı kolposkopik incelemenin üzerinden en az 24 saat geçmiş olmalıdır.
- Genital enfeksiyon varsa tedavi edilmeli, sonra smear alınmalı, fazla miktarda mukus varsa gaz bezli tamponlarla silinmelidir (Gökaslan ve Uyar, 2004; Sağlık Bakanlığı Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEADC34837D3D45B86>).

Yeni bir smear alabilmek için bir önceki smear en az 3 ay önce alınmış olmalıdır. Yapılmış bir servikal cerrahinin üzerinden en az 3 ay geçmiş olmalıdır. Smear için en uygun zaman adet kanaması tamamen bittikten sonraki günlerdir, ideali ise siklusun ortalarıdır. Doğum sonrası en az 6-8 haftalık süre boyunca tarama amacıyla smear almaktan kaçınılmalıdır, çünkü bu dönemdeki reaktif inflamatuvar değişiklikler nedeniyle preparatların kalitesi düşüktür.

Smear almak için kontraendiksiyon yaratan durumlar şunlardır:

- Total histerektomi
- Servikal amputasyon
- Servikste makropkopik olarak görülen şüpheli bir lezyonun varlığı

Smear kalitesini etkileyen faktörler ise şunlardır:

- Vajinal enfeksiyon-inflamasyon
- Şiddetli genital atrofi
- Gebelik, doğum sonrası dönem ve emzirme dönemi
- Radyoterapi öyküsü (Sağlık Bakanlığı Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEADC34837D3D45B86>).

***Kimler ne sıklıkla tarama yaptırmalıdır?***

Servikal kanser taraması ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya 21 yaşından itibaren başlanmalıdır. 30 yaşından küçük kadınlarda yılda bir PAP smear alınmalı, 30 yaşından büyüklerde ise ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumda en az 2-3 yılda bir tekrarlanmalıdır (Gökaslan ve Uyar, 2004; Cancer Facts and Figures, <http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>).

- Ancak HIV pozitif olanlar
- Bağışıklık yetersizliği olanlar
- Organ transplantasyonu yapılmış olanlar
- Kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı artırılmalıdır (Gökaslan ve Uyar, 2004).

***Ne zaman tekrarlamaya gerek yoktur?***

- Selim nedenlerle total hysterotomi geçiren ve cervical intraepithelial neoplasia (CİN) hikâyesi olmayan kadınlar,
- CİN 2,3 hikâyesi olan ancak total hysterotomi öncesinde 3 tane ardışık negatif PAP smearı olanlar,
- 70 yaşından büyük, son 10 yıla ait en az 3 tane negatif PAP smearı olan kadınlarda tekrarlamaya gerek yoktur.

Ancak inutero DES (Diethylstilbestrol)'e maruz kalmış ve total hysterotomi geçirmiş kadınlar ile HPV (Human PAPilloma Virus) DNA pozitif, 70 yaşını aşmış olanlara sağlık durumları elverdikçe yıllık PAP smear tekrarı yapılmalıdır. Bu test için en uygun zaman son adet tarihinden 10, 20 gün sonrasıdır. Adet döneminde yapılmamalıdır (Gökaslan ve Uyar, 2004).

**HPV DNA testi**

Servikal kanser gelişiminde en önemli risk faktörü olan HPV varlığı ya da yokluğu hastaların servikal hücrelerindeki DNA parçacıklarının analizi ile mümkündür. Bu yöntemle kansere en olasılıkla neden olan HPV tipleri araştırılmaktadır. Bu test iki durumda kullanılmaktadır. 30 yaşın üstünde PAP testi ile birlikte tarama testi olarak, anormal değişiklik hafif düzeydeyse, daha ileri bir tanı yöntemi ya da tedavi gerekip gerekmeyeceğine karar vermede kullanılmaktadır (Ulukuş, 2009).

## 2.5. Kanserde Erken Tanı ve Taramada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmeti verenlerin amacı insanları hastalıklardan korumaktır. Hastalıkların erken dönemde yakalanması şeklindeki korunmaya sekonder korunma adı verilmektedir (Bilir, 1996). Birey ve toplumla sürekli etkileşim halinde olan hemşireler, sekonder korunma girişimlerine oldukça yatkındırlar. Erken tanıya ortam hazırlayıcı risk tanılaması, uyarıcı belirtilere duyarlı olma, tanılama merkezlerine başvuruda rehberlik etme ve korku yerine önemsemeye dikkati çekmede etkili rol oynamaktadırlar (Aksoy, 2000).

Hemşireler kanser tarama klinikleri ve kanser merkezlerinin yanı sıra tüm klinik alanlarda tarama aktivitelerini uygulayabilmektedirler (Aksoy, 2000). Halk sağlığı hemşiresi, çalışma alanı ne olursa olsun hastalıkların erken tanısına yönelik çalışmalar da doğrudan ya da dolaylı olarak yer almalıdır. Hemşire tüm fırsatları değerlendirerek bireylere erken tanının önemi, hastalıkların erken belirtileri, kendi kendilerine yapacakları gözlem ve muayenelerin tekniği, kendini sağlıklı hissetse de düzenli aralıklarla hekim kontrolüne gitme gerekliliği ve sıklığı konularında sağlık eğitimi vermelidir. Sağlık kontrolleri için ve erken hastalık belirtilerini fark ettiğinde başvurabileceği sağlık kuruluşlarına ilişkin danışmanlık hizmeti sağlamalıdır. Birey ve aileleri ulaşabilecekleri erken tanı ve tedavi olanaklarını kullanmaları için desteklemelidir. Bireylerin kendi kendilerine yapacakları uygulamaları yapmaları ya da diğer erken tanı olanaklarını kullanmalarının ardında yatan ilgisizlik ihmal, korku gibi tüm nedenleri göz önünde bulundurarak eğitim ve danışmanlık planlamalıdırlar (Aksayan, 1998b).

Halk sağlığı hemşiresi, sekonder korumada halkın ihtiyacı olan rutin tarama testleri konusunda halkı eğitmeli ve tarama hizmetlerine ulaşılması konusunda destekleyici rol almalıdır. Tarama testi pozitif olan kişiler için vaka yönetimi ile ilgilenmeli ve bu kişileri ileri tanı ve tedavi hizmetleri için desteklemelidir. Tarama testleri pek çok kronik sağlık problemi için ulaşılabilir. Örneğin serviks kanseri için PAP smear ve meme kanseri için mamografi ve klinik meme muayenesi kullanılmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi kadınları ihtiyaçları olan tarama uygulamaları konusunda desteklemelidirler (Clark, 2008).

Halk sağlığı hemşiresi, toplumdaki tarama programlarının uygulanmasında, erken tanının gelişmesinde ve hastalıkların tanımlanmasında sorumluluk almaktadır.

Halk sağlığı hemşiresi tarama programında, toplumun değerlendirilmesinde, hemşirelik tanısı koyulmasında, planlamada, uygulamada ve değerlendirmede rol almaktadır.

**Toplumu Değerlendirme;** halk sağlığı hemşiresi tarama programı için, risk grubundaki toplumu tanımlamalıdır. Sosyo-demografik faktörleri analiz ederek, bireysel ve toplumsal risk faktörlerini belirlemelidir. Toplumun yaş, kadın-erkek dağılımı, etnik yapısı, kültürel uygulamaları, belli hastalıkların gelişme riskini, toplumda hastalık yapabilecek çevresel ve mesleksi tehlikeleri belirlemelidir (Smith ve Maurer, 2000). Veriler bireyin kendisi, toplum liderleri, aile bireyleri, sağlıkla ilgili kayıtlar, ekibin diğer üyeleri ve araştırma sonuçları kullanılarak çeşitli kaynaklardan toplanmaktadır (Hacıalıoğlu, 2009).

**Tanı;** halk sağlığı hemşiresi toplumu değerlendirerek hemşirelik tanısı koymalıdır (Smith ve Maurer, 2000). Hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek, çözümlmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu sağlık problemleridir (Hacıalıoğlu, 2009).

**Planlama;** halk sağlığı hemşiresi toplumun tarama gereksinimini belirledikten sonra doğru tanı ile planlama yapmalıdır (Smith ve Maurer, 2000). Planlama aşaması; önceliklerin belirlenmesi, uzun vadeli beklenen sonuçların belirlenmesi, hemşirelik girişimlerine karar verilmesi ve planın yazılmasını kapsamaktadır (Hacıalıoğlu, 2009).

**Uygulama;** hemşirelik uygulamalarının amacı tanılanan hemşirelik problemlerini çözmektir (Hacıalıoğlu, 2009). Halk sağlığı hemşiresi toplumun tarama gereksinimleri belirleyip, plan yaptıktan sonra planı uygulamalıdır. Uygulama aşamasında medya önemli bir faktördür, medya ve basın yayın kuruluşlarından uygulamada yararlanmalıdır (Smith ve Maurer, 2000).

**Değerlendirme;** tarama programının en önemli kısmı değerlendirme aşamasıdır. Toplumda uygulanan programların halk sağlığı üzerine etkileri değerlendirilmelidir (Smith ve Maurer, 2000). Sürecin son aşaması olan değerlendirme hem bir son hem de başlangıç olabilmektedir. Değerlendirme açık anlaşılır ve kesin bir ifade ile yazılmalıdır. Değerlendirme sonunda; hedefler kısmen gerçekleşti ise uygulamaya devam edilmelidir. Hedeflere ulaşılmadı ise nedenleri araştırılmalıdır. Değerlendirme sonucu olumsuz ise çözümlenemeyen problem için yeniden başa dönülerek plan yapılması gerekmektedir. Bu nedenle değerlendirme duruma göre hem bir son hem bir başlangıçtır (Hacıalıoğlu, 2009).

## 2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı geliştirme; bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için davranışlarını değiştirmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri içeren bir süreçtir (Erci, 2009). Ayrıca sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlık potansiyelinin geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri ifade etmektedir (Ocakçı, 2009). WHO'ya göre ise; sağlığı geliştirme, insanların sağlıklarını ilerleten, arttıran ve riskli davranışlarını değiştiren bir yaklaşımdır (Clark, 2008).

Sağlığı geliştirme modeli ise profesyonel hemşirelikle birleşen ve sağlık davranışlarının yönlendirilmesinde davranış bilimine çeşitli bakış açısı sağlayan bir taslaktır (Hood ve ark., 2005). Sağlığı geliştirme modeli, Pender tarafından 1982 yılında sağlığı geliştirmenin daha geniş kapsamlı perspektifi için, hastalıkla ilgili davranışlar, sağlık inanç modeli ve diğer modellerin sağlık denemelerinin büyük oranda anlaşılması için geliştirilmiştir (Crisp ve ark., 2005). Model insanların çevreyle i içe olduğunu varsaymaktadır. Model ayrıca sağlık profesyonellerinin, davranış değişikliği için kişi evre arasındaki bireysel değişikliği başlatmak ve insanların ömrü boyunca çevreyle ilgili etkileşimlerini araştırmanın temel olduğunu savunmaktadır (Rankin ve ark., 2004).

Pender tarafından geliştirilen sağlığı geliştirme modeli, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanır ve bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Sağlığı geliştirme iyilik halinde sağlığı yükseltmeyi amaçlamaktadır. Birçok toplum üzerinde test edilip geçerliliği kanıtlanan sağlığı geliştirme modeli, bireyin iyilik düzeyini artırmak için kullanılan bir modeldir (Erci, 2009). Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimin oluşturulması, bu nedenle davranışların sağlıklı olacak şekilde değiştirilmesidir (Temel ve zvarış, 2007).

Pender'e göre sağlığı geliştirme aktiviteleri insanları sadece hastalıklardan korumayı içermez, onların evre ile olan etkileşimlerini de içermektedir. Sağlığı geliştirme modeli bu hususta sağlığın sosyo-ekolojik yönünü de açıklamaktadır. Model sağlık inanç modelinin üç temel fonksiyonunu kullanmaktadır; Bilişsel algısal faktörler, değişken faktörler ve sağlığı geliştirme davranışlarına katılımdır. Sağlığı geliştirme modeli sağlıkla ilgili aktivitelerle birleşmektedir. Pek çok insan sağlığı korumak ve hastalıkları önlemek için yaşamaktadır. Pek çok insan ise sınırlı sağlık hizmetleri ile



sağlıklı diyet ve aktiviteye ulaşma, sağlıklı çevre konusunda kültürel çatışma yaşamaktadır. Negatif sağlık sonuçları için bireysel uygulamalardan çok onların yaşantısındaki sosyal belirleyicileri daha fazla risktir (Crisp ve ark., 2005).

Pender, sağlıklı yaşam biçiminin iki yönü olduğunu belirtmiştir. Bunlar sağlığı koruma ve geliştirmedir. Bu model sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili yedi bilişsel etken içermektedir. Bunlar (Gochman, 1997; Temel ve Özvarış, 2007);

- Sağlığa verilen değer
- Sağlık ile ilgili algılanan kontrol
- Öz yeterlilik
- Sağlığın bireysel tanımı
- Algılanan sağlık durumu
- Sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararı
- Sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili algılanan engeller olarak sınıflandırılmaktadır.

Pender sağlığı geliştirme modelini diğer modellerden farklı görmektedir. Çünkü sağlığı geliştirme modeli, sağlık davranışı için algılanan korku ve tehdidi elimine etmektedir. Sağlığı geliştirme modeli 1996 yılında kapsamlı bir araştırma üzerine revize edilmiştir. Model kişisel karakterlerin ve deneyimlerin belirleyicisi olan 10 direkt ve indirekt etki ile ilgili sağlığı geliştirme davranışını önermektedir. Davranışla ilgili ciddiyet ve kişisel faktörler, davranışa özel bilişsel etkilerdir (hareket için algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz etkililik, aktivite ile ilgili etkiler, kişilerarası etkiler ve durumsal etkiler). Hareketlerin planlanması için sorumluluk ve acil mücadele isteği temeldir. Pender değişkenlerin davranışa özel bilişsel ve etkili sınıflaması ile ilgilenmektedir. Çünkü bunlar hemşirelik uygulamaları vasıtasıyla değişebilen konulardır. Pender sağlığı geliştirici davranışları, bilişsel algısal faktörler, değişken faktörler ve hareketin oluşmasını etkileyen çeşitli faktörler olarak sınıflamıştır (Hood ve ark., 2005).

Sağlığı geliştirme modeli; kişisel faktörler ve tecrübe, davranışa özgü biliş ve etki ve davranış sonuçları olarak üç kategori üzerine organize edilmiştir (Rankin ve ark., 2004).

### ***Kişisel faktörler ve tecrübe***

Bu kategori davranışla ilgili öncelik, genetik ve edinilmiş faktörler ve bunların yararları, etkileri, sağlığı geliştirme davranışı, alışkanlıklar, beceriler ve geçmişte edinilen bilgiler, biyolojik, psikolojik ve kültürel faktörlerden oluşmaktadır.

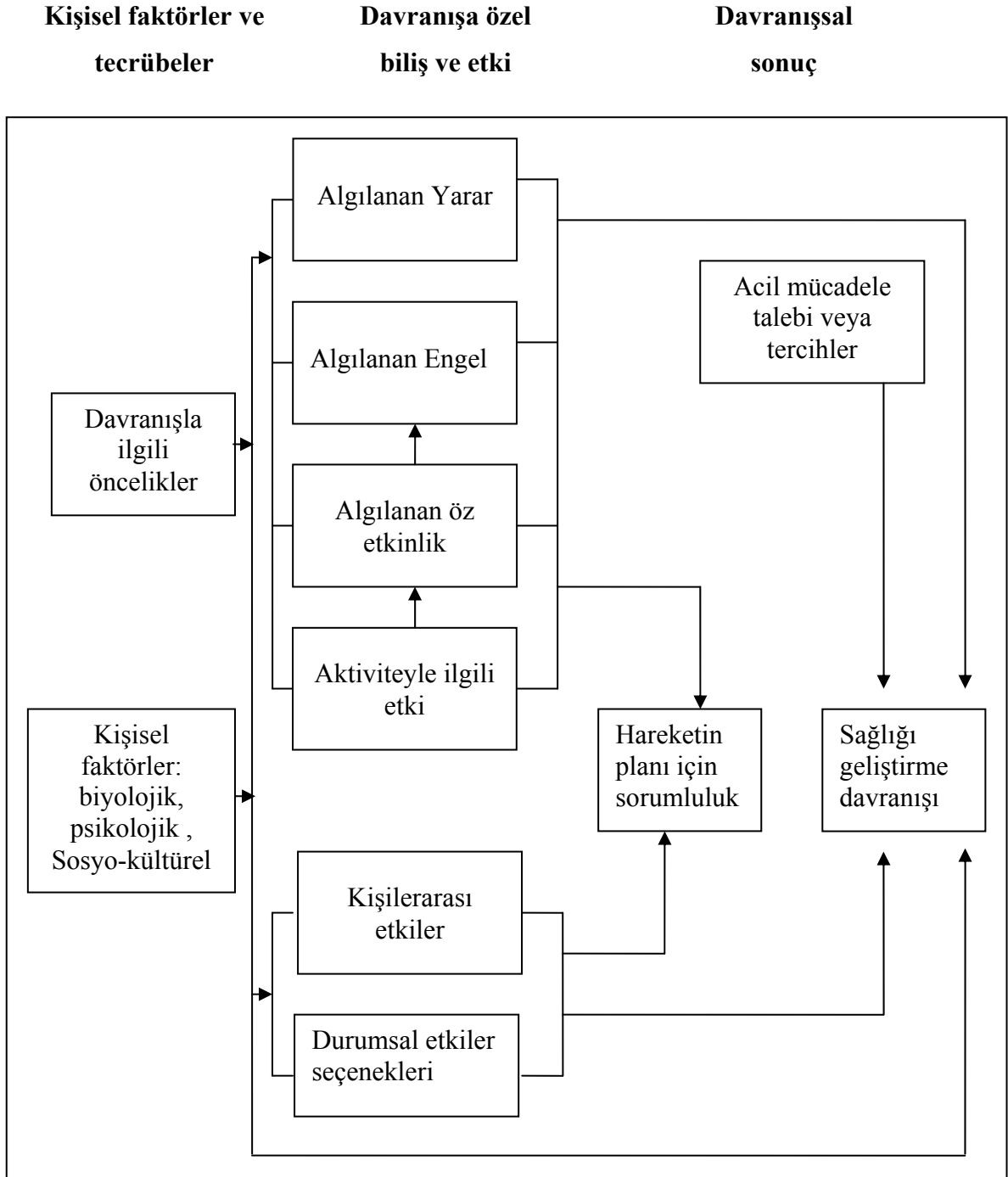
### ***Davranışa özel biliş ve etkiler***

- Davranışa özel biliş ve etkiler sağlığı geliştirme aktivitelerini yönlendirmektedir.
- Davranış için algılanan yarar insanlarda davranışla birleşirse, bunun yarar vereceği beklenmektedir.
- Davranış için algılanan engel, insanları davranıştan korur ve davranışın sorumluluğunu engellemektedir.
- Algılanan yetenek veya öz yeterlilik, davranışın asıl performansını ve hareket için sorumluluğun davranış artışı göstermektedir.
- Yüksek oranda algılanan öz yeterlilik, bir sağlık davranışına özgü birkaç algılanan engelle sonuçlanabilmektedir.
- Yüksek oranda algılanan öz yeterlilik, davranış sonucuna pozitif etkilidir ve pozitif etkide artışa dönüşebilmektedir.
- Bir davranışla ilgili pozitif duygular veya etki, harekette artış ve hareketten sorumludur.
- İnsanlar sorumlu ve sağlığı geliştirme davranışı ile birleşiyorlarsa davranışın oluşması, yarar sağlaması, davranışı desteklemesi konusunda şanslıdırlar.
- Aileler, gruplar ve sağlık bakım sağlayıcıları, sağlığı geliştirme davranışında sorumluluk ve birleşme ile kişilerarası etkileri artıran ya da azaltan önemli bir kaynaktırlar.
- Çevredeki durumsal faktörler, sağlığı geliştirme davranışında yer alır veya sorumluluğu artırır veya azaltabilmektedir.

