



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN MAMOGRAFİ
ÇEKTİRMEYE ETKİSİ: KONTROLLÜ MÜDAHALE
ÇALIŞMASI**

DR. GAMZE BASTEM

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL – 2025



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİNİN MAMOGRAFİ
ÇEKTİRMEYE ETKİSİ: KONTROLLÜ MÜDAHALE
ÇALIŞMASI**

DR. GAMZE BASTEM

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. ARZU UZUNER

İSTANBUL – 2025

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca yanımda çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum, insani ve mesleki ahlak değerlerini örnek aldığım, bilgi ve deneyimlerinden sürekli yararlandığım, tez danışmanım, çok kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, tezin planlanma sürecinde değerli katkılarından dolayı diğer bölüm hocalarım sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili' ye, Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünal'a, sayın Prof. Dr. Mehmet Akman'a, sayın Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya, sayın Dr. Öğr. Üyesi Buğuşanma Koban'a, sayın Dr. Öğr. Üyesi Ülku Sur Ünal'a sayın Dr. Öğr. Üyesi Saliha Şahin'e,

Birlikte geçirdiğimiz lise yıllarından beri dostluğunu her zaman hissettiğim ve asistanlıkta da yanımda olan Dr. Merve Gürol'a, veri toplamadaki katkıları ve her zaman hissettiğim desteğinden dolayı Dr. Halime Özge Acar'a ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Çalışmamda veri toplamamda büyük katkısı olan Tuzla Eğitim ASM çalışanlarına,

Her zaman yanımda olan ve tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen canım anneme, canım babama, canım kardeşime ve tüm aileme en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

İSTANBUL 2025

Gamze BASTEM

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. MEME KANSERİ.....	4
2.1.1. Epidemiyoloji.....	4
2.1.2. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	4
2.1.3. Meme Kanser Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirme Modelleri	5
2.2. Meme Kanserinden Korunma	6
2.2.1. Meme Kanser Risk Faktörlerinin Azaltılması.....	6
2.3. Meme Kanser İçin Tarama Yöntemleri ve Programları.....	7
2.3.1. Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri	8
2.4. Motivasyonel Görüşme	14
2.4.1. Motivasyonel Görüşmede Değişim.....	15
2.4.2. Motivasyonel Görüşmenin Öğeleri	16
2.4.3. Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri:	16
2.4.4. Motivasyonel Görüşmenin Araçları:	17
2.4.5. Değişim Konuşması	17
2.4.6. Motivasyonel Görüşmenin Etkinliğı.....	17
2.4.7. Motivasyonel Görüşmenin Kanser Taramalarında Kullanımı	18
3. GEREÇ VEYÖNTEM.....	19

4. BULGULAR.....	28
5.TARTIşMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7. SINIRLILIKLAR.....	52
8. KAYNAKÇA.....	53
9. EKLER.....	59



ÖZET

Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Mamografi Çektirmeye Etkisi: Kontrollü Müdahale Çalışması

Giriş: Meme kanseri önemli bir sağlık problemi olup tarama yöntemlerinden olan mamografi çekirme oranı ülkemizde yeterli düzeyde değildir. Bu oranları artırmak için yapılan müdahale çalışmalarında genelde eğitim verme yöntemi kullanılmakla birlikte motivasyonel görüşmenin kullanıldığı çalışmalar sınırlıdır. Birkaç çalışmada motivasyonel görüşme tekniğinin kanser tarama oranlarını artırdığı bildirilmiştir. Çalışmanın amacı; birinci basamakta aile hekimleri tarafından uygulanan motivasyonel görüşme tekniğinin mamografi çekirmeye etkisini incelemektir.

Yöntem: Non-randomize kontrollü klinik müdahale çalışmasıdır. İstanbul’da bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı 40-69 yaş arası hiç mamografi çekmediği belirlenen 123 kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın başında tüm katılımcılara demografik bilgiler, meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyini sorgulayan anket formu uygulanıp değişim evreleri belirlenmiştir. Müdahale grubuna(n=60) 15’er dakikadan oluşan bir veya iki oturumluk motivasyonel görüşmeler yapılmıştır. Üç ay sonra müdahale(n=60) ve kontrol grubunun(n=63) değişim evrelerine ve mamografi çekirip çekmediğine bakılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $47,75 \pm 7,71$ (min:40 max:69)’dir. Kontrol ve müdahale grubu katılımcıları arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Üçüncü ayda kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının değişim evrelerine bakıldığında farkındalık($p<0,01$) farkındalık-direnç($p=0,03$) karar verme($p=0,001$) eylem($p<0,01$) evreleri açısından aralarında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. İki grup karşılaştırıldığında müdahale grubunda toplam 48 kişide(%80) kontrol grubunda ise 17 kişide(%27) değişim evresinde ilerleme görülmüştür. ($p<0,01$) Müdahale grubunda eyleme geçip mamografi çektiren hasta oranı kontrol grubuna göre daha fazladır ($p<0,01$).

Sonuç: Birinci basamakta aile hekimi tarafından kısa motivasyonel görüşme tekniği kullanarak yapılacak görüşmeler mamografi tarama oranlarını artırır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Mamografi, Motivasyonel Görüşme, Değişim Evresi, Birinci Basamak

ABSTRACT

The Effect of Motivational Interviewing Technique on Mammography: A Controlled Intervention Study

Introduction: Breast cancer is an important health problem and the rate of mammography, which is one of the screening methods, is not sufficient in our country. In intervention studies conducted to increase these rates, the method of education is generally used, but studies using motivational interviewing are limited. In a few studies, motivational interviewing technique has been reported to increase cancer screening rates. The aim of this study was to examine the effect of motivational interviewing technique applied by a family physician in primary care on mammography.

Method: The study hereby is a non-randomized controlled clinical intervention study. A total of 123 female patients aged 40-69 years who had never had mammography were enrolled in a training family health center in Istanbul. A questionnaire questioning demographic information, knowledge about breast cancer and screening methods was applied to all participants and the stages of change were determined. The intervention group (n=60) received motivational interviews for 1 or 2 sessions of 15 minutes each. After 3 months, the change stages of the intervention group (n=60) and the control group (n=63) and whether they had mammograms or not were analyzed.

Results: The mean age value was 47.75 ± 7.71 (min:40 max:69). There was no significant difference between the control and intervention group participants in terms of sociodemographic characteristics. The change stages of the control and intervention group participants were analyzed in the third month, a significant difference was observed in terms of awareness ($p < 0.01$) awareness-resistance ($p = 0.03$) decision-making ($p = 0.001$) and action ($p < 0.01$) stages. The stage of changes of 48 people (80%) in the intervention group and 17 people (27%) were changed ($p < 0.01$). The amount of patients who took action and had mammography in the intervention group was higher than in the control group. ($p < 0.01$)

Conclusion: Brief motivational interviewing by a family physician in primary care increases mammography screening rates.

Keywords: Breast Cancer, Mammography, Motivational Interviewing, Stage of Change, Primary Care



KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	: American College of Surgeons
AKB	: Amerika Kanser Birliği
ASCO	: American Society of Clinical Oncology
BRCA	: Breast Cancer
BRADS	: Breast Imaging Reporting And Data Systems
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MG	: Motivasyonel Görüşme
MMG	: Mamografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
TRD	: Türk Radyoloji Derneği
USG	: Ultrasonografi
USPSTF	: United States Preventive Services Task Force
QARS	: Question, Affirmation, Reflective, Summary
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Meme kanserinde tarama yöntemleri.....	8
Şekil 2. Motivasyonel görüşmede değişim döngüsü.....	15
Şekil 3. Motivasyonel görüşmenin öğeleri	16
Şekil 4. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların özeti	22

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının 0. aydaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi.....	41
Grafik 2. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının 3. aydaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi.....	41

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Mamografi için tarama rehberleri.....	12
Tablo 2. Mamografi İçin Kısa Motivasyonel Görüşme Programı	23
Tablo 3. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı.	29
Tablo 4. Katılımcıların genel sağlıkla ilgili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına göre dağılımı.	31
Tablo 5. Katılımcıların genel sağlıkla ilgili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına göre dağılımı.....	31
Tablo 6. Katılımcıların meme sağlığı ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı	32
Tablo 7. Katılımcıların meme kanseri taramaları ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı	34
Tablo 8. Katılımcıların meme kanseri taramaları ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı	35
Tablo 9. Müdahale grubu katılımcıların başlangıç ve 3. aydaki değişim evreleri.....	37
Tablo 10. Kontrol grubu katılımcıların başlangıç ve 3. aydaki değişim evreleri	37
Tablo 11. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının çalışmanın başlangıcındaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi.....	39
Tablo 12. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının 3. aydaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi.....	40
Tablo 13. Katılımcıların Değişim Evrelerindeki İlerleme Oranları.....	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri, kadın sağlığını etkileyen önemli sağlık sorunlarından biridir [1]. Dünyada kadınlarda en sık görülen kanser olup, insidans hızları dikkate alındığında, tüm kanserler içinde birinci sırada yer almaktadır [2]. Türkiye sağlık istatistikleri yıllığına göre tüm kanserler içerisinde meme kanseri görülme oranı 2002 yılında yüzde 31,9 iken bu oran 2018 yılında yüzde 48,6'ya yükselmiştir [3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meme, serviks ve kolorektal kanserlere yönelik toplum tabanlı taramalar önermektedir [4, 5]. Ülkemizde de bu kanserler için tarama standartları belirtilmiştir. Bu taramaların toplumsal tabanlı olabilmesinde hedef, nüfusun %70'ine ulaşılmasıdır. Toplum tabanlı taramaların, birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında yürütülmesi beklenir [6, 7]. Ülkemizde bu taramalar Aile Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde yapılmaktadır. Ülkemizde hali hazırda 197 KETEM mevcuttur [7]. KETEM'lerin bir kısmı sağlıklı hayat merkezlerinde bir kısmı ise ayrı birimler halindedir.

Meme kanserinde tarama yöntemi olarak;

- Ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlığın verilmesi
- Yılda bir klinik meme muayenesi (KMM)
- 40-69 yaş arası kadınlara iki yılda bir mamografi çekimi önerilmektedir [1].

Gelişmiş ülkelerde meme kanserine bağlı ölüm oranları etkin taramalar ve tedaviler sayesinde azalmaktadır. Mamografi ile meme kanseri ölümlerinin yaklaşık %25-35 oranlarında azaltılabildiği çalışmalarla ortaya konmuştur. Ancak sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkeler ve gelişmekte olan ülkelerde toplumsal meme kanseri farkındalığının yetersizliği ve geniş tabanlı mamografik tarama programlarının olmaması sebebi ile kansere bağlı ölüm oranları belirgin biçimde yüksektir [8, 9].

Ülkemizde mamografi çekirme oranlarına baktığımızda son bir yıl içerisinde mamografi çektirenlerin oranı 2016 yılında %9 iken 2019 yılında %10,4 olduğu görülmüştür. Hayatında hiç mamografi taraması çekirmemiş kadınların oranı ise 2019 yılında %65,1 olarak bulunmuştur [3].

Mamografi yaptırmama sebeplerini inceleyen bir çalışmada kadınlara meme kanseri tarama hizmetlerini kullanmama sebepleri sorulmuştur. Alınan cevaplar arasında en sık belirtilen gerekçeler “meme şikayeti/hastalığı olmaması”, “zaman bulamamak” ve “önemsememek” olmuştur. Diğer gerekçeler arasında ise “mamografi çekirmesi gerektiğini bilmemek”, “ağrılı bir işlem olması”, “kanser korkusu”, “mamografinin zararlı olduğunu düşünmek”, “yaşın genç olduğunu düşünmek” bulunmaktadır[10]. Mamografi çektirmeme sebeplerini inceleyen başka bir çalışmada ise verilen yanıtlar arasında “kötü haber almaktan korkarım”, “tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım” “tarama yaptırmanın yüksek ücretli olduğunu düşünürüm” gibi düşüncelerin olduğu görülmektedir [11].

Meme kanseri taramalarının hedefe ulaşılmasında aile sağlığı merkezlerinde hizmet vermekte olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının görev ve sorumluluklarını yerine getirmesi çok önemlidir.

Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktası olarak, bireylere koruyucu ve birinci basamak tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunar ve bireyin sağlık hizmetlerini koordine eder. Birinci basamağın tüm kurumları ve diğer uzmanlık alanlarıyla iletişimi sağlayarak bireyin sağlık hizmetini yönetir [12, 13]. Aile hekimleri sağlık sistemini iyi bilen ve bireyleri yalnızca hastalıkları ile değil sosyokültürel anlamda bir bütün olarak değerlendirirler [13]. Her ne kadar aile hekimlerinin tarama programına entegrasyonları sağlanmaya çalışılsa da ülkemizde kadınların meme kanseri ve tarama yöntemlerine katılım oranları yetersizdir [14-16]. Ülkemizde halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30’lar arasındadır [17].

Literatürde mamografi çekirme oranlarını artırmaya yönelik birçok müdahale çalışması görülmektedir. Yapılan çalışmalar kadınlara yönelik toplu eğitimin bilgiyi

ve farkındalığı artırdığını göstermiştir. KKMM ve mamografi çekirme oranlarının yapılandırılmış bir grup eğitimi ile anlamlı olarak arttığı başka bir çalışmada görülmüştür [18]. Bir araştırma sonucunda kadınların eğitim öncesinde meme kanseri belirtileri, risk faktörleri, erken tanı yöntemleri ve KKMM'si ile ilgili bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu, eğitim sonrasında ise arttığı ortaya konmuştur [16].

Kadınlara KKMM'nin, KMM ve mamografi çekirmelerinin öneminin anlatılması, oldukça önemli olup bu konuda eğitimin etkili olduğu ve gerek bireysel gerekse toplu eğitimlerin desteklenmesi gerektiği bilinmektedir.

Bu eğitimlerin yapılmasının önünde günlük hasta yükünün fazlalığı, aile hekimlerine bağlı nüfusun yüksekliği, eğitimin zaman alması gibi uygulama zorlukları mevcuttur. Türkiye illeri sağlık istatistikleri verilerine göre aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus sayısı birçok ilimizde ortalama 3000-3500 arasında değişmektedir [19]. Aile hekimlerinin günlük iş yükü arasında meme kanseri taraması için etkili kolaylaştırıcı ve daha az zaman alan ve etkin yöntemlere ihtiyaç vardır. Kısa motivasyonel görüşme tekniklerinin bu konuda etkili olabileceği ön görülebilir.

Klinik bir yöntem olan motivasyonel görüşme 1983'te tanımlanmış, başlangıçta alkol problemi olan hastaların motivasyonunu değiştirmek için kısa süreli bir müdahale yöntemi olarak geliştirilmiştir. Motivasyonel görüşme, kişinin problemi anlayıp harekete geçmesine yardımcı olur [20].

Araştırmalarda motivasyonel görüşmenin vücut kitle indeksi, total kan kolesterolü, kan basıncı, kan alkol konsantrasyonu üstüne etkileri olduğu bulunmuştur. Bu etkilerin klinik olarak anlamlı olduğu da gösterilmiştir. Yapılan meta analizlerde kısa görüşmelerde bile (15 dakika) etkin olduğu belirtilmiştir [21, 22].

Birinci basamakta kısa görüşme tekniği kullanılarak yapılan birçok klinik çalışma olmakla birlikte bu tekniklerin kanser taramalarında kullanılmasının etkinliğini araştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Amacımız bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olan mamografi ektirmemiş 40-69 yaşı arası kadınlara uygulanan kısa motivasyonel görüşme tekniğinin mamografi ektirme oranlarına etkisini araştırmaktır. Bu alışma ile uzun vadede hedeflenen, birinci basamak hekimlerince kullanılabilir etkin ve topluma özgü bir müdahale yöntemi oluşturmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.MEME KANSERİ

2.1.1.Epidemiyoloji

Dünya genelinde kanser hastalığının yükü her geçen gün artmaktadır [7]. 2020 yılında dünya çapında tahmini 19,3 milyon yeni kanser vakası saptanmıştır. Bu kanserler arasında kadın meme kanseri en sık teşhis edilen kanser tipi olmakla birlikte toplam vakaların %11,7'sini oluşturmaktadır [2]. Meme kanseri Türkiye’de ve dünyada kadınlarda en sık görülen ve aynı zamanda en sık ölüme neden olan kanserdir. Ülkemizde meme kanseri insidansı 100 binde 40,7 dir [1].

Meme kanserinde erken tanı alındığında tedavi edilebilme ihtimali yüksektir ve yaşam beklentisini artırır. Meme kanseri, akciğer, kolon ve mide kanseri gibi diğer yaygın kanser türleri arasında en iyi prognoza sahip olan ve en uzun yaşam süresine ulaşabilen kanser türüdür [23].

Türkiye’de yürütölen meme kanseri taramalarına rağmen önemli bir kısmı hala ileri evrede teşhis edilmektedir. Etkili bir tarama programı, hedef popölasyonun en az %70'ini kapsmalıdır; bu da ancak toplum tabanlı tarama programları ile mümkündür [7].

2.1.2. Meme Kanserin Belirti ve Bulguları

Meme kanserinin en sık görölen belirtilerinden biri, memede oluşın kitlelerdir. Bu kitleler genellikle düzensiz sınırlara sahip, ağrısız ve sert yapıda olma eğilimindedir.

Ağrı genellikle meme kanseri belirtisi olarak kabul edilmez, ancak hastalık ilerlediğinde ağrı görülebilir [24-26].

Meme başı akıntısı, genellikle tek taraflı olarak ortaya çıkar; spontan bir şekilde meydana gelir ve meme kanserlerinin %10'unda ilk belirtisidir. Bu akıntı, kanlı, seröz ya da seröz-kanlı olarak farklılık gösterebilir ancak bu patolojik akıntıların yalnızca küçük bir kısmı meme kanserinden kaynaklanır.

Meme kanseri, çevredeki deri dokusunun fibrotik yapı ile çekilmesine neden olarak memede belirgin deri çekilmelerine yol açabilir. Ayrıca, ciltte eritem gözlemlenebilir. Bunun en yaygın nedeni, kanserli dokunun cildin üst tabakasına yaklaştıkça venöz konjesyona sebep olmasıdır [25, 26].

Meme kanserinde tümör hücreleri lenf damarlarını tıkayarak deri ödemeine neden olabilir ve sonucunda bu durum, derinin portakal kabuğu görünümünü almasına (*peau d'orange* belirtisi) neden olmaktadır [24, 26].

2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Risk Değerlendirme Modelleri

Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri için en önemli risk faktörü kadın olmaktır. Diğer risk etmenleri arasında ileri yaş, hiç doğum yapmamış olmak, erken menarş, geç menopoz, emzirmemiş olmak, ileri yaşta doğum yapmak, obezite, hormon replasman tedavileri, kronik alkol kullanımı, BRCA1-2 mutasyon varlığı gibi faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler, bireylerin meme kanserine yakalanma riskini artıran önemli etmenlerdir [27].

Meme Kanserinde Risk Değerlendirme Modelleri

Meme kanserinde en sık kullanılan risk modelleri şu şekildedir:

- Gail: Hastanın yaşı, ırksal özellikleri, geçmişteki meme biyopsi öyküsü ve sayısı, meme biyopsisinde atipik hiperplazi varlığı, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı ve birinci derece akrabalarında meme kanseri hikâyesi sorgulanır.
- Claus: Kişinin yaşı, meme kanseri tanısı almış birinci ve ikinci derece akraba sayısı ve yaşı gibi faktörler sorgulanır. Yalnızca ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerde kullanılabilir.
- Kalıtsal meme kanseri riski taşıdığı düşünülen kadınlarda BRCAPRO ve Tyrer-Cuzick risk modelleri daha çok tercih edilmektedir.[24]

2.2. Meme Kansерinden Korunma

Meme kanserinden korunma risk faktörlerinin bilinmesi ve bu risk faktörlerinden korunmayla mümkün olabilir. Bu amaçla öncelikle her bireyin risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Yüksek riskli kadınlar için risk azaltma stratejileri uygulanırken ortalama riske sahip olan kadınlar tarama programlarına yönlendirilir.

2.2.1.Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Azaltılması

Alkol: Meme kanseri dahil olmak üzere birçok kanserle ilişkilidir. Günde 10 gram alkol (yaklaşık 1 kadeh şarap) tüketilmesi, meme kanseri riskini %7-10 oranında artırabilir [28].

İlk adet (menarş) yaşının geciktirilmesi: Türkiye’de ortalama menarş yaşı düşmüştür. Çocukların dengeli beslenmesi, obeziteden kaçınması ve erken yaşta düzenli spora başlaması, ilk adet yaşının gecikmesine yardımcı olmaktadır.

Kilo almamak: Menopoz döneminde yağ dokusunun androjenleri östrojene dönüştürmesi nedeniyle meme kanseri riskini artmaktadır. Yapılan bir meta-analiz, vücut kitle indeksindeki her 5 kg/m² artışın meme kanseri riskini yaklaşık %18 oranında artırdığını göstermektedir [29].

Egzersiz yapmak: Yapılan çalışmalarda düzenli olarak yapılan egzersizin meme kanseri riskini %25 ile %30 kadar azalttığı gösterilmektedir [30].

Otuz yaşından önce doğum yapmak: Doğurma yaşı ilerledikçe meme kanseri açısından risk de artmaktadır [31].

Süt verme (laktasyon): Çalışmalar toplam 12 aydan daha uzun süre emzirmenin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir [31].

Stresten uzak durma: Yapılan bir çalışmada, majör depresyonun meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır [32].

2.2.2. Yüksek riskli hastalar için risk azaltma stratejileri

Memeleri Ameliyatla Boşaltmak (Profilaktik Mastektomi)

Bilateral profilaktik salpingo-ooforektomi, over kanseri riskini %90, meme kanseri riskini ise %50 oranında azaltmaktadır. Ayrıca, BRCA 1/2 patojen gen taşıyan kadınlar için bilateral profilaktik mastektomi, meme kanseri riskini %95 oranında azaltmaktadır [33, 34].

İlaçlar Kullanarak Meme Kansерinden Korunmak

Meme kanserinden korunmak için ilaçların kullanımıyla ilgili randomize klinik çalışmalar, uzun süredir tedavide kullanılan tamoksifen ve raloksifenin, östrojen pozitif saptanan meme kanseri riskini %50'den fazla azalttığını ortaya koymaktadır [35, 36]. USPSTF ve ASCO, 35 yaş ve üzerindeki yüksek risk grubundaki kadınlara meme kanserinden korunmaları için ilaç önerisinde bulunmuşlardır [37].

2.3. Meme Kanseri İçin Tarama Yöntemleri ve Programları

Bu programların temel amacı, meme kanserini erken aşamada tespit etmektir. Bu sayede, kanserin küçük boyutlarda ve lenf nodu negatif olarak saptanması hedeflenir [38].

Ülkemizde meme kanserinde tarama yöntemleri aşağıdaki şekilde özetlenmiştir. Bu yöntemlerden yalnızca mamografi, meme kanserine bağlı mortaliteyi azaltma etkisine sahipken, diğer yöntemler meme kanseri farkındalığını artırmaktadır. Bu nedenle, tarama stratejileri erken tanı ve bilinçlenme açısından önemlidir.



Şekil 1. Meme kanserinde tarama yöntemleri

Sağlık Bakanlığı KETEM’ler aracılığıyla yürütülen fırsatçı tarama uygulamalarını, organize tarama programlarına dönüştürmeyi hedeflemektedir [39].

2.3.1.Meme Kanserinde Tarama Yöntemleri

Kendi Kendine Meme Muayenesi(KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi sırasında, ayna karşısında her iki memenin simetrik olup olmadığına, meme başı ve derisinde çökme veya çekilme, deride kızarıklık ve ödem gibi durumlara bakılır [40]. Muayene, elin 2., 3. ve 4. parmaklarıyla yapılır. Meme başları hafifçe sıkılıp akıntı olup olmadığına bakılır. Sağ el başın arkasında iken sağ meme, sol el başın üzerinde iken sağ meme her kadranda aşağı yukarı ve dairesel olacak şekilde muayene edilir. Ardından, her iki koltuk altı hafifçe bastırılarak kontrol edilir. Bu işlemler, sırtın altına bir yastık koyup yatakta uzanarak da tekrarlanmalıdır [40].

KKMM; kadınların düzenli aralıklarla memelerinde meydana gelen anormal değişiklikleri tespit etmek için kendilerine yaptıkları bir muayenedir. Yapılan

kontrollü araştırmalar, kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri nedeniyle ölüm oranlarını düşürmede etkili olmadığını, ancak meme kanseri farkındalığını artırmada faydalı olduğunu ortaya koymuştur. Çin’de gerçekleştirilen ve 266.064 kadının katıldığı bir çalışmada ise, kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri ölümlerini azaltmadığı, ancak benign meme lezyonlarının tanı oranlarını artırdığı belirlenmiştir [41].

