



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK SAğLIK UYGULAMA VE**  
**ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ**  
**ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMALARINA**  
**YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ VE KANSER TARAMALARINA**  
**YÖNELİK TUTUMLARININ DEğERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gözde KÜÇÜK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2024**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK SAĞLIK UYGULAMA VE  
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ  
ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMALARINA  
YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ VE KANSER TARAMALARINA  
YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Gözde KÜÇÜK**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem POLAT**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2024**

## TEŞEKKÜR

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aile hekimliği asistanlığı eğitimime ait uzmanlık tezimin tőm aŐamalarında desteği ve önerileri ile yanımda olan eğitim sorumlumuz, değerli tez danıŐmanım Doç. Dr. Özlem POLAT'a,

Eğitimim sőuresince her zaman desteğini ve yol gőstericiliđini hissettiren kıymetli hocam Prof. Dr. Sadık Sami HATIPOĞLU'na,

Tezimi hazırlarken önerileri, gőzel desteği ve katkıları için Uzm.Dr.Betől ŐndeŐ DENİZLİ'ye ve Uzm.Dr.Neslihan ALTINŐZ'e,

Aynı klinikte birlikte çalıŐmaktan her daim mutluluk duyduğum ve rotasyonlarım sőuresince tanıdığım asistan doktor arkadaşlarım olmak ũzere tőm çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında desteklerini ve sevgilerini eksiksiz hissettiğim, seçtiğim her yolda arkamda durup gővenle ilerlememi sağlayan ve beni gőçlü kılan canım aileme,

Hayatıma girdiği andan itibaren karŐılaŐtıđım her zorlukta sevgisi ve desteğiyle yanımda olan, yol arkadaşım, en bőyők Őansım sevgili eŐim Yasin KŐÇŐK'e

SONSUZ TEŐEKKŐRLER...

Dr. Gözde Kőçők

İstanbul,2024

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT .....	x
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>2</b>
2.1. MEME ANATOMİSİ .....	2
2.2. MEME KANSERİ TANIMI .....	2
2.3. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	2
2.4. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ .....	3
2.4.1. Değıştirilemeyen Risk Faktörleri.....	3
2.4.2. Değıştirilebilir Risk Faktörleri.....	6
2.5. MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ.....	8
2.5.1. Birincil Korunma .....	8
2.5.2. İkincil Korunma .....	8
2.5.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	8
2.5.2.2. Klinik Meme Muayenesi .....	9
2.5.2.3. Mamografi .....	9
2.5.2.4. Ultrasonografi.....	9
2.5.2.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme .....	10

2.5.3. Üçüncül Korunma.....	10
2.5.4. Dördüncül Koruma .....	10
2.6. ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI .....	10
2.6.1. Meme Kanseri Tarama Programı.....	11
2.6.2. Serviks Kanseri Tarama Programı .....	11
2.6.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı .....	11
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>12</b>
3.1. ARAŞTIRMA TİPİ.....	12
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI .....	12
3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ .....	12
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ .....	12
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	13
3.5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form'un Özellikleri.	13
3.6. VERİLERİN ANALİZİ .....	14
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>15</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>31</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>40</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>43</b>

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>BRCA</b>	: Breast Cancer 1 (Meme Kanseri 1)
<b>BRCA2</b>	: Breast Cancer 2 (Meme Kanseri 2)
<b>DNA</b>	: Deoksiriboz nükleik asit
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GGK</b>	: Gaitada Gizli Kan
<b>GLOBOCAN</b>	: Küresel Kanser Yükü Çalışması
<b>GY</b>	: Gray birim
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virus
<b>HRT</b>	: Hormonal Replasman Tedavisi
<b>KKMM</b>	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>KMM</b>	: Klinik Meme Muayenesi
<b>MRG</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	16
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Doktor Tanılı Kronik Hastalıklarının Dağılımı .....	16
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların Kendilerinde ve Ailelerinde Kanser Tanı Durumları .....	17
<b>Tablo 4.</b> Kanser Tarama Testlerine Ait Farkındalık Durumları .....	18
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tedavi Bilgi Düzeyi .....	18
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları.....	20
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların KMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları.....	21
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları.....	21
<b>Tablo 9.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarına Yönelik Özet İstatistikler.....	22
<b>Tablo 10.</b> Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanları.....	23
<b>Tablo 11.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Kanser Taraması Yaptırma, Kanser Tanısı Varlığı, Kronik Hastalık Varlığı Ailede Kanser Öyküsü Bulunma Durumu ve Kanser Tarama testleri Hakkında Bilgi Durumu ile Karşılaştırılması .....	24
<b>Tablo 12.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Meme Kanseri Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması.....	25
<b>Tablo 13.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının KKMM Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması.....	25
<b>Tablo 14.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının KMM Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması.....	26
<b>Tablo 15.</b> Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Mamografi Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması.....	27



<b>Tablo 16.</b> Sosyodemografik Değişkenler ile KKMM Yapma Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması .....	28
<b>Tablo 17.</b> Sosyodemografik Değişkenler ile KMM Yapma Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması .....	29
<b>Tablo 18.</b> Sosyodemografik Değişkenler ile Mamografi Tarama Yaşı ve Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması .....	30



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	3
--	---



## ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışmada, 30-70 yaş arası kadınların meme kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerini ve kanser taramalarına yönelik tutumlarını ölçmek, kanser taramalarına yönelik farkındalıklarını arttırmak amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Bu çalışma tek merkezli, kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak planlandı. Çalışmanın evreni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 30-70 yaş arası 250 kadın katılımcıdan oluşmaktadır. Çalışmamıza katılan bireylere İlk bölümde yaş, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu, hanenin toplam gelir düzeyi, sigara alkol kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ve kronik hastalıkların varlığı, tanısı kesinleşmiş kanser hastalığı varlığı, ailede kanser hastalığı varlığı, kanser tarama testleri hakkında bilgi düzeyi ve daha önce kanser taraması yaptırma durumunu içeren 13 soru iletildi. Anket formunun 2. bölümünde katılımcılara meme kanseri taramaları hakkında bilgi düzeyini ölçen 14 soru yöneltildi. Anket formunun son kısmında ise araştırmaya katılanların kanser taramalarına yönelik tutumunun belirlenmesi amacıyla 15 maddelik "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form" soruları yüz yüze anket uygulama tekniği ile uygulandı. Verilerin analizinde SPSS for Windows 22 programı kullanılmıştır. P değerinin <0.05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Katılımcıların yaş ortalaması 45,9'dur. Katılımcıların %51,6'sı üniversite ve üstü eğitimde, %78'i evli, %49,6'sının kronik hastalığı, %5,2'sinin kanser tanısı vardı. Katılımcıların %55,2'si ülkemizde kanser tarama programları olduğunu biliyordu ve %59,6'sı daha önce en az bir kez kanser tarama testi yaptırmıştı. Katılımcıların %80,8'i KKMM yapmasını, %51,6'sı başlama yaşını, %51,2'si yapma sıklığını doğru biliyordu ve %8,8'i ayda bir kez KKMM yapıyordu. Katılımcıların %66,8'i KMM yaptırma sıklığını biliyor ve %54,0'ı yaptırıyordu. Katılımcıların %63,6'sı mamografi tarama yaşını %18,4'ü sıklığını doğru biliyordu ve 40-69 yaş grubunun %69,1'i mamografi taraması yaptırmıştı. Kanser taramalarına yönelik tutumun ölçeği puan ortalaması 66,9 olarak saptandı. Yaş arttıkça, aktif çalışanların ve emeklilerin, sigara kullananların, kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olanların, daha önce kanser taraması yaptıranların, meme kanserinin erken tanıyla tedavi

edilebilir olduğunu düşünenlerin, KKMM yapmasını ve yapma sıklığını bilenler ile yapanların, KMM yaptırma sıklığını bilenler ve yaptıranların, tarama amaçlı mamografi çekirme yaşını bilenler ve çektirenlerin kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumlu saptanmıştır.

**SONUÇ:** Çalışmamızın verileri ışığında, kanser taramalarının toplumda henüz istenen düzeye ulaşmadığını ve hedeflenen kapsayıcılıktan uzak olduğunu fakat önceki araştırmalarla kıyaslandığında mamografi taramasına olan ilginin arttığı görülmektedir. Ayrıca, bireylerin kanser taramalarına karşı tutumları olumlu olmasına rağmen, taramalar hakkında henüz yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bu konuda, özellikle aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Kanser tarama, Meme kanseri, Tutum

## ABSTRACT

**AIM:** In this study, the aim is to measure the knowledge levels and attitudes of women aged 30-70 towards breast cancer screenings, and to increase their awareness regarding cancer screenings.

**MATERIALS-METHODS:** This study was designed as a single-center, cross-sectional descriptive study. The population of the study consists of 250 female participants aged 30-70 who applied to the Family Medicine outpatient clinic of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital of the University of Health Sciences. In the first part of the study, participants were asked 13 questions covering sociodemographic characteristics such as age, marital status, educational level, employment status, total household income, smoking and alcohol use, presence of chronic diseases, presence of confirmed cancer diagnosis, family history of cancer, knowledge level about cancer screening tests, and previous cancer screening experiences. In the second part of the questionnaire, 14 questions were asked to measure the participants' knowledge level about breast cancer screenings. In the final section of the questionnaire, a 15-item "Attitude Scale Towards Cancer Screenings-Short Form" was administered face-to-face to determine the participants' attitudes towards cancer screenings. The data were analyzed using SPSS for Windows version 22. A p-value of  $<0.05$  was considered statistically significant.

**RESULTS:** The average age of the participants was 45.9 years. Among the participants, 51.6% had a university degree or higher, 78% were married, 49.6% had a chronic disease, and 5.2% had a cancer diagnosis. Additionally, 55.2% of the participants were aware of cancer screening programs in our country, and 59.6% had undergone at least one cancer screening test before. Of the participants, 80.8% knew how to perform a Breast Self-Examination (BSE), 51.6% knew the appropriate age to start, 51.2% knew the frequency of BSE, and 8.8% performed BSE monthly. Furthermore, 66.8% knew the frequency of Clinical Breast Examination (CBE) and 54.0% underwent CBE regularly. Moreover, 63.6% knew the appropriate age for mammography screening, 18.4% knew the frequency, and 69.1% of women aged 40-69 had undergone a mammography screening. The average score of the Attitude Scale Towards Cancer Screenings was 66.9. The study found that attitudes towards cancer

screenings were more positive among older participants, those who were actively working or retired, smokers, individuals knowledgeable about cancer screening tests, those who had undergone cancer screening previously, those who believed that breast cancer is treatable with early diagnosis, those who knew and performed BSE, those who knew the frequency of CBE and underwent it, and those who knew and had mammography screenings at the appropriate age.

**CONCLUSION:** Based on the data from our study, it is evident that cancer screenings in the community have not yet reached the desired level and are still far from achieving the targeted inclusiveness. However, compared to previous research, interest in mammography screening appears to have increased. Additionally, although individuals have a positive attitude towards cancer screenings, it has been determined that they still lack sufficient knowledge about the screenings. In this regard, significant responsibilities fall on all healthcare professionals, especially family physicians.

**KEY WORDS:** Cancer screening, Breast cancer, Attitude

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünyada ve Türkiye'de kalp damar hastalıklarından sonra ölüme yol açan en önemli ikinci hastalıktır (1). GLOBOCAN 2022 verilerine göre yeni görülen kanser vaka sayıları içerisinde %12,4 sıklık ile birinci sırada akciğer kanseri gelmekte bunu %11,6 ile meme kanseri takip etmektedir. Kansere bağlı ölümlerde birinci sırada %18,7 ile akciğer kanseri yer almakta, ikinci sırada %9,3 kolorektal kanser, üçüncü sırada %7,8 ile karaciğer kanseri dördüncü sırada da % 6,9'luk oran ile meme kanseri gelmektedir (2).

Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir ve her geçen gün sıklığı giderek artmaktadır. Meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem bulunmamakla birlikte, düzenli yapılan muayene ve taramalar sonucunda erken tanı konulduğu takdirde hastadan beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Bu nedenle meme kanseri tarama programları ciddi bir öneme sahiptir (3). Ülkemizde de Ulusal kanser tarama programı kapsamında üç kanser türü için tarama yapılmaktadır. Bunlar meme, serviks ve kolorektal kanser taramalarıdır. Meme kanseri taramaları kapsamında 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir mamografi taraması ve tüm kadınlara ayda bir düzenli aralıklarla kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile yılda bir klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmaları önerilmektedir (3,4).

Bu kapsamda aile hekimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak, toplum sağlığını koruma ve geliştirme görevini üstlenmektedir. Kanser taramaları da aile hekimlerinin en önemli sorumluluklarından biridir. Aile hekimleri, bireylerin sağlık geçmişini, yaşam tarzını ve risk faktörlerini dikkate alarak, kanser taramaları için uygun adayları belirler, gerekli yönlendirmeleri yapar ve tarama sonuçlarını değerlendirirler. Ayrıca, hastalarına kanserin önlenabilir risk faktörleri hakkında bilgi vererek, koruyucu sağlık hizmetleri sunarlar.

Yapacağımız bu çalışma ile Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 30-70 Yaş arası kadınların meme kanseri taramalarına yönelik bilgi düzeylerini belirlemeyi, kanser taramalarına yönelik tutumlarını ölçmeyi ve farkındalıklarını arttırmayı hedefledik.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. MEME ANATOMİSİ

Meme dokusu göğsün ön kısmında pektoral kas fasyasının önünde, ikinci ve altıncı kosta arası, iç taraftan sternumun lateral kenarı dış taraftan ise ön ve orta aksiller çizgi arasında yer almakta ve kuyruk şeklinde aksiller bölgeye doğru uzanmaktadır. Her meme birçok sayıda lobülün birleşmesiyle oluşan 15-20 adet lobdan oluşmaktadır. Her bir lobül kendisine ait laktiferöz kanallara, bunlarda laktifer sinüs aracılığıyla meme başına açılmaktadır (5).

