

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KARS/SARIKAMIŞ İLÇESİNDE YAŞAYAN KADINLARIN
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ SAĞLIK
İNANÇLARININ İNCELENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Necla PAK

Danışman

Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ

EBELİK ANABİLİM DALI

KARS 2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KARS/SARIKAMIŞ İLÇESİNDE YAŞAYAN KADINLARIN
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ SAĞLIK
İNANÇLARININ İNCELENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Necla PAK

Danışman

Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ

EBELİK ANABİLİM DALI

KARS 2018

TC
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Necla PAK tarafından hazırlanmış olan **Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi** adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy ..*bilgi*..... ile*kabul*... edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/07/2018

Adı Soyadı: NECLA PAK

Başkan: Doç. Dr. Sevdâ ELİŞ YILDIZ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özlem KARABULUTLU

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Elif DİRİMEŞE

İmza:

[Handwritten signature]
.....
[Handwritten signature]
.....
[Handwritten signature]
.....

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../ .../2018 gün ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Doç. Dr. Duygu KAYA

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Meme kanserinin erken tanısında kadınların öncelikle yapması gereken Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)'ne, meme sağlığı otoritelerince meme kanseri tarama rehberinde yer verilmiştir (American Cancer Society [ACS] 2014). Kadınlar tarafından rahatlıkla yapılabilecek, kolay ve ekonomik bir uygulama olması dolayısıyla da meme kanserinin erken tanısında kadınlar için KKMM'nin önemi daha çok artmıştır. Türkiye'nin de içersinde yer aldığı gelişmekte olan düşük orta gelirli ülkelerde sosyo-ekonomik gerçeklerde ele alındığında KKMM'nin önemi ve gerekliliği kaçınılmaz bir uygulama olmaktadır.

Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması, kadınlarda doğru KKMM yapma oranının arttırılması, sosyo-kültürel özellikler dikkate alınarak meme sağlığı eğitim programları hazırlanması ve hayata geçirilmesi ve yaygınlaştırılmasının önemi her geçen gün artmaktadır.

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden tez danışmanım Sn. Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerimden faydalandığım değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Özlem KARABULUTLU, Dr. Öğr. Üyesi Seyit Ali BİNGÖL ve Dr. Öğr. Üyesi Doğan AKÇA'ya

İlkokuldan bugünlere gelmemde emeği olan ve hayatıma katkıda bulunan bütün hocalarıma,

En umutsuz olduğum anlarda destekleri ile yeniden çalışma azmi bulduğum, manevi desteği ve sevgisiyle hayatımı kolaylaştıran sevgili eşime,

Eğitim hayatım boyunca daima bana güvenen, yüreklendiren sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

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

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	I
ÖNSÖZ	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
ÖZET	X
SUMMARY	XI
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Memenin Anatomisi ve Fiziyojisi.....	3
2.2. Meme Kanseri.....	4
2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi.....	5
2.2.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	5
2.2.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	7
2.3. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	8
2.3.1. Anamnez.....	8
2.3.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	9
2.3.3. Klinik Meme Muayenesi (Fiziksel Meme Muayenesi).....	14
2.4. Görüntülemeye Kullanılan Yöntemler.....	15
2.4.1. Ultrasonografi (USG).....	15
2.4.2. Tanısal mamografi.....	15
2.4.3. MRG Mamografi.....	16
2.5. Meme Kanserinde Tedavi.....	16
2.6. Meme Kanserinde Korunma.....	17
2.7. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	17
2.7.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Tarihçesi.....	19
2.7.2. Sağlık İnanç Modeli'nin Majör Kavramları.....	19
2.8. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli.....	20

2.9. Kadınların KKMM Yapma ile İlgili Sağlık İnançları.....	21
2.10. KKMM ve Meme Kanserinde Ebenin Rolü ve Sorumlulukları.....	22
3. MATERYAL ve METOT	25
3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	25
3.2. Araştırmanın Tipi.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	26
3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri.....	26
3.3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	27
3.4. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	28
3.6. Verilerin Analizi.....	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	45
6. KAYNAKLAR	60
7. EKLER	71
EK 1: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu	
EK 2: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	
EK 3: Etik Kurul İzni	
EK 4: Kurum İzni	
EK 5: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni Kullanma İzni	
8. ÖZGEÇMİŞ	83

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABDKHS	: Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Servisi
ACS	: American Cancer Society
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
Ca	: Kanser
CSİMÖ	: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SB	: Sağlık Bakanlığı
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
TEB	: Türkiye Eczacılar Birliği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
USG	: Ultrasonografi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Memenin Anatomisi.....	4
Şekil 2.2. KKMM’de Memelerin Eller Serbest, Havada ve Kalçadayken Gözlemlenmesi.....	10
Şekil 2.3. KKMM’de Elle Muayene.....	11
Şekil 2.4. KKMM’de Dokunma Tekniği.....	11
Şekil 2.5. KKMM’de Muayene Şekilleri.....	12
Şekil 2.6. KKMM’de Koltuk Altı Muayenesi.....	12
Şekil 2.7. KKMM’de Meme Ucu Muayenesi.....	13
Şekil 2.8. KKMM’de Sırt Üstü Pozisyon.....	13
Şekil 2.9. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi.....	14

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular.....	8
Tablo 2.2. Sağlık İnanç Modeli.....	18
Tablo 2.3. Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar.....	21
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	30
Tablo 4.2. Katılımcıların Meme Kanseri ve KKMM Yapma İle İlgili İfadeleri.....	31
Tablo 4.3. Verilerin Normallik Dağılımı Analizleri.....	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 4.5. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.7. Katılımcıların Düzenli Olarak Adet Görme Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.9. Katılımcıların Doğum Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.10. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Tanısına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40

Tablo 4.11. Katılımcıların KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.12. Katılımcıların KKMM Yapmama Nedenine Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42-43



ÖZET**Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi**

Bu çalışma, Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi amacıyla kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş 01.03.2017-01.06.2017 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (n=230). Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, Oneway Anova, Kruskal Wallis testi ve t-testi kullanılmıştır. Araştırmada KKMM yapma oranı %35,2 olup, katılımcıların %64,8'i KKMM yapmadığı ve yapmayanların %24,3'ü nasıl yapıldığını bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları $2,51 \pm 0,92$ ile $3,39 \pm 0,76$ arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda; sosyo-demografik özelliklerin; meme kanseri tarama davranışlarını ve meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını etkilediği tespit edilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların duyarlılık algılarının düşük, Mamografi yararları ve KKMM yararları algılarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre; meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda, erken tanı davranışının sergilenmesinde sağlık inanç algılarının dikkate alınarak algıların belirlenmesine yönelik girişimlerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Erken tanı, Kendi kendine meme muayenesi, Meme kanseri, Sağlık inançları, Sağlık inanç modeli

SUMMARY**The Living in Kars/Sarıkamış District Health Beliefs on Breast Cancer, Breast Self Examination and Mammography**

This study is a cross-sectional research for the purpose of examining the health beliefs of women living in the Kars/Sarıkamış district about self-breast examination (BSE). In this study, voluntary women who agreed to 01.03.2017-01.06.2017 participate in the study of the sampling method constituted a sample of the research (n=230). The questionnaire created by the researcher to obtain the data to be used in the research and the Champion's health belief model scale was used. In the statistical evaluation of the data, the percentage, average, OneWay Anova, Kruskal Wallis Test and T-Tesi were used. The rate of the study was 35.2%, and the participants did not know how to make 64,8% and 24,3% of respondents. The average score of the participants received from the sub-groups of the Breast Cancer health belief model scale was determined to vary between $2,51 \pm,92$ and $3,39 \pm,76$. As a result of the research; socio-demographic characteristics; It has been found that it affects breast cancer screening behaviors and health beliefs related to breast cancer screening behaviour. As a result, it was determined that participants ' perceptions of sensitivity were low, mammography benefits and the perception of the benefits of KKMM were high. According to the results of the research; In the studies aimed at early diagnosis of breast cancer, it is recommended to take into consideration the perceptions of health belief in the exhibition of early diagnosis behavior and to determine perceptions.

Keywords: Early diagnosis, Breast cancer, Health beliefs, Self-Breast examination, Health belief model

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yüzyıllardır hem kadınlar hem de erkekler için önemli olan memenin, kadın için özel olmasının temel unsuru da; cinsellik ve annelik rolünün yanında emzirme sürecinde de bebek ile duygusal bağ kurma ve kadınlık imajının oluşmasını sağlamasıdır. Ayrıca meme, kadın için fiziksel güzelliğin simgesi olmaktadır (Arslan, 2007; Karadakovan ve Aslan, 2011).

Meme kanserinin sık görülmesi ve sık görülme riskinin artması, erken dönemde tedavi edilebilir olması ve hastalığın daha kısa zamanda tanınma olanağının artmasını sağlamaktadır (Özgün ve ark. 2009). Meme kanseri riskinin giderek arttığı da bilinmektedir. Türkiye’de meme kanserinin görülme insidansı yüz binde 45.3’dir ve görülme sıklığı son 20 yılda 2 kattan fazla artmıştır (Stacey ve ark. 2002, Tunin ve ark. 2010; Sağlık Bakanlığı [SB] 2016). Kars Sarıkamış bölgesinde meme kanseri oranlarına ulaşılamamıştır.

Meme kanseri progresif bir hastalıktır ve erken dönemde tanı konursa tedavi edilme olasılığı yüksek olduğundan yaşam şansı oranı daha fazladır. Tümör palpabl olmadan önce tanı konulması hayati önem taşımaktadır (Tuncer 2007).

Türkiye’de son yıllarda gittikçe artan kanser insidansının en önemli nedenlerinden biri de erken tanı çalışmalarının yapılmaya başlanması, dolayısıyla nedeni bilinmeyen ölümlerin kanserle ilişkisinin ortaya çıkması gösterilebilmektedir. Taramanın ne zaman, ne sıklıkta ve nerede yapıldığı risk grubunda ki kadınlar tarafından iyi bilinmesi gerekir. Türkiye’de yaşayan kadınların meme sağlığı, meme kanseri, erken tanı ve taramalarla ilgili duygu, düşünce ve tutumlarını yansıtan az sayıda araştırma mevcuttur (Tabar ve ark. 2011).

Meme kanserinin erken tanısında, mamografi (MRG), klinik meme muayenesi (KMM) ve KKMM önerilmektedir (ACS 2014). KKMM, bütün kadınlarda uygulaması kolay, ekonomik ve özel araç gerektirmeyen bir yöntemdir. Aslan ve Gürkan (2007)’nin çalışmasına göre; meme kanserinin erken tanısında KKMM’nin etkisinin olmadığı yönünde çalışmaların olmasına rağmen; KKMM yapan kadınlarda meme kanserini %95, erken evre meme kanseri ise %65 kendilerinin tespit ettiği ve bu sayede %18 oranında mortalitenin azalmasını sağladığını vurgulamışlardır (Aslan ve Gürkan 2007).

Meme kanseri erken tanı davranışlarının kadınlara kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Sağlık İnanç Modeli (SİM) kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını özellikle de KKMM'yi artırmada etkili bir modeldir (Ersin ve Bahar 2012). SİM, bireyin sağlığı ile ilgili eylemlerinde onu neyin motive ettiğini anlamayı temel alan motivasyon teorisidir (Sarkeala ve ark. 2008). Bu model, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olup modelin bileşenlerine göre değerlendirilen birey, yetersiz olduğu konularda desteklenir ve uygun davranış haline getirmesi sağlanır. Model'in temel bileşenleri, eğer birey hastalığa karşı kendisini duyarlı olarak hissederse hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanır ve taramaların hem yararının hem de engellerinin farkına varabilir. Tarama ile ilgili eyleme geçmede çevre desteği veya eğitim gibi unsurlar yer aldığında ilgili sağlık davranışı ortaya çıkacaktır (Champion ve Skinner 2008).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı; "Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartları" 40-69 yaş grubundaki kadınların her 2 yılda bir kez mamografi çektirilmesini ve yılda bir KMM ile taranmasını önermekte ve bu hizmetlerin yaygın ve ücretsiz olarak tüm hedef gruba ulaştırılabilmesi amacı ile Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) yaygınlaştırılmaktadır (SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2014). Ancak yasal ve organizasyonel alt yapı hazırlanmış olmasına karşın, hala taramaya katılan kadınların oranı beklenen düzeylerin çok altındadır (Ersin ve Bahar 2012).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri erken tanı ve tedavi modalitelerinin gelişmesiyle birlikte, meme kanseri insidansının artmasına rağmen mortalitesi azalmıştır (Azage ve ark. 2013). Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde toplum bilincinin ve organize tarama programlarının olmaması ve etkili tedavi seçeneklerine ulaşamama, tedavi gecikmesine ve mortalite artışına neden olmaktadır (Obeidat ve Lally 2013).

Bu araştırmanın amacı; 15 yaşın üzerindeki tüm kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapması ve KKMM'nin düzenli bir davranış haline dönüşmesi meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü/Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkez'inde 15-49 yaş izlemi yapılan kadın sayısının fazla olması nedeniyle Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

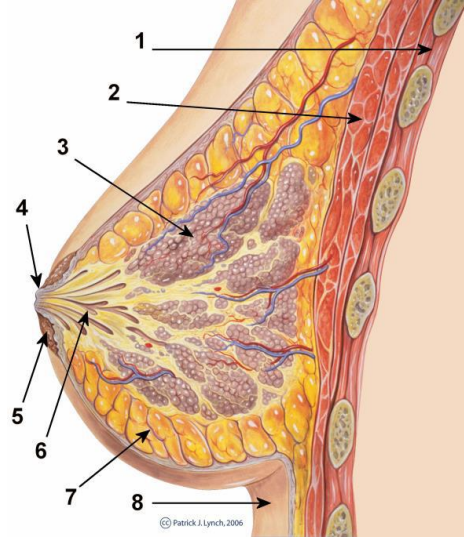
2.1. Memenin Anatomisi ve Fizyolojisi

Memeler kadınlarda sekonder cinsiyet özelliklerinden olup yenidoğan için besin kaynağıdır (Tüccar 2011). Her iki cinste de meme olmasına rağmen, meme dokusu kadında çok daha fazla gelişmiştir. Erkek memesinde az miktarda yağ mevcut iken glandüler sistem normal olarak gelişmemiştir. Kadında meme üremeye yardımcı bir organken, erkekte rudimenter ve fonksiyonsuzdur. Memenin büyüklüğünü glandüler dokuyu saran yağ miktarı belirlemektedir (Taneri ve Tekin 2003).

Meme; göğüs ön duvarında iki ve altıncı interkostol aralıklar arasında bulunan medialde sternum lateral kenarıyla, ön aksiller çizgi arasında aksillaya uzantısı olan deri ile kendini çevreleyen pektoralis major kası ve kasın fasyası arasında yerleşen modifiye apokrin bir ter bezidir. Memenin üzerinde ki deri, üzerinde bulunan pektoralis major kası ve kasın fasyası ile anatomik bir bütündür (Ünal ve İğci 2002; Zucca ve ark. 2010).

Gelişmiş meme; asinüs, duktus ve stromalardan oluşur. Memenin salgı yapan birimi olan asinüsler, bir araya gelerek lobülleri, lobüllerde lobları meydana getirir. Her meme 15-20 lobdan meydana gelmektedir ve her asinüsün bir kanalı mevcuttur, bu kanallar birleşerek lobül kanallarını, lobül kanalları da lob kanallarını oluşturmaktadır. Tüm loblar meme başına doğru ayrı ayrı açılmakta ve açılmadan önce areola altında laktifer sinüsleri yapmaktadırlar (Yıldırım ve ark. 2009; Malya ve Sayek 2013).

1. Göğüs Duvarı
2. Pektoral Kas
3. Lobüller
4. Meme Başı
5. Areola
6. Laktiferöz Kanal
7. Yağ Dokusu
8. Cilt



Şekil 2.1. Memenin Anatomisi (Kopans 2007).

Memenin gelişim ve fonksiyonu birçok hormonun etkisi ile oluşmaktadır. Bu hormonlarında en önemlileri; östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizon ve büyüme hormonudur. Östrojen duktus gelişimi başlatırken, prolaktin ve progesteron lobül ile asinüs gelişimi kontrol eder ve prolaktin de süt salgılanmasını sağlamaktadır (Aslan ve Çeber 2011).

Gebelikte hem östrojen hem de progesteron hormonları kanda yükselir ve asinüsler ile duktusların epitellerinde artışa yol açarak meme büyümeye başlar, ayrıca kanda; plental laktojen de artmaya başladığında meme büyümeside hızlanmaktadır (Çelik 2010).

İlerleyen yaşla birlikte meme, glanduler elemanlarını kaybetmeye başlamakta ve bunların yerini yağ dokusu almaktadır. Menopozla birlikte bu kayıp hızlı şekilde artmakta ve atrofi, dejenerasyon ve demiyelinizasyon sonucunda da meme bezlerinde kayıplar meydana gelmektedir (İğci 2001; Ünal 2001; Dalay 2003).

2.2. Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusunda başlayan bir kanser türüdür. Günümüzde her sekiz kadından birinde meme kanseri teşhis edilmektedir (Serarslan ve ark. 2015).

2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri tüm dünyada en sık görülen ikinci, kadınlar arasında ise en sık görülen kanser türüdür. 2016 yılında yaklaşık 2,4 milyon kadının meme kanseri tanısı aldığı saptanmıştır. Az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde sık görülmekte olup az gelişmiş ülkelerde daha çok kanser vakası (920.000 yeni vaka) bulunmaktadır. Dünya geneline bakıldığında insidansları Kuzey Amerika'da Orta Afrika ve Doğu Asya'dan yaklaşık 4 kat daha fazladır (GLOBACAN 2016).

Amerika'da 2009-2013 yılları arasında her yıl 100.000 kadından 125'i yeni meme kanseri tanısı alırken 21,5'i meme kanserinden ölmüştür. 2013 yılında 3 milyondan fazla kadının meme kanseri olduğu saptanmıştır. Kadınların yaklaşık %12,3'ünde ömürlerinin bir döneminde meme kanserine yakalanma riski vardır (National Cancer Institute (NCI) 2015). Amerikan Kanser Birliği'nin 2016 yılı tahminlerine göre 2016 yılı içinde yaklaşık 246.660 kadının invazif meme kanseri, 61.000 kişinin in situ meme kanseri tanısı alacağını ve yaklaşık 40.450 kadının ise meme kanserinden dolayı hayatını kaybedeceği belirtilmiştir (American Cancer Society (ACS) 2014).