Mortalitede azalma sağlamamasına rağmen meme kanseri farkındalığını artırması sebebiyle kendi kendine meme muayenesi birçok rehber tarafından önerilmektedir. Çünkü bu muayene yöntemi ucuz ve zahmetsiz bir yöntemdir ve mamografi taramasının önerilmediği kadınların, aynı zamanda gelir yetersizliği, kırsal bölgede yaşama vb. nedenlerden dolayı mamografi, KMM yaptıramayan kadınların her ay bu muayeneyi yapması ayrı bir önem taşımaktadır.

Yapılan alışmalar kadınların KKMM’si yapmama nedeni olarak en sık bilgi eksiklikleri olduğunu ve meme kanserine ilişkin bir şey bulmaktan korktuklarını ifade ettiklerini göstermiştir [42].

KKMM ile ilgili farklı rehberlerde farklı öneriler yer almaktadır. **Amerika Kanser Birliği (AKB) ve Amerika Birleşik Devletleri önleyici hizmetler görev birliği (USPSTF)** kadınlarda düzenli KKMM yapılmasını önermemekteyken **Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği (ACOG)** ise farkındalığın teşvik edilmesi açısından KKMM yapılmasını önermektedir [43-45].

Ülkemizde ise sağlık bakanlığı tarafından 20 yaşından sonra her ay önerilmektedir [39].

Klinik Meme Muayenesi

Genel cerrahi uzmanı, aile hekimi veya kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından gerçekleştirilebilir. Muayeneye, memelerin simetrisi ve hareketleri ayakta bakılır. Daha sonra ise oturularak memeler ve bölgesel lenf bezleri kontrol edilir. Her iki meme, yukarıdan aşağı, aşağıdan yukarı ve meme başından başlayarak periferik doğru daire şeklinde muayene edilir [40].

KMM, uzun süredir meme kanserinin erken teşhisi için önerilen tarama yöntemlerinden biridir. Ancak, meme kanseri tarama programlarında KMM'nin mortalite üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Mamografi ile birlikte uygulandığında, KMM meme kanserinin tespit edilme oranını %5-20 oranında artırabilmektedir.

Mevcut randomize kontrollü çalışmalarda, KMM'nin etkinliği mamografi ve/veya kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile birlikte değerlendirilmiştir. Amerika, İskoçya ve Kanada gibi ülkelerde KMM ile ilgili bazı deneme çalışmalarına rastlanmaktadır. Kösters ve Gøtzsche (2003) tarafından yapılan sistematik bir derlemede, KMM'nin mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, mamografi ile birlikte KMM'nin kullanılması, yanlış negatif sonuçları azaltma konusunda faydalı olabilir.

Özellikle kaynakları sınırlı ülkeler için KMM, özel bir araç gerektirmiyor olması ve kadınların meme kanseri farkındalığının muayene sırasında artırılması gibi avantajları nedeniyle hala önemini koruyan bir yöntemdir. [46].

Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından 20 yaş üzerinde yılda bir kere klinik meme muayenesi yapılması önerilmekteyken farklı rehberlerde ise farklı öneriler yer almaktadır.

USPSTF, American College of Physicians, American College of Preventive Medicine, National Cancer Institute KMM için herhangi bir öneride bulunmazken;

WHO; 20 yaş üstü tüm kadınlara,

ACOG; 40 yaş üzeri tüm kadınlara yılda bir kere fizik muayenenin bir parçası olarak,

American College of Radiology; 40 yaş üzeri tüm kadınlara yılda bir kere,

American Medical Association; 40-49 yaş arası kadınlara 1-2 yılda bir kere,

American Cancer Society; periyodik sağlık muayenesinin bir parçası olarak, her 3 yılda bir

Canadian Task Force; 50-69 yaşı arasında her 1-2 yılda bir

klınık meme muayenesi yapılmasını önermektedir [47].

Mamografi

Tarama mamografisi, herhangi bir yakınması olmayan kadınlarda meme kanserinin erken teşhisi için uygulanır [48]. Yapılan randomize kontrollü çalışmalar, mamografinin meme kanserine bağlı ölümleri %20 ile %40 arasında azalttığını ortaya koymaktadır. Bu sebeple, mamografi dünya genelinde meme kanseri için en yaygın tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır.

Türkiyede mamografi yapılma oranları son yıllarda artmış olmasına rağmen istenilen seviyeye ulaşmamıştır. Hayatında hiç mamografi taraması yaptırmamış kadınların oranı ise 2019 yılında %65,1 olarak bulunmuştur [3]. Yaptırmama sebepleri ise yapılan çalışmalarda en sık şikayet olmaması, zaman bulamama, önemsememe olarak belirtilmiştir [10].

Mamografi İçin Tarama Programları

Farklı rehberlerde yaşı grupları ve risk faktörlerine göre önerilen tarama programları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 1. Mamografi için tarama rehberleri

	U.S. Preventive Services Task Force 2016[43]	American Cancer Society 2015[44]	International Agency For Research on Cancer 2015[49]	American College of Physicians [50]	American Academy of Family Physicians 2016 [51]	Canadian Task Force on Preventive Health Care 2018 [52]	UK National Health Services 2019-2020 [53]
40-49 yaştaki ortalama risk taşıyan kadınlar	50 yaştan küçük kadınlarda MG taramasına başlama kararı kişiye özel olmalıdır. Potansiyel faydaya zarardan daha fazla değer veren kadınlar, 40-49 yaşları arasında iki yılda bir taramayı tercih edebilirler.	40-44 yaş arasındaki kadınlar, yarar ve zararlarını göz önünde bulundurarak isterlerse MG ile yıllık meme kanseri taramasına başlayabilirler. 45-49 yaş arası kadınlar mutlaka her yıl mamografi çekilmelidir.	Tarama önermek veya önermemek için yeterli kanıt bulunmamaktadır.	Fayda ve zararları birlikte tartışarak eğer kişi isterse iki yılda bir mamografi yapılabilir.	Mamografi ile taramaya başlama kararı bireysel olarak verilmelidir. Potansiyel faydayı zarardan daha fazla önemseyen kadınlarda mamografi ile tarama başlanabilir.	MG ile tarama önerilmemektedir.	Tarama önerilmemektedir.
50-74 yaştaki ortalama risk taşıyan kadınlar	İki yılda bir tarama mamografisi önerilir.	50-54 yaş arası kadınlara her yıl mamografi ile taranmalıdır. 55 yaş ve üstü kadınlar tarama mamografisine iki yılda bir veya isterlerse yılda bir taramaya devam edebilirler.	50-69 yaş arası kadınlarda mamografi ile tarama önerilmektedir. 70-74 yaş arası kadınlarda mamografi ile taramanın meme kanseri mortalitesini önemli ölçüde azalttığını gösterse de şu anda tavsiye edilmemektedir.	Uzmanlar, ortalama riskli kadınlarda her iki yılda bir mamografi taramasını teşvik etmemektedir.	İki yılda bir tarama mamografisi önerilir.	Her iki ila üç yılda bir MG yapılması önerilmektedir.	50-71 yaş arasındaki kadınlar üç yılda bir MG ile taranmalıdır. 71 yaş üstü için tarama önerilmemektedir.
75 yaş ve üstü ortalama risk taşıyan kadınlar	75 yaş ve üstü kadınlarda tarama mamografisinin yarar ve zararları arasındaki dengeyi değerlendirmek için mevcut kanıtlar yetersizdir.	10 yıl veya daha fazla yaşam beklentisi olan kadınlarda taramaya devam edilmelidir.	Öneri bulunmamaktadır.	Tarama tavsiye edilmemektedir.	75 yaş ve üstü kadınlarda tarama mamografisinin yarar ve zararları arasındaki dengeyi değerlendirmek için mevcut kanıtlar yetersizdir.	Öneri bulunmamaktadır.	Tarama önerilmemektedir.

Turan 2021'den alınmıştır [54].

Türkiyede Mamografi İçin Tarama Rehberleri

Türkiye'de nüfusun genç olması ve meme kanserli olguların yaklaşık yarısının 50 yaşın altında ve premenopozal dönemde bulunması, Avrupa ülkelerinden farklı bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple, yüksek risk grubunda olmayan kadınlarda taramaya 40 yaşında başlanması ve 40-69 yaş aralığında iki yılda bir yapılması önerilmektedir. Yüksek risk grubundaki kadınlar için ise taramaya daha erken başlanabilir. [7, 48].

Diğer Yöntemler

Taramada Ultrasonografi

Ultrasonografinin özgüllüğünün düşük olması ve tarama programına eklenmesi durumunda maliyetin artması, bu yöntemin rutin taramada tercih edilmemesine neden olmaktadır [48].

Taramada MR Görüntüleme (MRG)

İnvaziv ve maliyetli olmasına rağmen, mamografi ve ultrasonografiye ek olarak yüksek risk grubundaki kadınlarda tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır [48].

Taramalarda Aile Hekimlerinin Önemi

Aile hekimleri, sağlık hizmetlerine ilk başvuru noktasıdır. Bireylere koruyucu ve birinci basamak tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunar. Hastaların genel sağlık durumlarını izlerken, kanserin erken belirtilerini fark edebilir. Ayrıca, kişilerin aile geçmişini ve genetik yatkınlıklarını dikkate alarak kanser riski yüksek olan bireyleri belirleyebilirler.

Kanser tarama programlarına katılım, erken teşhis açısından çok önemlidir. Aile hekimleri, uygun yaş gruplarındaki ve risk altındaki bireyleri tarama testlerine yönlendirebilir. Tarama testlerine katılan kişileri izlemeye devam ederek, test sonuçlarına göre gerektiğinde ikinci basamağa yönlendirme yapabilir. Ayrıca, tarama

sonuçlarıyla ilgili psikolojik destek sağlayabilir ve hastaları doğru tedavi süreçlerine yönlendirebilir

Sonuç olarak, aile hekimleri, kanser taramaları ve erken teşhis süreçlerinde büyük bir öneme sahiptir [39].

2.4. Motivasyonel Görüşme

Motivasyon, bir kişinin belirli bir hedefe ulaşmak veya bir davranışı gerçekleştirmek için içsel veya dışsal olarak harekete geçmesini sağlayan dürtüler, istekler, düşünceler ve duygular bütünüdür. Dışsal faktörlerden etkilenen bu içsel durum, kişinin değişime ne kadar hazır veya istekli olduğunu yansıtır ve zamanla farklılık gösterebilir [55, 56].

Motivasyonel Görüşme (MG), 1983'te başlangıçta, alkol bağımlılığı yaşayan hastaların motivasyonunu artırmak amacıyla geliştirilmiştir. Daha sonra ise diğer sağlık problemlerinde de kullanılmaya başlanmıştır [20].

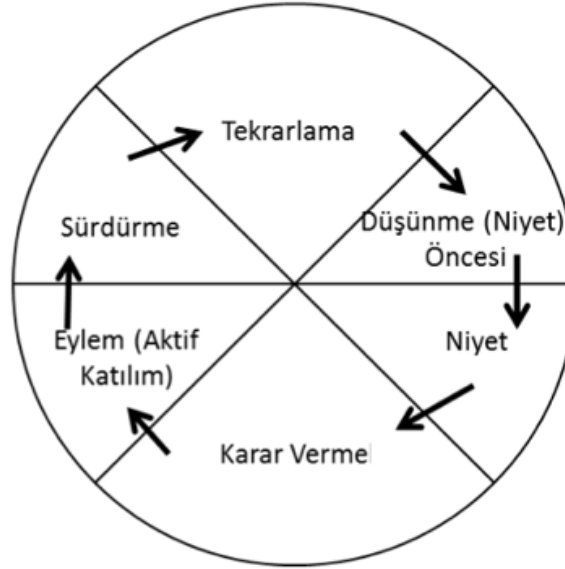
MG, danışanların ambivalansı (çelişkili duygular, karşıt düşünceler ve ikili duygulanımlar) anlamalarına ve bunları çözmelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini teşvik eden, danışanın ihtiyaçları ve perspektifleri doğrultusunda şekillenen bir yaklaşımdır [20].

Ambivalans, bir kişi veya bir konu hakkında karşıt duygular beslemek veya iki farklı yönde hissetmek olarak tanımlanabilir. Ambivalansın keşfi ve doğru bir şekilde tanımlanması, motivasyonel görüşme sürecinin temel unsurlarından biridir.