### 2.2. MEME KANSERİ TANIMI

Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde aşırı çoğalmasıyla oluşan bir hastalıktır. Meme kanserinin türleri kontrolsüz çoğalan hücrenin embriyolojik kökenine göre farklı tiplere ayrılmaktadır (6). Meme kanserinin en sık görülen tipi invaziv duktal karsinom olup ardından bunu invaziv lobüler karsinom takip etmektedir. Daha az sıklıkla medullar, tubuler, müsinöz ve inflamatuvar meme kanseri türleri de klinik pratikte karşımıza çıkmaktadır (6).

### 2.3. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Meme kanseri, son 20 yıldır dünya genelinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türü olarak saptanmaktadır (7). GLOBOCAN 2022 verilerine göre yeni görülen kanser vaka sayıları içerisinde %12,4 sıklık ile birinci sırada akciğer kanseri gelmekte bunu %11,6 ile meme kanseri takip etmektedir. Kansere bağlı ölümlerde birinci sırada %18,7 ile akciğer kanseri yer almakta, ikinci sırada %9,3 kolorektal kanser, üçüncü sırada %7,8 ile karaciğer kanseri dördüncü sırada da %6,9'luk oran ile meme kanseri gelmektedir (2). GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü %23,5 ile meme kanseri olurken bunu ikinci sırada %11,6 ile tiroit kanseri takip etmektedir (7,8). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansı, gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha yüksekken, meme kanseri mortalitesi ise gelişmekte olan ülkelere daha yüksektir. Bu durum, gelişmiş ülkelerdeki tarama programları sayesinde hastaların daha erken evrede teşhis edilmesi ve daha etkili tedavi yöntemlerinin kullanılmasıyla mortalitenin azalmasına bağlanabilir (9).



## 2.4. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanseri risk faktörleri sayıca fazla olduğundan, genellikle değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak iki ana başlık altında incelenebilir (10).

<b>Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</b>	<b>Değiştirilebilir Risk Faktörleri</b>
Cinsiyet	İlaç kullanımı
Yaş	Sigara ve alkol kullanımı
Ailede meme kanseri öyküsü	Fiziksel aktivite
Genetik faktörler	Eksojen hormon kullanımı
İrk ve etnik yapı	Obezite
Reprodüktif öykü	Vitamin eksikliği
Meme dokusu yoğunluğu	Yapay ışık maruziyeti
Kişisel meme kanseri öyküsü	İşlenmiş gıda tüketimi
Benign meme hastalıkları	Kimyasallara maruziyet
Radyasyon maruziyeti	

Şekil 1. Meme Kanseri Risk Faktörleri(10)

### 2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

**1. Cinsiyet:** Kadın cinsiyetine sahip olmak özellikle yüksek östrojen ve progesteron hormon seviyeleri nedeniyle meme kanseri riski ile ilişkili en önemli faktördür. Kadınlarda meme kanseri görülme oranı erkeklerle kıyaslanınca 100 kat daha fazladır. Erkeklerde de meme kanseri daha nadir olarak görülebilmektedir.

**2. Yaş:** Diğer birçok kronik hastalıkta olduğu gibi meme kanseri görülme sıklığı da ya yaşla birlikte artış göstermektedir. Yaklaşık üç invaziv meme kanserinden ikisi 55 yaş üstü kadınlarda görülmektedir (11).

**3. Ailede Meme Kanseri Öyküsü:** Ailelerinde meme kanseri olan bireyler, özellikle birinci derece akrabalarında (kardeş, çocuk veya ebeveyn) meme kanseri geçmişi bulunan kadınlar, meme kanseri gelişimi açısından yüksek risk altındadır. Meme kanseri teşhisi konulan 50.000'den fazla kadın ile 100.000 kontrol grubunu

kapsayan bir analizde; bir kadının birinci derece akrabasında meme kanseri varsa meme kanseri gelişme riski neredeyse iki kat arttığı

İki birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınlarda riskin ise üç kat arttığı tespit edilmiştir (12).

**4. Genetik Faktörler:** Meme kanserine yol açan genetik faktörler arasında en yaygın olanlar, BRCA1 (kromozom 17) ve BRCA2 (kromozom 13) genlerinde bulunan kalıtsal mutasyonlardır. Bu mutasyonlar, kadın meme kanseri vakalarının %5-10'unda ve erkek meme kanseri vakalarının %5-20'sinde görülür. Genel popülasyonda 80 yaşına kadar meme kanseri geliştirme riski %10 olan kadınlarla karşılaştırıldığında, BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarına sahip kadınların meme kanserine yakalanma riskinin %70'e kadar çıkabileceği tahmin edilmektedir(13). Memem kanseri gelişme riskini arttıran önemli diğer genler arasında Li Fraumeni sendromu ile ilişkili TP53 ve Cowden sendromu ile ilişkili PTEN bulunur. Meme kanseri ile daha nadir olarak ilişkilendirilen genler ise ATM, CHECK2, CDH1, STK11 ve PALB2'dir (14).

**5. Irk ve Etnik Yapı:** Meme kanseri, dünya genelinde beyaz ırkta siyah ırka göre daha sık görülür. Ancak, siyah ırktaki kadınlarda meme kanseri daha az yaygın olmasına rağmen, bu etnik grupta meme kanserine bağlı ölüm oranı beyaz ırktaki kadınlardan belirgin şekilde daha yüksektir. Bunun nedeni olarak, beyaz ırktaki kadınların kanser taramalarına daha fazla katılım göstermesi ve etkili tedavi yöntemlerine daha kolay erişebilmesi öne sürülebilir (14). Erken yaşta (özellikle yirmili yaşların başında) ilk tam süreli hamilelik ve ardından artan doğum sayısı, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilidir. Ayrıca gebeliğin kendisi de potansiyel kansere karşı koruyucu etki sağlamaktadır (15).

**6. Reprodüktif Öykü:** Erken yaşta (özellikle yirmili yaşların başında) ilk tam süreli hamilelik ve ardından artan doğum sayısı, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilidir. Ayrıca gebeliğin kendisi de potansiyel kansere karşı koruyucu etki sağlamaktadır (10).

Östrojen hormonuna uzun süre maruz kalmanın meme kanseri riskini artıran önemli faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, ilk adetini erken yaşta görmek ve menopoza geç girmek meme kanseri riskini artırır. Ayrıca, erken menarşın

geç menopoza kıyasla meme kanseri riskini daha fazla artırdığı düşünülmektedir (16). Emzirme süresinin uzun olması hem östrojen progesteron pozitif meme kanseri hem de östrojen progesteron negatif meme kanseri riskini azalttığı görülmektedir (17).

**7. Meme Dokusu Yoğunluğu:** Meme dokusu yoğunluğu, memedeki fibroglandüler ve yağ dokunun yağ dokusuna olan oranı olarak tanımlanabilir. Mamografik olarak yoğun meme dokusuna sahip kadınlar, daha az yoğun meme dokusuna sahip yaşlılarına kıyasla meme kanseri açısından daha yüksek risk altındadır. Bunun nedeni, meme kanserinin genellikle glandüler parankim dokusundan gelişmesidir (18).

**8. Kişisel Meme Kanseri Öyküsü:** Kişinin daha önceden meme kanseri geçirmiş olması, aynı memenin başka bir bölgesinde veya diğer memede kanser gelişme riskini artırır (14).

**9. Benign Meme Hastalıkları:** Bazı iyi huylu meme hastalıklarının da meme kanseri gelişme riskini arttırdığı görülmüştür. Nonproliferatif lezyonlar (lipom, fibroadenom, fibrokistik değişiklikler, soliter papillom) meme kanseri riskinde herhangi bir artışa neden olmamaktadır. Proliferatif meme lezyonlarından atipik hücre içerenler (atipik duktal hiperplazi, atipik lobuler hiperplazi) hem non-invaziv hem invaziv meme kanseri için riski 4-6 kat artırırlar. Atipisiz proliferatif lezyonlarda ise (sklerozan adenozis, kompleks fibroadenom, orta düzeyde hiperplazi, intraduktal papillom) meme kanseri riski 1.3-2 kat artmaktadır. Atipili multifokal lezyonlarda ise risk 10 kata kadar artış göstermektedir (5).

**10. Radyasyon Maruziyeti:** Radyoterapi tedavisinden sonra ikincil kanser riski sık karşılaşılan bir klinik endişe olmakla birlikte, bu risk hastanın bireysel özelliklerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Önceden maruz kalınan radyasyon tedavisinin yol açtığı kanser riski özellikle hastanın yaşıyla ilişkilidir; 30 yaşından önce radyoterapi alan hastalarda meme kanseri gelişme olasılığı daha yüksektir (19). Tedavi amacıyla göğüs bölgesine uygulanan iyonize radyasyonun 20 Gy'den fazla dozda olması kişinin yaşam boyu meme kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır (20).

## 2.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

**1. İlaç Kullanımı:** Bazı araştırmalardan elde edilen veriler, hamiliği sırasında dietilstilbestrol kullanımının annede ileriki yıllarda meme kanseri gelişme riskini artırdığı görülmüştür. 40 yaş ve üstündeki kadınlar, 40 yaşın altındaki kadınlarla kıyaslandığında yaklaşık 1,9 kat daha duyarlıdır. Ayrıca, daha yüksek dietilstilbestrol dozlarıyla da meme kanseri riski daha da artmaktadır. Hamilelik sırasında dietilstilbestrol kullanımı, sadece annelerde değil, doğacak çocuklarda da meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir(10,21).

**2. Sigara Kullanımı:** Sigarada bulunan kanserojen maddeler meme dokusuna ulaşarak bazı onkogenler ve tümör süpresör genler (özellikle p53) üzerinde mutasyon olasılığını artırır. Bu nedenle, yalnızca aktif sigara içimi değil, aynı zamanda pasif sigara maruziyeti de kanserojenik süreçlerin tetiklenmesine önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (22).

**3. Alkol Kullanımı:** Yapılan birçok çalışmada aşırı alkol tüketiminin meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Bu ilişkinin temel nedeni, alkol tüketiminin östrojen seviyelerini artırarak kadın organlarında karsinogenez riskini etkileyen hormonal dengesizliklere yol açmasıdır (10,23).

**4. Fiziksel Aktivite:** Kandaki yüksek östrojen ve androjen seviyelerinin meme kanseri riskini arttırdığı bilinmektedir. Postmenopozal kadınlarda yapılan bir araştırmada, düzenli fiziksel aktivitenin bu hormonların serum seviyelerini azaltabildiği, haftada 7 saat (günde 10.000-15.000 adım) düzenli egzersiz yapmanın meme kanseri riskini % 25-30 oranında düşürdüğü saptanmıştır (24).

**5. Eksojen Hormon Kullanımı:** Menopozdan sonra kombine hormon tedavisinin kullanılması meme kanseri riskini artırmaktadır. Riskteki bu artış özellikle 5 veya 7 yıldan daha uzun süre hormonal replasman tedavisi (HRT) kullanan kadınlarda görülmektedir (25,26). Kombine hormon replasman tedavisi ayrıca kanserin daha ileri bir aşamada tanı alma olasılığını da artırır.

Bir kadının meme kanseri riski, tedaviyi bıraktıktan sonraki 5 yıl içinde geriliyor gibi görünse de artan risk tamamen ortadan kalkmamaktadır (27,28).

**6. Vücut Kitle İndeksi:** Meme kanseri ile yüksek vücut kitle indeksi arasındaki ilişkinin biyolojik mekanizması, yağlanmanın östrojen metabolizması üzerindeki etkisiyle açıklanabilir. Menopoz sonrası meme kanseri riskinin artması yükselen endojen östrojen seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir. Menopoz sonrası fazla kilolu kadınlarda, periferik yağ depolarındaki androjenlerin aromatisasyonu ile üretilen yüksek östrojen seviyeleri, meme kanseri riskinin artmasına neden olmaktadır (29). Obezite incelendiği birçok çalışmada iyi bir mitojen olan yüksek insülin seviyeleriyle ilişkilendirilmiştir. Hiperinsülineminin meme kanseri gelişimi açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu ve obezite ile meme kanseri ilişkisini açıklamada önemli olabileceği belirlenmiştir (30).

**7. Vitamin Eksikliği:** Vitaminler, çeşitli kanser türlerinin önlenmesinde potansiyel faydalar sağlayabilecek antikanser özelliklere sahiptir, ancak bu mekanizma henüz tam olarak anlaşılammıştır. C vitamini, E vitamini, B grubu vitaminleri, folik asit ve multivitamin gibi vitaminlerin meme kanseri riski üzerindeki etkilerini analiz etmek için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ancak, bu çalışmaların verileri tam anlamıyla tutarlı olmadıklarından kesin sonuçlar çıkarmak için yeterli değildir (31). Memem kanseri konusunda birçok araştırma şu anda potansiyel koruyucu etkilerini doğrulanan D vitamini takviyelerine odaklanmaktadır. Kan serumundaki yüksek 25-hidroksivitamin D seviyeleri, menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda daha düşük meme kanseri riskiyle ilişkilendirilmiştir (32).

**8. Yapay Işık Maruziyeti:** Gece mesaisinde çalışma ve yapay ışığa maruz kalma, sirkadiyen ritmi olumsuz etkileyerek endokrin sistemde bozukluklara ve melatonin eksikliğine dolayısıyla epigenetik değişimlere yol açabilmektedir (10,33). Yapay ışık maruziyetindeki artışın meme kanseri riskini artırabileceği belirlenmiştir (10,34).

**9. İşlenmiş Gıda Tüketimi:** Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, yüksek oranda işlenmiş et tüketimi sadece gastrointestinal kanserler değil, aynı zamanda meme kanseri riskini de artıracak şekilde Grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmıştır. Aşırı miktarda doymuş yağ alımıyla da benzer sonuçlar elde edilmiştir (35). Aksine, sebze, meyve, baklagiller, tam tahıllar ve yağsız protein açısından zengin bir beslenme, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilidir (36).