***Davranışsal sonuçlar***

Faktörler davranış içeriğini etkilemektedir.

- Davranışa özel planlama için, yüksek oranda sorumluluk, sağlıklı geliştirme davranışı için şanstır.
- Davranışın planlanması için sorumluluk, eğer davranışın gerçekleşmesi kişi için acil önem arz etmiyorsa gerçekleşme şansı düşüktür.
- Davranışın planlanması için sorumluluk, diğer davranışlar hedeflenen davranıştan önce geliyorsa, gerçekleşme şansı düşüktür.
- İnsanlar sağlık hareketi için kişilerarası ve fiziksel çevrede teşvik yaratarak bilinç ve etkiyi değiştirebilmektedirler (Rankin ve ark., 2004).



Sağlığı geliştirme modeli (Pender ve ark., 2006)

## 2.7. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi

Sağlığı geliştirici yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (Ocakçı, 2009). Sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlığı geliştirme modelinin kurucusu olan Pender tarafından kişinin tam iyilik düzeyinin geliştirilerek sürdürülmesini ve kendini gerçekleştirmesini sağlayan çok boyutlu bir yaşam şekli olarak ifade edilmektedir. Bireyin yaşam biçimi sadece hastalıklardan korunmayı değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi de içermelidir. Yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Erci, 2009). Yirminci yüzyılın ortalarında, dünyanın iyi gelişmiş bölgelerinde ölümlerin asıl sebebi kronik hastalıklar olarak tanımlanmıştır. Yaşam biçimi sağlık durumunun gelişmesinde kilit nokta olarak belirtilmiştir. 1997 yılında Green ve arkadaşları yaşam biçiminin önemini kabul ederek, gelişmiş uluslarda ölümlerin büyük oranının az oranda davranışsal risk faktörleri ile ilişkili olduğunu ileri sürmüşlerdir (Tones ve Green, 2004).

Yaşam biçimi uygulamaları ve davranışlar sağlık üzerine negatif veya pozitif etki edebilmektedir. Tütün, alkol veya diğer ilaçlar gibi maddeler, risk faktörü ile ilgili pek çok aktiviteler, alışkanlıklar ve uygulamalar hastalık riskinde yer almaktadır. Pek çok yaşam biçimi alışkanlıkları özel hastalıklar için risk faktörleridir. Örneğin güneş ışınına fazla maruz kalmak deri kanseri, fazla kilo kardiyovasküler hastalık, strese maruz kalmak ise akut ve kronik hastalık oluşumunda etkiler yapabilmektedir (Crisp ve ark., 2005).

Pender sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışların bireyin iyilik düzeyini artıran kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerdii ifade edilmektedir (Erci, 2009).

### 2.7.1. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Maslow'a göre insanın temel ihtiyaçları hiyerarşisinin en üst basamağında yer alan kendini gerçekleştirme, insan davranışlarına

yön veren tek ve temel güdüdür (Yıldırım, 2002). Kendini gerçekleştirme aynı zamanda erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştirme birey için yaşam boyu süren bir süreçtir (Erci, 2009). Bu nedenle kendini gerçekleştirmiş bireyden değil, gerçekleştirmekte olan bireyden söz edilmektedir. Kendini gerçekleştirmekte olan birey daha yeterli bir kişiliğe sahiptir, daha verimlidir. Kendisini tanır kim olduğunu gerçekçi bir gözle değerlendirir, kim olabileceği konusunda tutarlı bir görüşe sahiptir (Yıldırım, 2002).

Kendini gerçekleştirmekte olan birey; kim olduğunu gerçekçi bir gözle algıladığı gibi, kim olabileceği hakkında da daha tutarlı bir kişiliğe sahiptir. Hem kendisi, hem de başkaları hakkında iyi düşüncelere sahiptir. Kendine saygı duyar ve kendini olduğu gibi kabul eder. Duygu ve düşüncelerini uygun bir şekilde dile getirir. Değişmeye ve yeni yaşantılara açıktır. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi piramidinin en üst basamağındaki kendini gerçekleştirme, kişinin diğer basamaklardaki ihtiyaçlarının doyurucu bir şekilde karşılaması sonucu ulaşabileceği son noktadır. Bunun için hiyerarşi piramidindeki diğer basamaklardaki ihtiyaçların karşılanmış olması gerekmektedir (Ayaz ve ark., 2005).

### **2.7.2. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Pender sağlık sorumluluğunu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı şeklinde ifade etmiştir. Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Sağlığa ve sağlığı geliştirmeye yönelik olan sağlığı geliştirici yaşam biçimi sağlık için kişisel sorumluluğu da artırmaya yöneliktir (Erci, 2009).

### **2.7.3. Egzersiz**

Egzersiz, sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını göstermektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Egzersiz bireyin bir amaca yönelik olarak kas gruplarının kasılıp gevşemeleri ile gerçekleştirdikleri aktif çalışma olarak tanımlanmaktadır (Erci, 2009). Egzersiz yaşam niteliğini geliştirmek ve sürdürmek, sağlıklı yaşlanmak için önemlidir. Fiziksel aktivite

ise, enerji tüketimi ile sonuçlanan herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır. Yürümek, bisiklete binmek, oyun oynamak, ev temizlemek, dans etmek ya da merdiven çıkmak gibi etkinlikleri ve sporu kapsamaktadır. Bu nedenle günlük yaşamın bir parçasıdır (Metintaş, 2002)

#### **2.7.4. Beslenme**

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme ile yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde dengeli ve yeterli beslenmenin etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır (Erci, 2009). Maslow'a göre beslenme; bireyin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan temel gereksinimlerden biridir (Biol, 2005). Beslenme yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Temel insan gereksinimlerinden olan beslenme, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıklar için son derece önemli bir kavramdır (Erci, 2009). Beslenme ile insan büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak yaşaması için gerekli olan öğeler olarak vücudunda kullanılmaktadır. Bu nedenle, besinleri besleyici değerleri yönünden belirli gruplar da toplayarak, her gruptan yeterli miktarda tüketme, yeterli ve dengeli beslenmenin temel ilkesi olarak kabul edilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir (Metintaş, 2002). Hemşirelerin bireylerin sağlığını sürdürmek için beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeleri, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırabilmek için danışmanlık yapmaları gerekmektedir (Erci, 2009).

#### **2.7.5. Kişilerarası Destek**

Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Kişilerarası destek, mahremiyet, sosyal bütünlük, bakım imkânı, yaşam güvencesi, güvenilir arkadaşlık duygusu ve rehberlik elde etme olarak tanımlanmaktadır. Pender bireylerin kişiler arası destek sistemini, kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamaktadır (Erci, 2009).

### 2.7.6. Stresle Baş Etme

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir (Yalçınkaya ve ark., 2007). Stres, organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur. Stres bireylerin yaşamını etkileyen evrensel bir deneyimdir. Çoğunlukla olumsuz bir durum olarak algılanmaktadır. Stresin olumsuz sonuçları arasında, başarısızlık, uyumsuzluk, psikofizyolojik bozukluklar yer almaktadır. Strese karşı verilen tepkiler uzun bir zaman dilimi içinde kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bu hastalıklar baş ağrısı, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları gibi bedensel hastalıklar olabildiği gibi, psikolojik ve zihinsel hastalıklarda olabilmektedir (Biol, 2005).

Stresi azaltacak birçok teknik vardır. Stres sorununun çözümü için öncelikle bireyin stres belirtilerinin farkına varması gerekmektedir (Kağnıcıoğlu, 2004). Lazarus'a göre birey önce stres kaynağını değerlendirmekte, daha sonra baş etme stratejileri uygulamaktadır (Erci,2009). Ondan sonra stres sorunun çözümü için çeşitli teknikler uygulanabilir ya da yaşam stili değiştirilebilmektedir (Kağnıcıoğlu, 2004).

#### *Stresle baş etme yolları*

- Fizik egzersizler
- Nefes alma egzersizleri
- Gevşeme hareketleri
- Meditasyon
- Doğru beslenme
- Olumlu düşünme
- Duyguları paylaşma
- Zamanı iyi kullanma
- Sosyal destek sistemlerini kullanma
- Etkili iletişim becerileri geliştirme
- Etkili problem çözme (Erci, 2009)

Hemşirelerin stresin oluşum mekanizmasını, insanda stresin neden olduğu değişiklikleri, belirtileri, stresörlerin neler olduğunu, stres ile baş etme yollarını iyi bilmesi gerekmektedir. Böylece hemşireler bireylerdeki değişiklikleri değerlendirip gerçek çözüme ulaşmada gerekli çabaları gösterebilecektir (Biol, 2005).



### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ordu İli Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'nde 01.02.2009–01.05.2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ordu İli Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'ne 01.02.2009–01.05.2009 tarihleri arasında başvuran kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Ordu İli KETEM'e 370 kadın başvurmuştur. Araştırma kapsamına bu kadınlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen, iletişim kurulabilen 307 kadın alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde başvuran 370 kadından 30'u (%8.1) araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 33'ü (%8.9) ise veri toplama formu hatalı olduğu gerekçesi ile araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Kadınların erken tanı bilgi ve uygulamaları araştırmanın bağımlı değişkenidir.

**Bağımsız Değişkenler:** Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, evlenme yaşı, doğum sayısı, ilk adet yaşı, adet düzeni, doğum kontrol hapı kullanma, menopoza girme, menopoz sonrası hormon kullanma, kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme, yakınlarında meme kanseri olma, meme problemi yaşama ve kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

#### 3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Anket Formu (Ek-1)

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 37 sorudan oluşan tanıtıcı özellikler anket formu şu soruları içermektedir.

- Kadınların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 7 soru,
- Adet düzeni, doğum kontrol hapı kullanma, menopoza girme, menopoz sonrası hormon kullanma durumuna ilişkin 4 soru,
- Kanserde erken tanın önemli olduğunu düşünme, meme problemi yaşama ve yakınlarında meme kanseri olan bireylerin varlığı ile ilgili 3 soru,
- KKMM’ni bilme, KKMM’nin erken tanıda önemli olduğunu düşünme, KKMM yapma, KKMM yapma sıklığı, KKMM’ne yönelik eğitim alma, KKMM ile ilgili bilgi kaynağına yönelik 6 soru,
- Mamografi çektirme, ne sıklıkla çektireceğini bilme, son bir yılda içinde mamografi çektirme durumu ile ilgili 3 soru,
- Klinik meme muayenesi yaptırma ve son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırma durumu ile ilgili 2 soru,
- Rahim ağzı ile ilgili problem yaşama, rahim ağzı ile ilgili yaşanan problem, smear testini bilme, smear testi yaptırma ve smear testini yaptırma sıklığını bilme durumu hakkında 5 soru,
- Kanser tarama merkezinin görevlerini bilme, merkeze gelmeyi tavsiye eden kişi, merkeze gelme nedeni, merkeze gelme sayısını içeren 4 soru tanıtıcı özellikler anket formunda yer almaktadır.

#### 3.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-2)

Araştırma kapsamına alınan kadınların sağlık davranışlarına ilişkin veriler sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılan, bir araç olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (SYBDÖ) ile belirlenmiştir. Ölçek, Walker ve ark., (1987) tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir (Lubkin ve Larsen,

2005). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. SYBD ölçeği; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı boyutu ölçmektedir. SYBD ölçeği Pender'e göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, sağlığı artırmak veya sürdürmeye doğru direkt davranışın çok boyutlu bir örneğidir (Gochman, 1997).

SYBDÖ, Walker ve arkadaşları tarafından 1990'da kültürel ve ekonomik gruplara karşı sağlık davranışının oryantasyonu ve bazı toplumların özelliklerini tanımlamak amacıyla İspanyol diline uyarlanmıştır. Walker tarafından 1996 yılında ölçek revize edilerek SYBDÖ II oluşturulmuştur (Rice, 2000).

Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimidir (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 'dir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü, kişilerarası ilişkiler olarak, kendini gerçekleştirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlığı hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmektedir.

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını

yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içermektedir.

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker ve Hill-Polrecky, 1996).

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) ve Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Esin’in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Bahar ve arkadaşlarının çalışmasında alpha güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin alpha güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

**Çizelge 1.** Araştırmada Kullanılan SYBDÖ’nin Değerlendirme Tablosu

<b>Alt boyutları</b>	<b>min-max puanlar</b>	<b>Madde sayısı</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>
Kişilerarası ilişkiler	15–76	9	0.82
Beslenme	13–34	9	0.62
Sağlık sorumluluğu	11–48	9	0.78
Fiziksel aktivite	8–28	8	0.78
Stres yönetimi	10–32	8	0.72
Manevi gelişim	16–36	9	0.81
SYBD	89–193	52	0.93

### 3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları uygulanmadan önce 10 kişilik bir gruba pilot uygulama olarak uygulanmış, soruların denetimi yapılmış, herhangi bir düzeltmeye gerek duyulmadığı tespit edilerek formlar uygulanmaya başlanmıştır.

Ordu İli KETEM'e başvuran kadınlara araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler verilmiş ve araştırmaya katılma kriterlerine uyan kadınlara, 37 sorudan oluşan tanıtıcı form ile 52 sorudan oluşan SYBDÖ formu verilmiş; formlar kadınların bizzat kendileri tarafından KETEM'de ayrı bir odada doldurulmuştur. Her bir formun doldurulması yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde aşağıdaki testler kullanılmıştır.

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
***Kadınların tanıtıcı özellikleri, evlenme ve üreme sağlığına ilişkin özellikleri, kanserde erken tanının önemi konusundaki düşünceleri, meme problemi yaşama ve ailelerinde meme kanseri varlığına ilişkin özellikleri, KKMM, mamografi ve klinik meme muayenesine ilişkin özellikleri, rahim ağzı ile ilgili problem yaşama ve smear testi ile ilgili özellikleri, KETEM'in görevini bilme, merkeze gelmeyi tavsiye eden kişi, merkeze gelme nedeni ve merkeze gelme sayısı ile ilgili özelliklerini değerlendirmede,	Tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama)
***Kadınların SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları ile kadınların çalışma, aylık gelir durumu, düzenli adet görme, doğum kontrol hapı kullanma, menopoza girme, yakınlarında meme kanseri olma, KKMM'ni bilme, KKMM yapma, KKMM yapma sıklıkları, KKMM eğitimi alma, mamografi çekirme, mamografi çekirme sıklığını bilme, klinik meme muayenesi yaptırma, smear testini bilme, smear testi yaptırma ve smear testi yaptırma sıklığını bilme durumlarını karşılaştırmada,	t testi

***Kadınların SYBD ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile kadınların yaş, eğitim, en uzun süre yaşanılan yer ve KETEM'in görevlerini bilme durumlarını karşılaştırmada,	Varyans Analizi (F)
***Kadınların SYBD ölçek ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile medeni durum, sosyal güvence, menopoz sonrası hormon kullanma, kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme, KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumlarını karşılaştırmada	Mann-Whitney U testi (U)

### 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na sunularak araştırma için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3). Ayrıca çalışmanın yapılacağı Ordu KETEM, Ordu İl Sağlık Müdürlüğü ve Ordu Valiliği'nden gerekli yasal izinler alınmıştır (Ek 4).

Çalışmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca kadınlara ankete isim yazılmayacağı ve bilgilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapılmış ve "bilgilendirilmiş onam" koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Araştırma Ordu Boztepe Devlet Hastanesi Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezi'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 307 kadın üzerinde yapılmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında 37 sorudan oluşan kadınların tanımlayıcı özellikleri ve kanser erken tanı bilgi ve uygulamalarını içeren soru formu ile 52 sorudan oluşan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonunda elde edilen bulgular bu bölümde ele alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ve yaş ortalaması  $41.19 \pm 10.75$  olan kadınların %15'i 30 yaş altında, %31.9'u 30-39 yaş, %30.3'ü 40-49 yaş ve %22.8'inin ise 50 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Kadınların %14.3'ü okur-yazar, %57'si ilköğretim mezunu, %28.7'si lise ve üzeri eğitim düzeyinde olup, %90.6'sı evlidir. Kanseri tarama merkezine başvuran kadınların %52.8'i daha uzun süre il merkezinde yaşadıklarını ifade ederken, %37.4'ü köyde ve %9.8'i ise ilçede yaşadığını belirtmiştir.

Kadınların %80.1'i çalışmamakta, %94.8'i herhangi bir sosyal güvenceye sahip olup, %60.6'sının gelirinin giderine eşit durumda olduğu ve %39.4'ünün ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b> 41.19±10.75 (min. 16, max. 80 yaş)		
30 yaş altı	46	15.0
30–39 yaş	98	31.9
40–49 yaş	93	30.3
50 ve üzeri yaş	70	22.8
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar	44	14.3
İlköğretim	175	57.0
Lise ve üzeri	88	28.7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	278	90.6
Bekar	29	9.4
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Köy	115	37.4
İlçe	30	9.8
İl Merkezi	162	52.8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	61	19.9
Çalışmıyor	246	80.1
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Var	291	94.8
Yok	16	5.2
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	121	39.4
Gelir Gidere Eşit	186	60.6
Toplam	307	100.0



Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırma kapsamına alınan kadınların evlenme yaş ortalamaları  $20.21 \pm 3.84$ , yaptıkları doğum sayısı ortalaması  $2.70 \pm 1.40$  ve ilk adet görme yaş ortalamaları  $13.49 \pm 1.43$ ’tür.

**Tablo 2.** Kadınların Evlilik ve Üreme Sağlığına İlişkin Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Evlenme yaşı (n=278)</b>	20.21±3.84 (min 13, max 35 yaş)	
<b>Doğum sayısı (n=278)</b>	2.70±1.40 (min 1, max 9)	
<b>İlk adet yaşı (n=307)</b>	13.49±1.43 (min 9, max 19 yaş)	
<b>Adet düzeni</b>		
Düzenli	235	76.5
Düzensiz	72	23.5
<b>Doğum kontrol hapı kullanma durumu</b>		
Kullanmış	97	31.6
Kullanmamış	210	68.4
<b>Menopoza girme durumu</b>		
Girmiş	83	27.0
Girmemiş	224	73.0
<b>Menopoz sonrası hormon kullanma durumu</b>		
Kullanmış	25	8.1
Kullanmamış	282	91.9

Araştırmaya katılan kadınların %76.5’inin düzenli adet gördükleri, %68.4’ünün doğum kontrol hapı kullanmadığı, %73’ünün menopoza girmediği ve %91.9’unun menopoz sonrası hormon kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan kadınların %92.2’si kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünmektedir.

**Tablo 3.** Kadınların Kanserde Erken Tanının Önemi Konusundaki Düşünceleri

<b>Kanserde Erken Tanının Önemi Olduğunu Düşünme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Önemli	283	92.2
Önemli değil	24	7.8
Toplam	307	100.0

Araştırma kapsamındaki kadınların %57.7'si meme problemi yaşamadığını, %86.3'ü ise birinci derece akrabalarında meme kanseri olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Kadınların Meme Problemi Yaşama Durumları ve Ailelerinde Meme Kanseri Olan Bireylerin Varlığına İlişkin Bulgular

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Meme Problemi Yaşama Durumu</b>		
Yaşamış	130	42.3
Yaşamamış	177	57.7
<b>Yakınlarında Meme Kanseri Olan Bireylerin Varlığı</b>		
Var	42	13.7
Yok	265	86.3
Toplam	307	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %69.7'si KKMM'ni bildiğini, %93.2'si KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşündüğünü, %72.6'sı KKMM yaptığını, KKMM yapan kadınların %28.3'ü düzenli olarak her ay KKMM yaptığını ifade etmişlerdir.

Kadınların %45.6'sı KKMM konusunda eğitim aldığını, eğitim alanların % 88.6'sı sağlık personelinen (hemşire, doktor), %11.4'ü ise televizyon, komşu veya akrabalarından eğitim aldığını belirtmişlerdir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bazı Özelliklerinin İncelenmesi

Özellikler	n	%
<b>KKMM bilme durumu (n=307)</b>		
Biliyor	214	69.7
Bilmiyor	93	30.3
<b>KKMM'nin erken tanıda önemli olduğunu düşünme durumu (n=307)</b>		
Önemli olduğunu düşünenler	286	93.2
Önemsiz olduğunu düşünenler	21	6.8
<b>KKMM yapma durumu (n=307)</b>		
Yapıyor	223	72.6
Yapmıyor	84	27.4
<b>KKMM yapma sıklığı (n=223)</b>		
Düzenli olarak	63	28.3
Ara sıra	160	71.7
<b>Son bir yılda meme muayenesi yapma sıklığı 5.71±4.52 (min 1, max 11)</b>		
<b>KKMM yönelik eğitim alma durumu (n=307)</b>		
Evet	140	45.6
Hayır	167	54.4
<b>KKMM ile ilgili bilgi kaynağı (n=140)</b>		
Sağlık personeli (hemşire, doktor)	124	88.6
Televizyon, komşu ve akraba	16	11.4

Araştırmaya katılan kadınların %55.7'sinin mamografi çekmediği, %67.4'ünün mamografiyi ne sıklıkla çekeceğini bilmediği, %75.2'sinin ise son bir yıl içinde mamografi çekmediği belirlenmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Kadınların Mamografiye İlişkin Bazı Özelliklerinin İncelenmesi

Özellikler	n	%
<b>Mamografi çekme durumu</b>		
Çektirmiş	136	44.3
Çektirmemiş	171	55.7
<b>Ne sıklıkla çekeceğini bilme durumu</b>		
Biliyor	100	32.6
Bilmiyor	207	67.4
<b>Son bir yılda çekme durumu</b>		
Çektirmiş	76	24.8
Çektirmemiş	231	75.2
Toplam	307	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %54.7'si klinik meme muayenesi yaptırmış, %35.2'si ise son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7.** Kadınların Klinik Meme Muayenesine İlişkin Bulguları

Özellikler	n	%
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma durumu</b>		
Yaptırmış	168	54.7
Yaptırmamış	139	45.3
<b>Son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırma durumu</b>		
Yaptırmış	108	35.2
Yaptırmamış	199	64.8
Toplam	307	100.0

Araştırma kapsamındaki kadınların %53.4'ü rahim ağzı ile ilgili sorun yaşamış, sorun yaşayan kadınların %68.3'ü akıntı, %31.7'si erozyon sorunu yaşamıştır. Kadınların %55.7'si smear testinin ne olduğunu bilmediğini, %73.6'sı smear testi yaptırmadığını, %77.2'si ise smear testinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğini bilmediğini ifade etmişlerdir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Kadınların Rahim Ağzı ile İlgili Sorun Yaşama ve Smear Testi ile İlgili Bazı Özellikleri

Özellikler	n	%
<b>Rahim ağzı ile ilgili problem yaşama durumları (n=307)</b>		
Yaşamış	164	53.4
Yaşamamış	143	46.6
<b>Rahim ağzı ile ilgili yaşanan problemler (n=164)</b>		
Akıntı	112	68.3
Erozyon	52	31.7
<b>Smear testini bilme durumu (n=307)</b>		
Biliyor	136	44.3
Bilmiyor	171	55.7
<b>Smear testi yaptırma durumu (n=307)</b>		
Yaptırmış	81	26.4
Yaptırmamış	226	73.6
<b>Smear testinin yaptırma sıklığını bilme durumu (n=307)</b>		
Biliyor	70	22.8
Bilmiyor	237	77.2

Araştırmaya katılan kadınların sadece %23.5'i kanser tarama merkezinin görevlerini bildiğini, %25'i kısmen bildiğini, %51.5'i ise merkezin görevlerini bilmediğini ifade etmişlerdir. Kadınların %48.5'i akraba ve arkadaş tavsiyesi ile, %23.1'i sağlık personelinden duyarak, %17.3'ü kendi isteği ile, %11.1'i basın yayından duyarak merkeze başvurmuşlardır. Kadınların %68.7'si erken tanı, %16.6'sı sağlıklı yaşam, %14.7'si ise riskli grupta oldukları için merkeze gelmişlerdir.

Kadınların %78.8'inin merkeze ilk, %17.9'unun ikinci ve %3.3'ünün ise üçüncü başvurularıdır (Tablo 9).

**Tablo 9.** Kadınların Kanser Tarama Merkezinin Görevlerini Bilme, Bu Merkeze Gelmelerini Tavsiye Eden Kişiler, Gelme Nedeni ve Gelme Sıklığına Ait Bulgular

Özellikler	n	%
<b>Merkezin görevlerini bilme durumu</b>		
Biliyor	72	23.5
Bilmiyor	158	51.5
Kısmen biliyor	77	25.0
<b>Merkeze gelmeyi tavsiye eden kişi</b>		
Akraba ya da arkadaş	149	48.5
Sağlık personeli	71	23.1
Basın-yayın organları	34	11.1
Kendi isteğiyle gelen	53	17.3
<b>Merkeze gelme nedeni</b>		
Erken tanı	211	68.7
Riskli grupta olma	45	14.7
Sağlıklı yaşam	51	16.6
<b>Merkeze gelme sayısı</b>		
İlk kez gelenler	242	78.8
İkinci kez gelenler	55	17.9
Üçüncü kez gelenler	10	3.3
Toplam	307	100.0

Araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ toplam puan ortalamasının  $138.62 \pm 23.25$  olduğu bulunmuştur. Kadınlar alt boyut puan ortalamalarında ise, kişilerarası ilişkilerden  $28.75 \pm 5.82$ , beslenmeden  $23.48 \pm 4.20$ , sağlık sorumluluğundan  $23.05 \pm 5.69$ , fiziksel aktiviteden  $15.62 \pm 4.75$ , stres yönetiminden  $20.11 \pm 4.85$  ve manevi gelişimden  $27.91 \pm 5.10$  puan almışlardır (Tablo 10).

**Tablo 10.** Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

Alt boyutları	min-max puanlar	Madde sayısı	$\bar{X}$	SD
Kişilerarası ilişkiler	15–76	9	28.75	5.82
Beslenme	13–34	9	23.48	4.20
Sağlık sorumluluğu	11–48	9	23.05	5.69
Fiziksel aktivite	8–28	8	15.62	4.75
Stres yönetimi	10–32	8	20.11	4.85
Manevi gelişim	16–36	9	27.91	5.10
SYBD	89–193	52	138.62	23.25

Kadınların yaşının, SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutunu etkilediği, 50 yaş ve üzeri kadınların kişilerarası ilişkilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=5.224$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların yaşının, SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutunu etkilediği, 40–49 yaş arasındaki kadınların manevi gelişiminin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=2.923$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların yaşı ile SYBD ölçeği ve ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Kadınların Yaş Gruplarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	30 yaş altı	30–39 yaş arası	40–49 yaş arası	50 yaş ve üzeri	F	p
Kişilerarası ilişkiler	28.1±4.6	27.4±5.0	29.0±5.3	30.8±7.6	<b>5.224</b>	<b>0.002</b>
Beslenme	22.7±4.0	23.1±4.5	23.8±4.4	24.1±3.5	1.499	0.215
Sağlık sorumluluğu	23.2±6.5	22.8±5.2	23.2±5.6	23.1±6.0	0.075	0.973
Fiziksel aktivite	16.2±4.5	15.4±4.5	16.2±4.8	14.7±5.0	1.642	0.180
Stres yönetimi	19.4±5.2	19.7±4.6	20.6±4.7	20.5±5.1	0.956	0.414
Manevi gelişim	27.1±4.7	26.9±5.2	28.8±5.0	28.6±5.1	<b>2.923</b>	<b>0.034</b>
SYBD	136.8±23.2	135.4±23.4	141.5±24.0	141.8±23.5	1.569	0.197

Kadınların eğitim durumlarının, kişilerarası ilişkileri etkilediği, okuryazar olan kadınların kişilerarası ilişkilerinin, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=3.027$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların eğitim durumlarının, fiziksel aktiviteyi etkilediği, lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların fiziksel aktivitelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=4.545$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların eğitim durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Kadınların Eğitim Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Okuryazar	İlköğretim	Lise ve üzeri	F	p
Kişilerarası ilişkiler	29.7±5.1	29.1±6.5	27.5±4.3	<b>3.027</b>	<b>0.050</b>
Beslenme	23.4±4.0	23.5±4.2	23.4±4.3	0.012	0.988
Sağlık sorumluluğu	21.7±5.5	23.2±6.0	23.4±5.0	1.518	0.221
Fiziksel aktivite	14.3±4.0	15.4±4.8	16.8±4.7	<b>4.545</b>	<b>0.011</b>
Stres yönetimi	19.6±5.1	20.2±5.0	20.1±4.5	0.261	0.771
Manevi gelişim	27.8±5.3	28.2±5.3	27.4±4.5	0.768	0.465
SYBD	136.6±22.3	139.7±24.8	138.6±22.0	0.312	0.733

Kadınların medeni durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).



**Tablo 13.** Kadınların Medeni Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Bekar	Evli	U	p
Kişilerarası ilişkiler	27.8±5.2	28.9±5.9	3569.5	0.309
Beslenme	22.5±3.9	23.6±4.2	3499.5	0.241
Sağlık sorumluluğu	22.6±5.4	23.1±5.7	3821.5	0.645
Fiziksel aktivite	15.9±4.9	15.6±4.7	3834.5	0.665
Stres yönetimi	20.2±4.8	20.1±4.9	3888.0	0.753
Manevi gelişim	27.5±5.0	28.0±5.1	3844.0	0.680
SYBD	136.5±21.5	139.2±23.8	3837.0	0.670

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin fiziksel aktiviteyi etkilediği, ilde yaşayan kadınların fiziksel aktivite boyutundan diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=4.316$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların en uzun süre yaşadıkları yer ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14.** Kadınların En Uzun Süre Yaşadıkları Yerleşim Yerine göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	İl	İlçe	Köy	F	p
Kişilerarası ilişkiler	28.2±6.3	29.2±4.8	29.5±5.3	1.897	0.152
Beslenme	23.5±4.1	23.7±4.6	23.4±4.3	0.034	0.967
Sağlık sorumluluğu	23.4±5.2	23.0±5.7	22.6±6.4	0.858	0.425
Fiziksel aktivite	16.3±4.9	15.5±5.6	14.6±4.2	<b>4.316</b>	<b>0.014</b>
Stres yönetimi	20.0±4.7	20.9±5.6	20.1±4.9	0.505	0.604
Manevi gelişim	27.5±5.0	28.0±5.7	28.4±5.1	1.145	0.320
SYBD	138.9±23.2	140.3±26.7	138.7±23.6	0.061	0.941

Kadınların çalışma durumlarının kişilerarası ilişkileri etkilediği, çalışmayan kadınların kişilerarası ilişkiler boyutundan çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-3.136$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların çalışma durumlarının stres yönetimini etkilediği, çalışmayan kadınların stres yönetim boyutundan, çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.423$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların çalışma durumlarının manevi gelişimi etkilediği, çalışmayan kadınların manevi gelişim boyutundan çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.677$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların çalışma durumları ile ölçeğin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 15.** Kadınların Çalışma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	<b>Çalışan</b>	<b>Çalışmayan</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Kişilerarası ilişkiler	20.70±4.8	29.3±6.0	<b>-3.136</b>	<b>0.002</b>
Beslenme	23.10±4.3	23.6±4.2	-0.796	0.427
Sağlık sorumluluğu	23.4±5.4	23.0±5.8	0.522	0.602
Fiziksel aktivite	16.11±4.8	15.50±4.7	0.910	0.364
Stres yönetimi	18.9±4.3	20.44±4.9	<b>-2.423</b>	<b>0.016</b>
Manevi gelişim	26.4±5.1	28.30±5.0	<b>-2.677</b>	<b>0.008</b>
SYBD	134.44±23.5	140.03±23.6	-1.661	0.098

Kadınların sosyal güvence durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16.** Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Olanlar	Olmayanlar	U	p
Kişilerarası ilişkiler	28.8±5.8	27.9±5.5	2110.0	0.527
Beslenme	23.5±4.2	22.9±4.5	2058.5	0.434
Sağlık sorumluluğu	23.1±5.7	23.1±5.1	2323.5	0.990
Fiziksel aktivite	15.6±4.7	16.8±5.0	1992.5	0.331
Stres yönetimi	20.0±4.7	21.3±6.6	2088.0	0.487
Manevi gelişim	27.9±5.0	27.6±6.7	2229.5	0.775
SYBD	138.9±23.4	139.4±28.3	2315.5	0.971

Kadınların aylık gelir durumunun kişilerarası ilişkileri etkilediği, geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az olanlara göre kişilerarası ilişkiler boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-1.936$ ;  $p\leq 0.05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17.** Kadınların Aylık Gelirine Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Geliri Giderinden		t	p
	Az Olanlar	Eşit Olanlar		
Kişilerarası ilişkiler	28.0±4.9	29.3±6.3	<b>-1.936</b>	<b>0.050</b>
Beslenme	22.7±4.0	24.0±4.2	<b>-2.791</b>	<b>0.006</b>
Sağlık sorumluluğu	22.7±5.9	23.3±5.5	-0.785	0.433
Fiziksel aktivite	15.1±4.3	16.0±5.0	-1.524	0.129
Stres yönetimi	19.5±4.7	20.5±4.9	-1.787	0.075
Manevi gelişim	27.5±4.9	28.2±5.2	-1.038	0.300
SYBD	135.5±22.1	141.2±24.3	<b>-2.063</b>	<b>0.040</b>