Motivasyonel görüşme, bu çelişkileri ele alarak danışanın içsel çatışmalarını çözmesine yardımcı olur. Bu yöntem, bireylerin değişmek için gerekli motivasyonu bulmalarını sağlamak üzere, onları içsel ikilemlerini aşmaya yönlendirir. Günümüzde bu teknik, birçok araştırma ve klinik uygulama ile etkinliği kanıtlanmış ve geniş bir etki alanı kazanmıştır [57].

2.4.1. Motivasyonel Görüşmede Değişim

MG’de değişim döngüsü aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir [58, 59]



Şekil 2. Motivasyonel görüşmede değişim döngüsü

Niyet/Farkındalık Öncesi (Precontemplation): Bu aşamada bireyler problemlerinin çok az farkında ya da hiç farkında değildirler. Değişime dirençlidirler. henüz değişikliğin kabul edilmediği aşamadır.

Niyet/Farkındalık(Contemplation): Birey şimdiki davranışlarının değişmesiyle ortaya çıkacak avantaj ve dezavantajlarının bazılarının farkındadır. Ancak davranışlarını değiştirmek için net bir karar alamamıştır.

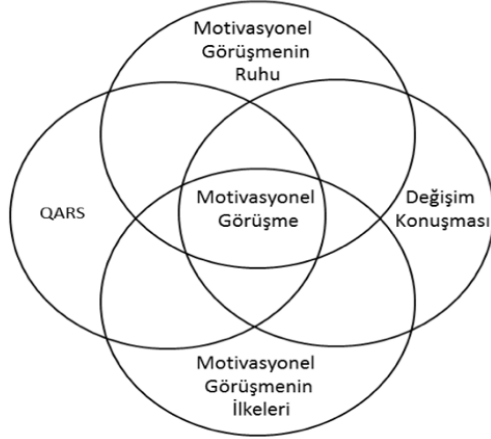
Karar Verme/Hazırlık(Preparation): Bu aşamada bireylerin değişimi denemek gibi hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir.

Hareket/Eylem(Action): Bu aşamada bireyler davranışlarını değiştirmişlerdir.

Sürdürme (Maintenance): Bireylerin geri dönüşünü önlemek ve hareket evresinde kazandıkları başarıları pekiştirmek için çalıştıkları bir aşamadır.

2.4.2.Motivasyonel Görüşmenin Öğeleri

Motivasyonel Görüşme, etkili bir değişim süreci yaratmak için birkaç temel bileşeni içerir. Bu bileşenler, görüşmenin netliğini artırmak ve sürecin etkinliğini sağlamak adına dört ana noktaya odaklanır. Bu noktalar aşağıdaki şekilde gösterildiği gibidir:



Şekil 3. Motivasyonel görüşmenin öğeleri

2.4.3.Motivasyonel Görüşmenin İlkeleri:

Motivasyonel Görüşmenin dört temel ilkesi şunlardır:

Empatinin Gösterilmesi:

Danışanın duygu ve düşüncelerini, herhangi bir yargı, eleştiri veya suçlama olmaksızın anlamaya çalışmak, empatinin temel bir unsurudur. Bu, danışanın kendini olduğu gibi ifade edebilmesini sağlayarak, güvenli ve destekleyici bir ortam oluşturur.

Çelişkiyi Gösterme:

MG süreci, kişinin mevcut davranışları ile kişisel hedefleri arasındaki çelişkilerin farkına varmasını sağlamayı amaçlar. Motivasyonel görüşmenin amacı, bu çelişkileri görünür kılmak ve belirginleştirmektir.

Dirençle Çalışma:

Motivasyonel görüşme, bir mücadele veya çatışma değil, karşılıklı bir işbirliği sürecidir ve bu süreçte danışanın değişim yönünde yeni bir ivme kazanması sağlanmaya çalışılır.

Kendine Yeterliliği Destekleme

Motivasyonel görüşmenin en önemli hedeflerinden biri, danışanın engellerle başa çıkabilme yeteneğini güçlendirmesi ve değişim sağlayabilmesidir. Bunun için de danışanın kendine olan yeterliliğinin ve güvenini destekler [60-64].

2.4.4.Motivasyonel Görüşmenin Araçları:

- Q: Açık uçlu sorular
- A: Doğrulama, onaylama, kabul etme
- R: Yansıtıcı dinleme
- S: Özetleme [60-64]

2.4.5.Değişim Konuşması

Birey değişim konuşmasında değişim konusundaki görüşlerini ifade eder. Değişimi konuşmak için kullanılacak yöntemler arasında açıklayıcı sorular sormak, karar dengesini açığa çıkarmak, ayrıntılandırmak, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak sayılabilir.

2.4.6.Motivasyonel Görüşmenin Etkinliği

MG'nin danışanların davranış değişikliği yaratmada etkin olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir.Bu araştırmalar, motivasyonel görüşme (MG) yönteminin, birçok sağlık göstergesi üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Özellikle vücut kitle indeksi (VKİ), toplam kan kolesterolü, alkol bağımlılığı gibi durumlar üzerinde anlamlı iyileşmeler sağladığı bulunmuştur [20, 60].

Ayrıca davranış sorunları yaşayan farklı ve geniş gruplarda uygulanabilirliğinin olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur ve bunlar arasında beyin felcinin rehabilitasyonu, kardiyak bakım, kronik ağrı, diyet, madde bağımlılığı, HIV/AIDS korunma, PTSD sayılabilir [65-73].

Yapılan meta analizlerde, motivasyonel görüşmenin sadece kısa süreli seanslarla bile etkin olduğu vurgulanmıştır. Özellikle 15 dakikalık kısa görüşmelerde bile etkili olduğu belirtilmiştir. Bu da motivasyonel görüşmenin, zaman açısından kısıtlı ortamlarda bile sağlık iyileşmeleri sağlamak için güçlü bir araç olabileceğini gösterir [20]. MG etkili bir şekilde kullanıldığında acil servisler, evde bakım hizmetleri, yoğun bakım ve onkoloji üniteleri gibi çeşitli alanlarda hasta bakım sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir [74].

Özetle, motivasyonel görüşme, kısa süreli ve klinik açıdan etkili müdahalelerle, sağlık üzerinde olumlu değişimler yaratabilecek bir yöntem olarak kabul edilmektedir [65, 67].

2.4.7.Motivasyonel Görüşmenin Kansere Taramalarında Kullanımı

Kanser taramalarında motivasyonel görüşmenin etkinliğini araştıran çalışmalar olmakla birlikte birinci basamakta bu çalışmalar oldukça sınırlıdır. Motivasyonel görüşmenin bir parçası olduğu bazı hemşire navigasyon programları kanser hastalarına yönelik geliştirilmiştir ve navigasyon programı, erken tanı/tarama programlarına katılımı arttırmaya yönelik olarak da kullanılmaya başlanmıştır [73, 75, 76].

Motivasyonel görüşmeyi de içeren bu programların kullanıldığı çalışmalarda meme ve prostat kanser tarama oranlarını artırdığı bilinmekteyken kolorektal kanser taramalarını artırdığı söylenmekle birlikte henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır [77].

Menopoza girmiş kadınlarda servikal kanser ve meme kanseri tarama oranlarını artırmak için yapılan başka bir çalışmada toplam üç oturumda bir gruba motivasyonel görüşme uygulanırken diğer gruba ise müdahale edilmemiş ve sonuçları gözlenmiştir. Motivasyonel görüşme grubunun tarama oranlarının arttığı

gözenmiştir [78]. Pap smear yapılma oranlarını artırmaya yönelik başka bir çalışmada ise hem yüz yüze hem telefonda motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmış ve kontrol grubu ile kıyaslanmıştır. Tarama oranlarının en çok yüz yüze motivasyonel görüşme grubunda arttığı görülmüştür [79].

Tek başına motivasyonel görüşmenin mamografi taraması yaptırmaya üzerine etkinliğini araştıran İran’da yapılan bir çalışmada ise müdahale grubuna her biri birer saatten oluşan toplam beş oturum şeklinde motivasyonel görüşme yapılmış ve kontrol grubu ile kıyaslandığında tarama oranlarının arttığı görülmüştür [80].

Bu çalışmalara baktığımızda çoğunun birinci basamakta uygulanmadığı ve pratikte uygulaması zor olan müdahale yöntemleri ile yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmanın amacı da motivasyonel görüşmenin birinci basamakta mamografi yaptırmaya etkisini araştırmak ve sonuçlarıyla beraber mamografi için etkin ve topluma özgü müdahale yöntemi bulmaktır.

3. GEREÇ VEYÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma, non-randomize kontrollü klinik müdahale çalışması olup, Temmuz 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 40-69 yaş arası mamografi çekirmemiş kadınlar oluşturmuştur.

3.3.Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

%95 güven düzeyinde ve %80 güç ile mamografi yaptırmaya yüzdesi literatüre göre %30 olarak alındığında her grupta 62 kişi olacak şekilde çalışmadan ayrılma oranı %10

olarak kabul edildiğinde her grupta 70 şer kişi çalışmaya dahil edilecek şekilde belirlenmiştir.

3.4.Dahil edilme kriterleri:

- İletişim engeli olmayan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden
- Tuzla E-ASM 'ye kayıtlı mamografi çekirmemiş 40-69 yaş arası tüm kadınlar

3.5.Hariç tutma kriterleri:

- İletişim engeli olan
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve bilgilendirilmiş onamını onaylamayan
- Aile sağlığı merkezi elektronik kayıt sisteminde mamografi çekirmemiş olarak gözüken fakat çektiği tespit edilen 40-69 yaş arası tüm kadınlar

3.6.Araştırmanın Çıktıları

Araştırmanın Birincil Çıktıları

- Motivasyonel görüşmenin hastaların değişim evresine etkisinin incelenmesi
- 40-69 yaş arası hiç mamografi çekirmemiş kadınlarda motivasyonel görüşmenin mamografi çekirmeye etkisinin değerlendirilmesi

Araştırmanın İkincil Çıktıları

- Kadınların KKMM ve KMM yaptırma oranlarının değerlendirilmesi
- Kadınların KKMM, KMM ve MMG yaptırmama sebeplerinin incelenmesi

3.7. Verilerin Toplanması

Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde dört birim bulunmaktadır. Kayıt sistemine göre 40-69 yaş arası hiç mamografi yaptırmamış kadın sayısı toplam 1643 tür. Bu sayı birimlere göre sırasıyla 384, 404, 457, 398'dir. Bu birimlerden ilk iki birim (56 ve 57

nolu birimler) kontrol grubu olarak alınırken diğ er iki birim ise (58 ve 74 nolu birim) müdahale grubu olarak belirlenmiştir.