**10. Kimyasallara Maruz Kalma:** Kronik olarak kimyasallara maruz kalan kadınlarda pro-karsinojenik olaylar indüklenerek meme kanseri riski önemli ölçüde artmaktadır (37). Kanser gelişme riski maruz kalma süresiyle pozitif olarak ilişkilidir (38). Bu konuda daha fazla suçlanan kimyasallar östrojen benzeri etkiye sahip olanlardır (39). Özellikle diklorodifeniltrikloroetan ve poliklorinated bifenil gibi kimyasallar pro-karsinojenik olarak suçlanmaktadır ve meme kanseri üzerinde en çok araştırılanlar arasındadır (39).

## **2.5. MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ**

### **2.5.1. Birincil Korunma**

Meme kanserinde birincil koruma, hastalığın oluşmasına neden olan risk faktörlerin ortadan kaldırılması ve toplumdaki bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinden oluşmaktadır (40). Obezitenin önlenmesi, çocuklara sigara ve alkol kullanımını engelleyici okul eğitimlerinin verilmesi, hormonlu ve genetiği değiştirilmiş gıdaların üretiminin durdurulması, meme kanserine karşı temel koruma önlemlerine örnek olarak verilebilir (41).

### **2.5.2. İkincil Korunma**

İkincil korunma yöntemleri, hastalığın biyolojik olarak başladığı ancak henüz klinik belirtilerinin ve semptomlarının ortaya çıkmadığı süreçte, hastalığın erken tanı olarak tedavi edilmesini ve ölüm oranlarını azaltmayı hedeflemektedir (40). Kanser taramaları buna örnek olarak verilebilir ve genel olarak hastalığa yakalanma riski yüksek olan grupları hedefler(40,42). Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi gibi tarama yöntemleri, meme kanserinde ikincil korunmaya örnektir. Mamografi, meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltmada etkili olurken, KKMM ve KMM gibi yöntemler, toplumda meme kanseri farkındalığını artırmaktadır (40).

#### **2.5.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Yapılan araştırmalar ile KKMM'nin meme kanserine bağlı mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasında direk olarak etkisi olmasa da meme kanserinin erken teşhis edilmesine yardımcı olan bir yöntemdir (40). Eğitimi ve uygulanması zor

olmayan ucuz kişisel mahremiyetin korunduğu güvenli bir yöntemdir. Kişi kendi memesinin yapısını tanıyarak oluşabilecek değişiklikleri daha erken tespit edebilmekte ve bu sayede sağlık kuruluşuna daha erken başvurmaktadır (43).

20 yaşından sonra her kadının yaşam boyu ayda bir kez KKMM yapması önerilmektedir KKMM yapılması için en ideal zaman reproduktif dönemdeki kadınlar için adet bitiminden sonraki ilk gün, menopozdaki kadınlar için ise her ayın aynı günüdür (40,44).

#### **2.5.2.2. Klinik Meme Muayenesi**

Uzman hekimler veya eğitimli sağlık personelleri tarafından yapılan anemnez ve fizik muayeneyi kapsamaktadır. Yılda bir kere yapılması önerilmektedir (3,4). Kadınlara meme kanserinin özelliklerini, risk faktörlerini, belirtilerini ve erken tanı için neler yapılabileceğini anlatılmasında sağlık personeline fırsat tanır (14).

#### **2.5.2.3. Mamografi**

Mamografi, X ışınları kullanılarak meme dokusunun görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir yöntemdir. Ülkemizde ve dünya genelinde meme kanseri taraması amacıyla kullanılan altın standart yöntemdir. Meme kanserinin erken evrede tespitini sağlayarak meme kanserine bağlı mortaliteyi azalttığı kanıtlanmıştır (3,45).

Mamografi, semptomu olmayan hastalarda ele gelmeyen 1 cm'den daha küçük boyutlardaki kanserleri yakalayabilme yeteneği sayesinde, kanseri in situ duktal karsinom evresinde yakalayabilme olanağı sağlar. Mamografinin duyarlılığı, 50 yaş ve üzeri kadınlarda 40-49 yaş grubundakilerle kıyaslandığında daha yüksektir. Ayrıca, yağlı meme dokusuna sahip kadınlarda duyarlılığı oldukça yüksektir (5,46).

Ülkemizde kabul gören Meme Kanseri Tarama Programı'na göre tarama mamografisi yüksek risk grubunda olmayan asemptomatik kadınlarda 40-69 yaş aralığında 2 yılda bir yapılması önerilmektedir (3).

#### **2.5.2.4. Ultrasonografi**

Ultrasonografi, memede solid kist lezyon ayırımında, lezyon karakterizasyonunda, başka lezyon varlığının araştırılmasında ve biyopside rehber

yöntem olarak kullanılmaktadır (46). Özellikle mamografinin ayırıcı tanıda yetersiz kaldığı yoğun meme dokusuna sahip hastalarda ultrasonografi tarama açısından klinisyene yol göstermektedir (45).

#### **2.5.2.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme**

MRG ağırlıklı olarak yumuşak dokuları görüntülemek için kullanılan radyasyon içermeyen pahalı bir tetkiktir. BRCA gen mutasyonu tespit edilen kadınlara, 25 yaşında MRG ile taramaya başlamaları ve 30 yaşından sonra bu taramaya mamografinin eklenmesi tavsiye edilmektedir. Ayrıca, daha önce meme kanseri öyküsü olan ve yoğun meme dokusuna sahip kişilere de yıllık MR taraması yapılması önerilmektedir (45).

#### **2.5.3. Üçüncül Korunma**

Üçüncül korunmada, hastalık bulguları ortaya çıktıktan sonra hastalığın tedavisi, komplikasyonların engellenmesi, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin korunması amaçlanmaktadır (47). Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaları içerir(48).

#### **2.5.4. Dördüncül Koruma**

Dördüncül korunma, tıbbın temel ilkelerinden biri olan "önce zarar verme" prensibine dayanarak, bireylerin gereksiz tıbbi müdahalelerden ve tedavilerden korunmasını amaçlar. Dördüncül korunmanın hedefi, endikasyon dışı invaziv prosedürler, gereksiz ilaç kullanımı, hatalı rehabilitasyon yöntemleri ve klinik kanıtı dayandırmayan taramalar gibi gereksiz uygulamalardan hastaları korumaktır (47).

### **2.6. ULUSAL KANSER TARAMA PROGRAMI**

Ülkemizde ilk ulusal kanser tarama programı 2008 yılında tasarlanmış olup 2013 yılında revize edilmiştir. Ülkemizde taranan kanserler meme, serviks ve kolorektal kanserdir (49).



### **2.6.1. Meme Kanseri Tarama Programı**

Meme kanserinde tarama yöntemleri olarak 20 yaşından itibaren her ay KKMM, 20 yaşından sonra yılda bir KMM ve 40 yaşından sonra 69 yaşına kadar 2 yılda bir mamografi ile tarama önerilmektedir (50).

### **2.6.2. Serviks Kanseri Tarama Programı**

Ülkemizde 30 yaş üstü ve cinsel olarak aktif kadınların rahim ağzı kanseri tarama programına dahil edilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, tarama programındaki kadınlara 65 yaşına kadar beş yılda bir Pap smear testi ve HPV-DNA testi önerilmektedir (4,50,51).

### **2.6.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı**

Ülkemizde uygulanmakta olan ulusal kanser tarama programına göre kolorektal kanser taramasında en ideal yöntem; 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi yapılması olarak belirlenmiştir. Bu taramanın hedef popülasyonunu 50-70 yaş grubundaki kadın ve erkekler oluşturmaktadır (50).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. ARAŞTIRMA TİPİ**

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel anket çalışmasıdır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Bu çalışma T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğine 01.04.2024-01.06.2024 tarihleri arasında başvuran 30-70 yaş arası kadın katılımcılarla gerçekleştirildi.

#### **3.3. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.03.2024 tarihli 2024/95 protokol numaralı etik kurul onayı alınmıştır (EK-1). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Katılımcılara, ankete ait sonuçların bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı belirtilmiş ve onam alınmıştır.

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

Çalışmanın evrenini T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 30-70 yaş arası kadın bireyler oluşturmaktadır. Araştırmamızda kullandığımız Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan kadınlar ve erkekler üzerinde kullanılması uygun olduğundan dolayı çalışma evrenimizi 30-70 yaş arası kadın bireyler olarak belirledik. Otomasyon kayıtlarına göre Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine 2 ayda 30-70 yaş arası ortalama 1600 kadın hasta başvurmuştur. Yine kayıtlara göre çalışma evrenini oluşturmak amacıyla örneklem büyüklüğü 1600 güven aralığı %95 hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güç elde etmek için en az örneklem sayısı 232 olarak hesaplanmıştır. Kayıplar göz önüne alındığında bu sayının 250 olarak alınmanın daha uygun olacağı görülmüştür ve çalışmamız 250 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri;**

- 30-70 yaş arası kadın olmak
- Mental ve kognitif fonksiyon bozukluğu olmaması
- Anket çalışmasına katılmayı kabul etmek

### **Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;**

- 30 yaş altı ,70 yaş üstü kadın olmak
- Erkek olmak
- Mental ve kognitif fonksiyon bozukluğu olması
- Anket çalışmasına katılmayı kabul etmemek

## **3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Katılımcılara çalışmanın amacı anlatılarak onamları alındı. Literatür taranarak oluşturulan anket formu belirtilen tarihlerde aile hekimliği polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30-70 yaş arası kadın gönüllülere yüz yüze uygulanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, medeni hal, eğitim durumu, çalışma durumu, hanenin toplam gelir düzeyi, sigara alkol kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ve kronik hastalıkların varlığı, tanısı kesinleşmiş kanser hastalığı varlığı, ailede kanser hastalığı varlığı, kanser tarama testleri hakkında bilgi düzeyi ve daha önce kanser taraması yaptırma durumunu içeren 13 soru iletildi. Anket formunun 2. bölümünde katılımcılara meme kanseri taramaları hakkında bilgi düzeyini ölçen 14 soru yöneltildi. Anket formunun son kısmında ise araştırmaya katılanların kanser taramalarına yönelik tutumunun belirlenmesi amacıyla 15 maddelik "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form" soruları yöneltildi.

### **3.5.1. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form'un Özellikleri**

"Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği-Kısa Form" Elif Nur Yıldırım Öztürk ve arkadaşları tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 15 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçeği oluşturan maddeler "5: Tamamen katılıyorum, 4: Biraz katılıyorum, 3: Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 2: Biraz katılmıyorum, 1: Hiç katılmıyorum,"

şeklinde 5'ten 1'e kadar bir aralıkta yanıtlanmaktadır. Ölçeğin kullanımı için ilgili yazardan gerekli izin alınmıştır.

Ölçeğin 30-70 yaş aralığında bulunan, en az okuryazar olan, ölçeği yanıtlamasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engeli bulunmayan kadınlar ve erkekler üzerinde kullanılması uygundur.

Ölçeğin uygulama yöntemi araştırmacının katılımcıyı gözlem altında tutacağı biçimde ve katılımcının ölçek maddelerini kendi kendine okuyup cevaplayacağı tarzda olmalıdır. Ölçek uygun örneklem ve uygun uygulama yöntemi ile kanser taramalarına yönelik tutumun ölçülmesine gerek duyulan her durumda kullanılabilir.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15 ve en yüksek puan 75'tir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 15'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum, 75'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum lehine yorum yapılması uygun olur. Ölçek puanları hesaplanırken anlamca olumsuz olan 6 madde (Madde 10, 11, 12, 13, 14, 15) ters kodlanmalıdır. Ters kodlama için "6-Katılımcı Cevabı" formülünün kullanılması önerilir.

### **3.6. VERİLERİN ANALİZİ**

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin analizinde ilk olarak hangi testlerin (parametrik/nonparametrik testler) uygulanacağına karar vermek için karşılanması gereken varsayımlar test edilmiştir. Dağılımın normalliğine karar vermek için Kolmogorov-Smirnov, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinden yararlanılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında t-testi (Independent sample t-testi), İki'den fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi çoklu karşılaştırma testi olarak Bonferroni testleri kullanılmıştır. Nitel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri sayı (S) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise, medyan, minimum, maksimum, ortalama ( $\bar{X}$ ) ve standart sapma (SS) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de belirtilmiştir. Araştırmamıza dahil edilen 250 kadın katılımcının ortalama yaşı  $45,89 \pm 11,04$ ’dur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, medeni durum bakımından katılımcıların %78,00’inin (n=195) evli olduğu, %12,00’sinin (n=30) bekar ve %10,00’unun (n=25) eşi vefat etmiş veya boşanmış olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre, %34,00 (n=85) 30-39 yaş aralığında, %26,80 (n=67) 40-49 yaş aralığında, %23,20 (n=58) 50-59 yaş aralığında ve %16,00 (n=40) 60 yaş ve üzerinde katılımcı bulunmaktadır. Eğitim durumu açısından, katılımcıların %42,00’si (n=105) üniversite mezunu, %27,20’si (n=68) lise mezunu, %11,60’ı (n=29) ilkokul mezunu, %9,60’ı (n=24) ortaokul mezunu ve %9,60’ı (n=24) yüksek lisans veya doktora mezunudur. Çalışma durumunda ise %49,20 (n=123) aktif çalışan, %33,20 (n=83) işsiz veya çalışmıyor ve %17,60 (n=44) emeklidir. Hane gelir durumuna göre, katılımcıların %50,40’ı (n=126) gelirinin giderine eşit olduğunu, %27,20’si (n=68) gelirinin giderden fazla olduğunu ve %22,40’ı (n=56) gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Sigara kullanımı açısından %44,40 (n=111) hiç kullanmamış, %34,00 (n=85) kullanıyor ve %21,60 (n=54) bırakmış durumdadır. Alkol kullanımı ise %64,80 (n=162) hiç kullanmamış, %27,60 (n=69) kullanıyor ve %7,60 (n=19) bırakmış durumdadır. (Tablo 1)