Kadınların aylık gelir durumunun beslenmeyi etkilediği, geliri giderine eşit olanların beslenme boyutundan geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.791$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların aylık gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, geliri giderine eşit olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-2.063$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların aylık gelir durumları ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

Kadınların düzenli adet görme durumları ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Kadınların Düzenli Adet Görme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Düzenli adet görenler	Düzensiz adet görenler	t	p
Kişilerarası ilişkiler	28.6±5.2	29.1±7.6	-0.643	0.521
Beslenme	23.5±4.2	23.4±4.2	0.119	0.906
Sağlık sorumluluğu	23.0±5.6	23.2±6.1	-0.242	0.809
Fiziksel aktivite	15.8±4.8	15.1±4.7	1.150	0.251
Stres yönetimi	20.3±4.7	19.6±5.3	0.992	0.322
Manevi gelişim	27.9±5.1	28.0±5.1	-0.246	0.806
SYBD	139.1±23.3	138.5±24.8	0.186	0.853

Kadınların doğum kontrol hapı kullanma durumlarının sağlık sorumluluğunu etkilediği, doğum kontrol hapı kullananların sağlık sorumluluğunun kullanmayanlara

göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.232$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların doğum kontrol hapi kullanma durumlarının ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları ile SYBD ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19.** Kadınların Doğum Kontrol Hapı Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Kullanmış	Kullanmamış	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.6±6.9	28.3±5.2	1.821	0.070
Beslenme	23.8±4.1	23.3±4.3	0.824	0.410
Sağlık sorumluluğu	24.1±5.2	22.6±5.9	<b>2.232</b>	<b>0.026</b>
Fiziksel aktivite	15.8±5.0	15.5±4.7	0.412	0.681
Stres yönetimi	20.1±4.7	20.1±4.9	-0.087	0.931
Manevi gelişim	28.6±5.1	27.6±5.1	1.701	0.090
SYBD	142.0±23.4	137.5±23.6	1.565	0.119

Kadınların menopoza girme durumlarının kişilerarası ilişkileri etkilediği, menopoza girenlerin kişilerarası ilişkilerinin girmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.403$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların menopoza girme durumlarının manevi gelişimi etkilediği, menopoza girenlerin manevi gelişiminin girmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=1.954$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların menopoza girme durumları ile SYBDÖ'nin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve SYBD ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20.** Kadınların Menopoza Girme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Giren	Girmeyen	t	p
Kişilerarası ilişkiler	30.6±7.2	28.1±5.0	<b>3.403</b>	<b>0.001</b>
Beslenme	24.2±4.0	23.2±4.3	1.717	0.087
Sağlık sorumluluğu	23.0±6.1	23.1±5.6	-0.097	0.922
Fiziksel aktivite	15.5±5.0	15.7±4.7	-0.307	0.759
Stres yönetimi	20.8±4.9	19.8±4.8	1.568	0.118
Manevi gelişim	28.8±5.0	27.6±5.1	<b>1.954</b>	<b>0.050</b>
SYBD	142.9±23.7	137.5±23.5	1.792	0.074

Kadınların menopoz sonrası hormon kullanma durumları ile SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim alt boyutları ve SYBD ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21.** Kadınların Menopoz Sonrası Hormon Kullanma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Kullanan	Kullanmayan	U	p
Kişilerarası ilişkiler	31.8±10.6	28.5±5.1	2732.0	0.062
Beslenme	24.2±3.8	23.4±4.2	3093.5	0.309
Sağlık sorumluluğu	23.0±5.2	23.1±5.8	3487.5	0.930
Fiziksel aktivite	16.1±4.5	15.6±4.8	3209.5	0.457
Stres yönetimi	20.6±4.5	20.1±4.9	3187.5	0.426
Manevi gelişim	29.0±4.8	27.8±5.1	3063.5	0.277
SYBD	144.7±24.1	138.4±23.5	3031.0	0.245

Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık

sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündükleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (U= 2565.0; p<0.05).

Kadınların, SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeğinden aldıkları puanların kanserde erken tanının önemi konusundaki düşüncelerini etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 22).

**Tablo 22.** Kadınların Kanserde Erken Tanının Önemi Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Önemli	Önemli değil	U	p
Kişilerarası ilişkiler	28.7±5.9	29.8±4.9	2951.5	0.286
Beslenme	23.4±4.2	24.6±4.3	2915.5	0.248
Sağlık sorumluluğu	23.2±5.6	20.8±6.7	<b>2565.0</b>	<b>0.046</b>
Fiziksel aktivite	15.7±4.8	14.8±4.1	3076.0	0.442
Stres yönetimi	20.1±4.9	20.4±4.6	3066.0	0.428
Manevi gelişim	28.0±5.1	26.8±5.1	2945.0	0.279
SYBD	139.1±23.8	137.1±21.6	3289.0	0.798

Kadınların yakınlarında meme kanseri olma durumunun manevi gelişimi etkilediği, yakınlarında meme kanseri olmayanların manevi gelişiminin olanlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t=-2.170; p<0.05).

Kadınların yakınlarında meme kanseri olma durumu ile ölçeğin, kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ve ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05) (Tablo 23).

**Tablo 23.** Kadınların Yakınlarında Meme Kanseri Olma Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Olan	Olmayan	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.0±8.6	28.7±5.3	0.325	0.746
Beslenme	22.9±4.5	23.6±4.2	-0.918	0.359
Sağlık sorumluluğu	22.0±5.9	23.2±5.7	-1.348	0.179
Fiziksel aktivite	15.4±4.2	15.7±4.8	-0.384	0.702
Stres yönetimi	19.0±4.7	20.3±4.9	-1.527	0.128
Manevi gelişim	26.3±4.9	28.2±5.1	<b>-2.170</b>	<b>0.031</b>
SYBD	134.6±25.3	139.6±23.3	-1.266	0.206

Kadınların, SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.115$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların, SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.529$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=4.901$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların, SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.890$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların, SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.491$ ;  $p<0.001$ ).



Kadınların, SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.384$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların, SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=4.687$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24.** Kadınların KKMM'ni Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

<b>Alt boyutları</b>	<b>Bilenler</b>	<b>Bilmeyenler</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Kişilerarası ilişkiler	29.4±6.0	27.2±5.0	<b>3.115</b>	<b>0.002</b>
Beslenme	23.9±4.0	22.6±4.5	<b>2.529</b>	<b>0.012</b>
Sağlık sorumluluğu	24.1±5.3	20.7±6.0	<b>4.901</b>	<b>0.000</b>
Fiziksel aktivite	16.3±4.6	14.1±4.7	<b>3.890</b>	<b>0.000</b>
Stres yönetimi	20.7±4.8	18.7±4.6	<b>3.491</b>	<b>0.001</b>
Manevi gelişim	28.6±5.0	26.4±5.0	<b>3.384</b>	<b>0.001</b>
SYBD	143.0±22.9	129.7±22.8	<b>4.687</b>	<b>0.000</b>

Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşündüğü ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $U=1953.0$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların, SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçeğinden aldıkları puanların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25.** Kadınların KKMM'nin Meme Kanserinin Erken Tanısında Önemli Olduğunu Düşünme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Önemli olduğunu düşünenler	Önemli olmadığını düşünenler	U	p
Kişilerarası ilişkiler	28.7±5.8	29.8±5.5	2583.0	0.284
Beslenme	23.5±4.2	23.4±4.1	2910.0	0.812
Sağlık sorumluluğu	23.3±5.6	19.9±5.9	<b>1953.0</b>	<b>0.007</b>
Fiziksel aktivite	15.8±4.8	13.6±3.9	2285.5	0.067
Stres yönetimi	20.2±4.9	19.0±4.1	2709.5	0.454
Manevi gelişim	28.0±5.1	26.8±4.9	2609.5	0.315
SYBD	139.4±23.7	132.5±21.4	2545.5	0.244

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.240$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.136$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=4.676$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.596$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların

KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.186$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.700$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; ölçekten yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=4.237$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26.** Kadınların KKMM Yapmalarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	KKMM yapanlar	KKMM yapmayanlar	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.2±6.0	27.5±5.1	<b>2.240</b>	<b>0.026</b>
Beslenme	23.9±4.0	22.3±4.4	<b>3.136</b>	<b>0.002</b>
Sağlık sorumluluğu	24.0±5.3	20.7±6.1	<b>4.676</b>	<b>0.000</b>
Fiziksel aktivite	16.2±4.7	14.1±4.6	<b>3.596</b>	<b>0.000</b>
Stres yönetimi	20.6±4.8	18.7±4.7	<b>3.186</b>	<b>0.002</b>
Manevi gelişim	28.4±5.1	26.6±4.9	<b>2.700</b>	<b>0.007</b>
SYBD	142.3±22.9	129.9±23.3	<b>4.237</b>	<b>0.000</b>

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; kişilerarası ilişkiler boyutlarında yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-3.687$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-3.394$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; sağlık sorumluluğu boyutlarında yüksek puan

alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-4.830$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-3.139$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların, KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-5.113$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; ölçekten yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=-4.814$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilemediği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27.** Kadınların KKMM Yapma Sıklıklarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Ara sıra	Düzenli olarak	t	p
Kişilerarası ilişkiler	28.3±6.5	31.5±3.9	<b>-3.687</b>	<b>0.000</b>
Beslenme	23.4±3.9	25.4±4.0	<b>-3.394</b>	<b>0.001</b>
Sağlık sorumluluğu	22.9±5.0	26.5±5.0	<b>-4.830</b>	<b>0.000</b>
Fiziksel aktivite	15.9±4.5	16.9±5.0	-1.340	0.181
Stres yönetimi	20.0±4.7	22.2±4.8	<b>-3.139</b>	<b>0.002</b>
Manevi gelişim	27.4±5.0	31.0±4.5	<b>-5.113</b>	<b>0.000</b>
SYBD	137.9±22.6	153.5±19.7	<b>-4.814</b>	<b>0.000</b>

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların, KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.367$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların, KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.538$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların, KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.451$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların, KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, SYBDÖ'den yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.200$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme ve manevi gelişim boyutlarından aldıkları puanların, KKMM eğitimi alma durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 28.** Kadınların KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Eğitim alanlar	Eğitim almayanlar	t	p
Kişilerarası ilişkiler	28.6±5.2	28.8±6.3	-0.302	0.763
Beslenme	23.7±3.9	23.3±4.4	0.886	0.376
Sağlık sorumluluğu	24.2±5.2	22.1±5.9	<b>3.367</b>	<b>0.001</b>
Fiziksel aktivite	16.4±4.9	15.0±4.5	<b>2.538</b>	<b>0.012</b>
Stres yönetimi	20.8±5.0	19.5±4.6	<b>2.451</b>	<b>0.015</b>
Manevi gelişim	28.4±5.2	27.5±5.0	1.378	0.169
SYBD	142.1±23.9	136.2±23.1	<b>2.200</b>	<b>0.029</b>

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilediği, kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.511$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilediği, beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.861$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.085$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.079$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların mamografi çektirdikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.278$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite ve stres yönetimi boyutlarından aldıkları puanların mamografi çektirme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29.** Kadınların Mamografi Çektirme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Çektiren	Çektirmeyen	t	p
Kişilerarası ilişkiler	30.0±6.5	27.7±5.0	<b>3.511</b>	<b>0.001</b>
Beslenme	24.2±4.1	22.9±4.2	<b>2.861</b>	<b>0.005</b>
Sağlık sorumluluğu	24.2±5.5	22.2±5.7	<b>3.085</b>	<b>0.002</b>
Fiziksel aktivite	15.9±4.7	15.4±4.8	0.866	0.387
Stres yönetimi	20.6±4.9	19.7±4.8	1.504	0.134
Manevi gelişim	28.9±5.0	27.1±5.1	<b>3.079</b>	<b>0.002</b>
SYBD	143.8±23.0	135.0±23.4	<b>3.278</b>	<b>0.001</b>

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bilme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.805$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bilme durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.457$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim ve SYBD ölçeği boyutlarından aldıkları puanların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bilme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30.** Kadınların Mamografiyi Ne Sıklıkla Çeكتireceklerini Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Biliyor	Bilmiyor	t	p
Kişilerarası ilişkiler	28.8±4.9	28.7±6.2	0.099	0.921
Beslenme	24.0±4.1	23.2±4.2	1.475	0.141
Sağlık sorumluluğu	24.4±5.1	22.4±5.9	<b>2.805</b>	<b>0.005</b>
Fiziksel aktivite	16.6±4.8	15.2±4.6	<b>2.457</b>	<b>0.015</b>
Stres yönetimi	20.4±4.7	20.0±4.9	0.633	0.527
Manevi gelişim	28.3±4.9	27.7±5.2	0.901	0.368
SYBD	142.4±22.6	137.3±24.0	1.778	0.076

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.454$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.233$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.625$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.410$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi boyutlarından aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 31.** Kadınların Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Yaptıranlar	Yaptırmayanlar	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.5±5.0	27.9±6.6	<b>2.454</b>	<b>0.015</b>
Beslenme	23.7±4.3	23.3±4.1	0.818	0.414
Sağlık sorumluluğu	23.7±5.5	22.3±5.8	<b>2.233</b>	<b>0.026</b>
Fiziksel aktivite	15.9±4.8	15.3±4.7	1.086	0.278
Stres yönetimi	20.5±4.9	19.6±4.8	1.609	0.109
Manevi gelişim	28.6±5.0	27.1±5.1	<b>2.625</b>	<b>0.009</b>
SYBD	141.9±23.5	135.4±23.3	<b>2.410</b>	<b>0.017</b>

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, kişilerarası ilişkiler boyutundan yüksek puan



alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.198$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.663$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.680$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 32).

**Tablo 32.** Kadınların Smear Testini Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

<b>Alt boyutları</b>	<b>Biliyor</b>	<b>Bilmiyor</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Kişilerarası ilişkiler	29.6±6.5	28.1±5.2	<b>2.198</b>	<b>0.029</b>
Beslenme	24.2±4.3	22.9±4.0	<b>2.663</b>	<b>0.008</b>
Sağlık sorumluluğu	24.4±5.4	22.0±5.7	<b>3.680</b>	<b>0.000</b>
Fiziksel aktivite	16.7±4.9	14.7±4.4	<b>3.747</b>	<b>0.000</b>
Stres yönetimi	20.9±5.1	19.5±4.6	<b>2.541</b>	<b>0.012</b>
Manevi gelişim	28.9±5.1	27.1±5.0	<b>3.008</b>	<b>0.003</b>
SYBD	144.6±24.7	134.4±21.7	<b>3.861</b>	<b>0.000</b>

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.747$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.541$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.008$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.861$ ;  $p<0.001$ ) (Tablo 32).

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme boyutundan aldıkları puanların smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, beslenme boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.318$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.153$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.665$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin stres yönetimi boyutundan aldıkları puanların smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, stres yönetimi boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.319$ ;  $p<0.05$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların smear testini yaptırma durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.328$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların smear testini yaptırma durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.432$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutundan aldıkları puanların smear testini yaptırma durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 33).

**Tablo 33.** Kadınların Smear Testi Yaptırma Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Yaptıranlar	Yaptırmayanlar	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.5±4.7	28.5±6.2	1.338	0.182
Beslenme	24.8±4.0	23.0±4.2	<b>3.318</b>	<b>0.001</b>
Sağlık sorumluluğu	24.7±5.8	22.4±5.6	<b>3.153</b>	<b>0.002</b>
Fiziksel aktivite	16.8±5.2	15.2±4.5	<b>2.665</b>	<b>0.008</b>
Stres yönetimi	21.2±4.9	19.7±4.8	<b>2.319</b>	<b>0.021</b>
Manevi gelişim	29.5±4.8	27.3±5.1	<b>3.328</b>	<b>0.001</b>
SYBD	146.5±22.8	136.2±23.3	<b>3.432</b>	<b>0.001</b>

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.032$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=3.396$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin manevi gelişim boyutundan aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilediği, manevi gelişim boyutundan yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.640$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t=2.761$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme ve stres yönetimi boyutlarından aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 34).

**Tablo 34.** Kadınların Smear Testini Ne Sıklıkla Yaptıracağını Bilme Durumlarına Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Bilenler	Bilmeyenler	t	p
Kişilerarası ilişkiler	29.1±4.7	28.6±6.1	0.591	0.555
Beslenme	24.2±3.9	23.3±4.3	1.697	0.091
Sağlık sorumluluğu	24.8±5.6	22.5±5.6	<b>3.032</b>	<b>0.003</b>
Fiziksel aktivite	17.3±5.1	15.1±4.6	<b>3.396</b>	<b>0.001</b>
Stres yönetimi	20.9±5.0	19.9±4.8	1.587	0.114
Manevi gelişim	29.3±4.7	27.5±5.1	<b>2.640</b>	<b>0.009</b>
SYBD	145.7±23.4	136.9±23.4	<b>2.761</b>	<b>0.006</b>

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların kanser tarama merkezinin görevlerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=6.633$ ;  $p<0.01$ ).

Kadınların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite boyutundan aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilediği, fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alan kadınların kanser tarama merkezinin görevlerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=7.720$ ;  $p<0.001$ ).

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların

kanser tarama merkezinin görevlerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F=3.278$ ;  $p<0.05$ ) (Tablo 35).