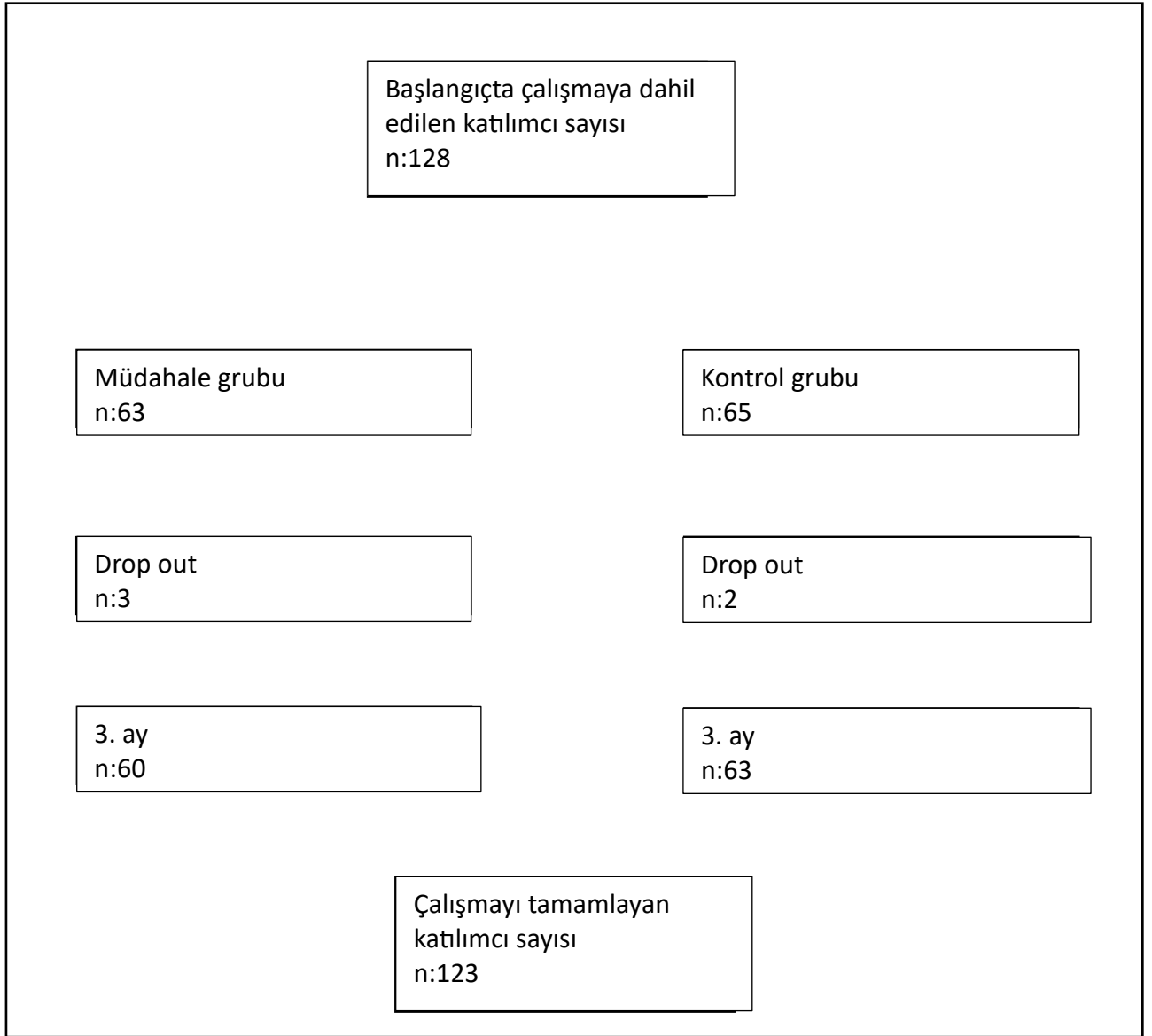
ASM hasta kayıt sistemi üzerinden mamografi  ektirmemiş olarak g r len kadınlar telefonla aranarak veya ASM'ne başka bir sebeple başvurdukları sırada çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya davet edilmişlerdir. Kabul eden ve mamografi  ektirmediğı teyit edilen kadınlar görüşme yapmak üzere ASM'ne davet edilmişlerdir. Demografik bilgiler, meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyini sorgulayan anket formu **(EK-1)** ve gruplara göre gönüllü olur formu **(EK-2 veya EK-3)** uygulanmıştır. ASM'ne gelmeyi kabul etmeyen katılımcılara anket formu **(EK-1)** telefondan uygulanmıştır. Gönüllü olur formu **(EK-2 veya EK-3)** ise elektronik olarak gönderilmiştir. İmzalı formun ASM'ne teslim edilmesi istenmiştir.

Motivasyonel görüşme grubundaki kadınlar yüz yüze görüşme için randevu verilerek aile sağığı merkezine davet edilmişlerdir. Araştırmacılar tarafından oluşturulan motivasyonel görüşme programına uygun olarak katılımcılarla bir veya ikişer görüşme yapılmıştır. Görüşmeler 10-15 dakika olacak şekilde ayarlanmıştır.İkinci görüşme ile birinci görüşme araları 7-10 gün olarak belirlenmiştir.

Bu süreçte kontrol grubuna bir müdahalede bulunulmamıştır.

Çalışmanın 3. ayında katılımcılara ulaşıp mamografi çektirip  ektirmediikleri sorulmuş ve veriler değerlendirilmiştir.

Araştırma sonunda ulaşılan örneklemin şematik görünümü **şekil 4** 'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların özeti

3.8. Veri Toplama Araçları

Tüm katılımcılara başlangıçta yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma ve gelir durumu gibi sosyoekonomik özellikleri içeren sorularla kişisel sağlık durumunu detaylandıran ve meme kanseri taramalarıyla ilgili bilgi ve tutumlarını ölçen soruların bulunduğu anket formu uygulanmıştır (**EK-1**)

Müdahale grubuna uygulanan ve dokuz saatlik motivasyonel görüşme eğitimi aldıktan sonra literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan mamografi için kısa motivasyonel görüşme programı aşağıdaki gibidir.

Tablo 2. Mamografi İçin Kısa Motivasyonel Görüşme Programı

Görüşmeler	İçerik
1.Görüşme	1.Hastayı tanıma: • Hastayla tanışma • Hastaya anket formlarının uygulanması ve değişim evresinin saptanması • Açılış konuşması: görüşme için ne kadar zamanınızın olduğundan ve hedeflerden bahsetme 2.Katılımı sağlama • Empatik atmosfer yaratma ve bireye otonomi kazandırma • Hastayla iyi bir iletişim kurma ve açık uçlu sorularla hastanın kendisini ifade etmesine izin verme ➤ <i>Meme kanseri hakkında ne düşünüyorsunuz?</i> ➤ <i>Mamografi /klinik meme muayenesi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?</i> ➤ <i>Mamografi çekirmekle ilgili endişeleriniz var mı? Varsa neler?</i> ➤ <i>Kendinizi meme kanseri açısından riskli görüyor musunuz?</i> • Hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak ➤ <i>Hayatta neleri önemsiyorsunuz? Sizin için neler önemli? (sağlık, başarı, aşk, eğlence, güç, maneviyat.....)</i> ➤ <i>Meme kanseri birçok insan için tehdit oluşturuyor, siz ne düşünüyorsunuz?</i>

	➤ <i>Hayatta en çok değer verdiğin şeyleri sayar mısın?</i> 3.Odaklanma • Çelişkileri/ambivalansı ortaya çıkarma:şimdiki davranış ve hedef davranış arasındaki çelişkiye dikkat çekilir ➤ <i>Meme kanseri olmak istemiyorsunuz ama aynı zamanda mamografi çekirtmekle ilişkili endişeleriniz var doğru mu?</i> ➤ <i>Kanser olmanın tehlikeli olduğunu düşünüyorsunuz ama bir yandan mamografinin de tehlikeli olduğuna mı inanıyorsunuz?</i> • Katılımcının davranışının sonucu ile ilgili farkındalık kazanmasını sağlama • Hedefler, ambivalans, eşlik eden sorunlar ve öncelikler üzerine konuşma • Birden çok hedef varsa gündem haritası oluşturma • Hedefi belirgin değilse OARS tekniğini kullanarak sabırla hedef belirlemeye çalışmak • SVT (sor ver tamamla) tekniği kullanarak ve hastadan izin alarak meme kanseri, mamografinin yararları, sonuçları hakkında bilgi verme 4.Ortaya çıkarma • Hazırlık değişim konuşmasını ortaya çıkarmak için sorular sormak ➤ <i>Neler olmasaydı veya neler olsaydı mamografi çekirtmek isterdin?</i> • Ödev: Mamografi çekirtmemenin iyi ve kötü yönleri ile çekirtmenin iyi ve kötü yönleri üzerine konuşarak karar dengesi tekniğini uygulama • Karar Dengesi Tekniği: Bireyin tercihlerine odaklanır ve değişimin getireceği avantajları ve dezavantajları ortaya koyar
--	---

2.Görüşme	4.Ortaya çıkarma devamı • Ödevin değerlendirilmesi ve değişim konuşmasını mamografi çekirme açısından ortaya çıkarma, değişim ifadelerinin farkına varma <i>-Mamografi çekirtmeye karar verseydin bunu nasıl yapardın? Veya neler yapabileceğine inanıyorsun?(yapabilirlik)</i> <i>-Nasıl bir yardım bekliyorsun, sana nasıl yardımcı olabilirim? Birlikte nasıl hareket edebiliriz?(arzulamak)</i> <i>-Neden mamografi çekirtmek istiyorsun ve çekirtmenin avantajları neler?(neden)</i> <i>-Senin için mamografi çekirtmek ne kadar önemli?Çektirmek için ne değişmeli?(ihtiyaç)</i> 5.Planlama/değişim planı geliştirme • Değişime hazır olmanın belirtileri: ➤ <i>Azalmış direnç, değişim konuşması, değişim hakkında sorular, gelecekle ilgili plan yapma</i> • Hareketlendirici değişim konuşmasının ortaya çıkması • Değişime hazırsa, planlamayı başlatma ve etkin tavsiye verme ➤ <i>Etkin tavsiye verirken: Mamografi çekirtme seçenekleri ile ilgili bilgi vermemi ister misin?</i> ➤ <i>Sana hangisi daha uygun?</i> ➤ <i>Ne düşünüyorsun?</i> • Engelleri kaldırma/seçenekler oluşturma

	➤ <i>Mamografi çekirmekle ilgili randevu, ulaşım sıkıntısı varsa ortaya çıkarma ve yardımcı olma</i> • Bir plana karar verme
--	---

Katılımcılara uygulanan motivasyonel görüşme programına göre birinci görüşmede katılımcı dirençli değilse, değişim konuşması ortaya çıkmış ve hasta karar verme aşamasına geçmişse ikinci görüşme yapılmadan katılımcı ile planlama aşamasına geçilmiştir.

Birinci görüşme esnasında dirençli olduğu görülen veya değişim konuşmasının ortaya çıkmadığı katılımcılar ile ikinci görüşme planlanarak ASM'ne tekrar davet edilmiş ve ikinci görüşme gerçekleştirilmiştir.

Değişim Evrelerinin Belirlenmesi

- **Niyet/Farkındalık Öncesi (Precontemplation):** Bu aşamada katılımcılar problemin ve mamografi taramasının hiç farkında değildirler, bu konuda daha önce bilgilendirilmemişlerdir ve mamografi yaptırmayı düşünmezler. Değişime dirençlidirler. Standart olarak sürdürülen müdahaleler bu grubun gereksinimlerini karşılayamaz.
- **Niyet/Farkındalık(Contemplation):** Bu aşamada bireyler problemin farkındadır, dirençli değildirler fakat mamografi çekirme kararı alıp eyleme geçmemişlerdir.
- **Karar Verme/Hazırlık(Preparation):** Katılımcılar bu aşamada mamografi çekirme kararı almıştır hareket planları vardır ancak eylemleri düzenli ve etkili değildir.
- **Hareket/Eylem(Action):** Bu aşamada bireyler davranışlarını değiştirmiş ve mamografi çekirmişlerdir.

- **Sürdürme (Maintenance):** Bireyler bu aşamada değişen davranışını sürdürme ve tekrarlama eğilimindedir. Mamografi taramasının farkındadır ve zamanı geldiğinde tekrar tarama yaptırmak için başvuracaktır.

3.9. Verilerin Analizi

- Verilerin analizinde SPSS (version 20.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır.
- Analize tanımlayıcı tipte istatistikler yapılarak başlandı. Verilerin sıklık dağılımları hesaplanarak kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir.
- Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov testi, P-P plot testi, Q-Q testi, basıklık (Kurtosis), çarpıklık (Skewnes) ile karar verilmiştir.
- Ki-kare ve Mc Nemar testleri kategorik değişkenler için kullanılmıştır.
- Normal dağılıma uyan sürekli değişkenlerde ise bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.
- Temel istatistikler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırma Etik Kurul Başvurusu ve Gerekli İzinler

Araştırma için, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.06.2024 tarih ve 09.2024.648 protokol kodu ile onay alınmıştır (EK-4).

Dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılar gönüllü bilgilendirme ve onam formunu elektronik ortamda okuduktan ve imzaladıktan sonra araştırmaya dahil edilmiştir. (EK-2 ve EK-3).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya toplam 123 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların tamamı kadın hastalardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $47,75 \pm 7,71$ (min:40 max:69); müdahale grubunda yaş ortalaması $47,48 \pm 7,14$ (min:40 max:68); kontrol grubunda yaş ortalaması $48 \pm 8,26$ (min:40 max:69)'dir. Yaş ortalaması açısından iki grup arasında fark bulunmamaktadır ($p=0,156$).

Katılımcıların %4,9'u bekar, %88,6'sı evli, %6,5'i duldur.

Katılımcıların %45,5 (s=56)'inin eğitim durumu lise altı düzeyinde, %65'i ev hanımı, %35'i bir iş yeri çalışanıdır. Katılımcılardan geliri giderinden az olanların oranı %9,8 geliri giderine denk olanların oranı %72,4, geliri giderinden fazla olanların oranı %17,9'dur.