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

		n	%
<b>Medeni durum</b>	Bekar	30	12,00
	Eşi vefat etmiş/boşanmış	25	10,00
	Evli	195	78,00
<b>Yaş</b>	30-39	85	34,00
	40-49	67	26,80
	50-59	58	23,20
	60+	40	16,00
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul	29	11,60
	Ortaokul	24	9,60
	Lise	68	27,20
	Üniversite	105	42,00
	Yüksek lisans/doktora	24	9,60
<b>Çalışma durumu</b>	Aktif çalışan	123	49,20
	Emekli	44	17,60
	İşsiz/çalışmıyor	83	33,20
<b>Hanenin toplam gelir düzeyi</b>	Gelir giderden az	56	22,40
	Gelir gidere eşit	126	50,40
	Gelir giderden çok	68	27,20
<b>Sigara kullanımı</b>	Hiç kullanmadım	111	44,40
	Bıaktım	54	21,60
	Kullanıyorum	85	34,00
<b>Alkol kullanımı</b>	Hiç kullanmadım	162	64,80
	Bıaktım	19	7,60
	Kullanıyorum	69	27,60

Katılımcılara doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalık durumları sorulduğunda %50,40'ının (n=126) herhangi bir kronik hastalığı bulunmazken, %49,60'ında (n=124) bir veya birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcılarda görülen en yaygın kronik hastalıklar %17,60 (n=44) tiroit hastalıkları, %15,60 (n=39) hipertansiyon ve %14,80 (n=37) diyabet olarak bulundu. (Tablo 2)

**Tablo 2.** Katılımcıların Doktor Tanılı Kronik Hastalıklarının Dağılımı

		n	%
<b>Kronik hastalık varlığı</b>	Yok	126	50,40
	Var	124	49,60
<b>*Kronik hastalık türü</b>	Tiroit hastalıkları	44	17,60
	Hipertansiyon	39	15,60
	Diyabet	37	14,80
	Romatolojik hastalık	18	7,20
	Kalp hastalığı	14	5,60
	Akciğer hastalığı	10	4,00
	Böbrek hastalığı	3	1,20
	Diğer	15	6,00

*\*Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir*

Katılımcıların %5,20'sinin (n=13) kesinleşmiş bir kanser hastalığı bulunmakta, %94,80'inin (n=237) bulunmamaktadır. Kanser türlerine bakıldığında %2,00 (n=5) meme kanseri ile %2,00 (n=5) tiroit kanseri ilk sırada yer alırken %0,33 (n=1) serviks kanseri, %0,33 (n=1) cilt kanseri ve %0,33 (n=1) tükürük bezi kanseri diğer görülen kanserlerdir. Aile veya yakın çevrede kanser hastası olan katılımcıların oranı %57,60 (n=144), olmayanların oranı ise %42,40 (n=106) olarak belirlenmiştir. (Tablo 3)

**Tablo 3.** Katılımcıların Kendilerinde ve Ailelerinde Kanser Tanı Durumları

	n	%	
<b>Kişide tanıli kanser varlığı</b>	Var	13	5,20
	Yok	237	94,80
<b>Kanserin türü</b>	Meme	5	2,00
	Tiroit	5	2,00
	Serviks	1	0,33
	Cilt	1	0,33
	Tükürük bezi	1	0,33
<b>Ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı</b>	Evet	144	57,60
	Hayır	106	42,40
<b>*Kanser tanısı alan bireyin yakınlık düzeyi</b>	1. Derece Akraba	33	24,63
	2. Derece Akraba	31	23,13
	3. Derece Akraba	47	35,07
	Eş	10	7,46
	Uzak Akraba / Tanıdık	13	9,70

*\*Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir*

Ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin oranı %55,20 (n=138) iken, bilgi sahibi olmayanların oranı %44,80 (n=112) olarak görülmüştür. Kanser taraması yaptırma geçmişine bakıldığında, %59,60 (n=149) evet, %40,40 (n=101) hayır yanıtı verilmiştir. En sık yaptırılan kanser taramaları arasında %47,69 (n=103) pap Smear testi, %37,50 (n=81) mamografi, %8,33 (n=18) kolonoskopi ve %6,48 (n=14) gaitada gizli kan testi bulunmaktadır. Ulusal Kanser Tarama Programları'na göre ülkemizde kanser tarama testlerinin hangi kanser türleri için yapıldığını meme, serviks ve kolorektal diyerek doğru bilgiye sahip olanların oranı %13,20 (n=33), yanlış bilgiye sahip olanların oranı %86,80 (n=217) olarak saptanmıştır. (Tablo 4)

**Tablo 4.** Kanser Tarama Testlerine Ait Farkındalık Durumları

		n	%
Kanser tarama testleri hakkında bilgi durumu	Evet	138	55,20
	Hayır	112	44,80
Kanser taraması yaptırma durumu	Evet	149	59,60
	Hayır	101	40,40
*Hangi kanser taramalarını yaptırdıkları	Mamografi	81	37,50
	Pap Smear (simir testi)/Hpv DNA	103	47,69
	Kolonoskopi	18	8,33
	Gaitada Gizli Kan Testi	14	6,48
Ülkemizde kanser tarama testlerinin hangi türleri için yapıldığını bilme durumu	Doğru	33	13,20
	Yanlış	217	86,80

*\*Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir*

Katılımcıların meme kanseri farkındalığı ve erken tanı konusundaki bilgi düzeyleri incelendiğinde, %92,80'i (n=232) meme kanserinin erken dönemde saptanabileceğini belirtirken, %7,20'si (n=18) bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir. Erken tanı yöntemleri arasında %31,83'ü (n=127) kendi kendine meme muayenesini, %21,80'i (n=87) hekimin meme muayenesi yapmasını, %27,07'si (n=108) mamografiyi ve %19,30'u (n=77) meme ultrasonunu önermektedir. Erken tanının tedavi edilebilirliği konusunda ise %95,60'ı (n=239) olumlu yanıt vermiş, %4,40'ı (n=11) bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. (Tablo 5)

**Tablo 5.** Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı ve Tedavi Bilgi Düzeyi

		n	%
Meme kanserinin erken dönemde saptanması mümkün müdür?	Evet	232	92,80
	Hayır	0	0
	Bilmiyorum	18	7,20
*Sizce meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir?	Kendi kendine meme muayenesi	127	31,83
	Hekimin meme muayenesi yapması	87	21,80
	Mamografi	108	27,07
	Meme ultrasonu	77	19,30
Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?	Evet	239	95,60
	Hayır	0	0
	Bilmiyorum	11	4,40

*\*Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir*



Katılımcılardan kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilenlerin oranı %80,80 (n=202) iken, %19,20'si (n=48) bilmediğini ifade etmiştir. Bu bilgiyi öğrenme kaynakları arasında %7,92 (n=16) aile-akraba-yakın çevre, %20,79 (n=42) internet/sosyal medya, %6,93 (n=14) kitap-dergi, %55,94 (n=113) sağlık personeli ve %8,42 (n=17) TV-radyo bulunmaktadır. Katılımcılara sizce kimler kendi kendine meme muayenesi yapmalıdır sorusu iletilildiğinde %51,60'ı (n=129) 20 yaşından sonra tüm kadınların yapması gerektiğini, %28,00'ı (n=70) 40 yaşından sonra, %8,00'ı (n=20) ailesinde meme kanseri olanların yapması gerektiğini ve %7,60'ı (n=19) şikayeti olan kadınların yapması gerektiğini, %4,80'i (n=12) ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Muayenenin hangi dönemde yapılması gerektiği konusunda %29,60'ı (n=74) adet döneminin sonunda, %38,00'ı (n=95) zamanın fark etmediğini ifade ederken, %27,20'si (n=68) bilgisi olmadığını belirtmiştir. Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı konusunda %51,20 (n=128) ayda bir diyerek doğru bilgiye sahipken, %48,80'i (n=122) yanlış bilgiye sahiptir. Katılımcılara kendilerine KKMM yapma durumları sorulduğunda düzenli olarak ayda bir yapanların oranı %8,80 (n=22) iken, düzensiz aralıklarla yapanlar %60,40 (n=151) hiç yapmadığını belirtenlerin oranı ise %30,80'dir (n=77). (Tablo 6)

**Tablo 6.** Katılımcıların KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları

		n	%
<b>KKMM yapmasını bilme durumu</b>	Evet	202	80,80
	Hayır	48	19,20
<b>KKMM ile ilgili bilgiyi nereden öğrendikleri</b>	Aile-akraba-yakın çevre	16	7,92
	İnternet/sosyal medya	42	20,79
	Kitap-dergi	14	6,93
	Sağlık personeli	113	55,94
	TV-radyo	17	8,42
<b>Kimler KKMM yapmalı</b>	20 yaşından sonra tüm kadı	129	51,60
	40 yaşından sonra tüm kadı	70	28,00
	Ailesinde meme kanseri olanlar	20	8,00
	Bilgim yok	12	4,80
	Şikâyeti olan kadınlar	19	7,60
<b>KKMM hangi dönemde yapılmalı</b>	Adet döneminde	9	3,60
	Adet döneminin başı	4	1,60
	Adet döneminin sonunda	74	29,60
	Bilgim yok	68	27,20
	Zamanı fark etmez	95	38,00
<b>Ne sıklıkta KKMM yapılmalı</b>	Ayda bir kere	128	51,20
	Altı ayda bir kere	34	13,60
	Haftada bir kere	27	10,8
	Yılda bir kere	18	7,2
	Bilgim yok	43	17,2
<b>KKMM yapma durumu</b>	Düzenli aralıklarla ayda bir yapma	22	8,80
	Düzensiz aralıklarla yapma	151	60,40
	Hiç yapmama	77	30,80
<b>*Hiç KKMM yapmayanların yapmama nedenleri</b>	Nasıl yapıldığını bilmiyorum	43	51,80
	Şikâyetim olmadığı için gereksiz buluyorum	41	49,40
	Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum	9	10,8
	Kimse yapmam gerektiğini söylemedi	9	10,8

*\*Bu soruya birden çok yanıt verilmiştir*

*KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi*

Katılımcıların KMM yaptırma oranı %54,00 (n=135) iken, %46,00'ı (n=115) yaptırmadığını belirtmiştir. Meme kanseri taraması amacıyla KMM yaptırma sıklığını yılda bir diyerek doğru bilenlerin oranı %66,80 (n=167) iken katılımcılardan %15,20'si (n=38) şikâyetim olduğu zaman yaptırılmalı, %4,80'i (n=12) ayda bir yaptırılmalı, %13,20'si (n=13,20) ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir. (Tablo 7)

**Tablo 7.** Katılımcıların KMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları

		n	%
<b>KMM yaptırma durumu</b>	Evet	135	54,00
	Hayır	115	46,00
<b>Ne sıklıkla KMM yapılmalı</b>	Ayda bir kere	12	4,80
	Yılda bir kere	167	66,80
	Şikâyetim olduğu zaman	38	15,20
	Bilgim yok	33	13,20

*KMM: Klinik Meme Muayenesi*

40-69 yaş arası katılımcılara daha önce mamografi taraması yaptırma durumları sorulduğunda %69,09'u (n=114) mamografi çektirdiğini, %30,91'i (n=51) ise mamografi çekmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %34,00'ı (n=85) mamografi taraması için uygun yaş aralığında değildir. Meme kanseri taraması amacı ile mamografinin hangi yaş aralığında çekileceği konusunda %63,60'ı (n=159) 40-69 yaş diyerek doğru bilgiye sahipken, %36,40'ı (n=91) ise bilgi sahibi değildir. Mamografinin hangi sıklıkla çekilmesi gerektiği konusunda ise %18,40'ı (n=46) iki yılda bir kere diyerek doğru bilgiye sahipken, %81,60'ı (n=204) yanlış bilgiye sahiptir. (Tablo 8)

**Tablo 8.** Katılımcıların Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları

		n	%
<b>Tarama amaçlı mamografi çektirme durumu (40-69 yaş arası kadınlar için)</b>	Evet	114	69,10
	Hayır	51	30,90
<b>Kanser taraması amacıyla mamografi hangi yaş aralığında çekilir</b>	20 yaşından sonra	22	8,80
	20-40 yaş arası	40	16,00
	40-69 yaş arası	159	63,60
	Bilgim yok	29	11,60
<b>Kanser taraması amacıyla mamografi hangi sıklıkla çekilir</b>	Yılda bir kere	137	54,80
	İki yılda bir kere	46	18,40
	Altı ayda bir kere	33	13,20
	Bilgim yok	34	13,60

Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ile basıklık-çarpıklık katsayıları incelenerek değerlendirilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonunda anlamlı bulunan değişkenlerde ( $p<0,05$ ) basıklık ve çarpıklık değerleri  $\pm 2,0$  arasında olması (George ve Mallery, 2010) değerlerin normal dağılımdan aşırı sapma göstermediği olarak değerlendirilerek analizler parametrik testler ile gerçekleştirilmiştir. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği ortalama puanın 66,95 ve maksimum puanın 75,00 olması, katılımcıların büyük bir kısmının yüksek tutum puanlarına sahip olduğunu belirtmektedir. Çarpıklığın negatif olması, yüksek puanların düşük puanlardan daha yaygın olduğunu göstermektedir. (Tablo 9)

**Tablo 9.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarına Yönelik Özet İstatistikler

Özet istatistikler		
Kanser taramalarına yönelik tutum ölçek puanı	Minimum	28,00
	Maksimum	75,00
	Ortalama	66,95
	Standart sapma	9,02
	Çarpıklık	-1,35
	Basıklık	1,56
	Kolmogorov-smirnov p	0,01
	1. Çeyreklik	62,00
	2. Çeyreklik	70,00
	3. Çeyreklik	75,00

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları kıyaslandığında katılımcıların medeni durumu, eğitim durumu, bulunduğu hanenin toplam gelir düzeyi ve alkol kullanımları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaş gruplarına göre yapılan analizde, kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında olduğuna Bonferroni çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında 30-39 yaş grubu kişilerin 40-49 ve 60 yaş üzeri kişilere göre kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ölçek puanı en yüksek 60 yaş ve üstü grupta bulunmuştur.