Ülkemizde 2012 verilerine göre; meme kanseri insidansı %24,5 iken mortalite %15,7'dir. Her iki cinsiyette görülen tüm kanser tiplerine bakıldığında insidans olarak akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir (GLOBOCAN 2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre her 100.000 kadının 45,9'u meme kanserine yakalanmaktadır. Tüm kanserler içinde %24,6 ile en yüksek orana sahiptir. En sık 60-64 yaşlar arasındaki kadınlar meme kanseri tanısı almaktadır ($^{154.3}/_{100000}$). Meme kanseri vakaları histolojik olarak incelendiğinde %94,4'ü duktal ve lobüler tiptedir (SB 2016). Kars Sarıkamış bölgesinde meme kanseri oranlarına ulaşamamıştır.

2.2.2. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Driedger ve Eyles 2001; Campbell 2002). Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme

kanserinin, risk faktörlerinin azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (Manjer ve ark. 2000).

Cinsiyet: Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülmektedir (Jemal ve ark. 2011).

Yaş: Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Meme kanserinden ölümlerin %84'ü 50 yaş üzerinde oluşmaktadır (Siegel ve ark. 2012; ACS 2016b).

İrk: Beyaz kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir. Afrika kökenli kadınlarda ise meme kanserinden ölme riski daha fazladır (ACS 2016b).

Aile öyküsü: Anne veya kardeşlerden birinde meme kanseri öyküsünün olması meme kanseri oranını %2 ile %3 oranında; kardeşlerin tümünde meme kanseri olması ise meme kanseri olma riskini %8 artmaktadır (Smith ve ark. 2002; ACS 2016b).

Reprodüktif dönem: Uzun süre östrojen hormonuna maruz kalmak meme kanseri riskini arttırmaktadır. Erken adet gören ve geç menapoza giren kadınlarda meme kanseri gelişme riski bu nedenle artmaktadır (McPherson ve ark. 2000).

Doğurganlık öyküsü: Doğum yapmamış kadınlarda meme kanseri riski, doğum yapanlara göre daha fazladır (Veronesi ve ark. 2005).

Emzirme: Emziren kadınlarda meme kanseri riski emzirmeyen kadınlara göre daha düşüktür (Faupel-Badger ve ark. 2013; ACS 2016b).

Menstrüal öykü: Menarş ve menopoz arasındaki sürenin uzaması durumunda kanser riski artarken, kısalması durumunda ise bu risk azalmaktadır (Smith ve ark. 2002).

Östrojen alımı: Erken ve uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, uzun süreli (10-15yıl üzeri) östrojen replasman tedavisi meme kanseri riskini arttırmaktadır. Östrojen ve progesteronun birlikte kullanımı ise meme kanserini etkilemediği görülmüştür. (ACS 2016a).

Yağlı diyet: Özellikle aşırı yağlı diyet ile beslenenlerde meme kanserinin arttığı görülmektedir. Yüksek yağlı diyetler obesiteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyi meme kanseri riskini arttırmaktadır (Manjer ve ark. 2000; McKenzie ve ark. 2013).

Alkol: Günde iki bardaktan fazla miktarda alkol alınması kanser riskini arttırmaktadır. Etyolojisi kesin olarak açıklanamamakla birlikte alkol kullanımının meme kanserine neden olabileceği yönündedir (Suzuki ve ark. 2008).

Obezite: Obezitenin meme kanseri riskini arttırdığının bildirilmesine rağmen halen tartışılır durumdadır. Östrojen adipos dokusunda birikmekte ve endojen östrojen üretimini arttırarak meme dokusunda daha fazla östrojen birikmesine neden olarak kanser riskini arttırdığı düşünülmektedir (Friedenreich 2001; Rinaldi ve ark. 2006; Amadou ve ark. 2013; ACS 2016a).

2.2.3. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları

Genellikle ilk evrede belirti vermeyen meme kanserinde, kanserin yayılımına ve kişilere göre belirtilerde değişmektedir. Memede meydana gelen değişimlerin birçoğu zararsız olmakla birlikte meme kanserinin ilk belirtileri olma ihtimali de unutulmamalıdır (Alpteker ve ark. 2011; Siegel ve ark. 2012).

Meme kanserinde görülebilecek belirtiler;

- Kitle
- Meme başında retraksiyon
- Meme derisinde çukurlaşma
- Ağrı
- Meme derisinde ödem, portakal kabuğu görünümü
- Deride ülserasyon ve eritem
- Meme başında akıntı
- Lenf nodüllerinde büyüme
- Üst kolda anormal şişlik
- Enflamasyon bulguları (Özmen ve ark. 2009; Somunoğlu 2009).

Tablo 2.1. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular

Belirti ve bulgular	Yorum
Kitle	<ul style="list-style-type: none"> • Ağrısızdır • Hareketsizdir • 1-2 cm büyüklüğündedir • Tek taraflı ve süreklidir • Sınırları kısmen belirlenebilir • Şekilsiz ve zor palpe edilir
Ağrı	•Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.
Meme başı akıntısı	<ul style="list-style-type: none"> • Pek sık rastlanmaz. • Tek taraflıdır. • Genellikle kanlıdır.
Forgue belirtisi	• Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadrantlardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur.
Meme üzerindeki deride ödem	<ul style="list-style-type: none"> •Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeyel lenf damarlarına ulaşır. •Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur. •Tümörün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
Meme başında retraksiyon veya çökme	•Tümörün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
Deride ülserasyon ve eritem	•Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada Musculus Pectoralis'e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.
Lenf nodüllerinde büyüme	•Tümörün lenf nodüllerine metastazı sonucunda lenf nodüllerinin tıkanması nedeniyle oluşur
Üst kolda anormal şişlik	•Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

Kaynak: (Canbulat 2006).

2.3. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

Anamnez, KKMM, KMM ve görüntüleme kullanılan yöntemler meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca tarama yöntemleri olarak tanımlanmaktadır (Avcı ve Gözüm 2009).

2.3.1. Anamnez

Aile öyküsü olanlarda kanser yaşı daha erken ve bilateral olmaya eğilimlidir. Meme kanserli hastalar genellikle orta yaş üzerinde olmakla beraber, genç yaşta kliniğe memede kitle, akıntı, subjektif yakınma şikayeti ile de gelebilirler (SB 2016). Düşük menstruasyon yaşının düzenli ovulatuvar dönemlerin sayısını artırarak meme dokusunun östrojen ve progesterona maruziyet süresini uzattığı ve bunun da meme kanseri riskini artırdığına inanılmaktadır (İlvan 2006). Menapoza 45 yaşından önce girenlerde meme kanseri riskinin 55 yaşından sonra girenlerin yarısı kadar olduğu bildirilmiştir. Uzun süren laktasyonların ovulatuvar dönem sayısını azaltarak koruyucu etki yaptığı varsayılmaktadır (Özmen 2008).

Meme kanseri oluşan bir kadında yaşamı boyunca 2. kez meme kanseri oluşma riski %25-30'dur. Bu nedenden dolayı anamnezde daha önce meme kanseri olup olmadığı ve tüm risk faktörleri sorgulanmalıdır (Ünal 2001).

2.3.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi, kadınların 20 yaşından sonra, ayda bir kez görsel ve elle belli bir sistematik bir biçimde memelerin kontrol edilmesidir (Topuz ve ark. 2003).

Kendi kendine meme muayenesi, uzun zamandır önerilmekte olup, maliyeti düşük bir tarama yöntemidir. Tarama mamografisinin mümkün olmadığı ülkelerde uygun bir yöntemdir ve meme kanseri mortalitesini %25 azaltabileceği bilinmektedir. KKMM'yi her kadın aynı kalitede yapamadığından mamografi ile taranan kadınlarda KKMM yöntemi ile ara dönem kanserleri daha kolay saptanabilmektedir (Özmen 2002).

Doktora gidemeyen ve mamografi çektiremeyen kadınların uygulayabileceği tek yöntem kendi memelerini kendilerinin muayene etmesidir. Yapılan çalışmalarda kendi kendini muayene eden kadınların meme kanserini daha erken dönemde saptadığı bunun hem siyah hem de beyaz ırkta, tüm sosyal ve ekonomik düzeylerde ve tüm yaş gruplarında geçerli olduğu görülmüştür (Parlar ve ark. 2005; Avcı ve Işıklı 2006).

Kendi kendine meme muayenesinde temel amaç; kadınların meme dokularını iyi tanımalarıdır. Meme kitlelerinin %90'ı kadınlar tarafından bulunduğu için kadınların KKMM'yi bilme ve uygulamaları desteklenmelidir (Yıldırım 2002; Avcı ve Işıklı 2006).

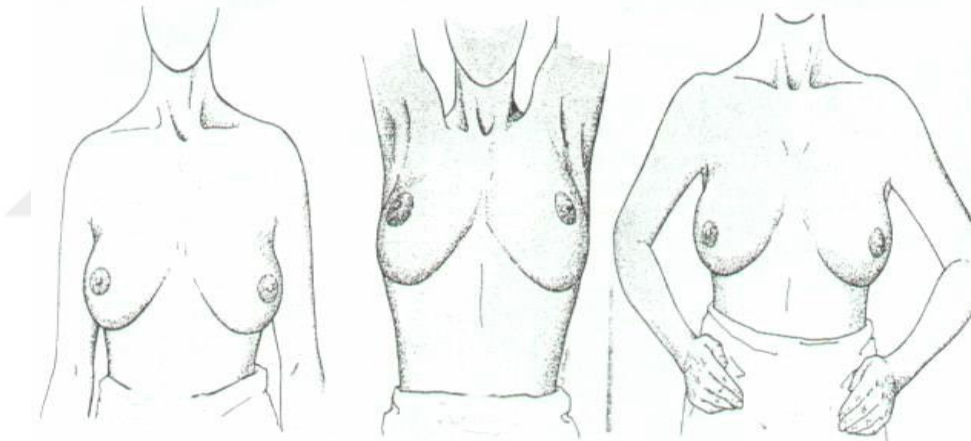
Kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri mortalitesini azaltmasına ilişkin tartışmalı görüşler mevcut olsa da, özellikle gelişmekte olan ülkeler için meme kanseri mortalitesini azaltmada mamografi ve KMM ile birlikte, KKMM uygulaması hala önemini korumaktadır (Secginli ve Nahcivan 2006).

Kendi kendine meme muayenesi, her ay düzenli olarak yapılmalı ve bunun için en uygun zaman adet döneminden 5-7 gün sonra memelerin hassas ve gergin olmadığı dönemdir (Aktan ve İnan 2004). Menapoz sonrası dönemde ve adetleri düzenli olmayan kadınların KKMM her ay kendilerinin belirledikleri belirli bir

günde yapmaları uygundur. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. Emzirme döneminde, emzirdikten sonra meme boş olduğu zaman uygulamak gerekmektedir (Parlar ve ark. 2005).

KKMM'nin aşamaları:

- **Gözle Meme Muayenesi (İnspeksiyon):** Gözle değerlendirme KKMM'nin ilk basamağıdır. Bunun için aydınlık bir odada, ayna karşısında belden yukarıdaki kıyafetler çıkarılarak, eller her iki yanda serbest vaziyette iken, havadayken, her iki el kalçanın üzerindeyken ve öne doğru eğilerek; meme, meme başı ve etrafındaki dokularda, şişlik, çekilme, renk değişikliği, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan belirginleşme, memelerde asimetri, portakal kabuğu görüntüsü, kuruma, pullanma, yara, meme başı akıntısı olup olmadığına bakılır (Aktan ve İnan 2004; Avcı ve Işıklı 2006).

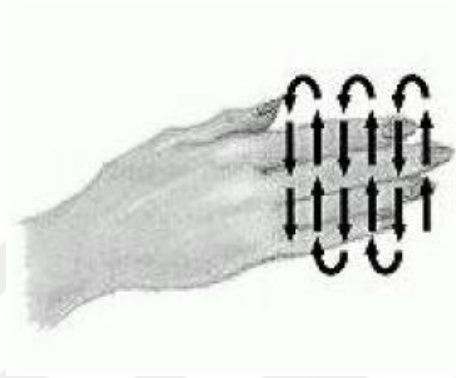


Şekil 2.2. KKMM'de Memelerin Eller Serbest, Havada ve Kalçadayken Gözlemlenmesi (Karadakovan ve Aslan 2011)

Farklı pozisyonlarda gözle muayene yapmaktaki amaç; meme dokusunun arkasında kalan kasların kasılmasına neden olmak ve böylece meme dokusundaki muhtemel habis oluşumların gözle görülebilir hale gelmesini sağlamaktır (Şekil 2.2) (Karadakovan ve Aslan 2011). Habis kitleler memede çoğu durumda sabit duruş kazandıran Cooper bağlarının ve meme arkasındaki kasların işlevlerini bozmaktadır (Aydın ve ark. 2000).

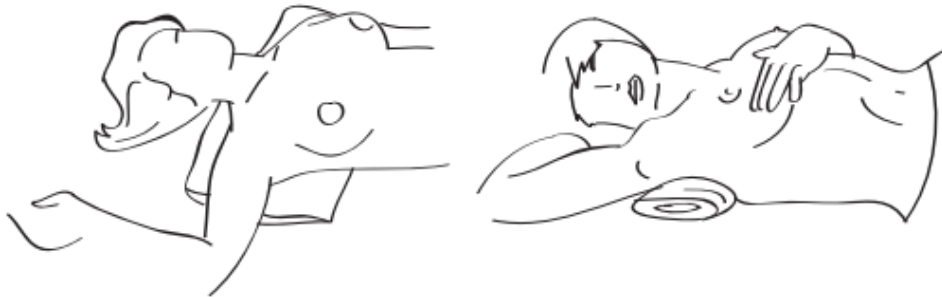
- **Elle Yapılan Meme Muayenesi (Palpasyon):** KKMM'de ikinci basamak her iki memede de koltuk altlarında ve klavikula üstünden omuza kadar ki alanın palpasyonudur (Küçük ve Küçük 2011).

Meme dokusunun yoğunluğu çeşitlilik göstermektedir. Genç kadınlarda meme dokusu sıkı ve elastik iken, yaşlılarda gevşek ve modüler olabilmektedir. Hastanın kendi meme dokusuna aşına olması oldukça önemlidir ve aylık düzende meme muayenesi ile kazanılmaktadır (Görgülü 2014).



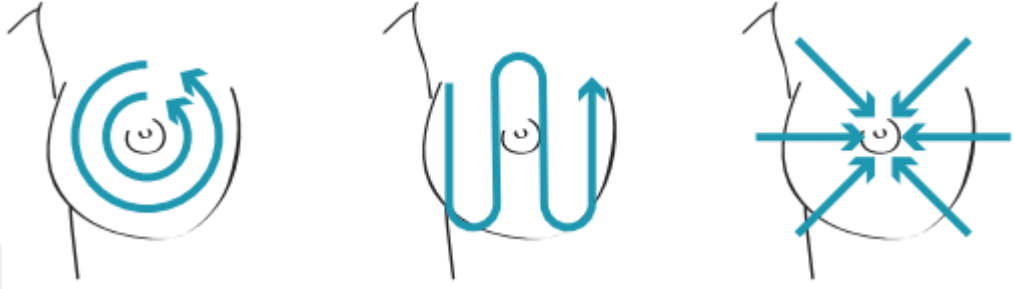
Şekil 2.3. KKMM'de Elle Muayene (ACS 2016)

Meme dokusunda elle değerlendirildiğinde var olan doku ile olmaması gerek bir dokunun ayrımının yapılması önemlidir. Meme dokusu baş ve işaret parmağı arasında sıkılmamalı ve elin orta üç parmağı meme dokusu üzerine yerleşerek tarama parmakların hassas olduğu iç yüzeylerinde doku hissedilerek elle değerlendirme yapılmalıdır. Elle muayenede üç parmağın iç yüzeyleri kullanılarak Şekil 2.3'de gösterildiği gibi yukarıdan aşağıya-aşağıdan yukarıya doğru tarama yöntemi gözlenmektedir (Berkarda 2000).



Şekil 2.4. KKMM'de Dokunma Tekniği (ACS 2016)

Memesi küçük olan bayanlarda muayene edilecek tarafın altına yastık konularak kol avuç içi yukarıya gelecek şekilde ve dik açı yapılarak yana uzanılır. Memesi büyük olanlarda ise aynı pozisyonda kol baş üzerine doğru uzatılır (Türkiye Eczacılar Birliği [TEB] 2018).



Şekil 2.5. KKMM'de Muayene Şekilleri (ACS 2016)

Meme dokusunun tamamı ile taranması, koltuk altından göğüs kemiğine ve köprücük kemiğinden meme alt sınırına kadar olan alanların hissederek yapılan taramadır. Amaca yönelik Şekil 2.5'te de görüldüğü gibi parmak uçları memeden kaldırılmadan memenin tamamına daireler çizerek, yukarıdan-aşağıya, aşağıdan-yukarıya taranarak değerlendirilir. Elin orta üç parmağı kullanılarak yapılan taramada, parmakları sadece cilt üzerinde kaydırmak doğru bulgu vermemektedir. Her meme de ayrı ayrı toplamda üç kez hafif, orta ve şiddetli bastırılarak tekrarlanmalıdır (Karadakovan ve Aslan 2011).



Şekil 2.6. KKMM'de Koltuk Altı Muayenesi (ACS 2016)

Koltuk altı muayenesinde memenin bir kısmı koltuk altına uzanır. Bu bölge bir kere de kol yan tarafta rahat bir pozisyonda iken de kontrol edilir (TEB 2018).



Şekil 2.7. KKMM'de Meme Ucu Muayenesi (ACS 2016)

Meme başı başparmak ve işaret parmağı ile nazikçe sıkılır. Bazı bayanlarda meme başından berrak ya da süt içeren sıvı aktığı görülmektedir. Sıkma sırasında gelen bu sıvı normal bir durum olarak görülse de herhangi bir sıkma olmadan memeden gelen sıvı veya kanlı akıntı şeklindeyse doktor tarafından muayene edilmelidir (TEB 2018).

Yatar pozisyonda elle değerlendirme; sırt üstü yatılmalıdır. Sağ omzun altına bir yastık vs. yerleştirdikten sonra sağ el başın altına konulmalıdır. Meme dokusu bir yana doğru kaymamalı, ortada durmalı ve sol el parmakları ile meme Şekil 2.8'de gösterildiği gibi taranmalıdır. Sağ memenin değerlendirmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme içinde yapılmalıdır (Yılmaz 2012).