**Tablo 35.** Kadınların KETEM'in Görevlerini Bilme Durumuna Göre SYBD Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Alt boyutları	Evet	Hayır	Kısmen	F	p
Kişilerarası ilişkiler	28.8±4.9	29.0±5.4	28.1±7.3	0.580	0.560
Beslenme	24.0±3.8	23.5±4.2	22.9±4.5	1.467	0.232
Sağlık sorumluluğu	25.1±5.3	22.6±6.0	22.0±4.9	<b>6.633</b>	<b>0.002</b>
Fiziksel aktivite	17.2±5.0	14.7±4.4	16.0±4.7	<b>7.720</b>	<b>0.001</b>
Stres yönetimi	21.0±4.9	20.0±5.0	19.5±4.4	1.911	0.150
Manevi gelişim	28.6±5.2	28.1±5.2	26.8±4.8	2.487	0.085
SYBD	144.8±23.9	138.0±23.0	135.4±23.8	<b>3.278</b>	<b>0.039</b>

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim boyutlarından aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilemediği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 35).

## 5. TARTIŞMA

Kanser önlenebilen, erken tanı konulduğunda tedavi edilen, yaşam kalitesi ve süresi uzatılabilen bir hastalık grubudur. Bu nedenle kanser taramasında amaç kanserle ilgili yakınması olmayan kadınlarda, henüz klinik bulgu oluşturmamış ve tedavi edilebilecek bir dönemde kanseri yakalamaktır (Topal, 2005). Ülkemizde kadınlarda en sıklıkla kullanılan erken tanı taramaları meme ve serviks kanserine yönelik yapılmaktadır. Erken tanı ile meme ve serviks kanserleri erken evrede yakalanarak tedavi edilmekte ve bu kanserlerden ölümler azaltılmaya çalışılmaktadır.

Ordu İli'nde Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular iki bölümde tartışılmıştır.

### 5.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum ve Uygulamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu araştırmaya katılan kadınların %92.2'si kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünmektedir (Tablo 2). Sadler ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada Amerika'da yaşayan Hintli kadınların %92.3'ü meme kanserinden korunmanın önemli olduğunu, %7.7'si ise önemli olmadığını belirtmişlerdir. Gönüllü olarak kanser tarama merkezine başvuran kadınlar üzerinde yapılan bu çalışmada kadınların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme durumları, erken tanı uygulamalarını benimsemelerinde önemli bir etkidir. Nitekim bu durum KKMM ve KMM yapma/yaptırma durumlarını etkilemiş olup, kadınların %72.6'sı KKMM yaptığını ve %54.7'si KMM yaptırdığını ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarla kıyaslandığında bu oranlar bizim çalışmamızda daha yüksektir bunda kadınların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünmeleri etkilidir diyebiliriz.

Bu çalışmada kadınların %42.3'ünün meme problemi yaşadığı ve %13.7'sinin yakınlarında meme kanseri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Coates ve arkadaşları (2001) tarafından Amerika'da 45 yaş altı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %3'ü meme problemi yaşadığını, %14.2'si ise ailelerinde meme kanseri olan bireylerin olduğunu ifade etmişlerdir. Bu araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur. Öğretmenlerin meme kanserine yönelik inanç ve uygulamaları üzerine iki farklı eğitimin etkinliğinin araştırıldığı çalışmada kadınların %15.7'sinin geçmişte

meme problemi yaşadığı ve araştırma kapsamındaki kadınların %7.8'inin ailesinde meme kanseri olan bireylerin olduğu saptanmıştır (Aydın Avcı ve Gözüm, 2009). Bu çalışmada meme problemi yaşayan kadın sayısı literatürle karşılaştırıldığında yüksek (%42.3) bulunmuştur. Araştırma KETEM'e başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır. Buraya başvuran kadınların yakınmalarından birisinin de meme problemi olması, meme problemi yaşayan kadınların meme kanserine yönelik algıladıkları önemin yüksek olması merkeze başvurularını etkilemiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %72.6'sının KKMM yaptığı, muayene yapanların %28.3'ünün ise düzenli yaptığı belirtilmiştir (Tablo 5). Dünyada kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda KKMM yapma durumu ile ilgili değişik sonuçlar bildirilmiştir. Sadler ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'da yaşayan Afrikalı 40 yaş ve üzerindeki kadınların %32'sinin düzenli KKMM yaptığı, Jelinski ve arkadaşları (2005) tarafından Kuzey Amerika'da yapılan çalışmada kadınların %61'inin düzenli KKMM yaptığı, Kuen ve Wai (1994) tarafından Çinli kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %33'ünün KKMM yaptığı ve %5'inin ise düzenli KKMM yaptığı, Sadler ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada Amerika'da yaşayan Japon kadınların %38.2'sinin düzenli KKMM yaptığı, Rezaei (2008) tarafından İran'da yapılan çalışmada kadınların %72.1'inin düzenli KKMM yaptığı, Coates ve arkadaşları (2001) tarafından Amerika'da yapılan çalışmada ise, 45 yaş altı kadınların %76.8'inin KKMM yaptığı ve bunlardan %42.9'unun aylık düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur.

Ülkemizde bu konu ile ilgili kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar bulunmuştur. Oran Tuna ve arkadaşları (2008), tarafından İzmir'de yapılan çalışmada akademisyen kadınların %67.1'i KKMM'nin nasıl yapıldığını bildiği ve %52.6'sının KKMM'ni her ay düzenli yaptığı, Dağhan ve Çevik (2007) tarafından Tokat'ta işçi kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %42'sinin KKMM yapmakta olduğu, %21'inin ise düzenli KKMM yaptıkları belirlenmiştir. Maral ve arkadaşları (2009), tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kadınların %55'inin KKMM'ni bildiği ve kadınların %9.3'ünün düzenli KKMM yaptığı, Aydın Avcı ve Gözüm (2009) tarafından Ordu'da yapılan çalışmada bayan öğretmenlerin %48.3'ünün KKMM yaptığı ve %8.6'sının ise düzenli KKMM yaptığı, Durgun Ozan (2007) tarafından yapılan çalışmada 15–65 yaş grubunda farklı meslek grubuna ait kadınların %42.3'ünün KKMM yaptığı ve %28.4'ünün ise düzenli muayene yaptığı

belirlenmiştir. Arslan (2007) tarafından yapılan çalışmada kadınların %61.7'sinin KKMM yaptığı, Öztürk ve arkadaşları (1999) tarafından Isparta'da yapılan çalışmada ise kadınların %30.3'nün KKMM'ni bildiği, kadınların %19'unun düzenli olarak her ay KKMM yaptığı bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmada KKMM yapma oranının yüksek olması, çalışmanın KETEM'de yapılmış olması, kadınların daha önceden meme muayenesine yönelik eğitim almaları, kanser erken tanısının önemli olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanında kadınların düzenli KKMM yapma oranının düşük olmasında; kadınların %54.4'ün eğitim almaması, yapılan eğitimlerin sağlık davranışı kazandıracak kadar nitelik ve nicelik yönünden yeterli ve etkin olmaması bunda etkilidir.

Araştırmaya katılan kadınların %93.2'si KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünmektedir (Tablo 5). Sadler ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'da yaşayan Afrikalı 40 yaş ve üzerindeki kadınların %80'i meme kanserine bağlı ölüm riskini azaltmada erken tanı ve uygulamalarının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Durgun Ozan (2007) tarafından yapılan çalışmada kadınların %89.4'ü KKMM'nin gerekli olduğunu ve her kadın tarafından uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar çalışma ile benzerlik göstermektedir. Değişik yaş gruplarında erken tanının öneminin algılanması farklı olabilmektedir. Salaudeen ve arkadaşları (2009) tarafından Nijerya'daki kız öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %57.4'ü KKMM'nin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Burada oranın düşük bulunması genç yaşlarda meme problemlerinin daha az yaşanmış olma olasılığına ve meme kanseri ile ilgili algılanan tehdidin azlığına bağlı olabilir.

Çalışmada kadınların %45.6'sı KKMM hakkında eğitim aldığını ve bunların %88.6'sı sağlık personelinden (hemşire, doktor), %11.4'ü televizyon, komşu veya akrabalarından eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 5). Yurtdışında yapılan çalışmalarda KKMM hakkında eğitim alma ve bilgi kaynakları farklılık göstermektedir. Dandash ve Al-Mohaimed (2007) tarafından Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada bayan öğretmenlerin %58.5'i KKMM hakkında bilgi aldığını, %83.2'si medyadan, %8.6'sı aile arkadaştan ve %14.1'i sağlık personelinden bilgi aldığını belirtmişlerdir. Kuen ve Wai (1994), tarafından Çin'de yapılan çalışmada kadınların %37'si sağlık personeli, %31'i TV'den bilgi aldığını; Rezaei (2008) tarafından İran'da yapılan çalışmada kadınların %39.5'i sağlık personelinden eğitim



aldığını belirtmişlerdir. Ülkemizde ise, Öztürk ve arkadaşları (1999) tarafından Isparta'da yapılan çalışmada kadınların %59.8'i medya, %32.2'si sağlık personelinin KKMM'ni öğrendiğini; Durgun Ozan (2007) tarafından yapılan çalışmada KKMM yapan kadınların yarısı sağlık personelinin bilgi aldığını; Koçyiğit (2007) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kadınların %23.39'u sağlık personelinin, %22.1'i TV-Radyodan bilgi aldığını; Koç ve Sağlam (2009) tarafından Sinop'ta yapılan çalışmada kadınların %44'ü KKMM hakkında bilgi aldığını ve %47.7 oran ile en fazla sağlık ekibinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Dandash ve Al-Mohaimed (2007) tarafından yapılan çalışmada KKMM bilgi alma durumunun, çalışmamıza göre yüksek olması eğitim ve bilgiye ulaşma konusunda öğretmenlerin daha iyi konumda olmalarına bağlanabilir. Çalışmamızda KKMM bilgi kaynağı konusunda sağlık personelinin yüksek bulunması, çalışmaya katılan kadınların yaklaşık %21'inin daha önce KETEM'e başvurmaları nedeniyle bilgi almış olmaları, KETEM çalışanları tarafından halkın köy, kurum ziyaretleriyle bilgilendirilmiş olmaları ve KETEM'in birinci basamak sağlık birimleri ile koordineli çalışarak halkı bilgilendirmiş olmasının bunda etkili olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda medya etkisi düşük bulunmasına rağmen, diğer çalışmalarda görülen medya etkisi ileride yapılacak çalışmalarda göz ardı edilmemelidir.

Mamografi meme kanserinde en etkin tarama yöntemlerinden birisidir. 40 yaşından başlanarak yılda bir kez yapılmalıdır (Smith ve ark., 2000). Çalışmamızda kadınların %44.3'ü mamografi yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 6). Moskowitz ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'da yapılan çalışmada Koreli kadınların %67,8'inin mamografi yaptırdığı, Coates ve arkadaşları (2001) tarafından Amerika'da 45 yaş altı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %53'ü mamografi yaptırdığını, Soskolne ve arkadaşları (2007) tarafından İsrail'de Müslüman Arap kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %51'inin mamografi yaptırdığı; Yücel ve arkadaşları (2005) tarafından Afyon'da yapılan çalışmada kadınların %53'ü, Koçyiğit (2007) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kadınların %28.4'ü, Maral ve arkadaşları (2009) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada ise, kırsal bölgedeki kadınların %20.3'ü mamografi yaptırdıklarını belirtmiştir. Ankara'da yapılan bu iki çalışmada şehir merkezi ve kırsal bölgede mamografi yaptırmama oranları çalışmamızda belirlenen %44.3'lük orana göre daha düşük seviyelerdedir. Burada diğer bir sonuç ise şehir merkezinde yaşayanlarda, mamografi yaptırmama oranının kırsalda yaşayanlara göre daha

yüksek olmasıdır. Afyon'da Yücel ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmanın mamografi çektirmek için mamografi kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılmış olması elde edilen oranın yüksek bulunmasına neden olmuştur. Bu araştırma sonuçlarına göre bizim bulgularımız ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerdir.

Araştırmaya katılan kadınların %32.6'sı mamografiyi ne sıklıkla çektireceğini bilmektedir ve kadınların %24.8'i son bir yıl içinde mamografi çektirmiştir (Tablo 6). Soskolne ve arkadaşları (2007) tarafından İsrail'de Müslüman Arap kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların sadece %20'sinin mamografiyi doğru aralıklarla çektirdiği bulunmuştur. Koçyiğit (2007) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada kadınların %25'i yılda bir kez mamografi çekilmesi gerektiği yanıtını vermiştir. Çalışmalarda kadınların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bilme oranlarının düşük olması bizim bulgularımızla benzerdir. Sadler ve arkadaşları (2001) tarafından Amerika'da yapılan çalışmada 40 yaş üstündeki kadınların %61.3'ü son bir yıl içinde mamografi çektirdiği, Sadler ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'da yaşayan Afrikalı 40 yaş ve üzerindeki kadınların %43'ü son bir yıl içinde mamografi çektirdiği, Sadler ve arkadaşları (2003), tarafından Amerika'da yaşayan Japon kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %46.8'i son bir yıl içinde mamografi çektirdiği ve Oran Tuna ve arkadaşları (2008) tarafından İzmir'de akademisyen kadınlar üzerinde yapılan çalışmada, kadınların %23.4'ünün son iki yıl içinde mamografi çektirdiği tespit edilmiştir. Son bir yıl içinde mamografi çektirme oranı ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların %54.7'si klinik meme muayenesi yaptırdığını, %35.2'si ise son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Sadler ve arkadaşları (2001) tarafından Amerika'da yaşayan Hintli 40 yaş üstündeki kadınların %54.8'i son bir yıl içinde KMM yaptırdığı, Moskowitz ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'daki Koreli kadınların %47.6'sı KMM yaptırdığı, Sadler ve arkadaşları (2007) tarafından Amerika'da yaşayan Afrikalı 40 yaş ve üzerindeki kadınların %57'si son bir yıl içinde KMM yaptırdığı, Jelinski ve arkadaşları (2005) tarafından Kuzey Amerika'da mamografi çektirmek için kliniğe başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %67'si KMM yaptırdığı ve bunlarında %20'si düzenli olduğunu ifade ettikleri ve Rezaei (2008) tarafından İran'da yapılan çalışmada kadınların %15.4'ünde düzenli klinik meme muayenesi yaptırdıkları

bulunmuştur. Maral ve arkadaşları (2009) tarafından Ankara'nın kırsal bir bölgesinde yapılan çalışmada kadınların %30.4'ünün KMM yaptırmış olduğu belirlenmiştir. Son bir yıl içinde KMM yaptırma oranı ülkemizde yapılan çalışmalardan yüksek olduğu bulunmuştur. KMM yaptırma oranının yüksek olması, araştırmanın yapıldığı KETEM'e gelen kadınların bir kısmının daha önce KETEM'e gelerek KMM yaptırmış olmalarına bağlanabilir.

Çalışmadaki kadınların %44.3'ü smear testinin ne olduğunu bilmekte olup, %26.4'ü smear testi yaptırmıştır (Tablo 8). Moskowitz ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada Amerika'daki Koreli kadınların %66.7'si smear testi yaptırmıştır. Bu oran bizim çalışmamıza göre daha yüksek seviyelerde bulunmuştur. Amarin ve arkadaşları (2008) tarafından Ürdünlü kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %48.8'i smear testini bildiğini belirtmiştir. Gamarra ve arkadaşları (2005) tarafından Arjantinli kadınlar üzerinde yapılan çalışmada kadınların %49.5'i smear testini bildiğini, %30.5'i ise son üç yıl içinde smear testi yaptırdığını belirtmiştir. Yücel (2006) tarafından İzmir'de yapılan çalışmada kadınlar arasında PAP smear yaptırma oranının %24.2 olması çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda smear tersi yaptırma oranı çalışmamızda bulunan sonuçtan daha düşük olarak saptanmıştır. Durgun Ozan (2007) tarafından Diyarbakır'da yapılan çalışmada kadınların %10'unun PAP testi yaptırdığını ve bunların da yaklaşık yarısının son bir yıl içerisinde PAP testi yaptırdığı belirtilmiştir. Oran Tuna ve arkadaşları (2008) İzmir'de akademisyen kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise, kadınların PAP smear yaptırma oranlarının %28.2 olduğunu ve %27.1'inin son üç yıl içinde smear testi yaptırmış olduklarını belirlemiştir. Bu oranlar ülkemizde smear testi yaptırma oranlarının düşük seviyelerde olduğunu göstermektedir. Bunda smear testini bilme durumunun %44.3 oranında olması ve smear testinin mahrem bir konu olarak algılanması etkilidir. Smear testini yapan doktorun erkek olması durumunda kadınlar smear testi yaptırmaktan çekinmekte ve zorunlu olmadıkça tarama amaçlı test yaptırmak istememektedirler.

## **5.2. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisinin Araştırıldığı Bulguların Tartışılması**

Çalışmada kadınların SYBD ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında en yüksek kişilerarası ilişkiler boyutundan puan aldıkları; bunu sırasıyla; manevi gelişim,

beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve fiziksel aktivite izlemiştir. SYBD leği toplam puan ortalaması 138.62±23.25 ile ortalamanın üzerinde bulunmuştur (Tablo 10).

Thanavaro ve arkadaşları (2006) Amerika'da 35-60 yaş aralığında ve koroner kalp hastalığı hikayesi olmayan kadınlar üzerinde sağlığı geliştirme davranışlarını incelemişlerdir. Araştırmada kadınlar ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puanı kişilerarası ilişkilerden alırken en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan almışlardır.

Altay (2006) tarafından 15-49 yaş arası evli kadınların SYBD'nin değerlendirildiği çalışmada, kadınlarınların sağlık davranışları orta düzeyde olup, kadınlar en yüksek puanı kendini gerçekleştirme en düşük puanı egzersiz alt boyutundan almışlardır.