Katılımcıların tamamı bir il veya ilçe merkezinde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu gelir durumu vb. özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 3'te** gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların gruplara göre sosyodemografik özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı.

		Kontrol Grubu s=63		Müdahale Grubu s=60		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Yaş	55 yaş altı	51	81,0	54	90	*0,156
	55 yaş ve üstü	12	19,0	6	10	
Medeni durum	Bekar	2	3,2	4	6,7	*0,923
	Evli	56	88,9	53	88,3	
	Dul	5	7,9	3	5,0	
Eğitim Durumu	Lise altı	26	41,3	30	50,0	*0,331
	Lise ve üstü	37	58,7	30	50,0	
Çalışma Durumu	Ev hanımı	41	65,1	39	65,0	*0,993
	Bir iş yeri çalışanı	22	34,9	21	35,0	
Gelir Durumu	Gelirim giderimden az	9	14,3	3	5,0	*0,083
	Gelirim giderime eşit	45	71,4	44	73,3	
	Gelirim giderimden çok	9	14,3	13	21,7	
Son iki yıldır yaşadığı yer	İl-ilçe merkezi	63	100,0	60	100,0	-
	Köy-kasaba	0	0	0	0	

*Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

4.2. Katılımcıların Genel Sağlıkla İlgili Özellikleri

Katılımcılar arasında sigara kullanmayanların oranı %79 (s=97) aktif kullananların oranı % 21(s=26) dir. Katılımcıların %55,3' ünün kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunanlar arasında en çok bildirilen hastalıklar hipertansiyon (%19,5 s=24), diyabetes mellitus (%11,4 s=14), hipotiroidi(%10,6 s=13), kronik gastrit(%4,1 s=5) demir eksikliği anemisi(%3,3 s=4) panik bozukluk(%3,3 s=4), koroner arter hastalığı(%3,3 s=4), depresyon (%2,4 s=3) ve astım(%3,2 s=3) olmuştur. Belirtilen diğer kronik hastalıklar arasında ise hiperlipidemi, romatoid artrit, alerjik rinit, migren gibi hastalıklar bulunmaktadır (%13 s=16). Katılımcıların sigara kullanım durumu, kronik hastalık durumu vb. özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tüm katılımcılar arasında menopoza girenlerin oranı %35 (s=43)'tir. Menopoza giren 43 katılımcının menopoza girme yaş ortalaması $47,4 \pm 4,711$ (min:39 max:55)'dir.

Tüm katılımcıların ilk adet yaş ortalaması $12,8 \pm 1,336$ (min:9 max:19)'dır.

Katılımcıların 116'sı çocuk sahibi olup ilk doğum yaş ortalaması $23,75 \pm 4,827$ (min:15 max:38) toplam gebelik sayısı ortalaması ise $2,99 \pm 1,629$ (min:1 max:12)'dur.

Katılımcıların menopoza girme durumu, menopoza girme yaşı, boy, kilo, ilk adet ve ilk doğum yaşı, toplam gebelik ve yaşayan çocuk sayısı vb. özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Katılımcıların kişisel sağlıkla ilgili özellikleri **Tablo 4 ve 5'te** gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların genel sağlıkla ilgili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına göre dağılımı.

		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Sigara kullanım durumu	Kullanıyor	13	20,6	13	21,7	*0,579
	Kullanmıyor	50	79,4	47	78,3	
Kronik hastalık durumu	Var	36	55,6	32	53,3	*0,671
	Yok	27	44,4	28	46,7	
Menopoza Girme Durumu	Evet	23	36,5	20	33,3	*0,712
	Hayır	40	63,5	40	66,7	

*Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

Tablo 5. Katılımcıların genel sağlıkla ilgili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına göre dağılımı

	Kontrol Grubu			Müdahale Grubu			<i>p</i>
	Min.	Max.	Ortalama±SD	Min.	Max.	Ortalama±SD	
Boy(cm)	150	178	161,98±6,210	150	173	160,98±5,379	*0,342
Kilo(kilogram)	46	116	72,56±11,869	50	110	72,12±10,474	*0,859
Menopoza girme yaşı	39	55	46,83±5,416	39	55	48,05±3,776	*0,350
İlk adet yaşı	9	15	12,76±1,132	11	19	12,83±1,531	*0,768
İlk doğum yaşı	16	32	23,63±4,532	15	38	23,88±5,163	*0,789
Toplam gebelik sayısı	1	6	2,78±1,263	1	12	3,21±1,933	*0,155
Yaşayan çocuk sayısı	1	5	2,35±0,954	1	9	2,66±1,505	*0,184

*Indepent-Samples T Testi kullanılmıştır

4.3. Katılımcıların Meme Sağlığı ile İlişkili Özellikleri

Tüm katılımcılar arasında meme şikayeti olduğunu söyleyenlerin oranı %10,5 (s=13) olup bu şikayetler arasında en çok belirtilenler ağrı %6,5(s=8) ve meme başı akıntısı %1,6(s=2) olmuştur. Meme şikayeti açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0,032). Tanılı meme hastalığı olduğunu belirten katılımcıların oranı tüm katılımcılar arasında %8,1(s=10)'dir. Müdahale grubunda tanılı meme hastalığı olarak en çok belirtilen hastalık fibrokistik meme hastalığı olup(%10 s=6) bu oran kontrol grubuna göre daha fazladır (%4,8 s=3). Tüm katılımcılar arasında ailede meme kanseri tanısı alanların oranı%10,6 (s=13)'dır. Tanılı meme hastalığı ve ailede meme kanseri öyküsü açısından iki grup arasından anlamlı bir fark yoktur. Katılımcıların meme sağlığı ile ilişkili özellikleri **Tablo 6'da** verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların meme sağlığı ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı

		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Meme şikayeti	Evet	3	4,8	10	16,7	*0,032
	Hayır	60	95,2	50	83,3	
Tanılı meme hastalığı	Evet	3	4,8	7	11,7	**0,198
	Hayır	60	95,2	53	88,3	
Ailede meme kanseri tanısı alan yakın	Var	7	11,1	6	10,0	*0,841
	Yok	56	88,9	54	90,0	

*Pearson Chi-Square Testi, ** Fisher's Exact Testi kullanılmıştır.

4.4. Katılımcıların Meme Kanseri Taramaları ile İlişkili Özellikleri

Tüm katılımcılar arasında meme kanserinin erken tanısı mümkün müdür sorusuna %83,8(s=110)'si evet %1,6(s=2)'si hayır %14,6(s=18) bilmiyorum yanıtını vermiştir. Meme kanserine erken tanı nasıl konulabilir sorusuna %55,3'ü(s=68) kkmm, %62,6(s=77)'si kmm, %69,9(s=86)'u mmg, %62,6(s=77)'sı usg %18,7(s=23)'si bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Tüm katılımcılar arasında düzenli KKMM yapanların oranı %35,8(s=44) dir. KKMM yapmıyorsanız sebebi nedir sorusuna tüm katılımcılar arasında %7,3(s=9)'ü bilmiyordum %8,1(s=10)'i bana söylenmedi, bilgi verilmedi %8,1(s=10)'i önemsemedim %4,1(s=5)'i gereksiz buldum %3,3(s=4)'ü vakit bulamadım %2,4(s=3)'ü kitle bulmaktan korktum yanıtını vermişlerdir. Tüm katılımcılar arasında KKMM yapmayı kitap/dergi/broşürden öğrenenlerin oranı %3,3(s=4) tv-radyodan öğrenenlerin oranı %35,8(s=44) sağlık personelinde öğrenenlerin oranı %30,1(s=37) aile/akraba/arkadaştan öğrenenlerin oranı %32,5(s=40) internetten öğrenenlerin oranı ise %15,4(s=19) dur.

Düzenli KMM yaptıranların oranı tüm katılımcılar arasında %3,3(s=4)'tür. KMM yaptırmama sebepleri arasında %35(s=43) vakit bulamadım %30,1(s=37) önemsemedim %20,3(s=25) gereksiz buldum %17,9(s=22) bana söylenmedi, bilgi verilmedi %16,3(s=20) bilmiyordum %10,6(s=13) diğer %4,9(s=6) doktordan/hemşireden utandım seçeneğini işaretlenmiştir.

Tüm katılımcıların mamografi çekirtmeme sebeplerine bakıldığında %39,8(s=49)'i vakit bulamadım, %26,8(s=33)'i önemsemedim, %22,8(s=28)'i ihmal ettim %18,7(s=23)'si gereksiz buldum %10,6(s=13)'sı kanser çıkmasından korktum %8,1(s=10) mamografi ile ilgili bilgilendirilmedim %4,1(s=5)'i çekirtmekten utandım yanıtını vermişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyenlerin %8,1(n=10)'i şikayetim yoktu, %4,9(n=6) randevu bulamadım %2,4(n=3)'ü acımasından korktum şeklinde yanıtlamışlardır. Katılımcıların meme sağlığı ve meme kanseri taramaları ile ilişkili özellikleri **Tablo 7 ve 8'de** verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların meme kanseri taramaları ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı

		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu	
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)
Meme kanserinin erken tanısı mümkün müdür?	Evet	46	73,0	57	95,0
	Hayır	2	3,2	0	0
	Bilmiyorum	15	23,8	3	5,0
Meme kanserine erken tanı nasıl konulabilir? *	Kkmm	34	54,0	34	56,7
	Kmm	37	58,7	40	66,7
	Mmg	38	60,3	48	80,0
	Usg	33	52,4	44	73,3
	Bilmiyorum	16	25,4	1	1,7
	Diğer	0	0	1	1,7
Düzenli KKMM yapıyor musunuz?	Evet, düzenli yaparım	24	38,1	20	33,3
	Evet ama düzensiz yaparım	26	41,3	28	46,7
	Hayır hiç yapmadım	13	20,6	12	20,0
KKMM yapmıyorsanız sebebi nedir? *	Bilmiyordum	7	11,1	2	3,3
	Bana söylenmedi,bilgi verilmedi	7	11,1	3,0	5,0
	Önemsemedim	4	6,3	6	1,0
	Gereksiz buldum	3	4,8	2	3,3
	Vakit bulamadım	2	3,2	2	3,3
	Kitle bulmaktan korktum	2	3,2	1	1,7
	Diğer	0	0	0	0

*Birden fazla yanıtın verilebildiği sorular

Tablo 8. Katılımcıların meme kanseri taramaları ile ilişkili özelliklerinin kontrol ve müdahale gruplarına dağılımı

		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu	
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)
KKMM yapıyorsanız nereden öğrendiniz? *	Kitap-dergi-broşür	4	6,3	0	0
	Tv-radyo	23	36,5	21	35
	Sağlık personeli	20	31,7	17	28,3
	Aile-akraba arkadaş	25	39,7	15	25
	İnternet	12	19	7	11,7
Düzenli KMM yaptırır mısınız?	Evet,düzenli yaptırırım	1	1,6	3	5
	Evet ama düzensiz yaptırırım	5	7,9	8	13,3
	Hayır hiç yaptırmadım	57	90,5	49	81,7
Hiç KMM yaptırmıyorsanız sebebi nedir? *	Bilmiyordum	8	12,7	12	20
	Bana söylenmedi,bilgi verilmedi	8	12,7	14	23,3
	Önemsemedim	24	38,1	13	21,7
	Gereksiz buldum	16	25,4	9	15
	Vakit bulamadım	29	46	14	23,3
	Doktordan hemşireden utandım	4	6,3	2	3,3
	Diğer	7	11,2	6	10
Hiç MMG yaptırmama sebebiniz nedir? *	İhmal ettim	14	22,2	14	23,3
	Önemsemedim	12	19	21	35
	Gereksiz buldum	14	22,2	9	15
	Vakit bulamadım	27	42,9	22	36,7
	Çektirmekten utandım	2	3,2	3	5

	Kanser çıkmasından korktum	6	9,5	7	11,7
	Mmg ile ilgili bilgilendirilmedim	5	7,9	5	8,3
	Diğer	13	20,6	13	21,8

*Birden fazla yanıtın verilebildiği sorular

4.5 Katılımcıların Değişim Evrelerinin Kontrol ve Müdahale Gruplarına Göre Dağılımı

Müdahale grubunun başlangıçtaki ve 3. aydaki değişim evreleri incelendiğinde farkındalık ve karar verme evresi açısından başlangıç ve 3. Ay arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,01$)

Kontrol grubunda ise bu fark yalnızca farkındalık evresi için görülmüştür ($p=0,022$). Müdahale ve kontrol grubunun başlangıç ve 3. Aydaki değişim evreleri **tablo 9, tablo 10** da özetlenmiştir.