Şekil 2.8. KKMM'de Sırt Üstü Pozisyon (ACS 2016)

Ayakta elle değerlendirme; İdeal olarak duştaiken sabun ile yapılmaktadır. Ayakta muayene şeklinde de olduğu gibi önce sağ el enseye konularak yatar pozisyonunda elle değerlendirmede yapılan işlemler önce sağ meme sonra da sol memede tekrarlanır. Ayakta yapılan muayenede özellikle üst dış kadrandaki kitlelerin fark edilmesi sağlanır. Meme kanserlerinin %60-70'i meme dokusunun en yoğun olduğu bölgede rastlanmaktadır (Şekil 2.9) (Abeloff ve ark. 2004).



Şekil 2.9. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi (Küçük ve Küçük 2011)

2.3.3. Klinik Meme Muayenesi (Fiziksel Meme Muayenesi)

Klinik meme kontrolleri; meme konusunda uzman doktor ve yeterli deneyime sahip ebe ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Memenin şekline, dokusuna, kitlenin yerine, kitlenin deriye ilişkin derin dokuda olmasına, muayene esnasında dikkat edilir. KMM esnasında koltuk altları ve kolların alt kısımları ayrı olarak incelenir.

Klinik meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde tanılanmasında önerilen yöntemlerdendir. KMM'nin sensitifitesi (duyarlılığı) %40-69, spesitifitesi (özgüllüğü) %88-99 arasında değişmektedir (Elmore ve ark. 2005; Nelson ve ark. 2009).

Klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında meme kanserinin belirlenme oranı %5-20 oranında görülmektedir. KMM mamografi ile belirlenemeyen tümörleri de belirleyebilmektedir (McDonald ve ark. 2004; Kearney ve Murray 2009).

Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Servisi (ABDKHS), KMM'ye ilişkin mevcut kanıtların yetersiz olması nedeniyle KMM'nin bir tarama yöntemi olarak kullanılmasını önermemektedir. Diğer taraftan, Kanada Koruyucu Sağlık Bakımı Çalışma Grubu, Kanada Kanseri Birliği ve Susan G. Komen for the Cure Vakfı meme kanseri tarama yöntemleri arasında KMM'ye yer vermektedir (Smith ve ark. 2010). Ülkemizde ise, Sağlık Bakanlığı kadınlarda 20 yaş üzerinde 1-3 yılda bir, 40 yaş üzerinde ise yılda bir KMM'nin yaptırılmasını ve 40-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi çektilmesini ulusal kanser tarama standardı olarak belirlemiştir (Gültekin 2014; SB 2016).

Özellikle kaynakları sınırlı ölkelerde KMM, ekstra bir araç gerektirmemesi ve kadınlarda meme kanserinin farkındalığını arttırması gibi avantajları nedeniyle önemini korumaktadır (Miller ve ark. 2000; Kearney ve Murray 2009; Smith ve ark. 2010).

2.4. Görüntüleme Kullanılan Yöntemler

2.4.1. Ultrasonografi (USG)

Ses dalgalarından yararlanılarak memenin iki boyutlu olarak görüntülenmesidir. Genç kadınlarda ve meme dokusu yoğun olan kadınlarda kitlenin kistik ya da solid olduğunun değerlendirilmesi için kullanılır. Radyasyon içermez. USG meme kanseri tanılmasında tek başına yeterli değildir. Meme kitlelerinin değerlendirilmesinde mamografiye yardımcı bir tanılama yöntemidir (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.4.2. Tanısal mamografi

Ele gelen kitlelerde lezyonun selim-habis ayırıcı tanısında fizik muayene bulgularına ilave olarak hastaların yaşına göre iki taraflı mamografi ve ultrasonografi ya da her ikisinden de yararlanılmaktadır. Meme başı akıntısı, çekinti gibi şikayetleri olan hastalarda mamografi ve ultrasonografiden yararlanılmaktadır (Malya ve Sayek 2013).

2.4.3. MRG Mamografi

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) güçlü manyetik alan içerisinde radyo dalgaları kullanılarak belirli anatomik yapıları diğer yapılardan net olarak ayırt etmek için sağlıklı ve hastalıklı dokular arasındaki farklılıkları saptamak için kullanılan, lezyonların saptanmasında duyarlılığı en yüksek olan görüntüleme yöntemidir. Mamografi ve ultrasonografi ile değerlendirme yapılamayan hastalarda ve yüksek riskli hastalarda MRG kullanılmaktadır (Baron 2010; Hamolsky 2014; Kaymakçı 2014; Hunt ve ark. 2015; ACS 2015; Karayurt ve ark. 2016).

2.5. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanseri tanısı ilk konulduğu zaman, en uygun tedavinin seçilebilmesi için hastalığın öncelikle evresinin tespit edilmesi gerekmektedir. Evrelemede ilk olarak öykü alınması, fizik muayene, kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri ve metabolik profilin tamamlanmasıyla değerlendirilir. Semptomlara yönelik kemik, beyin, akciğer ve karaciğer değerlendirilmesi yapılır (McPherson ve ark. 2000).

Meme kanserinde tedaviler lokal ve sistemik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Mandel 2012). Cerrahi ve radyoterapi lokal hastalığın tedavisi için kullanılırken, kemoterapi ve hormonal tedaviler hastalığın sistemik tedavisinde kullanılmaktadır (The World Health Organization [WHO] 2006; Kaymakçı 2011).

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde amaç diğer kanserlerde olduğu gibi tümörün hastanın vücudundan uzaklaştırılması ve yaşamının kurtarılmasıdır (Uslu 2012; Koçak ve Emre 2012). Meme kanseri tedavisinde uygulanan radyoterapi hastalığın her evresinde tedavinin vazgeçilmez bir yöntemini oluşturan lokal bir tedavidir (Arnold ve Paulino 2008; Dinçer ve Beşe 2012). Lokal tedavilerin hastalığın tekrarlamasını engelleyemediği anlaşıldıktan sonra, hastalığı kontrol altına alabilmek için kemoterapi çalışmaları başlatılmıştır (Viani ve ark. 2007; Mandel 2012). Diğer tedavi olan hormonal tedavi, hormonal tedaviye yanıt vermesi, tümör dokusunda bulunan östrojen ve progesteron reseptör varlığı ile yakından ilgilidir. Biyolojik tedavi ise monoklonal antikor tedavisidir (Kaymakçı 2011; Çiçin ve Saip 2012).

2.6. Meme Kanserinde Korunma

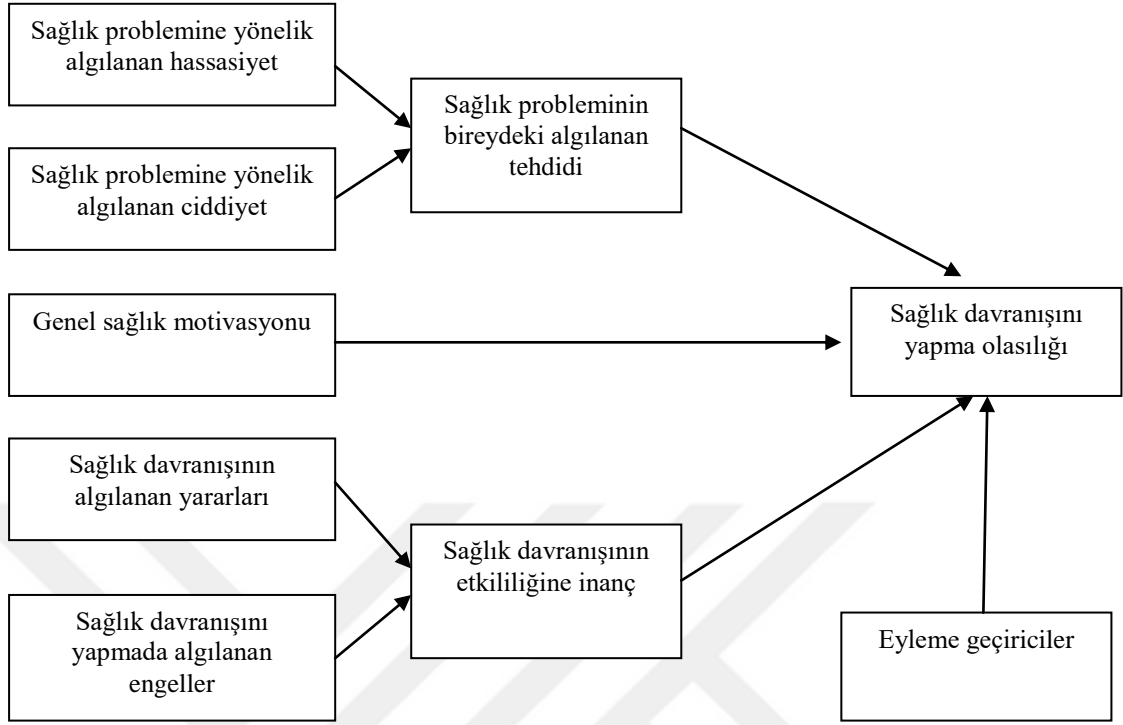
Meme kanserinden korunmada birincil ve ikincil olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır.

Birincil Koruma: Birincil korumada amaç; kanserin gelişmesini önlemek, risk etmenlerine yönelik her türlü önlemi almaktır. Birincil önlemlerde kontrol altına alınabilecek risk faktörleri; yaşa göre önerilen kilonun korunması, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, 30 yaş sonrası gebeliklerin minimal olması, yeni doğanın en az 6 ay emzirilmesi şeklinde sıralanabilir (Smeltzer ve Bare 2005, Parlar ve ark. 2005).

İkincil Koruma: İkincil korumada amaç; etkin erken tanı ve tarama yöntemleri ile (örneğin: mamografi, KKMM gibi) meme kanserinin klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken dönemde saptanması ve bireyin iyileşme şansının artırılarak morbidite ve mortalite oranının düşürülmesi, yaşam süresi ve kalitesinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır (Smeltzer ve Bare 2005).

2.7. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Bireylerin tutum ve davranışlarının nedenini açıklayan Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan, geliştiren davranışların yanında birçok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, hastayı neyin motive ettiğini veya engellediğini açıklamada ve ölçmede etkili rehberdir (Ersin ve Bahar 2012; Gözüm ve Çapık 2014). Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerin önceden belirlenmesidir. Model sadece tarama davranışlarını açıklamakla sınırlı kalmamakla birlikte hasta davranışı, hasta rolü davranışı ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri açıklamaktır (Çenesiz ve Atak 2007; Gördes Aydoğdu ve Bahar 2011). Son yıllarda yazılan güncel kaynaklarda SİM için 8 bileşen bildirilmiştir (Rohleder 2012). Bunlar aşağıda Tablo 2.2.'de gösterildiği gibi; algılanan hassasiyet, duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranış etkinliği ve eyleme geçme olasılığıdır.

Tablo 2.2. Sağlık İnanç Modeli

Kaynak: (Rohleder 2012).

Modelin meme kanserine uyarlanmış hali Tablo 2.2.'de verilmiştir. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireysel algılama, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara etki eden değişkenleri içermektedir (Nahçıvan ve Seçginli 2003).

2.7.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Tarihçesi

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireyleri hastalıklardan korumada sorumluluk almalarını sağlarken, kendilerini korumada sorumluluk almama nedenlerini anlamak için kavramsal çerçeve oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir (Avcı ve Kurt 2008). Bu model, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramından yararlanılmıştır. SİM bireylerin sağlıklarıyla nasıl ilgilendikleri ve tedavilerinin nasıl olacağını gösterir, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar (Sarkeala ve ark. 2008). Bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar bu modele zamanla eklenmiştir.

2.7.2. Sağlık İnanç Modeli'nin Majör Kavramları

Sağlık inanç modelinin major kavramları 6 alt başlığa ayrılır:

Duyarlılık algısı: Hastalığa yakalanmada bireysel riskin algılanması ve bireyin sağlık problemine yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişinin belli koşullarda kendini hassas hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Algıda etkisi olan faktörlerden demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, sosyoekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin role sahiptir (Gözüm ve Aydın 2004).

Önemseme/Ciddiyet algısı: Hastalığın ciddiyetinin algısı ile bireyin sergilediği koruyucu davranışlar arasında yüksek bir ilişki vardır. Bireyi ilgilendiren özel bir duruma yönelik bireysel tehdidin (hastalığın doğurduğu zararlı sonuçların) algılanmasıdır (Tabak 2000).

Yarar algısı: Hastalıkla ilgili ciddiyeti veya riski azaltmak için önerilen eylemin etkinliğine inanmadır. Eylemin yönü yani koruyucu davranışların yönü bireyin etkinliklerle ilgili inançları belirleyecektir. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir (Secginli ve Nahcivan 2004).

Engel algısı: Bireyin hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak koruyucu davranışın sergilenmesinde tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında, "maliyet, ağrı, zahmet ve utanma"

olabilir. Sergilenecek davranışa yönelik engeller farklı olabilir, önemli olan bu engellerin algılanması ve ortadan kaldırılması için çaba gösterilmesidir. Engel algısı, yarar algısına üstün geldiği sürece koruyucu sağlık davranışlarının sergilenme oranı azalır (Uzun ve ark. 2004).

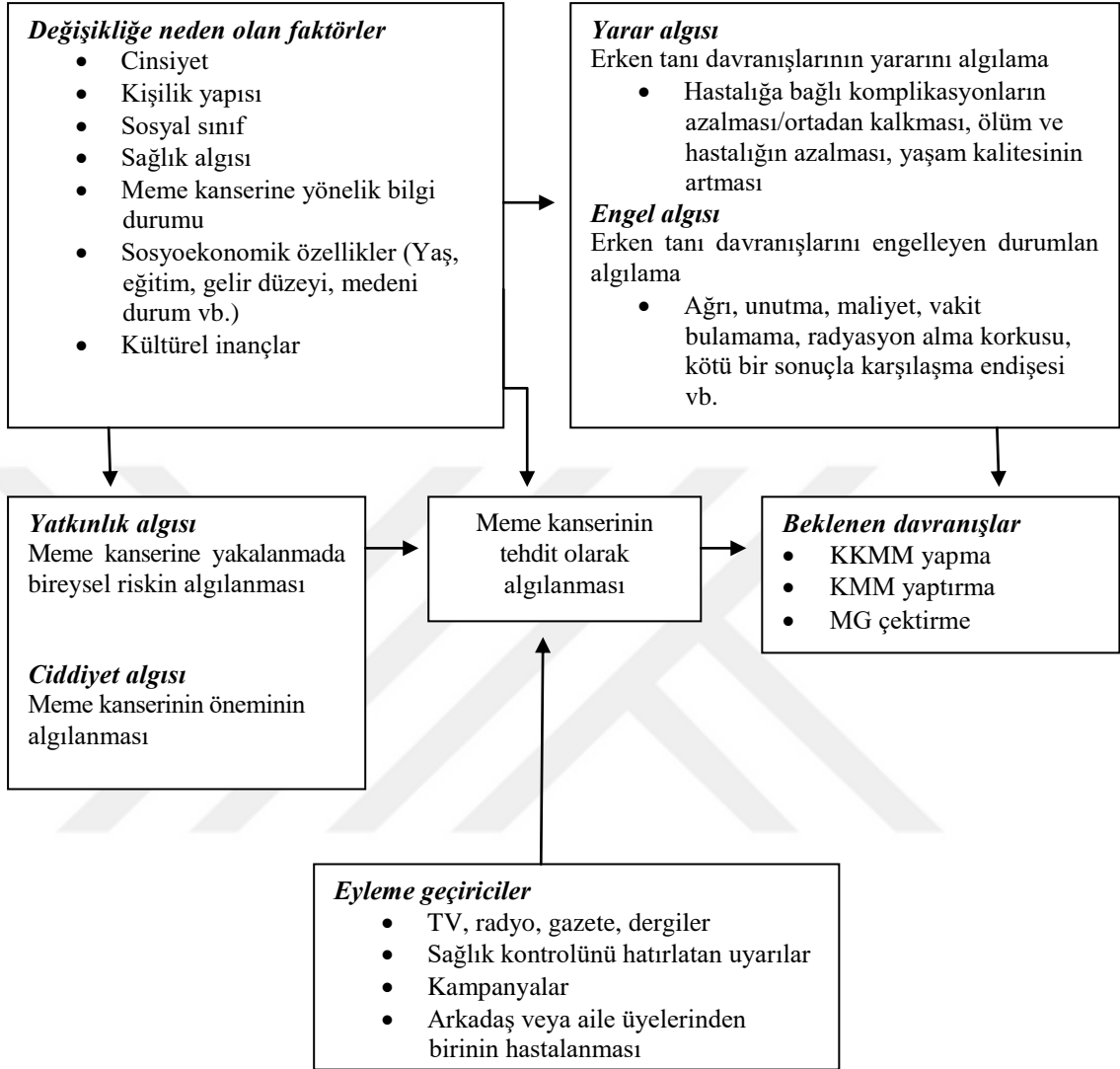
Eyleme yöneltenler: Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol alan ve eyleme yönelten faktörler kapsamında, büyük medya kampanyaları, sağlık kontrolü için hatırlatıcı uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması, gazete ve dergiler yer almaktadır. Eyleme geçiren en etkin faktörlerden biri de eğitimidir (Topal 2005).

Öz-etkililik/yeterlilik: Kişinin bir eylemi başarıyla yapabilmeye olan inancıdır. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları; davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini, motivasyonunu zayıflatan sorunlar ve engellerle mücadele etme gücünü etkiler. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler eylemi uygulamada veya başarmada öz-etkililik algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve sonuçta eylemi uygulamada daha fazla etkin olurlar (Karayurt ve Dramalı 2007).

2.8. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli'nin Tablo 2.3'de meme kanserine yönelik uyarlanmış çerçevesi gösterilmektedir. Buna göre modelde; bireysel algılarda değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara etki eden değişkenler yer almaktadır. Bu açıdan ele alındığında modelin bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel algılarla şekillendiği görülmektedir (Nahçıvan ve Seçginli 2003).

Tablo 2.3. Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar



Kaynak: (Nahçıvan ve Seçginli 2003).

2.9. Kadınların KKMM Yapma İle İlgili Sağlık İnançları

Jirowong ve MacLennan (2002), Seçgili ve Nahçıvan (2006) ile Karayurt ve ark. (2008) 40 yaş üstündeki kadınlarla yaptıkları çalışmalarda meme kanserinde duyarlılık algılarının yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Karayurt ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada KKMM yapan kadınların KKMM yapmayan kadınlara oranından daha fazla olduğunu vurgulamışlardır.