Beşer ve arkadaşları (2007) tarafından İzmir'de işçiler üzerinde yapılan çalışma ile Yalçınkaya ve arkadaşları (2007) tarafından Denizli'de sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalarda kişilerarası ilişkiler alt boyutu en yüksek puan ortalaması verirken, fiziksel aktivite alt boyutu en düşük puan ortalamasını vermiştir. Tüm bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerdir. Çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalamanın üzerinde olması kanser erken tanı uygulamalarını daha fazla benimseyebileceklerini gösterebilir.

Saydam ve arkadaşları (2007) tarafından İzmir'de gebeler üzerinde yapılan çalışmada en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan egzersiz alt boyutundan alınmıştır.

Altun (2002) tarafından Kocaeli'de yapılan çalışmada en yüksek puan manevi gelişim, en düşük puan fiziksel aktiviteden alınmıştır.

Ülkemizde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren çalışmalarda alt boyut puan ortalamalarından fiziksel aktivitenin genellikle düşük çıkması ve bu çalışmada da benzer sonucun elde edilmesi toplum olarak fiziksel aktivite alışkanlığımızın az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kadınların yaşının ölçeğin kişilerarası ilişkiler boyutunu etkilediği, 50 yaş ve üzeri kadınların kişilerarası ilişkilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, yaşın manevi gelişim boyutunu etkilediği, 40-49 yaş arasındaki kadınların manevi gelişiminin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak

anlamli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 11). Pirinçci ve arkadaşları (2008) tarafından Elazığ'da yapılan çalışmada yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği 40 yaş ve üzerinde olanların manevi gelişimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda yaşın artmasıyla birlikte kişilerarası ilişkilerin ve manevi gelişimin arttığı görülmektedir. Bu sonuç yaşla birlikte bireylerin sosyal çevresinin genişlediği, dolayısıyla kişilerarası ilişkilerinin daha uzun süredir devam etmekte olduğu ve iyi düzeydedir diyebiliriz.

Kadınların eğitim durumlarına bakıldığında, okuryazar olan kadınların kişilerarası ilişkilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu, lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların fiziksel aktivitelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 12). Ünal ve Orgun'un (2006) çalışmalarında eğitimin kişilerarası ilişkileri etkilemediği bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınlarda eğitim seviyesinin artmasına bağlı kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının düşük çıkması, araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun çalışmıyor olması ile çalışan kadınların iş yoğunluğu nedeni ile zamanlarının az olması, aynı zamanda evde sorumluluklarının fazla olması nedeniyle çevreyle olan ilişkilerini kısıtlayabilecek olmalarından kaynaklanabilir. Çalışmayan kadınların eş, dost, akraba, arkadaş ziyaretlerini çalışanlara göre daha fazla yapabilirler. Eğitim durumunun artması aktiviteye ve/veya egzersiz yapmaya olanak sağlayan özgür zamanıda sağlamaktadır (Sevimli, 2008). Çalışmada fiziksel aktivitenin eğitim durumuna bağlı artması ise, eğitilmiş olan bayanların egzersiz konusunda daha bilinçli olmalarından ve fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam için önemli olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırmada ilde yaşayan kadınların fiziksel aktivite boyutundan diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 14). Şehir hayatında daha dinamik bir yaşam tarzı söz konusudur. İl merkezinde yaşayan kişiler için belediye tarafından yapılmış fiziksel aktivite için uygun ortamların bulunması ve kadınları fiziksel aktiviteye teşvik edecek aktivite olanaklarının olması, il merkezinde yaşayanlarda fiziksel aktivite boyutundan yüksek puan alınmasına neden olmuş olabilir.

Kadınların çalışma durumlarının kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişimi etkilediği, çalışmayan kadınların bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). Arslan ve Ceviz tarafından (2007) Elazığ'da çalışan ve ev hanımı kadınlar üzerinde yapılan çalışmada bizim çalışmamızın tam tersine çalışma durumunun kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişimi etkilemediği bulunmuştur. Araştırmamızdaki sonuç, araştırma grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun çalışmayan kadınlardan oluşması, çalışan kadınların yoğun iş temposuna sahip olabilecekleri, dolayısıyla iş stresörleriyle karşılaşabilecekleri ve kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda geliri giderine eşit olan kadınların geliri giderinden az olan kadınlara göre kişilerarası ilişkiler, beslenme ve SYBD ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 17). Pirinçci ve arkadaşları (2008) tarafından Elazığ'da yapılan çalışmada aylık gelir durumu iyi olanların, aylık geliri az olanlara göre sağlığı geliştirici davranışlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Beşer ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu iyi olanların sağlığı geliştirme davranışları daha yüksek bulunmuştur. Topçu (2006) çalışmasında gelir durumu iyi olan kişilerin kendini gerçekleştirme, stresle baş etme, kişilerarası destek alt ölçekleri ve SYBD Ölçeği puanının geliri giderine eşit ve az olanlardan daha yüksek olduğunu bulmuştur. Altun (2002) tarafından Kocaeli'de yapılan çalışmada sosyo-ekonomik düzeyini iyi olarak tanımlayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından daha düşük, sosyo-ekonomik seviyesini yüksek olarak tanımlayanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalar ve bizim çalışmamıza göre sosyo-ekonomik düzey arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı ve ekonomik durumun sağlığı geliştirme davranışlarını arttırdığı düşünülebilir.

Kadınların doğum kontrol hapı kullanma durumlarının sağlık sorumluluğunu etkilediği, doğum kontrol hapı kullananların sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 19). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyip uygulayabilmesi kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır. Bireyin içsel kontrolü kendi sağlığı

üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Erci, 2009). Burada kadınların doğum kontrol hapı kullanması kişisel bir sağlık sorumluluğu olarak görülebilir.

Kadınların menopoza girme durumlarının kişilerarası ilişkileri ve manevi gelişimi etkilediği, menopoza girenlerin, kişilerarası ilişkilerinin ve manevi gelişimlerinin girmeyenlere göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 20). Kişilik; bireyin kendi iç dünyasıyla ve içinde yaşadığı dünya ile kurduğu bir ilişki biçimi olup, doğuştan ve sonradan kazanılan özellikleri içeren bir bütündür. Genetik unsurlar, aile, eğitim ve sosyal çevre gibi etkenler ve bu etkenlerin birbiriyle etkileşimi ile oluşmaktadır. Kişiliğin çağdaş bir yapıya ulaşması için, kişinin uyumlu, barışçıl, empati becerisi olan, sorumluluk duygusu olan, saygılı, kendine güvenen, öğrenmeye açık, kendini gerçekleştiren, kendini ifade etme bilinci içinde olmalıdır. Bu kişilerin kişilerarası ilişkileri de iyidir (Türküm, 1998). Çalışmada menopoza giren kadınların kişilerarası ilişkilerinin iyi olması, menopoza girmenin genel olarak 40 yaştan sonra olması ve yaşla birlikte içsel ve dışsal faktörlerle kadınların kişilerarası ilişkilerinin artmış olması ile ilgili olduğu düşünülebilir. Kişilerarası ilişkileri yüksek olan kişiler kendini gerçekleştirme yolunda ilerleyen ya da kendini gerçekleştiren kişidir. Kendini gerçekleştirme bireye yaşamdan doyum elde edebilme, kendisiyle ve diğer insanlarla barış içinde yaşayabilme, nihayet üretken bir birey olabilme fırsatı vermektedir (Türküm, 1998). Buna bağlı olarak menopoza giren kadınların ileri yaşta olması, bu özelliklerin yaş ilerledikçe artması, kişilerarası ilişkilerinin iyi olmasından dolayı manevi gelişimlerinin de daha iyi olabileceğini düşündürebilir.

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanlarının kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündükleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo22). Kanserde erken tanı uygulamaları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünen kadınların sağlık sorumluluğunun yüksek bulunması, doğal olarak kadınların erken tanı uygulamalarını daha fazla önemseyip, benimseyeceklerini ve uygulayabileceklerini düşündürebilir.

Kadınların yakınlarında meme kanseri olma durumunun manevi gelişimi etkilediği, yakınlarında meme kanseri olmayanların manevi gelişiminin daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 23). Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması  $41.19\pm 10.75$ 'dir. Yaşla birlikte manevi gelişim artmaktadır ve yakınlarında meme kanseri olan birey sayısı %13.7'dir. Buna bağlı olarak kadınların %86.3'ünün yakınlarında meme kanseri yoktur. Yakınlarında meme kanseri öyküsü olmayanlarda, manevi gelişimin yüksek olması kadınların genel toplumsal desteklerinin ve manevi değerlerinin yüksek olduğunu düşündürülebilir.

Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşündüğü ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 25). Bu sonuç çalışma kapsamındaki kadınların meme kanserinin erken tanısında KKMM'nin önemli olduğunu düşünen kadınların KKMM hakkında içsel kontrol kazandıklarını ve sağlık sorumluluğu olduğunu düşündürülebilir. Sağlık sorumluluğu kazanan kadınların KKMM'ni uygulayacakları düşünülebilir.

Kadınların, SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM'ni bilme, KKMM yapma ve KKMM'ni düzenli yapma durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği, KKMM yaptığı ve KKMM'ni düzenli yaptığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo24; Tablo26; Tablo27). Meme kanserinin erken tanısında KKMM önerilen bir yöntemdir. Kadınların kendi meme dokusunu tanıması ve oluşan değişiklikleri fark etmesi, her ay düzenli olarak yapılan KKMM ile sağlanmaktadır. Meme kanserlerinin yaklaşık %90'ı hastaların kendileri tarafından belirlenmektedir (Karayurt, 2009). Erken tanıda bu kadar değerli olan KKMM'ni kadınların bilmesi, uygulaması ve düzenli yapması meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için çok önemlidir. Çalışmada sağlığı geliştirme davranışı olan KKMM'ni bilen, yapan ve düzenli yapan kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Kadınların KKMM'ni bilme, yapma ve düzenli yapmaları olası bir meme kanserinin tanısı için erken tanı uygulamalarını yapacaklarını düşündürülebilir. Benzer şekilde Oran Tuna ve



arkadaşlarının çalışmasında da KKMM yapma durumunun SYBD ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği sonucu bulunmuştur (Oran Tuna ve ark., 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek olan kişiler erken tanıyı önemseyecek, erken tanı yöntemlerinin neler olduğunu öğrenecek/bilecek ve uygulayacaktır.

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ile SYBD ölçek puanlarının KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 28). Bireyin eğitilmesi ile birlikte sağlıkla ilgili davranış değişimi de kolaylaşmaktadır (Tabak, 2000). Sağlığın geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan sağlık eğitimi ile Alma-ata bildirgesine göre bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitilmeleri gereği vurgulanmıştır (Hacıoğlu, 2009). Bu araştırmada elde edilen bu sonuç KKMM eğitimi alan kadınların sağlığı geliştirici davranışları benimseyeceklerini ve sağlığı geliştirici davranış olarak ifade edebileceğimiz KKMM'ni daha fazla yapabileceklerini düşündürebilir.

Stuifbergen ve arkadaşları (2003) tarafından Güneybatı Amerika'da yapılan çalışmada kadınlara koroner kalp hastalığı hakkında verilen eğitimin sağlığı geliştirme davranışlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmada eğitimin ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek puanını etkilediği eğitimden sonra kadınların sağlığı geliştirici davranışlarının arttığı belirtilmiştir. Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermekte olup, eğitimle kazanılan bilginin sağlığı geliştirici aktiviteleri yapmada motive edici olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada kadınların SYBD ölçeği ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt boyutlarından aldıkları puanların mamografi çekirme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların mamografi çektiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 29). Oran Tuna ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında mamografi çekirme durumunun SYBD ölçeği, beslenme ve sağlık sorumluluğu puan ortalamalarını etkilediği, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Mamografi de KKMM gibi sağlığı geliştirici aktivite olarak kabul edilebilir. Kadınların SYBD ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların mamografi çekirme durumunu

etkilemesi bu yorumu desteklemekte ve sağlığı geliştirici davranışların artmasıyla mamografi ektirme oranını artıracağı görüşünü destekler niteliktedir.

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite boyutundan aldığı puanların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alanların mamografiyi ne sıklıkla çektireceklerini bildikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 30). Pender sağlık sorumluluğunu, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu ve sağlığına ne düzeyde katıldığı olarak ifade etmiştir (Erci, 2009). Kadınların mamografiyi ne sıklıkla yaptıracağını bilme durumları ve sağlık sorumluluklarının yüksek olması mamografi uygulamasına katılacaklarını gösterebilir. Mamografinin 40 yaşından sonra uygulanıyor olması, yaş ilerledikçe meme kanseri riskinin artması bu kadınları fiziksel aktivite yapmaya yönlendirmektedir.

Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutları ile SYBD leğinden aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 31). Periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olarak kabul edilen KMM yaptırma sağlıklı yaşam biçimi davranışı olarak kabul edilir. KMM yaptıran kişinin sağlık sorumluluğunun yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Kendini gerçekleştirme insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da tanımlanmaktadır. Kendini gerçekleştiren birey ise “kapasitesini tam olarak kullanan” ya da “verimli” birey olarak ifade edilmektedir (Erci, 2009). Kendini gerçekleştirme yolunda ilerleyen bireyin kişilerarası ilişkileri iyidir. Sağlık sorumluluğu kazanan kişide erken tanı yöntemi olan KMM yaptıracaktır.

Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, SYBD leğinden yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 32). Smear testi serviks kanserini taramaya yönelik birçok ülkede yaygın olarak kullanılan basit bir testtir. Rutin PAP testi ile serviks kanseri henüz intraepitelyal lezyon düzeyinde iken yakalanabilir. PAP testi yaptırma ile hem mortalite hem de morbiditede azalma sağlanabilmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004). Kadınların serviks kanseri için önem arz

eden PAP testini bilmeleri ve bilenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olması, erken tanı yöntemi olarak testi uygulayabileceklerini bize düşündürülebilir.

Kadınların SYBDÖ'nin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ile SYBD ölçek puanlarının smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 33). Oran Tuna ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da kadınların smear testi yaptırma durumları ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutu dışında diğer boyutlarını ve ölçek puanını etkilemiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim boyutları ile SYBD ölçeğinden aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracaklarını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 34). Kadınlarda smear testini yaptırma sıklığını bilenler (%22.8) büyük oranda smear testini yaptıranlar (%26.4) arasındadır. Bu yüzden smear testi yaptırma ile SYBD ve alt ölçek puanları durumu arasındaki ilişkiyi burada da beklemek olasıdır.

Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite boyutları ile SYBD ölçeğinden aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların kanser tarama merkezinin görevlerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 35). Kanser Erken Teşhis ve Tarama merkezlerinde daha çok kadınlarda sık görülen meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı ve tarama uygulamaları yapılmaktadır. KETEM'in görevlerini bilen kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı uygulama davranışlarının farkında olduğu, erken tanıyı daha kolay benimseyebileceği düşünüldüğünde sağlık sorumluluğunun ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının KETEM'in görevlerini bilmeyenlere göre yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Sağlık sorumluluğu alan kişilerde fiziksel aktivite artışı arasında pozitif bir ilişki olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla, 01.02.2009–01.05.2009 tarihleri arasında Ordu İli KETEM'e başvuran kadınlar arasından araştırmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen ve iletişim kurulabilen 307 kadın üzerinde yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya katılan kadınların %92.2'si kanserde erken tanının önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 3).
- Kadınların %93.2'si KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5).
- Kadınların %69.7'si KKMM'ni bildiğini, %72.6'sı KKMM yaptığını, KKMM yapanların %28.3'ü düzenli yaptığını, %54.4'ü KKMM hakkında eğitim almadığını ve eğitim alanların %88.6'sı ise sağlık personelinden eğitim aldığını belirtmişlerdir (Tablo 5).
- Kadınların %55.7'si mamografi yaptırmadığını, %67.4'ü mamografiyi ne sıklıkla çekeceğini bilmediğini ve %75.2'si ise son bir yıl içinde mamografi yaptırmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 6).
- Kadınların %54.7'sinin klinik meme muayenesi yaptırdığı, %64.8'inin ise son bir yıl içinde klinik meme muayenesi yaptırmadığı tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Kadınların %53.4'ünün rahim ağzı ile ilgili sorun yaşadığı, sorun yaşayanların %68.3'ünün akıntı problemi yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %55.7'sinin smear testini bilmediği, %73.6'sının smear testi yaptırmadığı ve %77.2'sinin smear testinin hangi aralıklarla yapılması gerektiğini bilmediği bulunmuştur (Tablo 8).
- Kadınların %51.5'i kanser tarama merkezinin görevlerini bilmemekte, %48.5'i akraba ve arkadaş tavsiyesi ile merkeze gelmekte, %68.7'si erken tanı amacıyla ve %78.8'inin ilk kez merkeze geldikleri belirlenmiştir (Tablo 9).
- Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları iyi düzeyde olup, kadınlar ölçek alt boyutlarından en fazla puanı kişilerarası ilişkilerden, en düşük puanı ise fiziksel aktiviteden almışlardır (Tablo 10).

- Kadınların yaşının kişilerarası ilişkileri etkilediği, 50 yaş ve üzeri kadınların kişilerarası ilişkilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 11).
- Kadınların yaşının, manevi gelişimi etkilediği, 40–49 yaş arasındaki kadınların manevi gelişiminin, diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).
- Kadınların eğitim durumlarının, kişilerarası ilişkileri etkilediği, okuryazar olan kadınların kişilerarası ilişkilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 12).
- Kadınların eğitim durumlarının fiziksel aktiviteyi etkilediği, lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların fiziksel aktivitelerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 12).
- Kadınların en uzun süre yaşadıkları yerleşim yerinin, fiziksel aktiviteyi etkilediği, ilde yaşayan kadınların fiziksel aktivite boyutundan, diğer yerlerde yaşayanlara göre daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 14).
- Kadınların çalışma durumlarının kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve manevi gelişimi etkilediği, çalışmayan kadınların çalışanlara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 15).
- Kadınların aylık gelir durumunun kişilerarası ilişkiler, beslenme ve SYBD ölçeği toplam puanını etkilediği, geliri giderine eşit olanların geliri giderinden az olanlara göre bu boyutlardan daha yüksek puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).
- Kadınların doğum kontrol hapi kullanma durumlarının sağlık sorumluluğunu etkilediği, doğum kontrol hapi kullananların kullanmayanlara göre sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 19).
- Kadınların menopoza girme durumlarının kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişimi etkilediği, menopoza girenlerin girmeyenlere göre bu boyutlardan daha yüksek

puan aldıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 20).

- Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanlarının kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündükleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo22).
- Kadınların yakınlarında meme kanseri olma durumunun manevi gelişimi etkilediği, yakınlarında meme kanseri olmayanların manevi gelişiminin olanlara göre daha yüksek olduğu ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 23).
- Kadınların, SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM'ni bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların KKMM'ni bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 24).
- Kadınların, SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu boyutundan aldıkları puanların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünme durumlarını etkilediği, sağlık sorumluluğu boyutundan yüksek puan alan kadınların KKMM'nin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşündüğü ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 25).
- Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM yapma durumlarını etkilediği; ölçekten yüksek puan alan kadınların KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 26).
- Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların KKMM yapma sıklıklarını etkilediği; ölçekten yüksek puan alan kadınların düzenli olarak KKMM yaptıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 27).
- Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyutları ile SYBD ölçek puanlarının KKMM eğitimi alma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların KKMM eğitimi aldıkları ve elde

edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 28).

- Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, beslenme, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim boyutları ile SYBD ölçek puanlarının mamografi çekirme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların mamografi çektikleri ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 29).
- Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite boyutlarından aldıkları puanların mamografiyi ne sıklıkla çekeceklerini bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların mamografiyi ne sıklıkla çekeceklerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 30).
- Kadınların SYBDÖ'nin kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim boyutları ile SYBD ölçeğinden aldıkları puanların klinik meme muayenesi yaptırma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların klinik meme muayenesi yaptırdıkları ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 31).
- Kadınların SYBDÖ'den aldıkları puanların smear testini bilme durumlarını etkilediği, SYBD ölçeğinden yüksek puan alan kadınların smear testini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 32).
- Kadınların SYBDÖ'nin beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim boyutları ve SYBD ölçek puanlarının smear testi yaptırma durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların smear testi yaptırdığı ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 33).
- Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve SYBD ölçeği boyutlarından aldıkları puanların smear testini ne sıklıkla yaptıracağını bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların smear testini ne sıklıkla yaptıracağını bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 34).

- Kadınların SYBDÖ'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve SYBD ölçek boyutlarından aldıkları puanların kanser tarama merkezinin görevlerini bilme durumlarını etkilediği, bu boyutlardan yüksek puan alan kadınların kanser tarama merkezinin görevlerini bildiği ve elde edilen sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 35).



## 6.2. Öneriler

### *Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şunlar önerilebilir;*

- Kanser gittikçe daha önemli bir halk sağlığı problemi olması kanserde erken tanının önemini arttırmaktadır. Bu araştırma sonucunda kadınların meme ve serviks kanseri gibi erken tanı konulabilen kadın kanserlerini yeterince bilmediği ve erken tanı uygulamalarını yeterince yaptırmadıkları bulunmuştur. Bu doğrultuda halk sağlığı hemşireleri tarafından kadınlara erken tanı bilgi ve uygulamaları hakkında nitelikli eğitimler yapılarak, erken tanı uygulamaları ile ilgili sağlık davranışı kazandırılmalı, aralıklarla denetimi yapılmalı ve bu eğitimler tekrarlanmalıdır.
- Ülkemizde KETEM'leri daha çok meme ve serviks kanserine yönelik tarama faaliyetlerini yürütmektedir. Kadınlarda sık görülen ve erken tanı ve tarama ile önlenebilen kanser türlerinin erken tanısında KETEM'lerin rolü önemlidir. Kadınlarda görülen kanserlerin insidansının azaltılmasında kadınlar halk sağlığı hemşireleri tarafından KETEM'in görevleri, orada yapılan işlemler, bu birimlerin yeri ve nasıl ulaşabilecekleri konusunda eğitilerek bilinçlendirilmelidirler.
- Sağlığı geliştirmede kilit rol oynayan halk sağlığı hemşireleri, kadınları sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilinçlendirilebilir. Sağlıklı yaşamı kabullenme kanser erken tanı uygulamalarının benimsenmesi ve uygulanmasını da etkileyeceğinden kadınların "sağlığı geliştirme davranışları" konusunda eğitilmesi önemlidir. Özellikle halk sağlığı hemşirelerinin eğitici ve danışman rolleri kadınların sağlığı geliştirici davranışları öğrenmesinde ve bu doğrultuda meme ve serviks kanseri gibi erken tanı konulabilen kadın kanserlerinin azaltılmasında önem arz etmektedir.
- Sağlığı geliştirme davranışlarının erken tanı, bilgi ve uygulamaları üzerine etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi için toplumun farklı kesimlerinde, geniş örneklemlilerle çalışmalar yapılması yararlı olacaktır.

**KAYNAKÇA**

- Akça, T., (2007). Meme Tarama Programı Nedir ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Nasıl Yapılır? *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*, (Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça). Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin. s.13–19.
- Akça, T., Güllüoğlu, B.M., Aydın, S., (2007). Meme Polikliniklerine Başvuruya Neden Olan Yakınmalar ve Tanı Yöntemleri Nelerdir? *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*, (Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça). Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin. s.1-6.
- Aksayan, S., (1998a). Erken Tanı, *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. (Ed. İnci Erefe), Vehbi Koç Yayınları, No:14, s.60–62.
- Aksayan, S., (1998b). Toplum Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Halk Sağlığı Hemşiresinin Temel İşlevleri, *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. (Ed. İnci Erefe), Vehbi Koç Yayınları, No:14, s.12-18.
- Aksoy, G., (2000). Birincil ve İkincil Korunmada Hemşirenin Rolü. *Klinik Onkoloji* (Ed. Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz). Tunç Matbaası, İstanbul. s.340–345.
- Aksoy, M., (2007). Beslenme ve Kansere. *Türkiye’de Kansere Kontrolü* (Ed. A.Murat TUNCER), Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s.189-197.
- Altaca, G., Höbek, A., (2009). Meme Hastalıkları. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, (Web: [www.baskent-ist.edu.tr/HastalarIcinBilgiler/MemeHastaliklari.pdf](http://www.baskent-ist.edu.tr/HastalarIcinBilgiler/MemeHastaliklari.pdf), Erişim tarihi: 21.05.2009).
- Altay, B., (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *OMÜ Tıp Dergisi*, **23(1)**:1-8.
- Altun, İ., (2002). Kocaeli’de Yaşayan Halkın Sağlıkla İlgili Tutumlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*, **12 (3)**:41-51.
- Amarin, Z.O., Badria, L.F. Obeidat, B.R., (2008). Attitudes and Beliefs About Cervical Smear Testing in Ever-Married Jordanian Women. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **14 (2)**:389-397.
- Arslan, C., Ceviz, D., (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg.* **21 (5)**: 211-220.

- Arslan, M., (2007). Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon. s.57.
- Aslay, I., Küçüçük, S.Ö., Salihoğlu, Y., (2000). Jinekolojik Tümörler I. Klinik Onkoloji (Ed. Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz). Tunç Matbaası, İstanbul. s.278-281.
- Ayaz, S., Tezcan, S. Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **9 (2)**:26-34.
- Aydın Avcı, İ., Gözüm, S., (2009). Comparison of Two Different Educational Methods on Teachers' Knowledge, Beliefs and Behaviors Regarding Breast Cancer Screening. *European Journal of Oncology Nursing* **13**:94–101.
- Aydın, A., Dinçer, M., Topuz, E., (2000). Meme Kanseri. Klinik Onkoloji (Ed. Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz). Tunç Matbaası, İstanbul. s.70-75.
- Aydıntuğ, S., (2004). Meme Kanserinde Erken Tanı. *STED*, **13 (6)**:226-229.
- Ayhan, A., Başaran, A., (2007). Servikal Neoplaziler. *Gomel'in Jinekolojisi*, (Ed. Erkut Attar ve Barış Ata), Nobel Tıp Kitapevleri. Nobel Matbaacılık, İstanbul.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kısal, A., (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **12 (1)**:1-13.
- Beşer, A., Bahar, Z., Büyükkaya, D., (2007). Health Promoting Behaviors and Factors Related to Lifestyle Among Turkish Workers and Occupational Health Nurses' Responsibilities in their Health Promoting Activities. *Industrial Health* **45**:151–159.
- Beydağ, K.D., Karaoğlan, H., (2007). Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6 (2)**:106-111.
- Bilgel, H., (2005). *Meme Kanseri* (Ed. Kayıhan Engin ve Sibel Kahraman Çetintaş). Nobel Tıp Kitapevleri. Nobel Matbaacılık, İstanbul.
- Bilir, N., (1996). Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, (Ed. Ali Ayhan) Güneş Kitabevi Ltd. Şti, Melisa Matbaacılık, İstanbul. s. 853–860
- Biröl, L., (2005). Hemşirelik Süreci. (7. Baskı), Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. Basmane/İzmir.

- Bristow, R., Steven, A., (2000). Serviks Kanserleri. *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. (Çeviri:Serdar Oğuz). Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., Barışcan Ofset Ltd. Şti., Ankara. s.361–385.
- Cancer Facts and Figures, (2009). ([http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinal\\_secured.pdf](http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinal_secured.pdf), Erişim tarihi:18.05.2009) American Cancer Society, Atlanta, USA.
- Carreno, J., Vyhmeister, G., Grau, L., Ivanovic, D., (2006). A Health Promotion Programme in Adventist and Non-Adventist Women Based on Pender's Model: A Pilot Study. *Public Health*. **120 (4)**:346-355.
- Clark, JM., (2008). Community Health Nursing:Advocacy for Population Health, 5<sup>th</sup> Edition. Pearson Education, Inc., New Jersey, USA. 1064 p.
- Coates, R.J., Uhler, R.J., Brogan, D.J., Gammon M.D., Malone, K.E., Swanson, C.A., Flagg, E.W., Brinton, L.A., (2001). Pattern and Predictors of The Breast Cancer Detection Methods in Women Under 45 Years of Age (United States). *Cancer Causes and Control*. **12**:431-442.
- Crisp, J., Potter, P.A., Perry, A.G., Taylor, C., (2005). Potter and Perry's Fundamentals of Nursing. (2<sup>nd</sup> ed.). Elsevier Inc., Australia. 1667p
- Dağhan, Ç., Çevik, Ü., (2007). Tokat Sigara Fabrikası Kadın İşçilerine Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Hakkında Yapılan Bilgilendirmenin Doğru Bilgi ve Davranış Geliştirme Durumuna Etkisi. *Türkiye'de Kanser Kontrolü* (Ed. Prof. Dr. A.Murat TUNCER). Bakanlık Yayın Numarası: 707. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s:525–532.
- Dandash, K.F., Al-Mohaimed, A., (2007). Knowledge, Attitudes, and Practices Surrounding Breast Cancer and Screening in Female Teachers of Buraidah, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, **1 (1)**:75-86.
- Dede, M., Yenen, M.C., Keskin, U., (1996). Serviks Kanseri ve Laparoskopi. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (Editörler: Prof. Dr. Ali Ayhan vd.). Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A., (2007) Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **20 (1)**:29-36.
- Durak, S., Karakılınç, H., (2007). Kansere Kontrolünde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Rolü. *Türkiye'de Kansere Kontrolü* (Ed. A.Murat Tuncer), Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s.519–522

- Durgun Ozan, Y., (2007). Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. T.C. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi,. Diyarbakır. s.78
- Ekici, E., Utkualp, N., (2007). Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanserine Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, **3 (3)**:136-139.
- Erci, B., (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. *Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam* (Ed. Behice Erci) Göktuğ Yayıncılık., Fırat Matbaacılık., Ankara. s.192–201
- Erenus, M., Yoldemir, T., (2008). *Netter Obstetri, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı* (Çeviri Orijinal adı: Netter's Obstetrics, Gynecology and Women's Health, Yazar:Roger P. Smith) Güneş Tıp Kitapevleri, Öncü Basımevi, Ankara.
- Esin, N., (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Finding Breast Cancer Early, (2003). *CA Cancer J Clin*, **53**:170-171.
- Gamarra, C.J., Paz, E.P.A., Griep, R.H., (2005). Knowledge, Attitudes and Practice Related to Papanicolaou Smear Test Among Argentina's Women. *Rev. Saude Publica*, **39 (2)**:1-6.
- Geçkil, E., Yıldız, S., (2006). Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **10 (2)**:19-28.
- Gochman, D.S., (1997). Handbook of Health Behavior Research: Relevance for Professionals and Issues For The Future. Plenum Press, Springer. New York. 531p
- Gökaslan, H., Uyar, E., (2004). PAP Smear ile Servikal Kanser Taraması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. **8 (3)**:105-110.
- Gölbaşı, Z., Kutlar, Z., Akdeniz, H., (2007). Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **3 (2)**:53-57.
- Güllüoğlu, M.G., İplikçi, A., (2003). Meme Anatomisi. *Meme Kanseri* (Ed. Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, İstanbul.
- Güllüoğlu, B.M., (2007). Meme Kanseri İçin Riskler Nelerdir? *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*, (Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça). Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin. s.7–11.

- Hacıoğlu, N., (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği* (Ed. Behice Erci) Göktuğ Yayıncılık., Fırat Matbaacılık., Ankara. s.29–40
- Hatipoğlu, A.A., (2007). Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri. *Türkiye'de Kanser Kontrolü* (Ed. A.Murat Tuncer), Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s. 381–388
- Hood, L.J., Leddy, S., Pepper, J.M., (2005). Leddy&Pepper's Conceptual Bases Of Professional Nursing. (6<sup>th</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins Inc. 668p.
- Jelinski, S.E., Maxwell, C.J., Onysko, J., Bancej, C.M., (2005). The Influence of Breast Self-Examination on Subsequent Mammography Participation. *American Journal of Public Health* **95** (3):506-511.
- Kağnıcıoğlu, D., (2004). İşgören Sağlığı ve İş Güvenliği. *İnsan Kaynakları Yönetimi*. (Ed. Ramazan Geylan). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir.
- Kahraman Çetintaş, S., (2005). Meme Kanseri Klinik Bulgular ve Tanı. *Meme Kanseri* (Ed. Kayıhan Engin ve Sibel Kahraman Çetintaş). Nobel Tıp Kitapevleri. Nobel Matbaacılık, İstanbul.
- Kanser İstatistikleri, (2009). [http://turkkanser.org.tr/new\\_sfiles/61\\_dunya\\_kanser\\_istatistikleri.pdf](http://turkkanser.org.tr/new_sfiles/61_dunya_kanser_istatistikleri.pdf) Erişim: 12.05.2009.
- Karayurt, Ö., (2009). Web: [www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme\\_kanseri.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kanseri.pdf) Erişim tarihi:26.05.2009)
- Karayurt, Ö., Dicle, A., Malak, A.T., (2009). Effects of Peer and Group Education on Knowledge, Beliefs and Breast Self-Examination Practice among University Students in Turkey. *Turk J Med Sci.* **39** (1):59-66.
- Kaya, F., Ünüvar, R., Bıçak, A., Yorgancı, E., Öz, B.Ç.F., Kankaya, F.C., (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* **7** (1):59-64.
- Koç, Z., Sağlam, Z., (2009). Kadınların Meme Kanseri, Koruyucu Önlemler ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi ve Eğitimin Etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi,* **5** (1):25-33.
- Koçyiğit, O., (2007). Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi Ve Mammografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- Kuen, I.K., Wai, C.K., (1994). The Practice Of Breast Self-Examination (BSE) Among Local Working Women. *Hong Kong Practitioner* **16** (7):351-356.

- Lubkin, I.M., Larsen, P.D., 2005. Chronic Illness: Impact and Interventions. (6<sup>th</sup> ed.), Jones & Bartlett Publishers, USA. 680p.
- Lyons, C., Choti, M., (2000). Meme Hastalıkları. *Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. (Çeviri: Sait Çelebioğlu). Atlas Kitapçılık Ltd. Şti., Barışcan Ofset Ltd. Şti., Ankara. s.247–256
- Maral, I., Budakoglu, I.I., Ozdemir, A., Bumin, M.A., (2009). Behaviors Toward Methods of Breast Cancer Early Detection in Women Over 40 Years in a Rural Region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education*, 24:127–128.
- Mc Tiernan, A., (2003). Behavioral Risk Factors in Breast Cancer: Can Risk Be Modified? *The Oncologist*, 8 (4):326–334.
- Metintaş, S., (2002). Beden Sağlığı. *Aile Sağlığı* (Ed. Feridun Akyürek). Anadolu Üniversitesi Yayın No:1375. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir.
- Moskowitz, J.M., Kazinets, G., Wong, J.M., Tager, I.B., (2007). “Health Is Strength”: A Community Health Education Program to Improve Breast And Cervical Cancer Screening Among Korean American Women in Alameda County, California. *Cancer Detection and Prevention* 31:173–183.
- Nass Duce, M., Apaydın, F.D., (2007). Meme Kanserinde Görüntüleme Nasıl Yapılır? *Tanıdan Tedaviye Meme Kanseri Gerçeği*, (Ed. Suha Aydın ve Tamer Akça). Mersin Üniversitesi Yayınları No:16, Can Matbaacılık Yayıncılık, Mersin. s.21–26.
- Ocakçı, A., (2009). Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. (Web:<http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm>, Erişim tarihi: 21.05.2009).
- Oran Tuna, N., Can Öztürk, H., Senuzun, F., Aylaz Durmaz, R., (2008). Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors:A Survey among Academician Women. *Asian Pacific J. Cancer Prev*, 9:515-518.
- Özgül, N., (2007). Türkiye'de Serviks Kanserinin Durumu ve Servikal Kanser Tarama Çalışmaları. *Türkiye'de Kanser Kontrolü* (Ed. A.Murat Tuncer), Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s. 349–358
- Öztürk, M., Engin, V.S., Kişioğlu, A.N., (1999). The Practice of Breast-Self Examination Among Women at Gülistan District of Isparta. *Eastern Journal of Medicine* 4 (2):47-50.
- Özvarış, Ş.B., (2001). *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme*. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:01/18, Kum Baskı Hizmetleri San. Ltd. Şti. Ankara.

- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M., (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5<sup>th</sup> ed.). Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, NJ., USA.
- Pirinçci, E., Rahman, S., Durmuş, A.B., Erdem, R., (2008). Factors Affecting Health-Promoting Behaviours in Academic Staff. *Public Health* **122**:1261-1263.
- Rankin, S.H., Stallings, K.D., London, F., (2004). *Patient Education in Health and Illness*. (5<sup>th</sup> ed.). Lippincott Williams & Wilkins, 368p.
- Rezaei, M.B., (2008). Breast Cancer Detection Among Tabrizian Women. *Res. J. Biol. Sci.*, **3** (2):236-237.
- Rice, V.H., (2000). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications For Nursing Research, Theory, and Practice*. SAGE Inc. 590p.
- Sadler, G.R., Dhanjal, S.K., Shah, N.B., Shah, R.B., Ko, M.C., Anghel, M., Harshburger, R., (2001). Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection. *Public Health Nursing* **18** (5):357–363.
- Sadler, G.R., Ko, M.C., Cohn, J.A., White, M., Weldon, R., Wu, P., (2007). Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors Among African American Women: The Black Cosmetologists Promoting Health Program. *BMC Public Health* **7**:57.
- Sadler, G.R., Takahashi, M., Ko, M.C., Nguyen, T., (2003). Japanese American Women: Behaviors and Attitudes Toward Breast Cancer Education and Screening. *Health Care for Women International*, **24**:18–26.
- Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri, (2009). <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx> Erişim: 12.05.2009.
- Sağlık Bakanlığı Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları, 2007. (Web: <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAC8287D72AD903BEADC34837D3D45B86>. Erişim tarihi:12.05.2009).
- Salaudeen, A.G., Akande, T.M., Musa O.I., (2009). Knowledge and Attitudes to Breast Cancer and Breast Self Examination Among Female Undergraduates in a State in Nigeria. *European Journal of Social Sciences*, **7** (3):157-165.
- Saydam, B.K., Demirel Bozkurt, Ö., Hadımlı, A.P., Öztürk Can, H., Soğukpınar, N., (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücü'nün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, **15** (3):131-139.
- Semiglazov, V.F., Moiseenko, V.M., (1987). Breast Self-Examination For The Early Detection of Breast Cancer: A USSR/WHO Controlled Trial in Leningrad. *Bulletin of the WHO*, **65** (3):391-396.



- Sevimli, D., (2008). Erişkinlerde Fiziksel Aktivite-Beden Kitle İndeksi İlişkisinin Araştırılması. *TAF Prev. Med. Bull.* **7 (6)**:523-528.
- Smith, C.M., Maurer, F.A., (2000). Community Health Nursing Theory and Practice (2<sup>nd</sup> ed.) W.B. Saunders: Philadelphia, PA.
- Smith, R.A., Metlin, C.J., Davis, K.J., Eyre, H., (2000). American Cancer Society Guidelines For The Early Detection of Cancer. *CA Cancer J Clin* **50**:34-49.
- Smith, R.A., Saslow, D., Sawyer, K.A., Burke, W., Costanza, M.E., Evans, W.P., Foster, R.S., Hendrick, E., Eyre, H.J., Sener, S., (2003). American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin* **53**:141-169.
- Somunoğlu, S., (2007). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2 (5)**:2-12.
- Soskolne, V., Marie, S., Manor, O., (2007). Beliefs, Recommendations and Intentions Are Important Explanatory Factors Of Mammography Screening Behavior Among Muslim Arab Women in Israel. *Health Education Research* **22 (5)**:665–676.
- Stuifbergen, A.K., Becker, H., Blozis, S, Timmerman, G., and Kullberg, V., (2003). A Randomized Clinical Trial of a Wellness Intervention for Women With Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, **84**:467-476.
- Şendemir, E., (2005). Memenin Anatomisi. *Meme Kanserleri* (Ed. Kayıhan ENGİN ve Sibel KAHRAMAN ÇETİNTAŞ). Nobel Tıp Kitapevleri, Nobel Matbaacılık, İstanbul. s.27-35
- Tabak R.S., (2000). “Sağlık, Sağlık Davranışı ile İlgili Modeller” *Sağlık Eğitimi*. Somgür Yayıncılık, , Ankara. s.1-12
- Temel, F., Özvarış, Ş.B., (2007). Sağlığı Geliştirme. *Halk Sağlığında Özel Konular*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. ISBN: 978-975-491-252-4. Ankara.
- Thanavaro, J.L., Moore, S.M., Anthony, M., Narsavage, G., Delicath, T., (2006). Predictors of Health Promotion Behavior in Women Without Prior History of Coronary Heart Disease. *Applied Nursing Research* **19**:149–155.
- Tones, K., Green, J., (2004). Health Promotion: Planning and Strategies. SAGE, ISBN 0761974490, 376 p.
- Topal, U., (2005). Meme Kanseri Taraması. *Meme Kanserleri* (Ed. Kayıhan ENGİN ve Sibel KAHRAMAN ÇETİNTAŞ). Nobel Tıp Kitapevleri. Nobel Matbaacılık, İstanbul.

- Topçu, S., (2006). Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir. s.82
- Tuncer, M.A., (2007). Kanserin Ülkemiz ve Dünyada Önemi Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları. *Türkiye’de Kanser Kontrolü* (Ed. A.Murat TUNCER), Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s. 5-8.
- Tuncer, Z.S., (2004). Serviks Kanseri. Kadın Hastalıkları ve Doğum-Tanı ve Tedavi (Ed. Serdar Günalp, Selçuk Tuncer). Pelikan Yayınları, Feryal Matbaacılık, Ankara. s.669-682.
- Türküm, A.S., (1998). Çağdaş Yaşamda Kişilik ve Kişilerarası İlişkiler. *Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan*. (Editör: Prof.Dr. Gürhan CAN) T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1020, Eskişehir.
- Ulukuş, Ç., (2009). Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri. DEÜ Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Web:<http://www.turkpath.org.tr/files/serviks.pdf> Erişim tarihi:13.05.2009).
- Ünal, G., (2001a). Memenin Cerrahi Anatomisi, *Meme Hastalıkları* (Ed. Gürcan ÜNAL, Hilal ÜNAL ve Ali ÇERÇEL). 2. Bölüm, Nobel Tıp Kitapevleri. Tayf Ofset, İstanbul. s.10–34.
- Ünal, G., (2001b). Meme Kanserinde Klinik Özellikler, *Meme Hastalıkları* (Ed. Gürcan ÜNAL, Hilal ÜNAL ve Ali ÇERÇEL). 46. Bölüm, Nobel Tıp Kitapevleri. Tayf Ofset, İstanbul. s.338–352.
- Ünal, G., (2001c). Meme Hastalıklarında Klinik Tanı ve Kadınların Kendi Memelerini Muayene Etmeleri, *Meme Hastalıkları* (Ed. Gürcan ÜNAL, Hilal ÜNAL ve Ali ÇERÇEL). 4. Bölüm, Nobel Tıp Kitapevleri. Tayf Ofset, İstanbul. s.37–48.
- Ünal, G., Orgun, F., (2006). Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **13 (1)**:31-35.
- Walker, S.N., Hill-Polrecky, D., (1996). Psychometric Evaluation of The Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association’s Council of Nurse Researchers*. 1996 June 13-14, Washington (DC). 110 p.
- Web: <http://www.burclab.com>, Erişim tarihi:28.05.2009.
- Web: [http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI221XHowmany\\_people\\_get\\_breast\\_cancer\\_5.asp](http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI221XHowmany_people_get_breast_cancer_5.asp), Erişim tarihi:29.05.2009.
- Web: <http://www.duzen.com.tr>, Erişim tarihi:28.05.2009.

- World Cancer Report, (2008). (Edited by Peter Boyle and Bernard Levin) Published by the International Agency for Research on Cancer, Lyon-France, 2008.
- Yağmur, Y., (2006). Genç Kadınlara Uygulanan Osteoporozdan Korunmaya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **13 (4)**:257-262.
- Yalçınkaya, M., Özer, F.G., Karamanoğlu, A.Y., (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **6 (6)**:409-420.
- Yardım, N., Çoban, S.Ç., Vardar, C., (2007). Sağlık Durumu. *Türkiye’de Sağlığa Bakış*, (Ed: Mollahaliloğlu S. vd) T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 710. Bölük Ofset Matbaacılık Ltd Şti, Ankara. s.15–96.
- Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., (2007). Türkiye’de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumunun Değerlendirmesi. *Türkiye’de Kanser Kontrolü* (Ed.A.Murat TUNCER) Bakanlık Yayın Numarası: 707, Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara. s.113–130.
- Yıldırım, İ., 2002. Öğrenci Kişilik Hizmetleri. *Rehberlik* (Ed. Gürhan Can). Anadolu Üniversitesi Yayın No:1371. Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir.
- Yücel, A., Değirmenci, B., Acar, M., Ellidokuz, H., Albayrak, R., Haktanır, A., (2005). Knowledge About Breast Cancer and Mammography in Breast Cancer Screening Among Women Awaiting Mammography. *Turk J. Med Sci*. **35**:35-42.
- Yücel, U., (2006). Kadınlara Serviks Kanseri İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, , İzmir. s.150

## 8. EKLER

### Ek-1. Anket Formu

Bu araştırma kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

**Hacer GÖK UĞUR**

**1. Yaşınız?** .....

**2. Eğitim durumunuz?**

1.Okur-yazar 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5.Yüksekokul

**3. Mesleğiniz** 1. İşçi 2. Memur 3. Ev hanımı 4. Diğer.....

**4. Sosyal güvenceniz nedir?** 1.Var (.....) 2. Yok

**5. Aylık gelir miktarı**

1. Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla

**6. En uzun süre yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?**

1. İl merkezi 2. ilçe 3. köy

**7. Medeni durumunuz?**

1. Evli 2.Bekar 3. Eşi ölmüş yada eşinden ayrılmış

**8. Kaç yaşınızda evlendiniz?.....**

**9. Kaç doğum yaptınız?.....**

**10. İlk adet yaşınız nedir?.....**

**11. Her ay düzenli adet görüyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır

**12. Doğum kontrol hapi kullandınız mı?** 1. Evet 2. Hayır

**13.Menopoza girdiniz mi?** 1. Evet 2. Hayır

**14. Menopoz sonrası hormon kullandınız mı?** 1. Evet 2. Hayır

**15. Kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünüyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır

**16. Yakınlarınızda (anne, kız kardeş, teyze gibi) meme kanseri olan var mı?**

1. Evet 2. Hayır

**17. Meme problemi yaşama durumunuz** 1. Evet 2. Hayır

**18. Kendi kendine meme muayenesini biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır

**19. Kendi kendine meme muayenesinin meme kanserinin erken tanısında önemli olduğunu düşünüyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır

- 20. Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 21. Cevabınız evet ise hangi aralıklarla yapıyorsunuz?**  
1. Ara sıra 2. Düzenli olarak ayda bir kez
- 22. Son bir yılda kaç kez meme muayenesi yaptırdınız?**  
.....
- 23. Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitim aldınız mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 24. Cevabınız evet ise kimden aldınız?**  
1. Hemşire 2. doktor 3. televizyon  
4. internet 5. komşu ve akrabalarından 6. diğ er.....
- 25. Hiç mamografi çektirdiniz mi?** 1. Evet 2. Hayır
- 26. Ne sıklıkla çektireceğinizi biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 27. Son bir yılda mamografi çektirdiniz mi?** 1. Evet 2. Hayır
- 28. Bir doktora hiç klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 29. Cevabınız evet ise, son bir yılda yaptırdınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
- 30. Rahim ağzı ile ilgili herhangi bir problem yaşama durumunuz**  
1. Akıntı 2. Erezyon (yara) 3. ....
- 31. Smear (sürüntü) testinin ne olduğunu biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 32. Hiç smear testi (rahim ağzından sürüntü alınması) yaptırdınız mı?**  
1. Evet 2. Hayır
- 33. Smear testini ne sıklıkla yaptıracağınızı biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
- 34. Kanser tarama merkezinin görevlerini biliyor musunuz?**  
1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen
- 35. Bu merkeze gelmenizi kim tavsiye etti?**  
1. Akrabalarım yada arkadaşlarım 2. Sağlık personeli 3. Basın yayın organları  
4. Hiç kimse 5. ....
- 36. Bu merkeze gelme nedeniniz nedir?**  
1. Erken tanı 2. Riskli grupta olduğum için 3. Merak  
4. Sağlıklı yaşam için 5. ....
- 37. Bu merkeze kaçınıcı gelişiniz?.....**

## Ek-2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği (✓) ile işaretleyiniz. *Katılımınız için teşekkür ederiz.*

		HİÇ BİRZAMAN	BAZEN	SIK SIK	DÜZENLİ OLARAK
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	0	0	0	0
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	0	0	0	0
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	0	0	0	0
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	0	0	0	0
5	Yeterince uyurum	0	0	0	0
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	0	0	0	0
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	0	0	0	0
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	0	0	0	0
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	0	0	0	0
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	0	0	0	0
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	0	0	0	0
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	0	0	0	0
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	0	0	0	0
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	0	0	0	0
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	0	0	0	0
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	0	0	0	0
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	0	0	0	0
18	Geleceğe umutla bakarım	0	0	0	0
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	0	0	0	0
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	0	0	0	0
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	0	0	0	0

22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	0	0	0	0
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	0	0	0	0
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	0	0	0	0
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	0	0	0	0
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	0	0	0	0
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	0	0	0	0
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	0	0	0	0
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	0	0	0	0
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	0	0	0	0
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	0	0	0	0
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	0	0	0	0
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	0	0	0	0
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	0	0	0	0
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	0	0	0	0
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	0	0	0	0
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım	0	0	0	0
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	0	0	0	0
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	0	0	0	0
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	0	0	0	0
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	0	0	0	0
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	0	0	0	0
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	0	0	0	0
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	0	0	0	0
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	0	0	0	0
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	0	0	0	0
47	Yorulmaktan kendimi korurum	0	0	0	0
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	0	0	0	0
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	0	0	0	0
50	Kahvaltı yaparım	0	0	0	0
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	0	0	0	0
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	0	0	0	0

**Ek-3. Etik Kurul Onayı****ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIBBİ ARAŞTIRMALAR  
YEREL ETİK KURULU (TAYEK)**

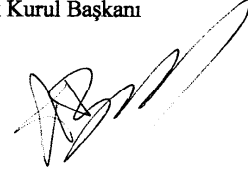
Sayı: EK:154

26.03.2009

Sayın Yrd.Doç.Dr. İknur Aydın AVCI

Etik kurulumuza yardımcı araştırmacı olarak sunmuş olduğunuz **“Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi”** başlıklı OMÜ Etik 2009/49 Karar nolu Anket nitelikli araştırma projeniz, TAYEK Yönergesine göre; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamalarınız dikkate alınarak, değerlendirilmiş olup etik açıdan uygun bulunduğu, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun etik kurulumuza bildirilmesine, 12.02.2009 tarihli etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ahmet BAŞOĞLU  
Etik Kurul Başkanı



**Ek-4. Ordu Valiliği İzin Belgesi**

T.C.  
ORDU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.52.00.10/Atm. 200  
Konu : Anket Uygulaması

29.01.2009

VALİLİK MAKAMINA  
ORDU

İlgi : Ordu İl Sağlık Müdürlüğünün (Eğitim Şube Müdürlüğü) 28/01/2009 tarihli ve 40 sayılı teklif yazısı.

Müdürlüğümüz Eğitim Şube Müdürlüğünün ilgi yazısına istinaden, İlimiz Boztepe Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Hacer GÖK UĞUR'un Boztepe Devlet Hastanesi Kanseri Tarama Merkezinde "Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi" adlı Anket çalışması yapılması planlandığı İlgi yazı ile bildirilmektedir.

Bu itibarla İlimiz Boztepe Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Hacer GÖK UĞUR'un Boztepe Devlet Hastanesi Kanseri Tarama Merkezinde "Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi" konulu yapılacak olan Anket çalışmasını yürütmesi uygun görülmektedir.

Makamımızca da uygun görüldüğü takdirde tensiplerinize arz ederim.

Dr. Yılmaz DÜNDAR  
Sağlık Müdürü

OLUR  
29.01./2009

Adem YILMAZ  
Vali Yardımcısı

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Hacer GÖK UĞUR 1979 yılında Isparta’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Isparta’da tamamladı. 1999 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’na kaydoldu. 1999–2000 eğitim öğretim yılında Ege Üniveristesi Yabancı Diller Bölümünde İngilizce Hazırlık eğitimini başarıyla tamamladı. 2000–2001 yılları arasında 13 ay süreyle Kocaeli Yeniköy Sağlık Ocağı’nda çalıştı. Daha sonra eğitimine kaldığı yerden devam ederek 2005 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldu. 2001–2006 yılları arasında İzmir Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalıştı. 2006 yılında Ordu Boztepe Devlet Hastanesi’ne atandı. 2007–2008 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programı’na başladı. Halen adı geçen yerde eğitimine devam etmektedir.