Tablo 9. Müdahale grubu katılımcılarının başlangıç ve 3. aydaki değişim evreleri

MÜDAHALE GRUBU		Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Precontemplation	Farkındalık öncesi	4	6,7	0	0	NA
	Direnç	2	3,3	2	3,3	NA
Precontemplation (farkındalık öncesi+direnç)		6	10	2	3,3	0,125
Contemplation / Farkındalık		50	83,3	8	13,3	<0,01*
Preparation / Karar verme		4	6,7	28	46,7	<0,01*
Action / Eylem		0	0	22	36,7	NA
Maintenance / Sürdürme		0	0	0	0	NA

NA: nonaplicable. *Mc Nemar testi kullanılmıştır

Tablo 10. Kontrol grubu katılımcılarının başlangıç ve 3. aydaki değişim evreleri

KONTROL GRUBU		0. ay		3. ay		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Precontemplation	Farkındalık öncesi	4	6,3	0	0	NA
	Direnç	10	15,9	10	15,9	NA
Precontemplation (farkındalık öncesi+direnç)		14	22,2	10	15,9	0,125
Contemplation / Farkındalık		44	69,8	35	55,9	0.022*
Preparation / Karar verme		5	7,9	12	19	0.065*
Action / Eylem		0	0	6	9,5	NA
Maintenance / Sürdürme		0	0	0	0	NA

NA:nonaplicable *Mc Nemar testi kullanılmıştır

4.6. Kontrol ve Müdahale Grubu Katılımcılarının Başlangıç ve 3. Aydaki Değişim Evrelerinin Karşılaştırmalı Analizi

Başlangıçta kontrol ve müdahale gruplarının değişim evreleri karşılaştırıldığında yalnızca farkındalık-direnç grubu açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir. ($p<0,03$) Diğer değişim evreleri açısından ise iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur.

Çalışmanın 3. Ayında ise kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının değişim evrelerine bakıldığında farkındalık, farkındalık-direnç, karar verme, eylem evreleri açısından aralarında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. (p değerleri sırasıyla $<0,01$, $0,03$, $0,001$, $<0,01$)

Grupların değişim evrelerinin karşılaştırmalı analiz sonuçları **Tablo 11, Tablo 12 ve Grafik 1, Grafik 2** de özetlenmiştir.

Tablo 11. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının çalışmanın başlangıcındaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi

0. AY		KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Precontemplation	Farkındalık öncesi	4	6,3	4	6,7	NA
	Direnç	10	15,9	2	3,3	0,03**
Precontemplation (farkındalık öncesi+direnç)		14	22,2	6	10,0	0,066*
Contemplation / Farkındalık		44	69,8	50	83,3	0,078*
Preparation / Karar verme		5	7,9	4	6,7	0,5**
Action / Eylem		0	0	0	0	NA
Maintenance / Sürdürme		0	0	0	0	NA

NA: nonaplicable

*Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

**Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

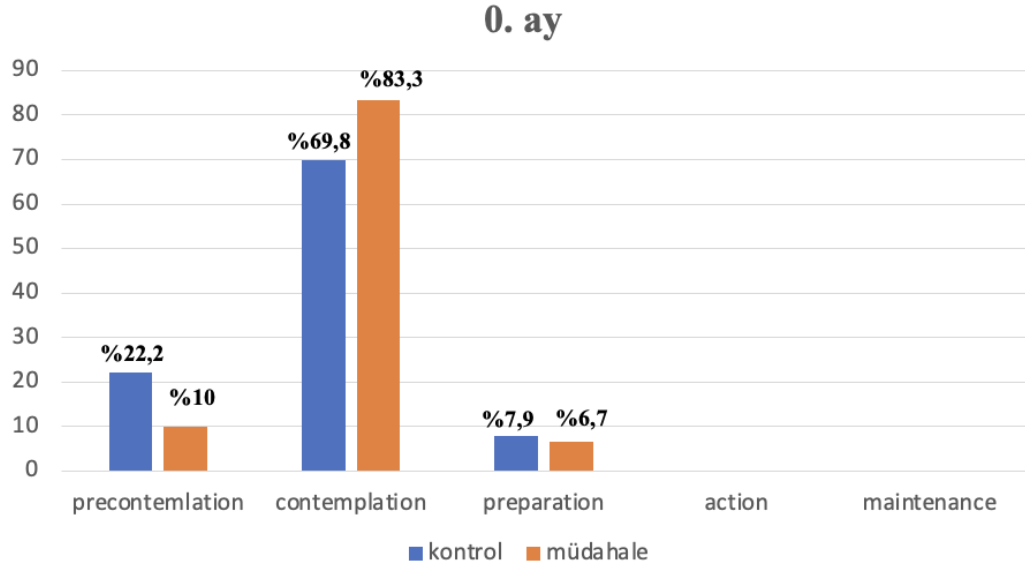
Tablo 12. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının 3. aydaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi

3. AY		KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU		<i>p</i>
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Precontemplation	Farkındalık öncesi	0	0	0	0	NA
	Farkındalık-Direnç	10	15,9	2	3,3	0,03**
Precontemplation (farkındalık öncesi+direnç)		10	15,9	2	3,3	0,03**
Contemplation / Farkındalık		35	55,6	8	13,3	<0,01*
Preparation / Karar verme		12	19	28	46,7	0,001*
Action / Eylem		6	9,5	22	36,7	<0,01*
Maintenance / Sürdürme		0	0	0	0	NA

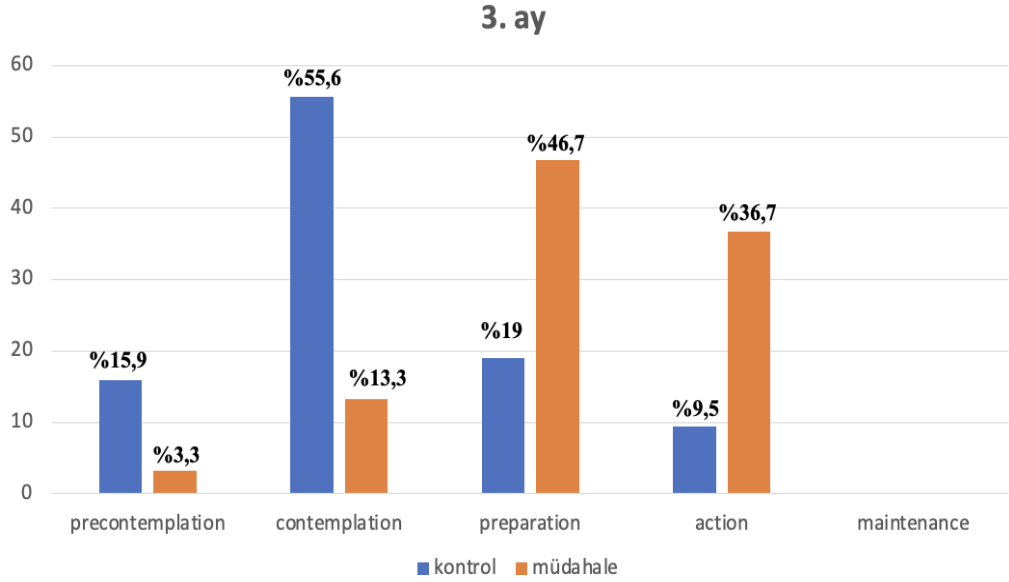
NA: nonaplicable

* Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

**Fisher's Exact Test kullanılmıştır.



Grafik 1. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının çalışmanın başlangıcındaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi



Grafik 2. Kontrol ve müdahale grubu katılımcılarının 3. aydaki değişim evrelerinin değerlendirilmesi

4.7. Kontrol ve Müdahale Gruplarındaki Katılımcıların Değişim Evrelerindeki İlerlemenin Karşılaştırılması

Gruplardaki katılımcılar değişim evrelerinde ilerleme olup olmaması açısından karşılaştırıldı. Müdahale grubunda toplam 48 kişide(%80) kontrol grubunda ise 17 kişide(%27) değişim görüldü ve bu iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı.($p<0,01$)

Tablo 13. Katılımcıların Değişim Evrelerindeki İlerleme Oranları

		KONTROL GRUBU		MÜDAHALE GRUBU		p
		Sayı (s)	Yüzde (%)	Sayı (s)	Yüzde (%)	
Değişim evresinde ilerleme olmuş mu?	hayır	46	73	12	20	<0,01*
	evet	17	27	48	80	

*Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

4.8 Bağımsız Değişkenler ile Başlangıç Değişim Evreleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tüm katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, menopoza girme durumu, meme şikayeti ve meme hastalığı varlığı, ailede meme kanseri öyküsü ile başlangıçtaki değişim evreleri arasındaki ilişkisine bakıldı.

Kronik hastalık varlığı ile başlangıçtaki karar verme evresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($p=0,041$) p değeri fischer's exact test ile hesaplanmıştır. Diğer değişim evreleri ile bağımsız değişkenler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.



5.TARTIŞMA

Amacımız bir aile sağığı merkezine kayıtlı olan mamografi çektirmemiş 40-69 yaş arası kadınlara uygulanan yapılandırılmış bir kısa motivasyonel görüşme tekniğinin mamografi çekirme oranlarına etkisini araştırmaktır. Bu çalışma ile uzun vadede hedeflenen, birinci basamak hekimlerince kullanılabilecek etkin ve topluma özgü bir müdahale yöntemi oluşturmaktır. Bu amaçla ‘mamografi için motivasyonel görüşme’ içeriğı oluşturulmuş ve müdahale grubuna uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda bu yöntemin mamografi çekirme oranlarını artırdığı görülmüştür. Müdahale grubundaki katılımcıların %36,7’si eylem aşamasına geçmiş ve mamografi çekirmiştir. Bu gruptaki değışim evresinde ilerleme olan hasta oranı ise %80 olmuştur.

Araştırmamız İstanbul’da bir eğitim aile sağığı merkezinde gerçekleştirilmiş olup, kontrol grubunda 63, müdahale grubunda 60 kişi olacak şekilde toplam 123 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar daha önce hiç mamografi çekirmediğı belirlenmiş 40-69 yaş arası kadınlardan seçilmiştir. Müdahale grubunda yaş ortalaması 47 kontrol grubunda yaş ortalaması ise 48’dir. Kontrol ve müdahale grupları arasında yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi vb. gibi sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmaması katılımcıların aynı eğitim aile sağığı merkezinden ve benzer popülasyondan seçilmiş olması ile ilişkilendirilebilir.

Literatürde mamografi taramasını artırmak için motivasyonel görüşmenin kullanıldığı müdahale çalışmalarında örneklem sayısı ve yaş aralığı benzer gruplarla çalışıldığı görülmektedir. 2021 yılında Alizadeh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 40-69 yaş arası 120 kadınla araştırma gerçekleştirilmiş olup 60 kişi kontrol grubuna 60 kişi ise müdahale grubuna dahil edilmiştir. Çalışma kırsal alanda bulunan sağıık merkezlerinde yapılmıştır [81]. Üniversite hastanesinde yapılan başka bir çalışmada ise katılımcılar okullarda çalışan kadın öğretmenlerden seçilmiştir. Kontrol ve müdahale gruplarında 67’şer kişi olmak üzere toplam 134 kişi çalışmaya alınmıştır. [82]. Bu özellikleri ile araştırmamızın literatürdeki motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak yapılan müdahale araştırmalarıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Motivasyonel Görüşmenin Katılımcıların Değişim Evresine ve Mamografi Çektirmeye Etkisi

Literatürde mamografi yaptırma oranlarını artırmaya yönelik müdahale çalışmalarında hastalara toplu veya bireysel eğitim verme yöntemi kullanılmakla birlikte eğitim ile mamografi çekirme oranlarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır [18, 83, 84]. Hastanın tarama yaptırmama sebeplerini anlamaya yarayacak ve ambivalansın ortaya çıkmasını sağlayacak motivasyonel görüşme yönteminin ise günlük pratikte uygulanabilecek diğer bir müdahale yöntemi olduğu söylenebilir. Son yıllarda kanser taramalarını artırmaya yönelik yapılan motivasyonel görüşme tekniğinin kullanıldığı çalışmalar artmakla birlikte birinci basamakta yapılan bu çalışmaların sayısı sınırlıdır. Birinci basamakta kolorektal ve servikal kanser taramalarını arttırmaya yönelik motivasyonel görüşme tekniği kullanılmaya başlanmış ve tarama davranışlarının arttığı gösterilmiştir [79, 85].