Sağlık İnanç Modeli alt modeli olan KKMM yarar algısı bazı çalışmalarda KKMM-yarar algısının KKMM yapan kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (Petro Nustas ve Mikhail 2002; Karayurt ve ark. 2008). Petro Nustas ve Mikhail'in

yapmış olduğu çalışmada (2002) KKMM yapan kadınların meme kanseri duyarlılık algılarının gelecekte KKMM yapma niyetlerini etkilediğini vurgulamışlardır. KKMM yapan kadınların KKMM yapmalarına yönelik engel algılarının KKMM yapmayanlara oranla daha düşük olduğunu vurgulamışlardır (Petro Nustas ve Mikhail 2002; Jironjwong ve ark. 2005; Seçginli ve Nahçıvan 2006; Dünder ve ark. 2006; Karayurt ve ark. 2008).

Sağlık İnanç Modeli kullanılarak meme kanseri erken tanısına yönelik ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; KKMM yapan kadınların KKMM yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük olduğu görülmektedir (Seçginli ve Nahçıvan 2006; Dünder ve ark. 2006; Karayurt ve ark. 2008).

Kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik sağlık motivasyon algılarının KKMM yapmayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da KKMM yapan kadınların KKMM özgüven/etkilik algılarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Jironjwong ve ark. 2005; Petro Nustas ve Mikhail 2002; Dünder ve ark. 2006; Karayurt ve ark. 2008).

2.10. KKMM ve Meme Kanserinde Ebenin Rolü ve Sorumlulukları

Bir toplumda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için mutlaka gerekli olan ve Alma Ata Bildirgesi'nde (1978) Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) sağlanması için vazgeçilmez olarak belirtilen etkinlikler arasında sağlık eğitimi önemli yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eksperler komitesi, sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır: “Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırma” (Gökkoca 2001).

Sağlık eğitimi, yüz-yüze ya da grup eğitimi olmak üzere iki ayrı şekilde yapılmaktadır. Uygun eğiticiler tarafından verilen yüz-yüze eğitimin toplumun değer yargılarını ve davranışını değiştirme de etkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle sağlık eğitim programlarının hazırlanmasında yüz yüze eğitim temel hizmet; kitle haberleşme araçlarıyla eğitim bunu destekleyen hizmet olarak ele alınmalıdır. Ancak yüz yüze eğitimde de başarının temel koşulu eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı

olabilmesi için, eğiticinin eğitim verdiği toplumu iyi tanması, ihtiyaçları ve beklentileri konusunda bilgi sahibi olması ve bu gereksinimler doğrultusunda, eğitim konusunun belirlenmesi gerekmektedir (Tekbaş ve ark. 2005).

Toplumun gereksinimlerini saptama, ihtiyaca yönelik sağlık eğitimi vermede, koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesinde birinci basamak hizmetlerinde çalışan sağlık personeli önemli bir sağlık insan gücü olarak rol almaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ev ziyaretleri ve sağlık ocağında verilen yüz-yüze ya da grup eğitimlerinin etkinliğini arttırmaya yönelik uygulamalara önem verilmelidir. Ayrıca bu eğitimlerin en önemli amacı, bireylerin sağlık bilincini geliştirmek ve olumlu sağlık davranışı kazandırmak olmalıdır. Çünkü eğitim, bireyde sağlıklı tutum ve davranış değişikliği sağladığı takdirde etkilidir. Özellikle, toplumda sık görülen, koruyucu davranış geliştirme ile görülme sıklığı ve ölüm oranı azalan hastalıklarda, sağlık eğitimine öncelik verilmelidir.

Son yıllarda yapılan sağlık bilgi, tutum ve davranışları ile ilgili araştırmalar, toplumumuzda doğru sağlık bilgi ve davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir. Sağlık eğitimin en önemli amacı özellikle, yüz-yüze eğitim sırasında, sağlık eğitimcisinin olumlu sağlık davranışları sergileyerek, insanları davranış değişikliğine motive etmede kullanılan yöntemlerden biri olan “model olma” tekniğini etkili bir şekilde kullanması eğitimin etkinliğini arttırmaktadır.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan “Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitim Programı” da kadınların meme kanserine yönelik tutum ve davranış geliştirmelerini sağlamak amacıyla başlatılmıştır. Kadınların meme kanserinden korunma ve erken tanı-tarama konusunda farkındalıklarının olmaması bu eğitim programlarının yaygınlaşması gerçeğini ortaya koymaktadır (SB 2014).

Özellikle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan ebelerin, bireylerin sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıklarının önlenmesine odaklanan bir mesleğe sahip olmaları nedeniyle, meme kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik eğitimde de önemli rolleri vardır.

Kanserden korunma ve erken tanı konusunda bireyleri eğitecek olan ebeler, yaptıkları ev ziyaretleriyle kadınların bilgi gereksinimlerini karşılayabilecek potansiyel sağlık elemanlarıdır. Ebeler, hizmet götördükleri toplumdaki kadınların, meme kanseri taramalarına katılmalarını, kendi kendine meme muayenelerini

yapmalarını, klinik muayene yaptırılmalarını ve mammografi ektirmelerini sağlayarak kadınlarda koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardımcı olabilirler (Özkütük ve Orgun 2004; Gülseren ve Fatma 2006; Avcı 2007; Beydağ ve Karaoğlan 2007).



3. MATERYAL ve METOT

Bu çalışmanın amacı Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesidir.

3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma verileri Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü/Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkez'inde 01.03.2017-01.06.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi'nde 5 doktor, 4 ebe, 2 hemşire, 2 tıbbi sekreter, 3 memur ve 1 hizmetli çalışmaktadır. Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkez'inde birçok birimin yanı sıra Kansere Şube Birimi de bulunmakta ve aktif olarak görev yapmaktadır. Kars/Sarıkamış İlçesinde Aile hekimi olmayan birçok mahalle ve köy bulunmaktadır. Aile hekimi olmayan bireylerin bağışıklama, izlem (bebek-çocuk-gebe-kadın) ve tedavi hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) tarafından yürütülmektedir. Toplum sağlığı merkezinde hizmet verilen gruplar arasında yer alan ve 15-49 yaş izlemi yapılan kadın sayısı 554'dür.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi amacıyla kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Kars ili Sarıkamış ilçesinde ikamet eden ve Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi tarafından izlemi yapılan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına giren köylerde 15-49 yaş arası 554 kadın bulunmaktadır. Amerikan Kansere Derneğinin 15 yaşın üzerindeki tüm kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapmasını önerdiğinden ve KKMM'nin düzenli bir davranış haline dönüşmesi nedeniyle 15-49 yaş arası kadınlar evren olarak belirlenmiştir (Ünal ve İğci 2002).

Araştırmanın yapıldığı birimde (Kars Halk Sağlığı Müdürlüğü/Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi) 15-49 yaş arası 554 kadın izlemi yapılmaktadır. Araştırma

evrenini, evreni bilinen örnekleme yöntemine ilişkin formül kullanılarak hesaplanmış, formülde değerler yerine konulduğunda örneklem 227 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmada 554 kadın “Hedef kitledeki birey sayısının bilindiği;

$$n = \frac{N t^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq} \quad \text{formülü ile;}$$

$$n = \frac{554 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 (554-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \quad n = 227 \text{ olarak örneklem hesaplanmıştır.}$$

Formüldeki;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı) %50

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı) %50

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer: 1.96

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasını %4 ifade etmektedir.

Araştırmaya katılmaya gönüllü Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi tarafından izlemi yapılan 230 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 15-49 yaş ve arasında olmak,
- İletişimi engelleyecek görme ve işitme kaybı olmamak,
- Araştırmacı ile Türkçe konuşup anlaşabilmek,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve istekli olmak,
- Cinsiyeti kadın olmak.

3.3.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- 50 yaş üstü olmak,
- Çalışmadan çıkmak istemesi.

3.3.3. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler;

- Kadınların KKMM yapma durumları,
- Kadınların Sağlık İnanç Ölçeği ile değerlendirilmesi.

Bağımsız değişkenler ise yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence, ailede meme kanseri olan bireylerin olması, doğum yapma durumu, doğum yaşı, adet görme durumu gibi değişkenlerdir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan (Nahçıvan ve Seçginli 2003, Gözüm ve Aydın 2004, Ersin ve Bahar 2012a) soru formu (EK 1) ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK 2) kullanılmıştır (Gözüm ve Aydın 2004).

Literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu; sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin bilgileri içeren 14 sorudan oluşmaktadır (Nahçıvan ve Seçginli 2003, Gözüm ve Aydın 2004, Ersin ve Bahar 2012).

Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ), meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion (1984) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin KKMM boyutu 1997'de (Champion ve Menon 1997), mamografi ve duyarlılık boyutu 1999'da tekrar gözden geçirilmiştir (Bekker ve ark. 1999, Champion ve Skinner 2003). CSİMÖ ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde; Karayurt'un (2003) çalışmasında, alfa değerleri .58 ile .89;; Seçginli ve Nahçıvan'ın (2003) çalışmasında .74 ile .85;; Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında (2004) ise .69 ile .83, arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Gözüm ve Aydın (2004) tarafından yapılan formu kullanılmıştır. Meme kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren "duyarlılık (3 madde, 1-3.soru)", "önemseme/ciddiyet (6 madde, 4-9.soru)" ve "sağlık motivasyonu (5 madde, 10-14.soru)", KKMM ile ilgili; engelleri (8 madde, 15-22.soru)", "yararları

(4 madde, 23-26.soru)", "öz etkililiği (10 madde, 27-36.soru)", mamografi ile ilgili; "yararları (5 madde, 37-41.soru)" ve "engelleri (11 madde, 42-52.soru)" olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 52 maddesi vardır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, "kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan ve "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsenenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (Gözüm ve Aydın 2004).

Ölçeğin toplam puanı yoktur. Ölçek, her alt boyutun kendi toplam puanları ile kullanılmaktadır. Buna göre;

Duyarlılık için en az = 3, en yüksek = 15; önemseme için en az = 5, en yüksek = 25; sağlık motivasyonu için en az = 5, en yüksek = 25; KKMM yararları için en az = 4, en yüksek = 20; KKMM engelleri için en az = 8, en yüksek = 40; KKMM öz-etkililiği için en az = 10, en yüksek = 30; mamografinin yararları için en az = 5, en yüksek = 25 ve mamografinin engelleri için en az = 11, en yüksek = 55 puan alınabilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsenenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

Araştırmada kullanılan CSİMÖ'nün her bir alt başlığının cronbach alfa değeri; duyarlılık için 0.94, önemseme/ciddiyet için 0.92, sağlık motivasyonu için 0.94, KKMM yararları için 0.91, KKMM engelleri için 0.85, KKMM öz etkililiği için 0.93, mamografi yararları için 0.90 ve mamografi engelleri için 0.84 olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirileceği bölgelerde yaşayan kadınlarla yüz yüze görüşülerek soru formu ve Champion Sağlık İnanç Model Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın verileri 01.03.2017-01.06.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür. Görüşmeler esnasında araştırmacı önce kendisini tanıtmış, kadınları bu görüşme ile ilgili bilgilendirmiştir.

İlk olarak soru formu, daha sonra CSİMÖ uygulamıştır. Ayrıca kadınlar meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında kısaca bilgilendirilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS 20.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmada kullanılan CSİMÖ'nün bu örneklemden güvenilirliğini belirlemek için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formundaki sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikleri belirlemek amacıyla (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmelerinde yüzdeler, ortalama, One-way anova, Duncan testi, Kruskal Wallis testi, t testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında $p < 0.05$ (%5) anlamlılık düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini Kars Halk Sağlık Müdürlüğü/Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen 15-49 yaş arası 230 kadın oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırma bulguları araştırmaya katılan 230 kadınla genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için,

Etik kurul izni: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 01.03.2017 tarih ve 80576354-050-99/57 toplantı sayılı onay alınmıştır (EK 3).

Kurum izni: Kars Halk Sağlık Müdürlüğü/Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi'nden yazılı izin (73719022-663.03) alınmıştır (EK 4).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni kullanma izni: Prof. Dr. Sebahat Gözüm'den 27.12.2016 tarihinde ölçeği kullanmak için izin alınmıştır (EK 5).

Araştırma kapsamına alınan kadınların istekli olmalarına dikkat edilip çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak sözel onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 230 kadından elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler, soru formu ve CSİMÖ'den elde edilmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Yaş		30,54±9,21 (min. 15 max.49)	
Meslek	Çalışıyor	33	14,4
	Çalışmıyor	197	85,6
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	17	7,4
	Okur Yazar	32	13,9
	İlkokul	57	24,8
	Ortaokul	43	18,7
	Lise	59	25,7
	Üniversite	22	9,5
Sosyal Güvence	Evet	153	66,5
	Hayır	77	33,5
İlk Adet Olma Yaşı		13,65±1,43 (min. 11 max.18)	
Düzenli Olarak Adet Görme	Evet	175	76,1
	Hayır	45	19,6
	Menopozda	10	4,3
Medeni Durum	Evli	165	71,7
	Bekar	55	23,9
	Boşanmış	5	2,2
	Dul	5	2,2
İlk Gebelik		19,88±2,74 (min. 14 max.32)	
Doğum Yapma	Evet	169	73,5
	Hayır	61	26,5
İlk Doğum Yaşı		20,72±2,72 (min. 15 max.32)	
Çocuk Sayısı		3,12±1,46 (min. 1 max.9)	

Kadınların yaş ortalaması 30,54±9,21 (min. 15 max.49) yıldır. Araştırma grubunun %85,6'sı çalışmıyor (n=197), %25,7'si lise mezunu (n=59), %66,5'inin (n=153) sosyal güvencesinin olduğu, ilk adet olma yaşının 13,65±1,43 (11- 18 yaş aralığı), %76,1'inin (n=175) düzenli adet gördüğü, %71,7'inin (n=165) evli olduğu, ilk gebelik yaş ortalamasının 19,88±2,74 (14-32 yaş aralığı) olduğu, %73,5'inin

(n=169) doğum yaptığı, ilk doğum yaş ortalamasının $20,72 \pm 2,72$ (15-32 yaş aralığı) olduğu, çocuk sayısı ortalamasının $3,12 \pm 1,46$ (1-9 arası) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların meme kanseri ve KKMM yapma ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Meme Kanseri ve KKMM Yapma İle İlgili İfadeleri

	Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Ailenizde Meme Kanseri Tanısı	Var	92	40,0
	Yok	138	60,0
KMM Yapma	Evet	81	35,2
	Hayır	149	64,8
KKMM Yapmama İfadeleri	Nasıl Yapıldığını Bilmeme	55	36,9
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma	35	23,5
	Zamanın Yeterli Olmaması	19	12,6
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma	20	13,5
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme	20	13,5

Katılımcıların %60’ı (n=138) ailelerinde meme kanseri tanısı olmadığını, %64,8’i (n=149) KKMM yapmadığını, KKMM yapmayanların %36,9’ü (n=55) nasıl yapıldığını bilmediğini, %23,5’si (n=35) şikayeti olmadığı için gereksiz bulunduğunu, %12,6’sı (n=19) yeterli zaman bulamadığını, %13,5’i (n=20) ailesinde meme kanseri olan hasta olmadığından gereksiz gördüğünü, %13,5’i (n=20) ise henüz muayene için yaşının genç olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir.

Verilerin normallik dağılımı analizleri Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Verilerin Normallik Dağılımı Analizleri

	Shapiro-Wilk	
	DF	P
Yaş	230	0,187
Meslek	230	0,245
Eğitim Durumu	230	0,163
Sosyal Güvence	230	0,245
İlk Adet Olma Yaşı	230	0,114
Düzenli Olarak Adet Görme	230	0,001*
Medeni Durum	230	0,009*
İlk Gebelik	230	0,204
Doğum Yapma	230	0,127
İlk Doğum Yaşı	230	0,138
Çocuk Sayısı	230	0,256
Ailede Meme Kanseri Tanısı	230	0,462
KKMM Yapma	230	0,362
KKMM Yapmama Nedeni	230	0,003*
Duyarlılık	230	0,327
Önemseme/Ciddiyet	230	0,248
Sağlık Motivasyonu	230	0,138
KKMM Yararları	230	0,625
KKMM Engelleri	230	0,421
KKMM Öz-Yeterliliği	230	0,305
Mamografi Yararları	230	0,461
Mamografi Engelleri	230	0,428

* p<0,05

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere, “KKMM Yapmama Nedeni”, “Medeni Durum” ve “Düzenli Olarak Adet Görme” puanları normal dağılmamakta ($p<0,05$), diğer değişkenler ise normal dağılmaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.4'de gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek alt boyutları	X±SS	Puan Aralığı	Madde Sayısı
Duyarlılık	2,51±,92	3-15	3
Önemseme/Ciddiyet	2,84±,69	6-30	5
Sağlık Motivasyonu	3,17±,80	5-25	5
KKMM Yararları	3,24±1,38	4-20	4
KKMM Engelleri	3,20±,93	8-40	8
KKMM Öz-Yeterliliği	2,75±,95	10-50	10
Mamografi Yararları	3,39±,76	5-25	5
Mamografi Engelleri	2,84±,69	11-55	11

Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları 2,51±,92 ile 3,39±,76 arasında değiştiği bulunmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Durumu	X±SS	Test	Anlamlılık
			F	p
Duyarlılık	Okur Yazar Değil (n=17)	2,43±,67	5,009	,000
	Okur Yazar (n=32)	2,29±,70		
	İlkokul (n=57)	2,82±1,02		
	Ortaokul (n=43)	2,17±,88		
	Lise (n=59)	2,39±,86		
	Üniversite (n=22)	3,07±,95		
Önemseme/Ciddiyet	Okur Yazar Değil (n=17)	2,51±,78	7,269	,000
	Okur Yazar (n=32)	2,29±,54		
	İlkokul (n=57)	2,63±,70		
	Ortaokul (n=43)	2,44±,71		
	Lise (n=59)	2,88±,69		
	Üniversite (n=22)	3,28±,83		
Sağlık Motivasyonu	Okur Yazar Değil (n=17)	2,61±,60	30,649	,000
	Okur Yazar (n=32)	2,48±,45		
	İlkokul (n=57)	2,93±,62		
	Ortaokul (n=43)	3,02±,65		
	Lise (n=59)	3,70±,58		
	Üniversite (n=22)	4,11±,89		
KKMM Yararları	Okur Yazar Değil (n=17)	2,67±,84	7,299	,000
	Okur Yazar (n=32)	2,28±,45		
	İlkokul (n=57)	3,11±1,67		
	Ortaokul (n=43)	3,29±1,92		
	Lise (n=59)	3,71±,77		
	Üniversite (n=22)	4,00±,82		
KKMM Engelleri	Okur Yazar Değil (n=17)	3,77±,58	22,168	,000
	Okur Yazar (n=32)	3,94±,52		
	İlkokul (n=57)	3,28±,85		
	Ortaokul (n=43)	3,52±,84		
	Lise (n=59)	2,73±,73		
	Üniversite (n=22)	2,14±,87		
KKMM Öz-Yeterliliği	Okur Yazar Değil (n=17)	2,25±,70	26,362	,000
	Okur Yazar (n=32)	1,95±,35		
	İlkokul (n=57)	2,34±,70		
	Ortaokul (n=43)	2,76±,86		
	Lise (n=59)	3,38±,82		
	Üniversite (n=22)	3,69±,97		
Mamografi Yararları	Okur Yazar Değil (n=17)	3,78±1,96	2,618	,025
	Okur Yazar (n=32)	3,03±,47		
	İlkokul (n=57)	3,41±,52		
	Ortaokul (n=43)	3,39±,54		
	Lise (n=59)	3,42±,54		
	Üniversite (n=22)	3,53±,76		
Mamografi Engelleri	Okur Yazar Değil (n=17)	3,21±,54	11,277	,000
	Okur Yazar (n=32)	3,17±,40		
	İlkokul (n=57)	2,97±,81		
	Ortaokul (n=43)	2,96±,59		
	Lise (n=59)	2,63±,64		
	Üniversite (n=22)	2,09±,36		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların eğitim durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.5’de gösterilmiştir. Buna göre; ölçek alt boyutlarında ilkokul ve üniversite mezunu katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duncan analizinde duyarlılık algısında üniversite mezunlarının fark yarattığı tespit edilmiştir. Önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-yeterliliği alt boyutlarında lise ve üniversite mezunu katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duncan analizinde önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-yeterliliği algısında üniversite mezunlarının fark yarattığı tespit edilmiştir. KKMM engelleri alt boyutunda okur yazar olmayan ve okur yazar olan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duncan analizinde KKMM engelleri algısında okur yazar katılımcıların fark yarattığı tespit edilmiştir. Mamografi yararları alt boyutunda okur yazar olmayan ve üniversite mezunu olan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duncan analizinde Mamografi yararları algısında okur yazar olmayan katılımcıların fark yarattığı tespit edilmiştir. Genel popülasyondaki kadınların mamografi yararlarına yönelik hassasiyetleri farklı olsa da yeterli ve istenilen düzeye çıkarmak adına farkındalık yaratacak ve mamografiye ulaşmayı kolaylaştıracak adımlar atılmalıdır. Mamografi engelleri alt boyutunda okur yazar olmayan ve okur yazar olan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duncan analizinde mamografi engelleri algısında okur yazar olmayan katılımcıların fark yarattığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Sosyal Güvence	X±SS	Test	Anlamlılık
			t	p
Duyarlılık	Evet (n=153)	2,59±,93	1,758	,080
	Hayır (n=77)	2,36±,89		
Önemseme/Ciddiyet	Evet (n=153)	2,71±,62	,427	,000
	Hayır (n=77)	3,11±,76		
Sağlık Motivasyonu	Evet (n=153)	3,33±,81	,005	,000
	Hayır (n=77)	2,85±,69		
KKMM Yararları	Evet (n=153)	3,48±1,54	3,915	,000
	Hayır (n=77)	2,75±,81		
KKMM Engelleri	Evet (n=153)	3,03±,97	-4,211	,000
	Hayır (n=77)	3,55±,73		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evet (n=153)	2,98±,98	5,356	,000
	Hayır (n=77)	2,31±,69		
Mamografi Yararları	Evet (n=153)	3,45±,53	1,568	,118
	Hayır (n=77)	3,28±1,08		
Mamografi Engelleri	Evet (n=153)	2,71±,62	-4,262	,000
	Hayır (n=77)	3,11±,76		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyal güvence durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Buna göre; sosyal güvencesi olmayan grupta, önemseme/ciddiyet, KKMM engelleri ve mamografi engelleri yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu, KKMM öz-yeterliliği ve KKMM yararları algısı sosyal güvencesi olan grupta sosyal güvencesi olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Duyarlılık ve mamografi yararları algısı sosyal güvencesi olan grupta sosyal güvencesi olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Düzenli Olarak Adet Görme Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Düzenli Olarak Adet Görme	X±SS	Test	Anlamlılık
			K-W	p
Duyarlılık	Evet (n=175)	2,55±,92	,625	,536
	Hayır (n=45)	2,37±,97		
	Menopozda (n=10)	2,46±,84		
Önemseme/Ciddiyet	Evet (n=175)	2,68±,74	,210	,811
	Hayır (n=45)	2,63±,72		
	Menopozda (n=10)	2,55±1,01		
Sağlık Motivasyonu	Evet (n=175)	3,23±,82	3,989	,020
	Hayır (n=45)	3,07±,71		
	Menopozda (n=10)	2,54±,68		
KKMM Yararları	Evet (n=175)	3,31±1,24	5,642	,004
	Hayır (n=45)	3,28±1,86		
	Menopozda (n=10)	1,82±,47		
KKMM Engelleri	Evet (n=175)	3,11±,93	3,506	,032
	Hayır (n=45)	3,50±,83		
	Menopozda (n=10)	3,47±,98		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evet (n=175)	2,84±,95	3,967	,020
	Hayır (n=45)	2,56±,95		
	Menopozda (n=10)	2,12±,61		
Mamografi Yararları	Evet (n=175)	3,38±,53	1,698	,185
	Hayır (n=45)	3,33±,68		
	Menopozda (n=10)	3,82±2,59		
Mamografi Engelleri	Evet (n=175)	2,80±,70	1,367	,257
	Hayır (n=45)	2,94±,71		
	Menopozda (n=10)	3,10±,31		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların düzenli olarak adet görme durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Buna göre; ölçek alt boyutlarında, düzenli olarak adet gören ve menopozda olan katılımcıların duyarlılık algısı düzenli olarak adet görmeyen katılımcılardan yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır

($p < 0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda düzenli olarak adet görmeyen ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet gören katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda düzenli olarak adet görmeyen ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet gören katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	X±SS	Test	Anlamlılık
			K-W	p
Duyarlılık	Evli (n=165)	2,56±,90	,611	,609
	Bekar (n=55)	2,40±1,04		
	Boşanmış (n=5)	2,20±,55		
	Dul (n=5)	2,60±,49		
Önemseme/Ciddiyet	Evli (n=165)	2,60±,75	4,776	,003
	Bekar (n=55)	2,95±,70		
	Boşanmış (n=5)	2,06±,49		
	Dul (n=5)	2,33±,37		
Sağlık Motivasyonu	Evli (n=165)	3,06±,79	8,971	,000
	Bekar (n=55)	3,60±,74		
	Boşanmış (n=5)	2,36±,43		
	Dul (n=5)	2,72±,41		
KKMM Yararları	Evli (n=165)	3,16±1,53	2,349	,073
	Bekar (n=55)	3,58±,83		
	Boşanmış (n=5)	2,20±1,05		
	Dul (n=5)	2,90±,72		
KKMM Engelleri	Evli (n=165)	3,27±,90	3,092	,028
	Bekar (n=55)	2,92±,97		
	Boşanmış (n=5)	3,90±,44		
	Dul (n=5)	3,37±,91		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evli (n=165)	2,61±,91	9,427	,000
	Bekar (n=55)	3,29±,91		
	Boşanmış (n=5)	2,00±,00		
	Dul (n=5)	2,34±,52		
Mamografi Yararları	Evli (n=165)	3,38±,57	6,250	,000
	Bekar (n=55)	3,34±,58		
	Boşanmış (n=5)	3,00±,61		
	Dul (n=5)	4,76±3,50		
Mamografi Engelleri	Evli (n=165)	2,89±,70	1,418	,238
	Bekar (n=55)	2,68±,69		
	Boşanmış (n=5)	3,05±,33		
	Dul (n=5)	3,01±,25		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların medeni durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Buna göre; ölçek alt boyutlarında, dul ve evli olan katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda bekar ve evli katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda bekar ve evli katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları alt boyutunda bekar ve evli

katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda boşanmış ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda evli ve bekar katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda evli ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda boşanmış ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların Doğum Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Doğum Yapma	X±SS	Test	Anlamlılık
			t	p
Duyarlılık	Evet (n=169)	2,53±,88	,490	,624
	Hayır (n=61)	2,46±1,03		
Önemseme/Ciddiyet	Evet (n=169)	2,57±,73	-3,402	,001
	Hayır (n=61)	2,94±,72		
Sağlık Motivasyonu	Evet (n=169)	3,01±,74	-5,383	,000
	Hayır (n=61)	3,62±,82		
KKMM Yararları	Evet (n=169)	3,10±1,51	-2,541	,012
	Hayır (n=61)	3,62±,86		
KKMM Engelleri	Evet (n=169)	3,33±,88	3,692	,000
	Hayır (n=61)	2,84±,96		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evet (n=169)	2,52±,85	-6,666	,000
	Hayır (n=61)	3,39±,91		
Mamografi Yararları	Evet (n=169)	3,39±,82	,076	,940
	Hayır (n=61)	3,39±,57		
Mamografi Engelleri	Evet (n=169)	2,92±,68	2,846	,005
	Hayır (n=61)	2,63±,68		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların doğum yapma durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Buna göre; duyarlılık algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Önemseme/ciddiyet algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları algısında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların Ailede Meme Kanseri Tanısına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Ailede Meme Kanseri Tanısı	X±SS	Test	Anlamlılık
			t	p
Duyarlılık	Var (n=92)	3,02±1,05	7,692	,000
	Yok (n=138)	2,17±,63		
Önemseme/Ciddiyet	Var (n=92)	2,92±,78	4,358	,000
	Yok (n=138)	2,50±,68		
Sağlık Motivasyonu	Var (n=92)	3,26±,75	1,353	,178
	Yok (n=138)	3,11±,84		
KKMM Yararları	Var (n=92)	3,46±1,44	2,015	,045
	Yok (n=138)	3,09±1,33		
KKMM Engelleri	Var (n=92)	3,19±,89	-,224	,823
	Yok (n=138)	3,21±,95		
KKMM Öz-Yeterliliği	Var (n=92)	2,81±,87	,738	,461
	Yok (n=138)	2,71±1,00		
Mamografi Yararları	Var (n=92)	3,39±,44	-,049	,961
	Yok (n=138)	3,39±,91		
Mamografi Engelleri	Var (n=92)	2,84±,76	-,116	,908
	Yok (n=138)	2,85±,64		

Araştırmaya dahil olan ailede meme kanseri tanısına göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Buna göre; duyarlılık ve önemseme/ciddiyet algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM yararları algısı ailede meme

kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri algısı ilede meme kanseri tanısı olmayan grupta, ailede meme kanseri tanısı olan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM öz-yeterliliği algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi yararları algısında ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri algısı ilede meme kanseri tanısı olmayan grupta, ailede meme kanseri tanısı olan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Katılımcıların KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapma	X±SS	Test	Anlamlılık
			t	p
Duyarlılık	Evet (n=81)	2,88±,93	4,662	,000
	Hayır (n=149)	2,31±,86		
Önemseme/Ciddiyet	Evet (n=81)	3,04±,75	5,939	,000
	Hayır (n=149)	2,46±,67		
Sağlık Motivasyonu	Evet (n=81)	3,93±,53	14,674	,000
	Hayır (n=149)	2,75±,60		
KKMM Yararları	Evet (n=81)	4,30±1,68	10,434	,000
	Hayır (n=149)	2,65±,69		
KKMM Engelleri	Evet (n=81)	2,32±,58	-14,969	,000
	Hayır (n=149)	3,68±,70		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evet (n=81)	3,82±,43	22,770	,000
	Hayır (n=149)	2,17±,57		
Mamografi Yararları	Evet (n=81)	3,57±,52	2,618	,009
	Hayır (n=149)	3,30±,85		
Mamografi Engelleri	Evet (n=81)	2,37±,50	-8,732	,000
	Hayır (n=149)	3,10±,64		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapma durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.11’de gösterilmiştir. Buna göre; duyarlılık algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Önemseme/ciddiyet algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri algısı KKMM yapmayan grupta, KKMM yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi engelleri algısı KKMM yapmayan grupta, KKMM yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Katılımcıların KKMM Yapmama Nedenine Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapmama Nedeni	X±SS	Test K-W	Anlamlılık p
Duyarlılık	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	2,69±1,01	4,314	,001
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	2,07±,63		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	2,47±,82		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,16±,75		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	1,86±,60		
Önemseme/ Ciddiyet	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	2,60±,71	2,575	,029
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	2,30±,60		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	2,39±,64		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,44±,80		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	2,59±,55		
Sağlık Motivasyonu	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	2,83±,56	3,685	,004
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	2,72±,65		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	2,61±,41		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,77±,76		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	2,86±,64		

Tablo 4.12 (Devam). Katılımcıların KKMM Yapmama Nedenine Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapmama Nedeni	X±SS	Test K-W	Anlamlılık p
KKMM Yararları	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	2,88±,69	7,720	,000
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	2,31±,63		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	2,67±,58		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,50±,84		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	2,86±,40		
KKMM Engelleri	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	3,35±,62	4,204	,001
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	3,74±,78		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	4,03±,49		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	3,90±,79		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	3,83±,63		
KKMM Öz-Yeterliliği	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	2,03±,32	10,234	,000
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	2,14±,64		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	2,08±,35		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,48±,89		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	2,64±,66		
Mamografi Yararları	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	3,42±1,14	,905	,479
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	3,19±,79		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	3,28±,51		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	3,15±,39		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	3,34±,48		
Mamografi Engelleri	Nasıl Yapıldığını Bilmeme (n=55)	3,03±,57	1,592	,166
	Şikayetim Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=35)	3,16±,95		
	Zamanın Yeterli Olmaması (n=19)	3,10±,37		
	Ailemde Meme Kanseri Olmadığı İçin Gereksiz Bulma (n=20)	2,98±,57		
	Henüz Bu Muayene İçin Yaşının Genç Olduğunu Düşünme (n=20)	3,17±,56		

Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapmama nedenine göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Buna göre; ölçek alt boyutlarında, KKMM’nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve zamanının yeterli olmadığını belirten katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda KKMM’nin nasıl yapıldığını

bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda zamanın yeterli olmaması ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulunduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmanın bu bölümünde, Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançları incelenmiş, elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisiyle tartışılmıştır.

Kadınların CSİMÖ ile ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları $2,51 \pm,92$ ile $3,39 \pm,76$ arasında değiştiği bulunmuştur (Tablo 4.4).

Kadınların CSİMÖ duyarlılık alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalaması $2,51 \pm,92$ 'dir (Tablo 4.4). Duyarlılık algısı; sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi kişinin algılamasını içeren meme kanserine yönelik hassasiyeti gösterir (Gözüm ve ark. 2004; Champion ve Skinner 2008). Yani kişinin kendini belli koşullarda hassas ve incinebilir hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır (Gözüm ve Aydın 2004). Literatürde (Lee ve ark. 2007; Güney 2009; Yılmaz 2012; Karabaş 2013) kadınların SİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalamalarını 7.01 ± 3.30 olarak vurgulanmıştır ve bazı durumların duyarlılık algısını arttırdığı belirtilmiştir. Örneğin ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak algılamazken, hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden ölmüş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek oranda tehdit olarak algıladıkları gözlenmiştir (Meiser ve ark. 2000; Karayurt 2003; Gençtürk 2004; Gözüm ve Aydın 2004).

Kadınların CSİMÖ önemseme/ciddiyet alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalaması $2,84 \pm,69$ 'dir (Tablo 4.4). Literatürde (Karayurt 2003; Gözüm ve Aydın 2004; Güney 2009; Yılmaz 2012) kadınların CSİMÖ önemseme/ciddiyet alt boyut puan bulguları araştırma bulgumuz ile paralel sonuçlar göstermektedir.

Elik'in (2006) yaptığı çalışmada eğitimin meme kanserini önemseme algısına etkisinin değerlendirilmesinde; eğitim öncesi deney grubu ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken, SİM doğrultusunda yapılan eğitim sonrasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Aydın ve ark. (2008) ebe öğrencilerin KKMM'ye yönelik sağlık inançları ile ilgili çalışmasında öğrencilerin meme kanseri taramalarında SİM'nin alt boyutlarından ciddiye/önemseme algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Karabaş (2013) kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışını ve kanser korkusunu belirlemek amacıyla CSİMÖ'yü kullanarak yaptığı araştırmasında kadınların önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalamalarını $21,19 \pm 0,13$ olarak belirlemiştir. Karabaş'ın (2013) araştırma bulgusu, araştırma sonucumuzdan farklıdır.

Çalışmamızda kadınların bir kısmı (n=92) meme kanserli kişilerin birinci derece yakınlarıdır ve meme kanseri olma açısından yüksek risk altındaki kişilerdir. Ciddiyet algısının meme kanserine yönelik tehdit algısını oluşturduğu düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Sağlık motivasyonunun bireydeki isteği artırarak koruyucu davranışın harekete geçirilmesinde etkin olduğu bilinmektedir (Gözüm ve ark. 2004; Champion ve Skinner 2008). Graham (2002) yaptığı çalışmasında sağlık motivasyonunun arttıkça KKMM sıklığının arttığını tespit etmiştir. Karayurt (2003) ve Nahcivan ve Seçginli'nin (2003) yaptığı çalışmada sağlık motivasyonu algı puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde (Güney 2009; Yılmaz 2012) kadınların SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamalarını $19,98 \pm 3,01$ olarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızda da bunlara paralel olarak katılımcıların CSİMÖ sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalaması $3,17 \pm 0,80$ 'dir (Tablo 4.4). Sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını sergileme oranlarının yüksek olacağı düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ KKMM yararları alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların KKMM yararları alt boyut puan ortalaması $3,24 \pm 1,38$ 'dir (Tablo 4.4). Yarar algısı; koruyucu davranışın oluşmasında algılanan olumlu yönleri ifade eder (Gözüm ve ark. 2004; Champion ve Skinner 2008).

Merey (2002) ve Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002) çalışmasında yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında; Graham ve ark. (2002) sağlık inançları ve KKMM arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, yarar, ciddiye ve sağlık motivasyonu algısı ile KKMM sıklığı arasında, Gözüm ve Aydın'ın (2004) ise KKMM'si

uygulayan kadınların algılanan yarar düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir. Ersin'in (2012) çalışmasında da kadınların KKMM yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark anlamlı çıkmıştır. Güney'in (2009), Yılmaz (2012) ve Karabaş'ın (2013) çalışmaları ve diğer araştırma sonuçları ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir.