Katılımcıların ölçek puanları çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ( $p=0,01$ ). Çalışmayan kişilerin, çalışan veya emekli olan kişilere göre ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ölçek puanları sigara içme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). Hiç sigara kullanmamış olan kişilerin, sigara kullanan kişilere göre ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. (Tablo 10)

**Tablo 10.** Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Puanları

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
<b>Medeni durum</b>	Bekar	63,90	10,40	67,50	44,00	75,00	F:2,06;p:0,13
	Eşi vefat etmiş/boşanmış	66,60	8,81	70,00	45,00	75,00	
	Evli	67,46	8,77	70,00	28,00	75,00	
<b>Yaş</b>	30-39 <sup>1</sup>	64,19	10,38	68,00	28,00	75,00	F:4,36;p:0,01 fark:1<2,4
	40-49 <sup>2</sup>	68,52	7,77	72,00	41,00	75,00	
	50-59 <sup>3</sup>	67,74	8,35	70,00	40,00	75,00	
	60+ <sup>4</sup>	69,03	7,57	72,00	45,00	75,00	
<b>Eğitim durumunuz</b>	İlkokul	65,86	9,08	69,00	40,00	75,00	F:0,48;p:0,75
	Ortaokul	66,21	10,19	71,00	41,00	75,00	
	Lise	66,25	7,79	68,00	44,00	75,00	
	Üniversite	67,60	9,78	72,00	28,00	75,00	
<b>Çalışma durumunuz</b>	Yüksek lisans/doktora	68,13	7,80	69,50	47,00	75,00	F:7,52;p:0,01 fark:3<1,2
	Aktif çalışan <sup>1</sup>	67,46	8,47	70,00	44,00	75,00	
	Emekli <sup>2</sup>	70,50	6,38	73,00	45,00	75,00	
<b>Bulduğunuz hanenin toplam gelir düzeyi</b>	İşsiz/çalışmıyor <sup>3</sup>	64,31	10,24	68,00	28,00	75,00	F:0,15;p:0,86
	Gelir giderden az	66,95	9,55	71,00	40,00	75,00	
	Gelir gidere eşit	66,69	9,66	70,00	28,00	75,00	
<b>Sigara kullanıyor musunuz?</b>	Gelir giderden çok	67,43	7,29	69,00	41,00	75,00	F:4,18;p:0,02 fark:1<3
	Hiç kullanmadım <sup>1</sup>	65,16	10,18	68,00	28,00	75,00	
	Bıraktım <sup>2</sup>	68,93	7,40	72,00	49,00	75,00	
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>	Kullanıyorum <sup>3</sup>	68,02	7,94	71,00	44,00	75,00	F:1,61;p:0,20
	Hiç kullanmadım	66,20	9,35	69,00	28,00	75,00	
	Bıraktım	68,58	9,00	72,00	46,00	75,00	
	Kullanıyorum	68,26	8,12	72,00	44,00	75,00	

*F: Tek yönlü varyans analizi*

Katılımcıların ülkemizde yapılan kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olma durumları ile ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin olmayanlara göre ölçek puanlarının yüksek olduğu ve kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir.

Tanısı kesinleşmiş bir kanser hastalığı varlığı, ailede ve yakın çevrede kanser hastalığı varlığı, kronik bir hastalığın olma durumu ve ülkemizde kanser tarama testlerinin hangi türler için yapıldığını doğru olarak bilme durumuna göre kanser taramalarına yönelik tutum puanları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puanları kişilerin daha önce kanser taraması yaptırma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir. ( $p=0,01$ ). Daha önce kanser taraması yaptıran kişilerin yaptırmayanlara göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 11)

**Tablo 11.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Kanser Taraması Yaptırma, Kanser Tanısı Varlığı, Kronik Hastalık Varlığı Ailede Kanser Öyküsü Bulunma Durumu ve Kanser Tarama testleri Hakkında Bilgi Durumu ile Karşılaştırılması

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					Test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
Kişide tanıli kanser varlığı	Evet	69,31	6,42	72,00	57,00	75,00	t:0,97;p:0,33
	Hayır	66,82	9,13	70,00	28,00	75,00	
Ailede ve yakın çevrede kanser tanısı varlığı	Evet	67,76	8,25	70,00	28,00	75,00	t:1,67;p:0,10
	Hayır	65,84	9,90	69,00	40,00	75,00	
Kanser tarama testleri hakkında bilgi durumu	Evet	69,18	7,61	72,00	40,00	75,00	t:4,51;p:0,01
	Hayır	64,20	9,86	66,50	28,00	75,00	
Kronik hastalık varlığı	Evet	66,43	9,39	69,00	28,00	126,00	t:0,91;p:0,36
	Hayır	67,48	8,64	71,00	40,00	124,00	
Ülkemizde kanser tarama testlerinin hangi türleri için yapıldığını bilme durumu	Doğru	68,88	7,73	72,00	46,00	75,00	t:1,32;p:0,18
	Yanlış	66,65	9,18	70,00	28,00	75,00	
Kanser taraması yaptırma durumu	Evet	68,74	8,29	72,00	40,00	75,00	t:3,92;p:0,01
	Hayır	64,31	9,44	66,00	28,00	75,00	

t: Bağımsız örneklem t testi

Meme kanserinin erken dönemde saptanması mümkün olup olmadığını bilme durumu ile tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı

görülmüştür. Ancak, erken tanı konulursa meme kanserinin tedavi edilebilir olduğuna inananlar ile bu konuda bilgisi olmayanlar arasında ölçek puanı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Erken tanı konulursa meme kanserinin tedavi edilebilirliğe inananların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. (Tablo 12)

**Tablo 12.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Meme Kanseri Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					Test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
Meme kanserini erken dönemde saptanması mümkün müdür?	Evet	67,20	8,66	70,00	40,00	75,00	t:1,58;p:0,12
	Bilmiyorum	63,72	12,67	68,00	28,00	75,00	
Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?	Evet	67,27	8,70	70,00	28,00	75,00	t:2,64;p:0,01
	Bilmiyorum	60,00	13,06	60,00	41,00	75,00	

t: Bağımsız örneklem t testi

KKMM yapmasını bilme durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Kendi kendine meme muayenesi yapmasını bilenlerin bilmeyenlere göre daha yüksek tutum puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir.

KKMM sıklığını doğru bilenler ile bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Doğru bilgiye sahip olanların daha olumlu tutumlar sergiledikleri görülmüştür.

KKMM yapma durumu, tutum ölçeği puanlarında anlamlı bir fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). KKMM yapanların yapmayanlara göre daha yüksek tutum puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. (Tablo 13)

**Tablo 13.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının KKMM Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					Test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
KKMM yapmasını bilme durumu	Evet	67,71	8,43	71,00	40,00	75,00	t:2,79;p:0,01
	Hayır	63,73	10,70	67,50	28,00	75,00	
KKMM yapma sıklığını bilme durumu	Doğru	68,25	7,71	71,00	44,00	75,00	t:2,36;p:0,02
	Yanlış	65,58	10,07	69,00	28,00	75,00	
KKMM yapma durumu	Evet	67,97	8,30	71,00	40,00	75,00	t:2,71;p:0,01
	Hayır	64,66	10,16	68,00	28,00	75,00	

t: Bağımsız örneklem t testi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM yaptırma durumu ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). KMM yaptıranların yaptırmayanlara göre daha yüksek tutum puanlarına sahip oldukları belirlenmiştir.

Meme kanseri taraması amacıyla KMM yaptırma sıklığını bilme durumu ile tutum ölçeği puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu konuda doğru bilgiye sahip olanların olmayanlara göre daha olumlu tutumlar sergiledikleri görülmüştür. (Tablo 14)

**Tablo 14.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının KMM Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					Test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
KMM yaptırma durumu	Evet	69,04	7,49	72,00	44,00	75,00	t:4,09;p:0,01
	Hayır	64,50	10,02	68,00	28,00	75,00	
KMM yaptırma sıklığını doğru bilme durumu	Doğru	69,02	7,24	72,00	45,00	75,00	t:5,43;p:0,01
	Yanlış	62,78	10,71	65,00	28,00	75,00	

*t: Bağımsız örneklem t testi*

*KMM: Klinik Meme Muayenesi*

40-69 yaş arası katılımcıların tarama amaçlı mamografi çekirme durumu ile tutum ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Mamografi çektirenlerin çekirmeyenlere göre daha yüksek tutum puanlarına sahip oldukları saptanmıştır.

Mamografinin tarama amaçlı hangi yaş aralığında çekileceğini doğru bilme durumu ile tutum ölçeği puanlarında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Doğru bilgiye sahip olanların bilmeyenlere göre daha olumlu tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir.



Mamografinin hangi sıklıkla çekilmesi gerektiğini bilme durumu, ölçeği puanlarında anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ). (Tablo 15)

**Tablo 15.** Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçek Puanlarının Mamografi Bilgi Sorularıyla Karşılaştırması

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği					Test
		Ort	Ss	Med	Min.	Maks.	
Tarama amaçlı mamografi çekirme durumu (40-69 yaş arası kadınlar için)	Evet	69,82	6,70	72,00	45,00	75,00	t:3,64;p:0,01
	Hayır	65,14	9,38	68,00	40,00	75,00	
Tarama amaçlı mamografinin çekilme yaşını bilme durumu	Doğru	68,65	7,78	71,00	40,00	75,00	t:4,06;p:0,01
	Yanlış	63,98	10,24	67,00	28,00	75,00	
Tarama amaçlı mamografinin çekilme sıklığını bilme durumu	Doğru	66,61	8,75	68,50	40,00	75,00	t:-0,28;p:0,78
	Yanlış	67,02	9,10	70,00	28,00	75,00	

*t: Bağımsız örneklem t testi*

Katılımcılardan daha önce kanser taraması yaptıranların %59,73'ü (n=89) KKMM yapma sıklığını doğru biliyorken, %40,27'si (n=60) yanlış bilgiye sahiptir. Kanser taraması yaptırmayanlarda ise doğru bilgiye sahip olanların oranı %38,61 (n=39), yanlış bilgiye sahip olanlar %61,39 (n=62) olarak tespit edilmiştir. Kanser taraması yaptırma durumu ile KKMM sıklığını bilme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Daha önceden kanser taraması yaptıranlar yaptırmayanlara göre KKMM yapma sıklığını daha doğru bildikleri görülmüştür.

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı değişkenleri ile KKMM yapma sıklığını doğru bilme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 16)

**Tablo 16.** Sosyodemografik Değişkenler ile KKMM Yapma Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması

		KKMM yapma sıklığını bilme durumu				Ki kare p
		Doğru Bilenler		Bilmeyenler		
		n	%	n	%	
Yaş	30-39	38	44,71	47	55,29	$\chi^2:3,02$ p:0,39
	40-49	39	58,21	28	41,79	
	49-59	29	50,00	29	50,00	
	60+	22	55,00	18	45,00	
Eğitim durumu	İlkokul	13	44,83	16	55,17	$\chi^2:5,98$ p:0,20
	Ortaokul	9	37,50	15	62,50	
	Lise	35	51,47	33	48,53	
	Üniversite	54	51,43	51	48,57	
	Yüksek lisans/doktora	17	70,83	7	29,17	
Ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı	Evet	80	55,56	64	44,44	$\chi^2:2,57$ p:0,10
	Hayır	48	45,28	58	54,72	
Kanser taraması yaptırma durumu	Evet	89	59,73	60	40,27	$\chi^2:10,74$ p:0,001
	Hayır	39	38,61	62	61,39	
Kronik hastalık varlığı	Yok	62	49,21	64	50,79	$\chi^2:0,40$ p:0,52
	Var	66	53,23	58	46,77	

\*Ki-kare testi yapılmıştır

KMMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

Katılımcıların KMM yapma sıklığını bilme durumları yaş değişkenine göre incelendiğinde, 30-39 yaş grubunda doğru bilgiye sahip olanlar %52,94 (n=45), yanlış bilgiye sahip olanlar %47,06 (n=40) olarak tespit edilmiştir. 40-49 yaş grubunda doğru bilgiye sahip olanlar %71,64 (n=48), yanlış bilgiye sahip olanlar %28,36 (n=19) olarak gözlenmiştir. 49-59 yaş grubunda doğru bilgiye sahip olanlar %77,59 (n=45), yanlış bilgiye sahip olanlar %22,41 (n=13) olarak belirlenmiştir. 59 yaş ve üzerinde ise doğru bilgiye sahip olanlar %72,50 (n=29), yanlış bilgiye sahip olanlar %27,50 (n=11) olarak tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile KMM yapma sıklığını bilme durumları arasındaki

ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). En doğru bilgiye 50-59 yaş arası sahiptir.

Daha önce kanser taraması yaptıranların %78,52'si ( $n=117$ ) KMM yapma sıklığını doğru biliyorken, %21,48'i ( $n=32$ ) yanlış bilgiye sahiptir. Kanser taraması yaptırmayanlarda ise doğru bilgiye sahip olanlar %49,50 ( $n=50$ ), yanlış bilgiye sahip olanlar %50,50 ( $n=51$ ) olarak tespit edilmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kanser taraması yaptırmış olan kişiler yaptırmayanlara göre KMM yapma sıklığını daha doğru bilmektedirler.

Eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı ile KMM yapma sıklığını doğru bilme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 17)

**Tablo 17.** Sosyodemografik Değişkenler ile KMM Yapma Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması

		KMM yapma sıklığını bilme durumu				Ki kare p
		Doğru		Yanlış		
		n	%	n	%	
Yaş	30-39	45	52,94	40	47,06	$\chi^2:11,69$ $p:0,01$
	40-49	48	71,64	19	28,36	
	50-59	45	77,59	13	22,41	
	60+	29	72,50	11	27,50	
Eğitim durumu	İlkokul	17	58,62	12	41,38	$\chi^2:3,82$ $p:0,43$
	Ortaokul	16	66,67	8	33,33	
	Lise	41	60,29	27	39,71	
	Üniversite	76	72,38	29	27,62	
	Yüksek lisans/doktora	17	70,83	7	29,17	
Ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı	Evet	95	65,97	49	34,03	$\chi^2:0,10$ $p:0,74$
	Hayır	72	67,92	34	32,08	
Kanser taraması yaptırma durumu	Evet	117	78,52	32	21,48	$\chi^2:22,85$ $p<0,001$
	Hayır	50	49,50	51	50,50	
Kronik hastalık varlığı	Yok	76	60,32	50	39,68	$\chi^2:4,81$ $p:0,02$
	Var	91	73,39	33	26,61	

\*Ki-kare testi yapılmıştır

KMM: Klinik Meme Muayenesi

Katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumu ile tarama amaçlı mamografi çekme yaşını ve sıklığını doğru bilme durumları kıyaslandığında kanser taraması yaptıranların %18,12'si (n=27) doğru bilgiye sahipken, %81,88'i (n=122) yanlış bilgiye sahiptir. Kanser taraması yaptırmayanlarda ise doğru bilgiye sahip olanlar %7,92 (n=8), yanlış bilgiye sahip olanlar %92,08 (n=93) olarak tespit edilmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Daha önceden kanser taraması yaptırmış olanlar yaptırmayanlara göre tarama amaçlı mamografi çekme yaşını ve sıklığını daha doğru bilmektedir.

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı değişkenleri ile tarama amaçlı mamografi çekme yaşını ve sıklığını doğru bilme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 18)

**Tablo 18.** Sosyodemografik Değişkenler ile Mamografi Tarama Yaşı ve Sıklığını Bilme Durumunun Karşılaştırması

		Mamografi için önerilen tarama yaşını ve sıklığını bilme durumu				Ki kare P
		Doğru		Yanlış		
		n	%	n	%	
Yaş	30-39	7	8,24	78	91,76	$\chi^2:5,87$ p:0,11
	40-49	10	14,93	57	85,07	
	50-59	13	22,41	45	77,59	
	60+	5	12,50	35	87,50	
Eğitim durumu	İlkokul	3	10,34	26	89,66	$\chi^2:6,20$ p:0,18
	Ortaokul	1	4,17	23	95,83	
	Lise	7	10,29	61	89,71	
	Üniversite	21	20,00	84	80,00	
	Yüksek lisans/doktora	3	12,50	21	87,50	
Ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı	Evet	17	11,81	127	88,19	$\chi^2:1,35$ p:0,24
	Hayır	18	16,98	88	83,02	
Kanser taraması yaptırmama durumu	Evet	27	18,12	122	81,88	$\chi^2:5,20$ p:0,02
	Hayır	8	7,92	93	92,08	
Kronik hastalık varlığı	Yok	14	11,11	112	88,89	$\chi^2:1,76$ p:0,18
	Var	21	16,94	103	83,06	

\*Ki-kare testi yapılmıştır

## 5. TARTIŞMA

Meme kanseri, son 20 yıldır dünya genelinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde akciğer kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türü olarak saptanmaktadır. GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü %23,5 ile meme kanseridir (2). Düzenli yapılan muayene ve taramalar sayesinde meme kanserine erken tanı konulabilme şansı artmakta ve hastadan beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte veya tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Aile hekimliğinin de en önemli kolu olan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen kanser tarama programları bu nedenle ciddi bir öneme sahiptir.

Çalışmamız 30-70 yaş arasında toplam 250 kadın katılımcıyla yapılmıştır. Yaş ortalaması  $45,89 \pm 11,04$  olarak bulunmuştur. Katılımcıların Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği ortalama puanın  $66,95 \pm 9,02$  olması, katılımcıların büyük bir oranda olumlu tutuma sahip olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları kıyaslandığında katılımcıların medeni durumu, eğitim durumu, bulunduğu hanenin toplam gelir düzeyi ve alkol kullanımları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaş gruplarına göre yapılan analizde, kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları 30-39 yaş grubu kişilerin 40-49 ve 60 yaş üzeri kişilere göre kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri grup diğer yaş gruplarından daha olumlu tutuma sahiptir. Oğuz ve arkadaşları ile Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalarda bizim çalışmamızla benzer olarak yaş arttıkça kanser taramaların karşı tutumun olumlu yönde arttığı görülmüştür (52,53). Tekpınar’ın yaptığı araştırma da yaş arttıkça kanser taraması yaptırma durumlarının arttığını görülmüştür (54). Çalışmamızın aksine Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en yüksek ölçek puanı 30-39 yaş grubunda bulunmuş olup yaş arttıkça ölçek puanları azalmaktadır (55). Erkal’ın ve Kurulay’ın yapmış olduğu çalışmalarda yaş arttıkça kansere ilişkin olumsuz tutumun arttığı bulunmuştur (56,57). Yapılan çalışmalardaki bu farklılıkların nedeni çalışma gruplarının yaş ve cinsiyet dağılımlarının farklı olmasından kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda katılımcıların

daha genç yaşlarda kanser taramalarına yönelik tutumun daha olumsuz olmasının nedeni kişilerin erken yaşlarda kanser için kendilerini riskli olarak görmemeleri kanseri bir ileri yaş hastalığı olarak düşünmemeleri olabilir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kronik hastalıkların ve ilaç kullanımının artması, sağlık hizmetlerinin kullanımını da artırmaktadır. Bu durumda, ileri yaştaki bireylerin ek hastalıklardan kaçınmak için daha dikkatli olmaları ve taramalara yönelmeleri beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda kanser taraması tutum ölçek puanı ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında gruplar arasında anlamlı düzeyde bir fark tespit edilmemiştir. Ancak katılımcıların ölçekten aldığı puanların ortalamasına bakıldığında; ilkokul mezunları 65,86; ortaokul mezunları 66,21; lise mezunları 66,25; üniversite mezunları 67,60 ve yüksek lisans/doktora mezunları 68,13 ortalamaya sahip olduğum görüldü. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumların da olumlu yönde arttığını görmekteyiz. Uysal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada benzer olarak eğitim düzeyi ile tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (58). Kuralay'ın yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu üniversite ve üstü olanların kansere ilişkin tutum ölçeği puanları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur (57). Erkal'ın yapmış olduğu çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça tutumlarının olumlu yönde arttığı görülmektedir (56). Tüm bu çalışmalarda da görüldüğü üzere eğitim seviyesi yüksek bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyinin artışı, kişilerin sağlık konusunda daha bilinçli olmalarını sağlamakta ve sağlık okuryazarlıklarını artırmaktadır. Bu bireyler, kanser gibi ciddi hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmakta ve erken tanının önemini daha iyi kavramaktadırlar.

Katılımcılardan herhangi bir işte çalışmayan kişilerin, aktif çalışan veya emekli olan kişilere göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Oğuz ve arkadaşları ile Tunç ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmalarda da aktif çalışan kişilerin işsiz çalışmayan kişilere göre taramalara yönelik tutumları daha olumlu olduğun bulunmuştur (53,55). Bunun nedeni olarak çalışma hayatında yer alan bireylerin genellikle daha yüksek eğitim seviyesine sahip oldukları ve sağlık konusunda daha bilinçli oldukları söylenebilir.

Katılımcılardan hiç sigara kullanmamış olan kişilerin, sigara kullanan kişilere göre ölçek puanlarının daha düşük olduğu daha olumsuz tutum gösterdikleri görülmüştür. Araştırmamızla benzer olarak Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içmeyenlerin içenlere göre daha olumsuz tutumda olduğu bulunmuştur (52). Tunç ve arkadaşlarını çalışmasında ise sigara kullanım durumu ile tutum puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır (55). Sigara kullananların kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutumlar sergilemelerinin nedeni sigara kullanımının kanser için en önemli risk faktörlerinden biri olması ve bu kişilerin kendilerini risk altında gördüklerinden ötürü kanser erken tanısı için daha temkinli olmalarından kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %49,60'ının en az bir kronik hastalığı vardır. En yaygın kronik hastalıklarda birinci sırada %17,60 tiroit hastalıkları, %15,60 hipertansiyon ve %14,80 diyabet olarak belirlenmiştir. Tunç'un çalışmasında katılımcıların %35,3'ünde kronik hastalık varken en sık hipertansiyon ve diyabet görülmektedir (55). Oğuz'un çalışmasında bizimkiyle benzer olarak %49,5'inde en az bir kronik hastalık vardır (53). Açıközün kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kronik hastalık oranı %53,9 olarak bulunmuştur (59). Erkal'ın çalışmasında katılımcıların sadece %25,5 inde kronik hastalık vardır ve çalışmamızdan oldukça düşüktür (56). Kuralay'ın çalışmasında da bu oran %32,5 olarak bulunmuştur (57). Çalışmalardaki bu farklılıkların nedeni yaş gruplarının ve cinsiyet dağılımlarının farklı olması olabilir. Bizim çalışmamız kadınlar üzerinde yapıldığı yaş ortalaması 45,89 olduğu için ve tiroit hastalıklarının yaş grubu fark etmeksizin kadınlarda daha yaygın olarak görülmesinden kaynaklı en sık kronik hastalık tiroit hastalıkları olarak bulunmuş olabilir. Araştırmamızda kronik hastalık durumu ile taramalara yönelik tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Erkal'ın çalışması ile Öztürk'ün ve Tunç'un çalışmalarında da benzer şekilde kronik hastalık durumu ile kanser taramalarına yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (52,55,56).

Çalışmamızda kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin oranı %55,20 iken, bilgi sahibi olmayanların oranı %44,80 olarak görülmüştür kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin olmayanlara göre ölçek puanlarının yüksek olduğu ve kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte

Erkal ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada tarama tersleri hakkında bilgi sahibi olanların oranı %53,40 bilgi sahibi olmayanların oranı %46,60 olarak bulunmuştur ve tarama testleri hakkında bilgi sahibi olanların kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutumda oldukları görülmüştür (56). Yılmaz Eker'in çalışmasında bilgi sahibi olanların oranı %55,3'tür ve tutumları diğerlerinden daha olumludur (60). Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser tarama testlerini bilme durumu arttıkça tutumları artmaktadır (55). Kanser taramaları hakkında yapılan bilgilendirmelerin kişilerde tarama yaptırmak için pozitif yönde bir katkı sağladığı söylenebilir. Biz hekimlere bu açıdan büyük iş düşmektedir.

Çalışmamızda aile veya yakın çevresinde kanser hastası olan katılımcıların oranı %57,60 olmayanların oranı ise %42,40 olarak bulunmuştur. Katılımcılar, kanser tanısının en sık üçüncü derece akrabalarında (%35,07), ikinci sıklıkla da birinci derece akrabalarında (%24,63) olduğunu belirttiler. Altun'un yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %41'inde ailesinde kanser tanısı vardır ve %27,5 ile en sık birinci derece akrabalarındadır (61). Tunç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde kanser tanısı olanların oranı 49,7 olarak bulunmuştur ve en sık birinci derece akrabalarındadır (55). Açıkgöz'ün çalışmasında da %46,7'sinde ailede kanser vardır ve en sık birinci derece akrabalarındadır (59). Bizim çalışmamızda bu oranın yüksek bulunmasının sebebinin anket sorumuzdaki akrabalık derecelerini ayrıntılı olarak belirtmemiş olmamızdan kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda ailesinde kanser tanısı olma durumu ile taramalara yönelik tutumlar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Tunç, Uysal, Kuralay ile Erkal'ın yapmış olduğu diğer bazı çalışmalarda da benzer olarak ilişki saptanamamıştır(55–58).

Çalışmamıza katılan bireylerin %5,20'sinde tanılı bir kanser hastalığı vardı. Öztürk'ün çalışmasında kendisinde kanser tanısı olanlar %3 olarak bulunmuştur(52). GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü %23,5 ile meme kanseri olurken bunu ikinci sırada %11,6 ile tiroit kanseri takip etmektedir (7,9). Bizim çalışmamızda da katılımcılarda görülen kanser türlerine bakıldığında meme kanseri ve tiroit kanseri ilk sırada yer almaktadır. Çalışmamızda Katılımcılardaki kanser türü ile taramalara yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Fakat kanser tanısı olan kişilerin tutum puanları olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Erkal'ın çalışması ile Yılmaz Eker ve



arkadaşlarını yaptığı çalışmada da benzer şekilde kişide kanser tanısı varlığı tutum ile ilişkisiz bulundu (56,60). Öztürk'ün çalışmasında ve Oğuz'ların çalışmasında ise kanser tanısı olmayan bireylerin tutumu daha olumlu bulunmuştu (52,53). Açıkgöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kendisinde kanser hastalığı bulunan bireylerin kanser konusundaki farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür (59). Bu durum, daha önce kanser teşhisi konmuş kişilerin bu konuda farkındalık geliştirmiş olmaları ve yeniden kansere yakalanmaktan endişe ettikleri için sağlık kontrollerine daha fazla önem vermelerinden kaynaklanabilir.

Katılımcılardan %59,60'ı daha önce kanser taraması yaptırdığını belirtirken, %40,40'ı ise herhangi bir kanser taraması yaptırmadığını belirtti. En sık yaptırılan kanser taramaları arasında ilk sırada %47,69 ile Pap Smear-HPV DNA testi gelirken %37,50 ile mamografi taraması ikinci sıradaydı. %8,33 ile kolonoskopi ve %6,48 ile dışkıda gizli kan takip etmektedir. Sualp'in çalışmasında kadınların kanser taraması yaptırma oranı %41,9 olarak bulunmuştur ve erkeklerle kıyaslandığında oldukça yüksektir (62). Altun'un kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada benzer olarak %57'si daha önce kanser taraması yaptırdığı %46,5'si rahim ağzı, %25'i meme ve %4,5'i kolon kanseri taraması yaptırdığını belirtmişlerdir (61). Kolon kanseri tarama oranlarının henüz düşük olmasının nedeni ulusal kanser tarama programına en son eklenmesi ve insanların henüz yeterli bilgi sahibi olmamaları olabilir.