Kadınların CSİMÖ KKMM engelleri alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ KKMM engelleri alt boyut puan ortalaması $3,20 \pm,93$ 'dir (Tablo 4.4). KKMM ve mamografi engelleri; meme kanseri taramalarında, mamografi çekirme ve KKMM yapılmasıyla ilgili algılanan içsel ve dışsal engelleri belirler. Birey koruyucu davranışın etkinliğine inanmasına rağmen olumlu sağlık davranışı göstermiyorsa bu durum koruyucu davranışla ilgili engel faktörlere bağlı olabilir. Merey (2002), Yılmaz (2012) ve Karabaş'ın (2013) çalışmaları ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir. Ancak Karayurt (2003) ve Güney (2009) çalışmalarında KKMM engel puanını daha yüksek belirlemişlerdir. Kadınlarda KKMM davranışına engel olan faktörleri belirleyerek, bu engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik eğitim planlayarak, bu eğitimi belirli aralıklarla sık sık tekrarlamalarının, kadınlarda KKMM engel algısının düşmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ KKMM öz-yeterliliği alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ KKMM öz-yeterliliği alt boyut puan ortalaması $2,75 \pm,95$ 'dir (Tablo 4.4). Öz etkililik algısının, olumlu davranışın gerçekleştirilmesinde ve sürdürülmesinde önemli olduğu bilinmektedir. Araştırma sonucumuz literatür çalışmaları (Merey 2002; Yılmaz 2012; Karabaş 2013) ile benzerlik göstermektedir. Kadınların kendi etkililiğine olan inançlarını güçlendirecek terapiler, özellikle birinci derece yakınında meme kanseri bulunan yüksek risk altındaki kadınlara meme kanseri tarama davranışlarında bulunma ve kendi meme sağlıklarının farkında olabilmeleri yönünde eğitimler düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ mamografi yararları alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ mamografi yararları alt boyut puan ortalaması $3,39 \pm 0,76$ 'dir (Tablo 4.4). Araştırma bulgumuzdan farklı olarak yapılan çalışmalarda ise birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların mamografi çekirme oranları düşük olarak belirtilmiştir (Chalmers ve Thomson 1996, Parlar ve ark. 2005). Kadınların mamografi konusunda bilinç düzeyinin arttırılması için, kadına yönelik sağlık eğitimlerinin, tanıtıcı reklamlar ve medya gibi araçlar kullanılarak, disiplinler arası işbirliği ile arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Kadınların CSİMÖ mamografi engelleri alt boyut puanı ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Katılımcıların CSİMÖ mamografi engelleri alt boyut puan ortalaması $2,84 \pm 0,69$ 'dir (Tablo 4.4). Karayurt'un (2003) çalışmasının sonuçlarına göre; yarar algısı puanları yüksek olan kadınların son bir yılda KKMM'si uygulama sıklığı artarken, engel algısı puanı yüksek olan kadınların KKMM'si uygulama sıklığı azalmaktadır. Dündar ve ark. (2006) yaptığı çalışmada, KKMM'si uygulayan ve mamografi çektiren kadınların, uygulama ile ilgili algılanan yarar düzeyi yüksek; algılanan engel düzeyi düşük; Yılmaz'ın (2012) çalışmasında kadınların CSİMÖ mamografi engel algısı alt boyut puan ortalamalarını 25.31 ± 5.85 olarak belirlemiş; Ersin'in (2012) çalışmasında da hemşirelik girişimleri sonrası deney grubundaki kadınların mamografi yarar algısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek, engel algısı puan ortalamaları ise düşük olarak saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlara mamografi çektirmenin meme kanserinin erken teşhisinde ne kadar önemli olduğu yönünde eğitim vermeleri ve halk arasında mamografi hakkındaki yanlış bilgilerin doğrusuyla düzeltilmesi ile mamografi hakkındaki ön yargıların kaldıracağı düşünülmektedir.

Kadınların çeşitli sosyo-demografik özellikleri ile CSİMÖ puanları ile ilgili durumlarının değerlendirilmesi; Araştırmaya dahil olan katılımcıların eğitim durumuna göre; ilkokul ve üniversite mezunu katılımcıların duyarlılık algısı; Önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-yeterliliği alt boyutlarında lise ve üniversite mezunu katılımcıların; KKMM engelleri alt boyutunda okur yazar olmayan ve okur yazar olan katılımcıların; Mamografi yararları alt boyutunda okur yazar olmayan ve üniversite mezunu olan katılımcıların;

Mamografi engelleri alt boyutunda okur yazar olmayan ve okur yazar olan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Bu çalışmada eğitim durumları yüksek olanların KKMM engel ve mamografi engel algılarının düşük olması KKMM öz-etkililik algısı ve sağlık motivasyonu algılarının yüksek olmasıyla ilişkili olmakla birlikte bu grubun KKMM yapma oranının da yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Champion'un (1993) çalışmasında da KKMM engel algısının KKMM yapmada önemli olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Sadler ve ark. (2001) çalışması KKMM ve mamografi yaptırmada engel algısının etkisini belirtmektedir. Bu çalışmanın aksine Merey'in (2002) çalışmasında eğitim durumu ve sosyo-kültürel seviyesi yüksek olanlarda mamografi engel algısı yüksek bulunmuştur.

Eğitim oranının düşük olduğu ülkelerde bilgi eksikliği meme kanseri farkındalıklarını ve tanı yöntemlerine katılma davranışlarını da etkiler (Okobia ve ark. 2006; Harirchi ve ark. 2012). Ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalar, Türk kadınlarının meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının KKMM yapmadığını ortaya koymuştur (Secginli ve Nahcivan 2004; Aslan ve ark. 2007). Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002) yaptığı çalışmada da benzer şekilde, kadınların yüksek eğitim almış olmaları, ailede meme kanseri hikayesi olması, KKMM uygulamasını arttırmaktadır. Elik'in (2006) çalışmasında da SİM doğrultusunda eğitim ihtiyaçları göz önünde tutularak yapılan eğitim ile, deney grubunun öz-etkililik algısında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark meydana gelmiştir. Nahcivan ve Secginli'nin (2007) çalışmasında KKMM yapmayı kadınların eğitim düzeyi etkilemezken, 40 yaşın altında olanlar ve evli olanların anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları saptanırken; Güner ve ark. (2007) yaptığı çalışmada kadınların %47,7'si KKMM yaptığını belirtmiş ve öğrenim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranları artmıştır. Dişçigil ve ark. (2007) yaptığı çalışmada da kadınların %61,7'si KKMM yaptığını belirtmiş ve çalışmamıza benzer şekilde KKMM yapma oranları öğrenim düzeyi ve ailede meme kanseri olma durumu ile artmıştır. López-de-Andrés ve ark. (2010) Kuveyt'te yaptıkları bir çalışmada da 50 yaş üzerindeki kadınların meme kanseri risk faktörleri, belirtileri ve mamografi yaşını daha çok bildikleri bulunmuştur. Rasu ve ark. (2011) çalışmasında ise yüksek eğitim seviyeli

kadınların KKMM'ni ve mamografiyi eğitim seviyesi düşük kadınlardan daha iyi bildiğini ve KKMM uygulamasını daha fazla yaptıkları bulunmuştur. Karadağ ve ark. (2014) çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça KKMM bilgisi ve uygulamasının arttığı bulunmuştur.

Montazeri ve ark. (2008) ve Harirchi ve ark. (2012) çalışmasında ise eğitimin KKMM'yi etkilediği bulunmuştur. Yapılan çalışmaların çoğunda eğitim ve medeni durumun KKMM yapmayı etkilediği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda paralel sonuca ulaşılmıştır. Kadınların KKMM yapmanın önemi ve tekniği konusunda eğitilmesi KKMM'yi düzenli uygulamalarını etkileyebilir. Fouladi ve ark. (2013) çalışmasında eğitim seviyesi ile yarar ve güven algıları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. KKMM uygulaması yapanlarda ciddiye, yarar, öz-etkililik algıları KKMM uygulaması yapmayan kadınlara göre daha yüksektir. Duyarlılık algısı açısından ise KKMM yapan ve yapmayan grup arasında fark yoktur.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların sosyal güvence durumuna göre; sosyal güvencesi olmayan grupta, önemseme/ciddiyet, KKMM engelleri ve mamografi engelleri algısı yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Sağlık Motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-yeterliliği algısı sosyal güvencesi olan grupta sosyal güvencesi olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Duyarlılık ve mamografi yararları algısı sosyal güvencesi olan grupta sosyal güvencesi olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$) (Tablo 4.6).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların düzenli olarak adet görme durumuna göre; düzenli olarak adet gören ve menopozda olan katılımcıların duyarlılık algısı düzenli olarak adet görmeyen katılımcılardan yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). KKMM yararları alt boyutunda düzenli

olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda düzenli olarak adet görmeyen ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet gören katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısı menopozda olan katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda düzenli olarak adet gören ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet görmeyen katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda düzenli olarak adet görmeyen ve menopozda olan katılımcıların algısı düzenli olarak adet gören katılımcıların algısından yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların medeni durumuna göre; dul ve evli olan katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda bekar ve evli katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda bekar ve evli katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları alt boyutunda bekar ve evli katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda boşanmış ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda evli ve bekar katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda evli ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda boşanmış ve dul katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.8). Bu grupların daha az oranda KKMM uygulaması yapmasını göstermektedir.

İran Zahedan'dan yapılan çalışmada evlilik durumunun KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur (Heidari ve ark. 2008). Yapılan farklı iki çalışmada da sosyo-demografik özelliklerin KKMM'yi etkilemediği bulunmuştur (Parsal ve ark. 2008; Akhtari-Zavare ve ark. 2013). İran'da yapılan başka bir çalışmada evli kadınların yarar ve güven algıları bekar kadınlardan daha düşük, Engel algısı ise evli kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Fouladi ve ark. 2013). Yapılan bir diğer çalışmada evli olanların ve 35 yaşın üstünde olanların daha fazla KKMM yaptıkları (Güçlü ve Tabak 2013), başka bir çalışmada ise 40 yaş üstünde olanların, eğitim düzeyi yüksek olanların ve evlilerin anlamlı olarak daha fazla KKMM yaptıkları saptanmıştır (Yılmazel 2013). İran'da yapılan çalışmada evlilik durumunun KKMM yapmayı etkilediği bulunmuştur. Yaş, eğitim, iş, ailede meme kanseri hikayesi ve kişinin meme kanseri hikayesi KKMM yapmayı etkilememektedir (Zavare ve ark. 2014). Açıkgöz ve ark. (2015) çalışmasında kadınların yaş, eğitim ve medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerinin KKMM yapmayı etkilemediği saptanmıştır.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların doğum yapma durumuna göre; duyarlılık algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Önemseme/ciddiyet algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği algısı doğum yapmayan grupta, doğum yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları algısında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri algısı doğum yapan grupta, doğum yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların ailede meme kanseri tanısına göre; meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına göre; duyarlılık ve önemseme/ciddiyet algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM yararları algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri algısı ilede meme kanseri tanısı olmayan grupta, ailede meme kanseri tanısı olan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). KKMM öz-yeterliliği algısı ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi yararları algısında ailede meme kanseri tanısı olan grupta, ailede meme kanseri tanısı olmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri algısı ilede meme kanseri tanısı olmayan grupta, ailede meme kanseri tanısı olan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Lewis ve ark. (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların olmayanlara göre, kendilerini meme kanseri gelişimi açısından daha fazla risk altında algıladıklarının görülmesi tarama davranışlarına daha duyarlı olacaklarını göstermekte ve bu çalışma bulgularını desteklemektedir. Absetz ve ark. (2000) ailesinde ya da arkadaşlarında meme kanseri olan ve olmayan kadınlar arasında kişilerin kendilerinin ve akranlarının risk algılamasını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kalıtımın risk etmeni olarak bilinmesinin etkileri de incelenmiş, kalıtım, meme kanseri risk etmenleri arasında en çok bilinen etmen olarak bulunmuştur. Ayrıca, kalıtımın risk faktörü olarak bilinme durumunun risk algılamasını etkilemediği, deneyimler ve korkuyu yaşamamanın ise risk algılamasını etkilediği görülmüştür.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapma durumuna göre; duyarlılık algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Champion'un (1993) yaptığı çalışmada duyarlılık algısının KKMM yapma ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Han ve ark. (1997) ise KKMM yaptığını ifade eden kadınlarda sağlık motivasyonu algı puanını yüksek bulmuştur. Petro-Nustas (2001) ise çalışmasında sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma ile önemli bir ilişkisinin olmadığını; Karayurt ve ark.'nın (2003) hemşirelerde yaptığı çalışma ile Nahçıvan ve Seçginli'nin (2007) çalışmasında KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Altuncan ve ark.'nın (2008) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin duyarlılık algıları arasında, Güney'in (2009) çalışmasında da KKMM yapan ve yapmayan kadınların duyarlılık algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu çalışma bulguları Petro-Nustas'ın (2001) çalışma bulgusunun aksine, Han ve ark. (1997), Champion'un (1993) ve Merey'in (2002) çalışma bulgularıyla uyumludur.

Önemseme/ciddiyet algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Karayurt (2003) araştırmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $8,0\pm 2,1$, ciddiyet alt ölçeğinin puan ortalaması $21,5\pm 5,1$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $19,1\pm 3,8$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $27,0\pm 5,9$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $31,2\pm 6,9$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $25,1\pm 5,3$ olarak bulunmuştur. Altuncan ve ark.'nın (2008) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin ciddiyet algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Güney'in (2009) çalışmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiyet algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Yücel ve ark. (2014) çalışmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $7,78\pm 2,46$, ciddiyet alt ölçeğinin puan ortalaması $22,41\pm 5,43$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $20,54\pm 4,45$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $23,76\pm 7,13$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $36,26\pm 7,78$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $25,72\pm 4,59$ olarak bulunmuştur. KKMM uygulaması ile yarar, engel, güven ve sağlık motivasyonu arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Duman ve ark. (2015) çalışmasında duyarlılık alt ölçeğinin puan ortalaması $3,63\pm 0,81$, ciddiyet alt ölçeğinin puan

ortalaması $6,33 \pm 0,95$, yarar alt ölçeğinin puan ortalaması $5,98 \pm 1,56$, engel alt ölçeğinin puan ortalaması $35,45 \pm 2,45$, güven alt ölçeğinin puan ortalaması $12,34 \pm 1,08$ ve sağlık motivasyonu alt ölçeğinin puan ortalaması $10,88 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur.

Sağlık motivasyonu algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

KKMM yararları algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002) çalışmasında, KKMM yarar algısının kadınların gelecekte KKMM yapma davranışlarında etkili bir faktör olduğu belirtilmektedir. Karayurt ve ark. (2008) çalışması ile Dünder ve ark. (2006) çalışmasında KKMM yapan kadınların KKMM yarar algılarının, KKMM yapmayanlardan yüksek olduğu bildirilmektedir. Altuncan ve ark. (2008) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin yarar algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Güney'in (2009) araştırmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların yarar algısı arasında fark olmadığı belirlenmiştir.

KKMM engelleri algısı KKMM yapmayan grupta, KKMM yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Altuncan ve ark. (2008), KKMM'ni "arada bir uyguladığını" bildiren kadınların KKMM engel algısını, KKMM'ni "hiç uygulamayan" gruba göre daha düşük bulmuşlardır ama aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Güney'in (2009) araştırmasında da KKMM yapan kadınların KKMM engel algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha düşüktür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM'ni yapan kadınların KKMM engel algıları davranışı yapmayanlardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Dünder ve ark. 2006; Holm ve ark. 1999; Merey 2002).

KKMM öz-yeterliliği algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Karayurt'un (2003) çalışmasında, kadınların meme kanseri taramalarına yönelik KKMM yarar ve KKMM öz-etkililik algılarının bu çalışmadaki katılımcıların inanç düzeyi ile benzer, duyarlılık algılarının düşük, sağlık

motivasyonu, önemseme/ciddiyet ve KKMM engel algılarının ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Altuncan ve ark. (2008) çalışmasında KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin öz-etkililik (güven) algıları arasında, KKMM yapmayan ve arada yapıyorum diyenlerin sağlık motivasyonu algıları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Altuncan ve ark. (2008) çalışmasında ailesinde meme kanseri olanlar ve olmayanların duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, engel ve yarar algıları arasında anlamlı fark bulunamazken, öz-etkililik algısında istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur. Güney'in (2009) çalışmasında ise KKMM yapan kadınların KKMM öz-etkililik (güven) algısı KKMM yapmayan kadınlardan anlamlı olarak daha yüksektir. İran'da yapılan çalışmada 1. derece akrabasında meme kanseri olan kadınların duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven algıları diğer kadınlardan daha yüksektir (Fouladi ve ark. 2013). Çalışma bulguları, bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Mamografi yararları algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi engelleri algısı KKMM yapmayan grupta, KKMM yapan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapmama nedenine göre; KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve zamanının yeterli olmadığını belirten katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Önemseme/ciddiyet alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Sağlık motivasyonu alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM engelleri alt boyutunda zamanın yeterli olmaması ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulunduğunu

düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Mamografi yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Mamografi engelleri alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.12).

SONUÇ;

Yaş ortalaması $30,54\pm 9,21$ (min. 15 max.49) olan kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançlarının incelendiği 230 kadından elde edilen sonuçlar;

- Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapmama nedenine göre; KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve zamanının yeterli olmadığını belirten katılımcıların duyarlılık algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- Önemseme/ciddiyet alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- Sağlık motivasyonu alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- KKMM yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- KKMM engelleri alt boyutunda zamanın yeterli olmaması ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulunduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

- KKMM öz-yeterliliği alt boyutunda henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

- Mamografi yararları alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünen katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

- Mamografi engelleri alt boyutunda KKMM'nin nasıl yapıldığını bilmeyenler ve ailesinde meme kanseri olmadığı için gereksiz bulan katılımcıların algısı diğerlerinden yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar inançları etkileyebilen demografik, psikososyal ve yapısal değişkenlerden kaynaklanabilir. CSİM'e göre bu değişkenler bireyin sağlık inançlarını etkilemekte, bu da bireyin koruyucu olan KKMM uygulamasında değişikliklere neden olmaktadır. Bu çalışmanın sonucu göstermektedir ki, pozitif sağlık inançları kadınların KKMM yapmasında tetikleyici faktördür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Kadınlara, tarama programlarına katılmalarının kendi sağlıkları için önemi ve gereği, ne zaman, ne sıklıkta, nerelerde ve nasıl katılabilecekleri konusunda net, ayrıntılı ve katılıma yönlendirici mesajların verilmesi önerilebilir.

- Kadınların sadece arada bir KKMM yapmalarının yeterli olmadığı, bunu düzenli olarak her ay yaptıkları zaman erken taramada başarıya ulaşılabileceği anlatılmalıdır. Bilgilerin kalıcı olması için küçük gruplar halinde uygulamalı eğitimlerin ASM ve KETEM'in işbirliğiyle düzenlenmesi ve bu eğitimlerin periyodik olarak uygulanması önerilebilir.

- Kadınların meme kanseri hakkında doğru bilgileri alabilmesi ve olumlu tarama davranışı geliştirebilmeleri için, ulusal tarama programlarının, kadınlara hizmet sunan ilgili tüm sağlık personeline duyurulması, benimsetilmesi, karşılaşılan tüm kadınlara bu bilgileri aktarmalarının sağlanması önerilebilir.

- Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların, meme kanseri için erken tanı tarama yöntemi kullanma, özellikle KKMM yapma durumlarının daha yüksek olması, eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyinin artırılması ve özellikle de kız çocuklarının okula gönderilmelerini destekleyen kampanyalar çok önemlidir ve desteklenerek devamı sağlanmalıdır. Eğitim kurumlarındaki müfradata meme kanseri risk faktörleri, erken tanı tarama yöntemleri ve bu hizmetlerin hangi merkezlerde verildiğine dair konular entegre edilerek farkındalık yaratılmaya çalışılmalıdır.

- Hastaların sağlık hizmetine erişmelerinde sorun varsa bu erken tanı tarama hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu sorunların ne olduğunun saptanması ve çözüm önerileri oluşturulabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

- Meme kanseri ve erken tanı konusunda planlanacak eğitimler kadınlarda düzenli olarak KKMM, MRG ve KMM'ye yönelik davranış değişikliği sağlamayı amaçlamalı ve sürekliliği olmalıdır. Bu konuda görsel ve yazılı basına büyük sorumluluk düşmekte olup özellikle kadınlara yönelik programlarda ve dergilerde düzenli olarak bu konuyla ilgili bölümlere yer verilmesi kadınların eğitimi yönünden faydalı olacaktır.

- KKMM engellerinin azaltılması (pozitif mesajlarla korku, unutma, ihmalkarlık v.b.engellerin önüne geçilmesi), duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-etkililiğinin artırılmasına yönelik girişimler (KKMM yararları, erken tanı öneminde olumlu mesajlar, meme maketi kullanılarak memedeki değişikliklerin fark edilmesine yönelik öz-etkililiğin artırılması vb.) yapılmalıdır.

Sonuç olarak: meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda erken tanı davranışlarının sergilenmesinde sağlık inançları algılarının dikkate alınması ve özellikle koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların belirlenerek azaltılması yönünde girişimler yapılması önerilmektedir

6. KAYNAKLAR

Abeloff MD, Wolff AC, Wood WC: Cancer of Breast. Clinical Oncology, 3rd ed. Philadelphia, Elsevier. p.2369-470, 2004.

Absetz P, Aro AR, Rehnberg G, Sutton S.R: Comparative optimism in breast cancer risk perception: Effects of experience and risk factors knowledge. Psychology Health & Medicine, 5(4):367-376, 2000.

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H: Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 11:31-38, 2015.

Akhtari-Zavare M, Muhamad HJ, Salmiah MS, Irmı AM: Beliefs and behavior of Malaysia undergraduate female students in a public university toward breast selfexamination practice. Asian Pac J Cancer Prev, 14:57-61, 2013.

Aktan M, İnan A: Hastaneye başvuran kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi. Klinik Bilimler, 10(6):642- 647, 2004.

Alpteker H, Gümüş D, Doğan S, Bilir S, Önal M: Kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi- Journal Breast Health, 7(3):176-181, 2011.

Altuncan H, Akin B, Ege E. Awareness and practice of breast self examination (BSE) among 20-60 years women. J Breast Health, 4:84-91, 2008.

Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, Moskal A, Biessy C, Romieu I, Hainaut P: Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose-response meta-analysis. Obes Rev, 14(8):665-678, 2013.

Arnold C, Paulino, MD: PET-CT in Radiotherapy Treatment Planning, Saunders, Pensilvanya. p.3-11, 2008.

Arslan M: Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeyini Arttırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkinliği. Afyon Kocatepe Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2007.

Aslan A, Temiz M, Yiğit Y, Can R, Canbolant E, Yiğit F: Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(3):193-198, 2007.

Aslan FE, Gürkan A: Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi, 3(2):17-18, 2007.

Aslan G, Çeber E: Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer. Breast J, 7(1): 15-21, 2011.

Avcı İA: The Health Beliefs relating to mammography of midwives and nurses. Meme Sağlığı Dergisi, 3(1):19, 2007.

Avcı İ, Gozum S: Comparison two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 13:94-101, 2009.

Avcı İ, Işıklı Z: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16:91-94, 2006.

Avcı İA, Kurt H: Health beliefs and mammography rates of turkish women living in rural areas. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2):170-175, 2008.

Aydın Aİ, Altay B, Kocatürk B: Ebe öğrencilerin kendi kendine meme muayenesine yönelik sağlık inançları. *The Journal of Breast Health*, 4:25-27, 2008.

Aydın Ö, Polat A, Düşmez D, Eğilmez R: Mersin ilinde kanser sıklığı ve dağılımı üzerine bir çalışma. *Türk Patoloji Dergisi*, 16:48, 2000.

Azage M, Abeje G, Mekonnen A: Assessment of factors associated with breast self-examination among health extension workers in west Gojjam zone, Northwest Ethiopia. *Int J Breast Cancer*, 814395, 2013.

Baron RH: Assessment and Management of Patients With Breast Disorders, 12th ed. Lippincott Williams & Wilkins, USA. p.1471-1502, 2010.

Bekker H, Morrison L, Morrteau TM: Breast screening: GPs' beliefs, attitudes, Practices. *Family Practice*, 16:60-65, 1999.

Berkarda B: Meme Kanseri, İstanbul Üniversitesi Basımevi, İstanbul, 2000.

Beydağ KD, Karaoğlan H: Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2):106-111, 2007.

Campbell JB. Breast cancer-race, ethnicity, and survival: A literature review. *Breast Cancer Res Treat*, 74(2):187-192, 2002.

Canbulat N: Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mammografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Atatürk Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.

Chalmers K, Thomson K. Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. *Qualitative Health Research*, 6:256-282, 1996.

Champion VL, Menon U: Predicting mammography and breast self examination in African Amerikan women. *Cancer Nurs*, 20:5,315-22, 1997.

Champion VL, Skinner CS: Differences in perceptions of risk,benefits,and barriers by stage of mammography adoption .*J Womens Health (Lacrchmt)*, 12:3,277-86, 2003.

Champion VL, Skinner CS: The health belief model. 4nd ed. Jossey-Bass, San Francisco. p.46-65, 2008.

Champion VL, Skinner CS: The Health Belief Model. *Health Behav Health Educ Theory Res Pract*, 4:45-65,2008.

Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Adv Nurs Sci*, 6:73-85, 1984.

Champion VL: Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42(3):139-143, 1993.

Çelik V: Meme Kanserinde Risk Faktörleri ve Evreleme. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul. s.372-377, 2010.

Çenesiz E, Atak N: Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Korumucu Hekim Bülteni*, 6(6):427-434, 2007.

Çiçin İ, Saip P: Meme Kanserinin Sistemik Tedavisine Bağlı Komplikasyonlar, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara. s.571-577, 2012.

Dalay N: Meme Kanserinin Biyolojik Özellikleri Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2003.

Diñçer M, Beşer N: Meme Kanserinde Radyoterapi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara. s.515-521, 2012.

Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A: Araştırma yazısı meme sağlığı: ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Med J*, 20(1):29-36, 2007.

Driedger SM, Eyles J: Organochlorines and breast cancer: the uses of scientific evidence in claimsmaking. *Soc Sci Med*, 52(10):1589-1605, 2001.

Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G: Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *JAREN*, 1(1):30-38, 2015.

Dündar P, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, Çakıroğlu N: The knowledge and attitudes of breast self examination and mamography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, 6:1-9, 2006.

Elik Z: Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Kocaeli Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2006.

Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW: Screening for breast cancer. *JAMA*, 293:1245-1256, 2005.

Ersin F, Bahar Z: Sağlığı geliştirme modelleri’nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Effects of Health Promotion Models on Breast Cancer Early Detection Behaviors: A Literature Review*. 2012.

Ersin F, Bahar Z: Sağlığı geliştirme modelleri’nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1):28-38, 2012a.

Ersin F: Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2012.

Faupel-Badger JM, Arcaro KF, Balkam JJ, Eliassen AH, Hassiotou F, Lebrilla CB, Michels KB, et al.: Postpartum remodeling, lactation, and breast cancer risk: summary of a national cancer institute-sponsored workshop. J Natl Cancer Inst. 105(3):166-174, 2013.

Fouladi N, Pourfarzi F, Mazaheri E, Asl HA, Rezaie M, Amani F, Nejad MR: Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest iran according to the champion health belief model scale. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 14/11(6857-62):1513-7368, 2013.

Friedenreich CM: Review of anthropometric factors and breast cancer risk. Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP, 10(1):15-32, 2001.

Gençtürk N: Meme Kanserli Kadınların Birinci Derece Akrabalarının Bilgi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi ve Bilgi Gereksinimlerinin Giderilmesinde Eğitimin Etkinliği. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004.

GLOBACAN: Breast Cancer. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Erişim tarihi: 11.03.2018.

Gökkoca ZU: Sağlık eğitimi açısından yetişkin eğitimi. Sted Dergisi, 10(11);412-414, 2001.

Gözüm S, Aydın I: Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. Cancer Nursing, 27(6):491-498, 2004.

Gördes Aydoğdu N, Bahar Z: Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(1):34-40, 2011.

Görgülü RS: Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2014.

Gözüm S, Aydın I: Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (1):71-85, 2004.

Gözüm S, apık C: Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3):230-237, 2014.

Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ: Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1,2:72-85, 2004.

Graham ME, Ligsons Y, Hypolite M: Health beliefs and self breast examination in black women. Journal of Cultural Diversity, 9(2):49-54, 2002.

Güçlü S, Tabak RS: Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self examination. J Breast Health, 9:18-22, 2013.

Gültekin M: Türkiye'de Kanser Kontrolü. <http://kanser.gov.tr/bilgi-dokumanlar/sunum/1240-t%C3%BCrkiye-de-kanserkontrol%C3%BC-2014.html>. Erişim tarihi: 17.04.2018.

Gülseren Ü, Fatma O: Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(1);31-35, 2006.

Güner İC, Tetik A, Gönener HD: Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 13(2):55-60, 2007.

Güney E: İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

Hamolsky D: Nursing Management Breast Disorders, 9th ed. Mosby Elsevier, Canada. p.1238-1260, 2014.

Han Y, Baumann LC, Cimprich B: Factors influencing registered nurses teaching breast self-examination to female clients. Cancer Nursing, 19(3):197-203, 1997.

Harirchi I, Azary S, Montazeri A, Mousavi SM, Sedighi Z, Keshtmand G, Zarinkolah Z, Soltani SM: Literacy and breast cancer prevention: a population-based study from Iran. Asian Pac J Cancer Prev, 13:3927-30, 2012.

Heidari Z, Mahmoudzadeh-Sagheb HR, Sakhavar N: Breast cancer screening knowledge and practice among women in southeast of Iran. Acta Medica Iranica, 46:321-8, 2008.

Holm CJ, Deborah F, Curtin J: Health beliefs, health locus of control, and women's mammography behavior. Cancer Nursing, 22(2):149-156, 1999.

Hunt KK, Robertson JFR, Bland KI: The Breast. 10nd ed. McGraw-Hill Education, USA, 2015.

İğci A: Erken Evre Meme Kanseri Mastektomiler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s.389-396, 2001.

İlvan Ş: Meme Karsinomu Patolojisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi No:70 4, s.65-71, 2006.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D: Global cancer statistics. CA Cancer J Clin, 61(2):69-90, 2011.

Jironjwong S, McLennan R: Health beliefs, perceived self-efficacy, and selfexamination among Thai migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing, 41(3):241- 249, 2005.

Karabaş S: Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Bakışı Ve Kanser Korkusunun İncelenmesi. Gaziantep Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2013.

Karadağ Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H: Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi?. Fırat Tıp Dergisi, 19(2):95-100, 2014.

Karakovan A, Aslan F.E: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 2. Baskı, Nobel Kitabevi, Adana, 2011.

Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K: Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 4(1):15-20, 2008.

Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs*, 30:69-77, 2007.

Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, Çömez S: Endokrin Cerrahisi: Meme Cerrahisinde Bakım, Eti Aslan F (Ed): Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte, Akademisyen Kitabevi, Ankara, s.583-628, 2016.

Karayurt Ö: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlaması Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2003.

Kaymakçı Ş: Meme Hastalıkları, 3. Baskı. Akademisyen Kitabevi, Ankara. s.917-946, 2014.

Kaymakçı Ş: Meme Hastalıkları, Adana Nobel Kitabevi, Adana. s.973-985, 2011.

Kearney AJ, Murray M: Breast cancer screening recommendations: Is mammography the only answer?. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54:393-400, 2009.

Koçak S, Emre, AU: Rekonstrüktif ve Onkoplastik Meme Cerrahisi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara. s. 451-462, 2012.

Kopans DB: Breast Imaging. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

Küçük A, Küçük ÖK: Meme hastalıklarının tarama ve tanısı. Özasan C (Ed):Meme Bening ve Malign Hastalıklarına Kapsamlı Yaklaşım. 4. baskı, Palme Yayıncılık, Ankara. p. 605-613, 2011.

Lee S, Lee-Lin F, Menon U, Pett M, Nail L, Mooney K: Breast Cancer Belief and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants. *JOGNN Clinical Research*, 36(3):212-221, 2007.

Lewis NM, Fllips J, Waltz-Hill MM: Nutritional Assesment of Breast Cancer Risk in Young Women, 25nd ed. WB Saunders, Philadelphia, 1999.

Lopez-de-Andres A, Martin-Lopez R, Hernandez-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Gil-deMiguel A, Esteban y Pena MM, Jimenez-Garcia R: Carrasco-Garrido P, Gil-de-Miguel A, Esteban y Peña MM, et al. Predictors of breast and cervical cancer screening in a Spanish metropolitan area. *J Womens Health (Larchmt)*, 19:1675-81, 2010.

Malya FÜ, Sayek İ: Meme Kanseri. Sayek İ (Ed): Genel Cerrahi. 4. Baskı. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara. 2013.

Mandel N: Adjuvan Kemoterapi, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara p. 467-473, 2012.

Manjer J, Berglund G, Bondesson L, Garne JP, Janzon L, Malina J: Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res Treat*, 61(2):121-129, 2000.

McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *A Cancer Journal for Clinicians*, 54:345-361, 2004.

McKenzie F, Ellison-Loschmann L, Jeffreys M, Firestone R, Pearce N, Romieu I: Cigarette smoking and risk of breast cancer in a new Zealand multi-ethnic case-control study. *PLoS ONE*, 8(4), 2013.

McPherson K, Steel CM, Dixon JM: ABC of breast diseases: Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321(7261):624-628, 2000.

Meiser B, Butow P, Barratt A, Friedlander M, Kirk J, Gaff C, Haan E, Aittomäki K, Tucker K: Breast cancer screening uptake in women at increased risk of developing hereditary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 59:101-111, 2000.

Merey S: Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İstanbul Üniv, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C: Canadian national breast screening study-2: 13- year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. *J Natl Cancer Inst*, 92:1490-1499, 2000.

Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Mahmood Harirchi A, Sajadian A, Khaleghi F, Ebrahimi M, Haghighat S, Jarvandi S: Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pac Fam Med*, 7:1-6, 2008.

Nahçıvan NO, Seçginli S: Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1):33-38, 2003.

Nahçıvan NO, Seçginli S: Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum*, 34:425-432, 2007.

National Cancer Institute (NCI): Breast Cancer. <http://seer.cancer.gov>, *Erişim tarihi*: 03.02.2018.

Nelson HD, Tyne K, Naik A: Screening for Breast Cancer: Systematic evidence Review Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Review Update No. 74. AHRQ Publication No. 10-05142-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.

Obeidat RF, Lally RM: Health-related information exchange experiences of Jordanian women at breast cancer diagnosis. *J Cancer Educ*, 11:290, 2013.

Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U: Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World J Surg Oncol*, 4:11, 2006.

Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *The Journal of Breast Health*, 4:1-4, 2008.

Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P: Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *The Journal of Breast Health*, 2:87-91, 2009.

Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, Güllüoğlu BM, Işıkdöğün A, Topal U, Uhri M, Utkan Z, Zengin N, Tuncer M: Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması: “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. *Meme Sağlığı Dergisi-Journal Breast Health*, 5(3):125, 2009.

Özmen V: Meme kanseri. Kalaycı G (Ed): Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2002.

Özkütük N, Orgun F: Ankara Sağlığı Koruma ve Geliştirmede Bilgi Transferinin Önemi, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu, 24-26, 2004.

Parlar S, Kaydul N, Ovayolu: Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1), 2005.

Parsal P, Kandiah M, Zulkefli NAM, Rahman HA: Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev, 9:221-7, 2008.

Petro Nustas WI: Young Jordanian women's health beliefs about mammography, Journal of Community Health Nursing, 18(3):177-194, 2001.

Petro-Nustas W, Mikhail B: Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. Public Health Nursing, 19(4):263-271, 2002.

Rasu RS, Rianon NJ, Shahidullah SM, Faisel AJ, Selwyn BJ: Effect of educational level on knowledge and use of breast cancer screening practices in Bangladeshi women. Health Care Women Int, 32:177-89, 2011.

Rinaldi S, Key TJ, Peeters PHM, Lahmann PH, Lukanova A, Dossus L, et al.: Anthropometric measures, endogenous sex steroids and breast cancer risk in postmenopausal women: A study within the EPIC cohort. Int J Cancer, 118(11):2832-2839, 2006.

Rohleder P: Critical Issues in Clinical and Health Psychology, SAGE, 2012.

Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Ko C, Anghel M, Harshburger R: Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. Public Health Nurs, 18(5):357-363, 2001.