Ulusal Kanser Tarama Programlarına göre ülkemizde kanser tarama testlerinin hangi kanser türleri için yapıldığını meme, serviks ve kolorektal diyerek doğru bilgiye sahip olanların oranı %13,20 yanlış bilgiye sahip olanların oranı %86,80 olarak saptanmıştır. Sualp ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada taranan kanser türünün üçünü de doğru bilenlerin oranı %13,2 olarak bulunmuş olup bizimkisiyle aynıdır (62). Bu oran henüz istenilen seviyede değildir. Kanser taramaları açısından halkın daha çok bilinçlenmesi için koruyucu hekimliğin temel taşı olan aile hekimlerine büyük iş düşmektedir.

Çalışmamızda daha önce kanser taraması yaptıranların yaptırmayanlara göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uysal ve arkadaşlarının yaptığı araştırma ile Erkal ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak kanser taraması yaptırdığını belirten kişilerin taramalara yönelik

tutumları daha olumlu bulunmuştur (56,58). Tunç ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada kanser taraması yaptıran katılımcıların tarama testleri hakkındaki tutumları daha olumlu ve kanser taraması bilgi puanları daha yük bulunmuştur (55). Kanser taramalarına yönelik olumlu tutum kanser taraması yaptırma sıklığını da arttırmaktadır.

Katılımcılara “Erken tanı konulursa meme kanseri tedavi edilebilir mi?” sorusu yöneltildiğinde %92,80 oranında evet cevabı alınmış, %7,20 ise bilmiyorum olarak cevaplandırmışlardır. Toplam 250 katılımcıdan hiç kimse hayır cevabı vermemiş olup bur durum sevindiricidir. Tosun ve arkadaşlarının meme kanseri taramaları üzerine yaptığı araştırmada %97,4’si evet cevabını vermiştir (63). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılar %98 oranında tedavi edilebilir olduğunu düşünmektedir (64). Araştırmamızın bulguları, diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumluluk göstermektedir. Çoğu kadın, meme kanserinde erken teşhis ve tedavinin mümkün olduğuna inanmaktadır. Katılımcılardan erken tanı konulursa meme kanserinin tedavi edilebildiğini düşünenlerin ölçek puanı ortalaması 67,27 bilgisi olmayanların ise ölçek puanı 60,00 olarak bulunmuş olup, meme kanserinin erken tanı ile tedavi edilebilirliğine inanan kişilerin bilgisi olmadığını belirtenlere göre daha olumlu tutumlar sergilediği görülmüştür.

Rutin ve doğru bir şekilde gerçekleştirilen KKMM, meme kanserinin erken evrede tespit edilmesi için ekonomik, kolay, invaziv olmayan, güvenli ve etkili bir yöntemdir (40). Katılımcılardan KKMM yapmasını bilenlerin oranı %80,80 iken, %19,20’si bilmediğini ifade etmiştir. Bu bilgiyi öğrenme kaynakları arasında birinci sırada %55,94 ile sağlık personeli gelmektedir. Tosun ve arkadaşların çalışmasında %58,4’ü KKMM yapmasını bilmektedir ve bizim çalışmamızla kıyaslayınca oldukça düşüktür (63). Sualp’in çalışmasında kadınların %82,2’si KKMM yapmasını bildiğini belirtirken, %41,6’sı bu muayenenin ayda bir kez yapılması gerektiğinin biliyordu %21,3’ü düzenli olarak, %53,5’i düzensiz aralıklarla yapmaktaydı (62). Çalışmalar arasında bazı farklılıklar bulunmasına rağmen, sonuçlar genellikle benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte, katılımcıların bilgi seviyesinin sağlık tarama davranışlarına yeterince yansımadağı gözlemlenmektedir.

Katılımcılardan %51,60'ı kendi kendine meme muayenesi ile kontrollere 20 yaşından sonra başlaması gerektiğini biliyordu. KKMM yapma sıklığı konusunda katılımcılardan %51,20 ayda bir diyerek doğru bilgiye sahipken, %48,80 ise yanlış bilgiye sahiptir. 40-49 yaş arası bireyler KKMM yapma sıklığını en yüksek oranda doğru bilmektedir. Tosun ve arkadaşlarının çalışmasında benzer olarak 20 yaşından itibaren başlamasını gerektiğini bilenler %49,4 düzenli olarak ayda bir yapılması gerektiğini söyleyenler de %45,4'dür (63). Katılımcıların eğitim durumu arttıkça KKMM yapma sıklığını bilme oranları da artmaktadır. Bizdeki verilerle benzer olarak Sualp ve arkadaşlarının çalışmasında KKMM yapmasını bilen ve önerilen yapma sıklığını doğru bilenlerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (62). Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin bilgi düzeyinin artması da beklenen bir durumdur. Daha önceden kanser taraması yaptırdığını belirten katılımcılar tarama yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak KKMM yapma sıklığını daha doğru bilmektedir.

Katılımcılara kendilerine KKMM yapma durumları sorulduğunda düzenli olarak ayda bir yapanların oranı %8,80 iken, düzensiz aralıklarla yapanlar %60,40 hiç yapmadığını belirtenlerin oranı ise %30,80 olarak bulundu. Tosunun çalışmasında %16,1 oranında kişi her ay düzenli olarak yaptığını belirtmiştir (63). Çevik'in çalışmasında KKMM hiç yapmayanların oranı %42,8 düzenli ayda bir yapanlar %18,3'dür (65). Demir Yıldırım ve arkadaşlarının 2014 yılında İstanbul Moda'da oturan kadınlar üzerinde yaptıkları kapsamlı bir araştırmada katılımcıların %78'i KKMM yaptıklarını belirtmiştir ve ayda bir düzenli yaptığını belirtenler %15,2'dir (66). Çalışmamızda daha önce KKMM hiç yapmamış olanların yapmama nedenleri sorulduğunda %51,80 nasıl yapıldığını bilmiyor olmaları görüldü. Özen ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak %53,5'ü yapmayı bilmedikleri için olduğunu belirtmiştir (64). Hajian ve arkadaşlarının araştırmasında, kadınların %61'inin düzenli olarak KKMM yapmadığı ve %48'inin bu konuda önceden bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir (67). Yoo ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların %88'i KKMM'ni duyduğunu belirtmiş, ancak yalnızca %13,2'si düzenli olarak bu muayeneyi gerçekleştirdiğini ifade etmiştir. Ayrıca, kadınların %31,7'si KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmediklerini belirtmiştir (68). Yapılan tüm bu çalışmalar gösteriyor ki biz hekimlerin kadınlarda farkındalığı arttırmak için

çalışmalarını hızlandırması, sadece KKMM'ni önermek değil nasıl yapılacağına da kadınlara öğretilmesi gerekmektedir.

Araştırmamızda KKMM yapma sıklığını bilen ve kendilerine de kontrol amaçlı kendi kendine meme muayenesi yaptığını belirten katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum puanları diğer katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu da beklenen bir durumdur.

Katılımcıların tarama amaçlı KMM yaptırma oranı %54,00 iken, %46,00'ı yaptırmadığını belirtmiştir. Tosun'un 2020 yılında yaptığı çalışmasında yaptırılanların oranı %36,4'dür (63). Sulalp'in çalışmasında %33,7'dir (62). Sohbet'in 2017 yılında benzer yaş grubunda yaptığı çalışmada bu oran %15,5 olarak bulunmuştur (69,70). Gök Uğur'un 2019 yılındaki çalışmasında bu oran %41,4'dür (70). Bizim çalışmamızda KMM yaptırma oranının diğer çalışmalardan belirgin yüksek olmasının nedeni yıllar içinde halkın kanser taramaları konusunda daha çok bilinçlenerek tarama amaçlı doktor başvurularının artması söylenebilir.

Çalışmamızda meme kanseri taraması amacıyla KMM yaptırma sıklığını yılda bir diyerek doğru bilenlerin oranı %66,80 olarak bulunmuştur. Tosunun çalışmasında bu oran %68 olarak bulunmuştur (63). Koç ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında, katılımcıların %25,8'inin KKM yaptırdığı ve %48,8'inin yılda bir kez KMM yapılması gerektiğini bildiği belirlenmiştir (71). Araştırmamızda tarama amaçlı KMM yaptırma sıklığını en çok 50-59 yaş grubu bilmiştir. Daha önceden kanser taraması yaptırmış olanlar KMM sıklığını yaptırmayanlardan daha doğru bilmektedir. Eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, ailede veya yakın çevrede kanser tanısı varlığı ile KMM yapma sıklığını doğru bilme durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. KMM yaptırma sıklığını doğru bilenler ve KMM yaptırılanların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Kanser taramalarına yönelik daha olumlu tutuma sahip olanların doktora tarama amaçlı daha sık başvurdukları söylenebilir.

Çalışmamıza meme kanseri için mamografi tarama grubunda yer alan 40-69 yaş arası 165 katılımcı dahil edilmiştir. Bu katılımcıların %69,10'u daha önceden mamografi taraması yaptırmış, %30,9'u ise yaptırmamıştır. Bu oran sevindiricidir.

Bayçelebi ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada 40 yaş üstü mamografi yaptıranların oranı %12,7 olarak bulunmuştur (72). Özçam ve arkadaşlarının kadın sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada mamografi çekirme oranı %44 olarak bulunmuştur (73). Gök Uğur'un çalışmasında ise bu oran %45,6'dır (70). Sualp'in çalışmasında mamografi çekirme oranının bu denli yüksek çıkması, koruyucu sağlık hizmeti kapsamında kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanserinin farkındalık çalışmaları ile halk tarafından daha çok bilinmesi ve yıllar içinde bilinçlenmesi ve taramaya istenilen önemi göstermelerinden kaynaklıdır. Tarama amaçlı mamografi çektirenlerin ve tarama yaşını doğru bilenlerin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bütün katılımcılarımıza tarama amaçlı mamografi çekilme yaşı sorulduğunda %63,60 oranında doğru bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Bu durumun aksine tarama sıklığı sorulduğunda ise sadece %18,40'ı iki yılda bir diyerek doğru cevaplandırabilmişlerdir. Çalışmamızdaki katılımcıların %54,80'i mamografi taramasının yılda bir yapıldığını düşünmektedir. Ketten ve arkadaşlarının Kahramanmaraş'ta Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne başvuran kadınlarda yaptığı çalışmada mamografi çekilme sıklığını %39,6'sı yılda bir kere, %25'i iki yılda bir kere diyerek cevaplandırmışlardır (74). Gök Uğur'un çalışmasında %14,1'i iki yılda bir kere mamografi çektiğini belirtmiştir (70). Sualp ve arkadaşlarının çalışmasında iki yılda bir mamografi çektirilmesi gerektiğini bilenler %15,8'di (62). Halkımızın mamografi tarama sıklığını düşük düzeyde bilme nedeni 2000'li yıllarda mamografi taramasına ilişkin kılavuzların tam olarak revize edilmemiş ve taramanın yılda bir olarak yapılması gerektiğini öneren farklı görüşlerin olması neden olmuş olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser, Türkiye'de ve dünyada kalp damar hastalıklarından sonra ölüme yol açan en önemli ikinci hastalıktır. Kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir ve her geçen gün sıklığı giderek artmaktadır. Meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem bulunmamakla birlikte, düzenli yapılan muayene ve taramalar sonucunda erken tanı konulduğu takdirde hastadan beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri, kanserden korunma ve erken teşhis konusunda hayati bir role sahiptir. Aile hekimlerinin daha etkin bir şekilde bilgilendirme yapması, toplumu bilinçlendirmesi ve kadınları düzenli taramalar konusunda teşvik etmesi, meme kanseri ile mücadelede önemli adımlardan biridir.

Biz bu araştırmamızda hastanemiz aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri taramaları konusundaki bilgi düzeyi ve kanser taramalarına yönelik tutumları inceledik. Araştırma bulguları, kadınların büyük bir kısmının meme kanseri hakkında bilgi sahibi olduğunu, ancak bu bilginin düzenli sağlık taraması davranışlarına henüz istenilen seviyede yansımadağını ortaya koymaktadır.

Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutumları genel olarak olumlu bulunmuştur. 30-39 yaş grubunda olan kişiler taramalara ileri yaştakilerle kıyaslandığında daha olumsuz tutum sergilemektedir. Bunu nedeni olarak kanserin ileri yaş hastalığı olarak düşünülmesi olabilir. Bu durumun düzeltilmesi için genç yaş grubunun sağlık konularında eğitimine daha özen gösterilmelidir.

Katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyinin artması bireylerin sağlık bilincinin artmasına ve sağlık okuryazarlığının gelişmesine katkı sağlamaktadır. Bu bireyler, kanser gibi ciddi hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edinmekte ve erken teşhisin önemini daha iyi anlamaktadırlar.

Çalışmamızda kanser tarama testleri hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür. Kanser taramaları hakkında yapılan bilgilendirmelerin kişilerde tarama

yaptırmak için pozitif yönde bir katkı sağlamaktadır. Halkın kanser türleri ve taramaları konusunda bilgilendirilmesi bu nedenle önemlidir.

Araştırmamızdaki katılımcıların literatürde taranan diğer birçok çalışmayla kıyaslandığında daha yüksek oranda kanser taraması yaptırdığı görülmüştür. Bizim araştırmamız kanserin farkındalığı ve erken teşhisi için yapılan ulusal tarama programlarının halkın bilgi düzeyinin artışını sağlayarak tarama yaptırmaya yöneldiğini ve çalışmalara devam edildiği takdirde yıllar içinde istenilen tarama düzeyine erişilebileceğini göstermektedir. Çalışmamızda kanser taramalarına yönelik olumlu tutumun kanser taraması yaptırmaya sıklığını da arttırdığı görülmüştür.