Sarkeala T, Heinavaara S, Anttila A: Breast cancer mortality with varying invitational policies in organised mammography. British Journal of Cancer, 98:3:641- 645, 2008.

Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nurs, 27(4):287-94, 2004.

Secginli S, Nahcivan NO. Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 43:161-171, 2006.

Seçginli S, Nahçıvan NÖ. Kendi kendine meme muayenesi: Yeni öneriler neler? Sağlık ve Toplum, 16:13-18, 2006.

Serarslan A, Gürsel B, Yücel İ, Başoğlu A, Meydan D, Özbek Okumuş N., Süllü Y. Meme kanserinde akciğer metastazektomisi: Literatür eşliğinde bir olgu sunumu, Okmeydanı Tıp Dergisi 31(3):164-169, 2015

Siegel R, Naishadham D, Jemal A: Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin, 62(1):10-29, 2012.

Smeltzer SC, Bare, BG: Brunner and Suddarth. Medical Surgical Nursing, 3rd ed. Lippincott Williams Wilkins, USA. p.1445-1484, 2005.

Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010. A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin, 60: 99-119, 2010.

Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, Levin B, Cohen C, Runowicz CD, Sener S, Saslow D, Eyre HJ: American cancer society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin, 52(1):8-22, 2002.

Somunoğlu S: Meme Kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10):103-122, 2009.

Stacey D, Degrasse C, Johnston L: Addressing the supportneeds of women at high risk for breast cancer: evidence based care by advanced practice nurses. Oncol. Nurs Forum, 29(6):77-84, 2002.

Suzuki R, Orsini N, Mignone L, Saji S, Wolk A. Alcohol intake and risk of breast cancer defined by estrogen and progesterone receptor status-A meta-analysis of epidemiological studies. Int J Cancer, 122(8):1832-1841, 2008.

Tabar L, Vitak B, Chen TH, Yen AM, Cohen A, Tot T, Chiu SY, Chen SL, Fann JC, Rosell J, Fohlin H, Smith RA, Duffy SW: Swedish Two-County Trial: Impact of mammographic screening on breast cancer mortality during 3 decades. Radiology. 260(3):658-63, 2011.

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: Kanser. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html>. *Erişim tarihi:* 04.03.2018.

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: Meme Kanseri Tarama Standartları: <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/424-meme-kanser-taramastandartlari.html#sthash.2alhpOI4.dpuf>. *Erişim tarihi:* 15.03.2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Durum Raporu 2004-2014, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın Tarihçesi <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=birimler&sinifi=tarihce&cid=15&sid=404>, *Erişim tarihi:* 15.03.2018.

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2016v01_2.pdf. *Erişim tarihi:* 14.03.2018.

T.C Sağlık BakanlığıTürkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara: 2016. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf. *Erişim tarihi:* 15.03.2018.

T.C Sağlık Bakanlığı: Sağlık İstatistikleri Yıllığı. <http://sbu.saglik.gov.tr/> *Erişim tarihi:* 12.03.2018.

Tabak RS: Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara. s.338, 2000.

Taneri F, Tekin E: Meme Hastalıkları. Göl K. (Ed): Kadın Hastalıkları ve Doğum. 4. baskı, s.189-199. Atlas Kitapçılık, Ankara, 2003.

Tekbaş F, Ceylan S, Oğur R. Sağlık Eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı GATA Halk Sağlığı AD, Ankara, 2005.

The American Cancer Society (ACS): Breast Cancer Facts and Figures. <http://www.cancer.org/>.
Erişim tarihi: 17.03.2018.

The American Cancer Society: Breast Cancer Facts&Figures 2016a. <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures>. *Erişim tarihi:* 13.03.2018.

The American Cancer Society: Breast Cancer 2016b. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/>.
Erişim tarihi: 09.03.2018.

Topal U: Meme Kanseri Taraması. Engin K (Ed): Meme Kanserleri, p.623-627. Nobel Tıp Kitabevleri, Bursa, 2005.

Topuz E, Aydın A, Dinçer M: Meme Kanseri. 1. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2003.

Tuncer M: Türkiye'de Kanser Kontrolü. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ksdb1.pdf>.
Erişim tarihi: 17.03.2018.

Tunin R, Uziely B, Woloski-Wruble AC: First degree relatives of women with breast cancer: who's providing information and support and who'd they prefer. *Psychooncology*, 19:423-430, 2010.

Tüccar E: Meme Anatomisi. Aydın S, Akça T (Ed): Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. 19-24. Nobel Kitapevi, Adana, 2011.

Türkiye Eczacılar Birliği: 8 Mart, Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Yeterince Bilgili Misiniz?. https://www.teb.org.tr/uploads/8mart/teb_8mart_02.pdf. *Erişim tarihi:* 16.03.2018.

Uslu R: Metastatik Meme Kanserinde Sistemik Tedavi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. p.553-561, 2012.

Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z: Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1):33-41, 2004.

Ünal G: Erken Evre Meme Kanserinde Meme Koruyucu Ameliyatlar. Ünal G, Ünal H (Eds): Meme Hastalıkları. s.397-421. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001.

Ünal M, İğci A: Meme Anatomisi ve Gelişmesi. Kalaycı G (Ed): Genel Cerrahi. 1. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. s.534-535, 2002.

Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G: Breast cancer. *Lancet Lond Engl*. 365(9472):1727-1741, 2005.

Viani GA, Stefano EJ, Afonso SL, De Fendi LI, Soares FV, Leon PG, Guimarães FS: Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in women with ductal carcinoma in situ: a meta-analysis of randomized trials. *Radiation Oncology*, 2(1):28, 2007.

World Health Organization: Guidelines for management of Breast Cancer. <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa697.pdf?ua=1>. *Erişim tarihi:* 11.03.2018.

Yıldırım M: Klinik Jinekoloji, 3. baskı, Çağdaş Medikal Kitabevi, İzmir. s.611-626, 2002.

Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V: Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 46(4):175-181, 2009.

Yılmaz D: Bir Yerleşim Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Taramaları Konusunun Farkındalık ve Duyarlılıklarının Saptanması. TC. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

Yilmazel G: Determining practicing of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in a rural area of Çorum. J Breast Health, 9:82-87, 2013.

Yucel CS, Orgun F, Tokem Y, Unsal Avdal E, Demir M: Determining the factors that affect breast cancer and self breast examination beliefs of Turkish nurses in academia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(3):1275, 2014.

Zavare MA, Baghestan AG, Latiff LA, Matinnia N, Hoseini M: Knowledge of Breast Cancer and Breast Self-Examination Practice among Iranian women in hamedan, Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(16):6531-4, 2014.

Zucca AC, Boyes AW, Lecathelinais C, Girgis A: Life is precious and I'm making the best of it: coping strategies of long-term cancer survivors. Psycho-Oncology, 19(2):1268-76, 2010.

7. EKLER

EK 1: Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi

Bu çalışma, Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı tarafından **yüksek lisans tezi** olarak yürütülmektedir. Bu çalışmada Kars/Sarıkamış İlçesinde yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnanç düzeyleri tespit edilecektir.

Verdiğiniz bilgiler bilimsel amaçlıdır ve **katılımcıların bilgileri sadece bilgi amaçlıdır.**

Katılımınız için teşekkürler..

Necla DURSUN

Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Mesleğiniz nedir?.....

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Üniversite

4. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet

b) Hayır

5. İlk adet olduğunuzda kaç yaşındaydınız ?

6. Düzenli olarak adet görüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Menopozdayım

7. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

d)Dul

Cevabınız 'Bekar' ise 12. soruyu cevaplayınız.

8. İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?.....

9. Doğum yaptınız mı?

a)Evet

Cevabınız 'Evet' ise 10. soruyu cevaplayınız

b)Hayır

10. İlk doğum yaptığınızda kaç yaşındaydınız ?

11. Kaç çocuğunuz var?

12. Ailenizde meme kanseri tanısı alan kişi var mı?

a) Var b) Yok

Cevabınız 'Var' ise yakınlık derecesi nedir?

13. Hiç kendi kendinize meme muayenesi yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız 'Hayır' ise 14. soruyu cevaplayınız

14. Kendi kendinize meme muayenesi yapmama nedeniniz nedir?

a) Nasıl yapıldığını bilmiyorum.

b) Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.

c) Zamanın yeterli olmaması

d) Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum

e) Henüz bu muayene için yaşının genç olduğunu düşünme

f) Diğer.....(Lütfen Açıklayınız)

EK 2: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

TÜRKÇE CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ

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

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksek					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6. Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiyi tehdit eder					
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
12. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm					
14. Dengeli beslenirim					
15. Kendi kendine meme muayenesini (KKMM) yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum					
16. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir					
17. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir					
18. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir					
19. KKMM yapmaktan sıkılıyorum					
20. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor					
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok					
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez					
24. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez					

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

EK 3: Etik Kurul İzni

T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 57
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

01/03/2017

Sayın; Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

“Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Saptanması” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 01.03.2017 tarih ve 03 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr.Barlas SÜEÜ
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)
ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 01.03.2017

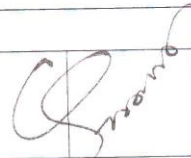
TOPLANTI SAYISI: 2017/03





Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Doç.Dr.Barlas SÜLÜ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 20

Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ'ın "Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Saptanması" adlı çalışması.

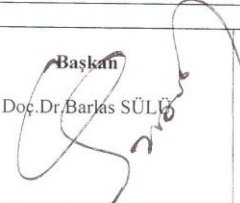
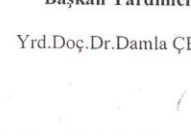
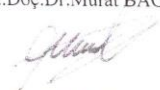
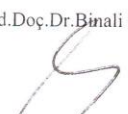
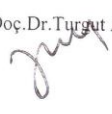
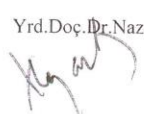
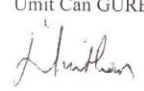
Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	
--------------------	--------------------	---

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU	
Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK		Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ		Üye	
Üye Avukat Emine TUNA	(Katılmadı)	Üye Ümit Can GÜRBOĞA	

Gelen Evrak No: 15	Karar No: 20	Karar Tarihi: 01.03.2017
Araştırmanın Adı: "Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Saptanması"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu;		
Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir <input type="checkbox"/>
	Düzeltilmesi Gerekir <input type="checkbox"/>	

Başkan Doç.Dr.Barlas SÜLÜZ 	Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN 	Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU 
Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ 
Üye	Üye Avukat Emine TUNA (Görevli)	Üye Ümit Can GÜRBOĞA 



T.C
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
(Etik Kurul Başkanlığı)



Sayı : 80576354-050-99/ 104
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

30/05/2018

Sayın; Doç.Dr.Sevda E. YILDIZ
Kafkas Üniversitesi Sağlık Bil. Fakültesi

“Yürütücülüğünü yaptığım yüksek lisans öğrencisi Necla Pak (Dursun) isimli öğrencinin “Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi” ismi ile verdiği tez çalışmasının başlığı yanlış olarak “Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve davranış düzeylerinin saptanması” olarak yazılmıştır. Bunun düzeltilmesi konusunda gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim” adlı dilekçeniz Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 30.05.2018 tarih ve 08 numaralı oturumda incelenmiş ve dilekçenin Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Müferet ERGÜVEN
Etik Kurul Bşk.Yrd.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

Gelen Evrak No: 101	Karar No: 01	Karar Tarihi: 30.05.2018
<p>Araştırmanın Adı: "Yürütücülüğünü yaptığım yüksek lisans öğrencisi Necla Pak (Dursun) isimli öğrencinin "Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi" ismi ile verdiği tez çalışmasının başlığı yanlış olarak "Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve davranış düzeylerinin saptanması" olarak yazılmıştır. Bunun düzeltilmesi konusunda gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim" adlı dilekçe</p>		
<p>Araştırmanın Yürütücüsü: Doç.Dr.Sevda E. YILDIZ Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi</p>		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu:		
Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR

Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir
	Düzeltilmesi Gerekir	

<p>Başkan Prof.Dr.Hülya SOYSAL (Göz Hastalıkları) (İzinli)</p>	<p>Başkan Yardımcısı Prof.Dr.Müfret ERGÜVEN (Çocuk Sağlığı)</p>	<p>Raportör Üye Dr.Öğr.Üy.Tolga KASACI (Tıbbi Biyokimya)</p>
<p>Üye Prof.Dr.Başol CANBAKAN (İç Hastalıkları)</p>	<p>Üye Dr.Öğr.Üy.Damla ÇETİN (Tıbbi Farmakoloji)</p>	<p>Üye Dr.Öğr.Üy.Neşe POLAT (Halk Sağlığı)</p>
<p>Üye Dr.Öğr.Üy.Caner YILDIRIM (Fizyoloji)</p>	<p>Üye Dr.Öğr.Üy.Yavuz KARABAĞ (Kardiyoloji)</p>	<p>Üye Dr.Öğr.Üy.Coşkun KOÇ (Hukuk) (İzinli)</p>

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 30.05.2018

TOPLANTI SAYISI: 2018/08

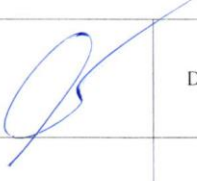

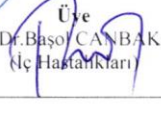


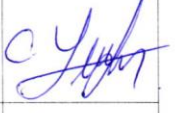
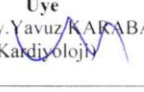
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu **Prof.Dr.Müferet ERGÜVEN** başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 01

Doç.Dr.Sevda E. YILDIZ'ın "Yürütücülüğünü yaptığım yüksek lisans öğrencisi Necla Pak (Dursun) isimli öğrencinin "Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık inançlarının incelenmesi" ismi ile verdiği tez çalışmasının başlığı yanlış olarak "Kars Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve davranış düzeylerinin saptanması" olarak yazılmıştır. Bunun düzeltilmesi konusunda gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim" adlı dilekçesi.

Yukarıda belirtilen dilekçenin Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.Hülya SOYSAL (Göz Hastalıkları)	(İzinli)
--------------------	---	----------

Başkan Yardımcısı Prof.Dr.Müferet ERGÜVEN (Çocuk Sağlığı)		Raportör Üye Dr.Öğr.Üy.Tolga KASACI (Tıbbi Biyokimya)	
Üye Prof.Dr.Başo CANBAKAN (İç Hastalıkları)		Üye Dr.Öğr.Üy.Damla ÇETİN (Tıbbi Farmakoloji)	
Üye Dr.Öğr.Üy.Neşe POLAT (Halk Sağlığı)		Üye Dr.Öğr.Üy.Caner YILDIRIM (Fizyoloji)	
Üye Dr.Öğr.Üy.Yavuz KARABAĞ (Kardiyoloji)		Üye Dr.Öğr.Üy.Coşkun KOÇ (Hukuk)	(İzinli)

EK 4: Kurum İzni

T.C
KARS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 73719022-663.03
Konu : TEZ Hk.

SARIKAMIŞ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Karaorgan aile sağlığı merkezinde Ase olarak görev yapan Necla DURSUN 'un "**Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi**" isimli araştırmayı Halk Sağlığı Müdürlüğümüze bağlı ilçemiz Sarıkamış 'da bulunan aile sağlığı merkezlerinde yapması uygun görülmüştür. Konu hakkında Toplum Sağlığı Merkezimize bağlı aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerine tebliğlen bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Dr. Zafer YILMAZ
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:

- 1- Anket Formu(a)
- 2- Anket Formu(b)
- 3- Araştırma Talimatnamesi 1 Adet

Faks No:

e-Posta:ezgi.cersitboenak@saqlik.gov.tr İnt. Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 39919f52-c44e-4db0-a8e8-f2e83d51e9d6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ezgi CERŞİT BOÇNAK

Unvan:FBİ

Telefon No:4742123558

EK 5: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni Kullanma İzni

Posta - necla1014@outlook.com

YNT:

Sebahat GOZUM <sgozum@akdeniz.edu.tr>

27 Aralık 2016 Salı 11:42

NECLA DURSUN <necla1014@outlook.com>

Gözümler

Gözüm & Aydın CHBMS-Turkish form.pdf; GOZÜM-KARAYURT-AYDIN.doc

Sevgili Necla
Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini tez çalışmada kullanmana izin veriyorum. Yararlı olması dileğiyle ilgili çalışmalarını ekliyorum.

Prof.Dr. Sebahat Gözüm

Kimden: NECLA DURSUN [necla1014@outlook.com]

Gönderildi: 27 Aralık 2016 Salı 11:42

Kime: Sebahat GOZUM

Konu:

İyi Günler Sebahat GÖZÜM Hocam. Ben Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Necla DURSUN. Hocam tez konum olarak; Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi ve Davranış Düzeylerinin Saptanması olarak seçtim. Hocam hazırladığım anketle birlikte Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin tez konuma uygun olduğunu literatür taraması sonucu buldum. 2014 yılında Cantürk Çapık hocam ile yayınladığınız bir makalede Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini Türkçe'ye sizin çevirdiğinizi gördüm. İzin verirseniz Türkçe'ye çevirdiğiniz ölçeği tezimde kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür eder saygılarımı sunarım.

8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	: NECLA PAK
Doğum Yeri	: SAMSUN/BAFRA
Doğum Tarihi	: 23.07.1991

EĞİTİM BİLGİLERİ

İlkokul	: 29 Ekim İlköğretim Okulu Samsun/Bafra
Yıl	: 1998-2006
Lise	: Kızılırmak Anadolu Lisesi Samsun/Bafra
Yıl	: 2006-2010
Üniversite	: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Fakülte	: Sağlık Yüksek Okulu
Bölüm	: Ebelik
Yıl	: 2010-2014
Yüksek Lisans	: Kafkas Üniversitesi Kars/Merkez
Enstitü	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Bölüm	: Ebelik
Yıl	: 2016-Halen Devam Ediyor

İŞ DENEYİMİ

Çalıştığı Kurum	: Samsun/Bafra Özel MediBafra Hastanesi
Görevi/Pozisyonu	Ebe/ Doğumhane
Tecrübe Süresi	09.07.2014-31.12.2014
Çalıştığı Kurum	: Kars/ Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi
Görevi/Pozisyonu	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri Birimi/ Birim Sorumlusu
Tecrübe Süresi	: 08.01.2015-09.10.2017
Çalıştığı Kurum	: Bursa/ Gemlik İlçe Sağlık Müdürlüğü
Görevi/Pozisyonu	: Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Tüberküloz ve Aşı Birimi / Birim Sorumlusu
Tecrübe Süresi	: 27.10.2017- Halen Çalışıyor

İLETİŞİM

Adres	Bursa/Gemlik İlçe Sağlık Müdürlüğü
E-mail	necla1014@outlook.com