Çalışmamızda kişilerin meme kanseri taramaları konusunda bilgi düzeyi ve farkındalıkları arttıkça kanser taramalarına daha olumlu tutumlar sergiledikleri görülmüştür.

Çalışmamızda KMM yaptırmaya oranı diğer benzer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdaki katılımcıların büyük çoğunluğu KKMM yapmasını bilirken çok az bir kısmı düzenli olarak yapmaktaydı. Kadınların KKMM yapmak için daha çok teşvik edilmesi ve eğitimlerin artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda mamografi tarama grubunda yer alan 40-69 yaş arası katılımcıların çoğu mamografi taraması yaptırmıştır ve benzer diğer çalışmalara göre daha yüksek orandadır. Bunu meme kanseri farkındalık çalışmalarının etkisiyle halkın bilinçlenmesine ve taramaya önem vermesine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda mamografi tarama yaşı yüksek oranında bilinmesine rağmen tarama sıklığı çok düşük oranda bilinmektedir. Toplumun kanser taramaları hakkında farkındalığını artırmak için eğitim ve bilgilendirme kampanyaları, broşür, afiş ve medya kullanımı gibi uygulamalara ağırlık verilmesi gerektiği görülmektedir.

Sonuç olarak, kadınların meme kanseri taramaları konusundaki bilgi düzeylerinin iyileştirilmesi ve taramalara yönelik tutumlarının geliştirilmesi, meme kanseriyle mücadelede önemli bir adımdır. Bu aşamada aile hekimleri kilit rol oynamaktadır. Aile hekimleri, hastalarına düzenli taramaların önemini anlatmalı,

uygun yaş gruplarına yönelik tarama programlarını takip etmelerini sağlamalı ve gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır.





## 7. KAYNAKLAR

1. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi,. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 01 Ağustos 2014;28(2):85.
2. GLOBOCAN 2022: Latest global cancer data shows rising incidence and stark inequities | UICC [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.uicc.org/news/globocan-2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark-inequities>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Meme Kanseri Koruma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi [Internet]. [a.yer 02 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/585>
4. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Taramaları [Internet]. [a.yer 07 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>
5. Prof B, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, ve ark. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF), Meme Hastalıkları Kitabı Editörler Prof. Dr.Vahit Özmen, Güneş Tıp Kitapevleri,2012
6. McCart Reed AE, Kalinowski L, Simpson PT, Lakhani SR. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. Breast Cancer Research. 07 Aralık 2021;23(1):6.
7. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/today/en/fact-sheets-populations#countries>
8. International Agency for Research on Cancer, Statistics at a glance Turkey [Internet]. [a.yer 03 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>
9. ME J, Siegel R, Soerjomataram MI. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2024 [a.yer 05 Haziran 2024]; Erişim adresi: <https://dr2pp.oss.ns-svc.cn/bj/bjGD/bjGDxafIDAm7Vx9FQ1bq.pdf>
10. Łukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer- Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. Cancers (Basel). 25 Ağustos 2021;13(17).
11. Breast Cancer Org, Breast Cancer Risk Factors [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.breastcancer.org/risk/risk-factors>
12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. Lancet. 27 Ekim 2001;358(9291):1389-99.

13. Chen Z, Xu L, Shi W, Zeng F, Zhuo R, Hao X, et al. Trends of female and male breast cancer incidence at the global, regional, and national levels, 1990-2017. *Breast Cancer Res Treat.* Nisan 2020;180(2):481-90.
14. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. *J Breast Health.* Ocak 2015;11(1):31-8.
15. Łukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer- Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers (Basel).* 25 Ağustos 2021;13(17).
16. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny.* Eylül 2015;14(3):196-202.
17. Ursin G, Bernstein L, Lord SJ, Karim R, Deapen D, Press MF, et al. Reproductive factors and subtypes of breast cancer defined by hormone receptor and histology. *Br J Cancer.* 08 Ağustos 2005;93(3):364-71.
18. Tran ATN, Hwang JH, Choi E, Lee YY, Suh M, Lee CW, et al. Impact of Awareness of Breast Density on Perceived Risk, Worry, and Intentions for Future Breast Cancer Screening among Korean Women. *Cancer Res Treat.* Ocak 2021;53(1):55-64.
19. Ng J, Shuryak I. Minimizing second cancer risk following radiotherapy: current perspectives. *Cancer Manag Res.* 2015;7:1-11.
20. Helm JS, Rudel RA. Adverse outcome pathways for ionizing radiation and breast cancer involve direct and indirect DNA damage, oxidative stress, inflammation, genomic instability, and interaction with hormonal regulation of the breast. *Arch Toxicol.* Mayıs 2020;94(5):1511-49.
21. Palmer JR, Wise LA, Hatch EE, Troisi R, Titus-Ernstoff L, Strohsnitter W, et al. Prenatal Diethylstilbestrol Exposure and Risk of Breast Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention.* 01 Ağustos 2006;15(8):1509-14.
22. Terry PD, Rohan TE. Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* Ekim 2002;11(10 Pt 1):953-71.
23. Rachdaoui N, Sarkar DK. Effects of Alcohol on the Endocrine System. *Endocrinol Metab Clin North Am.* Eylül 2013;42(3):593-615.
24. Pizot C, Boniol M, Mullie P, Koechlin A, Boniol M, Boyle P, et al. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *Eur J Cancer.* Ocak 2016;52:138-54.
25. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ.* 28 Ekim 2020;m3873.
26. Hulka BS. Hormone-replacement therapy and the risk of breast cancer. *CA Cancer J Clin.* 01 Eylül 1990;40(5):289-96.

27. Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors | American Cancer Society [Internet]. [a.yer 06 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>
28. Rock CL, Thomson C, Gansler T, Gapstur SM, McCullough ML, Patel A V., et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA Cancer J Clin* [Internet]. Temmuz 2020 [a.yer 06 Haziran 2024];70(4):245-71. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>
29. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 20 Eylül 2004;111(5):762-71.
30. Kang C, LeRoith D, Gallagher EJ. Diabetes, Obesity, and Breast Cancer. *Endocrinology*. 01 Kasım 2018;159(11):3801-12.
31. Misotti AM, Gnagnarella P. Vitamin supplement consumption and breast cancer risk: a review. *Ecanermedicalsience*. 23 Ekim 2013;7:365.
32. Atoum M, Alzoughool F. Vitamin D and Breast Cancer: Latest Evidence and Future Steps. *Breast Cancer (Auckl)*. 01 Ocak 2017;11:117822341774981.
33. Al-Naggar RA, Anil S. Artificial Light at Night and Cancer: Global Study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 01 Ekim 2016;17(10):4661-4.
34. Johns LE, Jones ME, Schoemaker MJ, McFadden E, Ashworth A, Swerdlow AJ. Domestic light at night and breast cancer risk: a prospective analysis of 105 000 UK women in the Generations Study. *Br J Cancer*. 20 Şubat 2018;118(4):600-6.
35. Dandamudi A, Tommie J, Nommsen-Rivers L, Couch S. Dietary Patterns and Breast Cancer Risk: A Systematic Review. *Anticancer Res*. Haziran 2018;38(6):3209-22.
36. Castelló A, Pollán M, Buijsse B, Ruiz A, Casas AM, Baena-Cañada JM, et al. Spanish Mediterranean diet and other dietary patterns and breast cancer risk: case-control EpiGEICAM study. *Br J Cancer*. 23 Eylül 2014;111(7):1454-62.
37. Casey SC, Vaccari M, Al-Mulla F, Al-Temaimi R, Amedei A, Barcellos-Hoff MH, et al. The effect of environmental chemicals on the tumor microenvironment. *Carcinogenesis*. Haziran 2015;36 Suppl 1(Suppl 1):S160-83.
38. Videnros C, Selander J, Wiebert P, Albin M, Plato N, Borgquist S, et al. Investigating the risk of breast cancer among women exposed to chemicals: a nested case-control study using improved exposure estimates. *Int Arch Occup Environ Health*. Şubat 2020;93(2):261-9.
39. Rodgers KM, Udesky JO, Rudel RA, Brody JG. Environmental chemicals and breast cancer: An updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. *Environ Res*. Ocak 2018;160:152-82.
40. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 23 Aralık 2017;24(4):549-53.

41. Pandve H. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences. 2014;2(2):254.
42. Ali A, Katz DL. Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits. Am J Prev Med. Kasım 2015;49(5 Suppl 3):S230-40.
43. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences » Makale » Turkish Women Breast Self-Examination Knowledge and Practices: A Systematic Review, 2021;7(3):99-114.
44. Meme Kanserinde Tarama Ve Erken Tanı, Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022;1(2):50-56.
45. Meme Tarama Rehberi, Türk Radyoloji Derneği / Turkish Society of Radiology [Internet]. [a.yer 08 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.turkrad.org.tr/dernekten-haberler/trd-meme-tarama-rehberi/>
46. Çelik L, Çubuk R, Altıntoprak KM. Meme Kanseri Riski Normal veya Artmış Kadınlarda Tarama. Türkiye Klinikleri Radyoloji - Özel Konular, 2017;10(3):185-97.
47. Akdeniz M, Kavukçu E. Quaternary prevention: First, do not harm. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 15 Haziran 2017;21(2):74-81.
48. Senol Y, Akdeniz M. Elderly and Preventive Medicine. GeroFam-A peer reviewed, evidence-based gerontology-oriented family practice journal. 2011;49-67.
49. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2021 Raporlar, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. [a.yer 13 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html>
50. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. [a.yer 23 Haziran 2024]. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos\\_2021\\_Kanser\\_Kontrol\\_Programi\\_versiyon-1.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf)
51. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]. [a.yer 23 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genel-nitelikli-yaz%C4%B1-ve-g%C3%B6r%C3%BC%C5%9Fler/196-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>
52. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M, Şahin TK. Development of an attitude scale for cancer screening. Turk Onkoloji Dergisi. 2020;35(4):394-404.
53. Oğuz C, Denizli İli Merkez İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Tutum ve Davranışları ve İlişkili Faktörler (Uzmanlık Tezi). 2023, T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı: Denizli.
54. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Evaluation of the patients who apply to family medicine policlinic. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 15 Mart 2018;22(1):28-36.

55. Tunç S, 30-70 Yaş Arası Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Farkındalık ve Tutumları (Uzmanlık Tezi). 2023, T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı: Ankara.
56. Determining Individuals' Attitudes Toward Cancer Screening and Their Influential Factors. Makara Journal of Health Research. 26 Ağustos 2022;26(2).
57. Kuralay Ç, İşcan Ayyıldız N, Evcimen H. Kanser Etkinliğine Katılan Bireylerin Kansere İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 10 Kasım 2021;
58. Uysal N, Ünal Toprak F. Kadınların Sağlık Alguları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 31 Ocak 2022;6(1):65-76.
59. Eylül D, Onkoloji Ü, Prevantif E, Anabilim O, Ayla D, Dokuz A, ve ark. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2024;25(3):145-54.
60. Topal Hançer A, Yılmaz Eker P. The Relationship Between Cancer Information Overload And Attitudes For Cancer Screening In Geriatric Patients Who Have Had Surgical Procedure: A Cross-Sectional Study. Sağlık Bilim Derg. 04 Ağustos 2023;32(2):191-8.
61. Altun Y. Kadınların Kanser Taramalarına Katılımını Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 20 Ocak 2020;14(2):210-5.
62. Nur Sualp B, Üy Yusuf Haydar Ertekin Ö. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları (Uzmanlık Tezi). 2021, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi: Çanakkale.
63. Tosun M, Karapınar 42.21.001 Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları (Uzmanlık Tezi). 2020, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi: Konya.
64. Ozen B, Zincir H, Kaya Erten Z, Ozkan F, Elmalı F. Knowledge and Attitudes of Women about Breast Cancer, Self Breast Examination and Healthy Life Style Behaviours. J Breast Health. 20 Ekim 2013;9(4):200-4.
65. Çevik C, Güneş S, Hattatoğlu Td, Satıcı M Asım, Bulut B, Şahin Sc, ve ark. Knowledge, Attitude and Behaviors of Women between the Ages of 40-69 on Early Detection of Breast Cancer. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 18 Haziran 2019;13(2):119-28.
66. Demir Yildirim A, Ozaydin AN. Sources of Breast Cancer Knowledge of Women Living in Moda / İstanbul and Their Attendance to Breast Cancer Screening. J Breast Health. 10 Ocak 2014;10(1):47-56.
67. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(1):49-54.

68. Yoo BN, Choi KS, Jung KW, Jun JK. Awareness and practice of breast self-examination among Korean women: results from a nationwide survey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13(1):123-5.
69. Sohbet R, Karasu F. Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(4):113-121.
70. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y, Yılmaz Yavuz A, Şilbir Mf, Öner A. Kadınların Ulusal Standartlar Kapsamında Taraması Yapılan Kansere Yönelik Erken Tanı Bilgi Görüş ve Uygulamaları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 24 Eylül 2019;5-8.
71. Koc Z, Celebi P, Memis A, Sağlam Z, Beyhan F. Evaluation of the Impact of Nurses' Healthy Lifestyle Behaviors on Utilization from Breast Cancer Early Diagnosis Methods. *J Breast Health.* 21 Temmuz 2014;10(3):166-73.
72. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı. *Journal of Human Rhythm,* 2015;1(3):90-94.
73. Ozcam H, Cimen G, Uzuncakmak C, Aydın S, Ozcan T, Boran B. Evaluation of the Knowledge, Attitude, and Behavior of Female Health Workers about Breast Cancer, Cervical Cancer, and Routine Screening Tests. *Istanbul Medical Journal.* 02 Eylül 2014;15(3):154-60.
74. Keten H, Yildirim F, Olmez S, Cer H, Celik M. Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Medical Journal.* 2014;20(3):212.