Bizim araştırmamızda ise motivasyonel görüşmenin mamografi çekirme oranlarına etkisine bakılmış ve birinci basamakta meme kanseri taraması yaptırmayan katılımcıların başlangıç ve motivasyonel görüşme sonrasındaki değişim evreleri arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Çalışmanın başlangıcından 3 ay sonraki kontrolde katılımcıların %46,7'si karar verme aşamasına geçmiştir. Elde ettiğimiz bu bulgu literatürde yer alan 2018 yılında Alizadeh ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile benzerlik taşımaktadır. Alizadeh ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada karar verme aşamasına geçen katılımcı oranı %66,6'dır [81]. Ülkemizde yapılan bir doktora tezinde ise motivasyonel görüşmeler sonrası ikinci izlemde hiçbir hastanın karar verme aşamasında olmadığı büyük bir çoğunluğun eylem aşamasına geçtiği görülmüştür [86].

Çalışmanın sonunda müdahale grubunda 22(%36,7) katılımcı eylem aşamasına geçip mamografi çektirirken bu sayı kontrol grubunda 6(%9,5)'dir. Benzer şekilde, Alizadeh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da motivasyonel görüşme uygulanan grupta mamografi oranlarının anlamlı düzeyde arttığı rapor edilmiştir. Çalışmada eylem aşamasına geçen hasta oranını %26,7 olarak bulmuşlardır. Başka

bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak eyleme geçen katılımcı oranı daha yüksek olup %86 olarak bulunmuştur [86]. Bu sonuçlar, motivasyonel görüşmenin özellikle tarama yaptırmayan bireylerde farkındalığı ve taramaya katılımı artırabildiğini göstermektedir. Birinci basamakta kanser taramalarını artırmaya yönelik yapılacak motivasyonel görüşmeler ile kanser taraması yaptıran oranları artırılabilir.

Çalışmamızda motivasyonel görüşme grubunda değişim evresinde ilerlemenin gözlendiği katılımcı oranı %80 olarak bulunmuşken bu oran kontrol grubunda %17'dir (**p<0,01**). Bizim çalışmamızın literatürdeki diğer çalışmalardan farkı 15'er dakikalık kısa görüşmelerde bile tarama oranlarını artırdığını göstermiş olmasıdır. Alizadeh ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada müdahale grubuna 2 eğitim oturumu, 4 motivasyonel görüşme oturumu olacak şekilde toplam 6 oturumdan oluşan görüşmeler gerçekleştirilmiştir [81]. Bahmani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 90 dakikalık toplam 5 oturum, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında ise 2 motivasyonel görüşme ve 2 izlem oturumu yapılarak sonuçlar elde edilmiştir [86, 87]. Birinci basamakta günlük pratikte yoğunluktan dolayı hastalara uzun süren motivasyonel görüşme oturumlarının yapılması ve bunların tekrarlanması pek mümkün olmamaktadır. Meme kanseri taramasında kısa motivasyonel görüşme tekniğinin etkili olduğunu gösteren araştırmamız da literatüre sağladığı katkılardan dolayı oldukça önemlidir. Başka bir sebeple de olsa aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalara tek görüşme şeklinde uygulanan motivasyonel görüşme sonucunda kanser tarama oranlarının artırılması sağlanabilir.

Çalışmamızdan farklı olarak Zolfaghari ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada motivasyonel görüşme uygulanan grupta mamografi yaptıran oranlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak artmadığı görülmüştür [82]. 30-50 yaş arası kadın öğretmenler ile yapılan bu çalışmanın sonuçları ile motivasyonel görüşmenin sağlık davranış değişikliği üzerindeki etkisini belirlemek için farklı yaş, meslek, eğitim ve sosyal gruplardaki kadınlar üzerinde daha fazla çalışma yapılması gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda tüm katılımcıların değişim evrelerine sosyodemografik özelliklerin etkisi incelenmiştir ve başlangıçtaki değişim evrelerine yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara içme durumu, menopoza girme durumu, meme şikayeti ve meme hastalığı varlığı, ailede meme kanseri öyküsü gibi özelliklerin etki etmediği görülürken kronik hastalık varlığı ile karar verme evresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (**p=0,041**). Bu sonuca baktığımızda hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi, koroner arter hastalığı, depresif bozukluk gibi kronik hastalık tanısı olanların tarama yaptırma açısından diğer katılımcılara göre değişim evresinin daha ileride olduğu ve bu konuda daha bilinçli olduğu söylenebilir.

Sonuçlara bakıldığında hem motivasyonel görüşme grubunda hem de kontrol grubunda dirençli olan katılımcıların oranı çalışmanın sonucunda değişmemiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak dirençli gruplarda bir veya iki oturumluk motivasyonel görüşme tekniğinin etkili olmadığını ve bu gruplar için daha farklı tekniklere ihtiyaç duyulduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak çalışmamızda motivasyonel görüşme tekniğinin değişim evrelerinde ilerlemeyi sağladığını ve bazı katılımcıların eylem evresine geçmesini sağlayarak mamografi çekirtmeye teşvik ettiğini görmekteyiz. Aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak hekimlerinin motivasyonel görüşmeler hakkında bilgi sahibi olmaları ve kanser taramalarına katılımı artırıcı eğitim, danışmanlıklar ve teşvik edici faaliyetler planlamalarının kadın sağlığı açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları

Çalışmamızda uygulanan ankette katılımcıların KKMM, KMM ve mamografi ile ilgili bilgi davranış ve tutumları değerlendirilmiştir. Sorulan ‘meme kanserine erken

tanı nasıl konulabilir?’ sorusuna katılımcıların %55,3’ü KKMM, %62,6’sı KMM, %69,9’u mmg, %62,6’sı usg %18,7’si bilmiyorum yanıtını vermiştir. Giresun’da yapılan bir tez çalışmasında katılımcıların, KKMM %59,2’si, hekim meme muayenesini %48,1’i, mamografiyi %52,9’u ve meme ultrasonunu %41,3’ü erken tanı yöntemi olarak belirtmiştir [88]. Açıkgöz ve arkadaşlarının hastanede çalışan kadın personellere yaptığı araştırmasında ise %70,2’si KKMM, %44,1’i KMM, %46,0’ı meme ultrasonunu, %64,0’ı mamografi hakkında bilgisi olduğunu belirtmişlerdir [84]. Bu sonuçlara bakıldığında çalışmaların yapıldığı yer ve katılımcıların özellikleriyle ilgili olarak yapılan çeşitli çalışmalarda meme kanseriyle ilgili farklı tarama yöntemleri ön plana çıkmaktadır. Hastanede çalışan kadın personelde dahi mamografi taramasını bilen kadın oranlarının istenilen seviyede olmaması bize bu konudaki bilgi eksikliğini göstermektedir. Tarama yöntemleri hakkındaki farkındalığın artırılması gerekmektedir ve bu konuda yapılacak müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

KKMM

Çalışmamızda katılımcılara düzenli KKMM yapıp yapmadıkları sorulduğunda tüm katılımcıların %35,8’inin düzenli yaptığı görülmüştür. Bu oran oldukça düşük olmakla birlikte müdahale ve kontrol grubunda benzerdir. Koç ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde KKMM yapan kadınların oranı %35 olarak bulunmuştur [16]. ABD’de Leight ve arkadaşları (2000) KKMM’sinin sadece küçük bir kadın grubu tarafından aylık olarak düzenli uygulandığını ve bu uygulamayı prosedüre uygun bir şekilde uygulayabilen kadın sayısının az olduğunu belirtmişlerdir [89]. Ülkemizde olduğu gibi dünya genelinde de KKMM uygulama oranları genellikle düşüktür. Bu durum, bilgi eksikliği, kültürel faktörler ve sağlık eğitimi yetersizlikleri gibi çeşitli nedenlere bağlanabilir.

KKMM meme kanseri kesin tanı yöntemi olmamasına karşın kadınların farkındalıklarının artması ve daha duyarlı olmalarını sağlaması açısından önemlidir ve sağlık profesyonelleri tarafından teşvik edilmelidir. Çalışmamızda hiç KKMM yapmayan katılımcılara KKMM yapmama sebepleri sorulduğunda katılımcıların büyük çoğunluğu KKMM’ni bilmediklerini, bu konuda onlara bilgi verilmediğini

ifade etmişlerdir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer şekilde kadınların KKMM hakkında yeterince bilgilendirilmedikleri ve muayeneyi nasıl yapacaklarını bilmedikleri için KKMM yapmadıkları görülmüştür [16, 90]. Kadınların KKMM ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduklarını gösteren bu çalışmalar ile sağlık personellerine bu konuda çok iş düştüğü söylenebilir. Erken tanı uygulamaları yönünden kadınların bilgilendirilmeleri ve periyodik aralıklarla bu uygulamaların devam etmesi önerilmelidir.

Ayrıca çalışmamızda kadınların KKMM'yi öğrendiği kaynaklar sorulduğunda büyük çoğunluğu tv-radyo ve aile-akraba-arkadaş yanıtını vermişlerdir. Buradan yola çıkarak televizyon ve radyo programlarında yayınlanabilecek kanser taramalarıyla ilgili kısa bilgilendirmeler ile kadınların bu konudaki farkındalığının artırılabilir. Kadınların meme kanseri taraması yaptırmasının önemini vurgulayan kısa kamu spotları, meme kanserini erken yakalayan kadınların hikayelerini anlatan mini belgesel ve röportajlar veya dizi ve programlara entegre edilmiş mesajlar bu konuda farkındalığı artırmada önemli rol oynayabilir.

KMM

Tüm katılımcılar arasında düzenli KMM yaptıranların oranı %3,3 olup oran oldukça düşüktür ve bu oran kontrol ve müdahale grubunda benzerdir. Benzer şekilde bir çalışmada KMM yapmayanların oranı %76,0 olarak bulunmuştur [16]. Bizim bulgularımızın aksine ülkemizde KMM yaptıрма oranları 2014 yılında yapılan çalışmada %52 olarak hesaplanmıştır [91]. Başka bir ülkede yapılan çalışmada ise KMM oranlarının %80 olduğu gösterilmiştir [92]. Bu farklılıkların çalışmanın yapıldığı bölge, örneklem büyüklüğü ve katılımcıların demografik özelliklerine bağlı olarak değiştiği söylenebilir.

Çalışmamızda KMM yapma oranının düşük olmasının sebebi en çok vakit bulamama ve önemsememe olarak belirlenmiştir. Bu durum kadınların KMM yaptıрма isteğinden uzak olduklarını ve kendi sağlık sorumluluklarını almadıklarını düşündürmektedir. Oysa ki klinik meme muayenesi, meme kanserinin erken teşhisinde mamografi ile birlikte hayati bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, kadınların KMM konusunda bilinçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması

önemlidir ve birinci basamak hekimleri bu konuda hastalarını teşvik etmelidir. Rutin muayene sırasında yapılacak kısa bilgilendirmeler veya bilgilendirici broşür verilmesi bu oranları artırmaya yardımcı olabilir.

Mamografi

Çalışmamıza katılımcılar dahil edilirken daha önce hiç mamografi çekirtmeyenler alınmıştır. Mamografi çekirtmeme sebepleri incelendiğinde ise %22,8'i ihmal ettim %26,8'i önemsemedim %18,7'si gereksiz buldum %39,8'i vakit bulamadım %4,1'i çekirtmekten utandım %10,6'sı kanser çıkmasından korktum %8,1'i mamografi ile ilgili bilgilendirilmedim yanıtını vermişlerdir. Diğer seçeneğini işaretleyenler arasında ise çoğunlukla şikayetim yoktu, randevu bulamadım şeklinde yanıtlar bulunmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında kadınların mamografi yaptırmama sebepleri benzer olarak görülmüştür.

Mamografi yaptırmama sebeplerini inceleyen bir çalışmada kadınlara meme kanseri tarama hizmetlerini kullanmama sebepleri sorulmuştur. Alınan cevaplar arasında en sık belirtilen gerekçeler “meme şikayeti/hastalığı olmaması”, “zaman bulamamak” ve “önemsememek” olmuştur [10]. Mamografi yaptırmama sebeplerini inceleyen başka bir çalışmada ise verilen yanıtlar arasında “kötü haber almaktan korkarım” “tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım” “tarama yaptırmanın yüksek ücretli olduğunu düşünürüm” gibi düşüncelerin olduğu görülmektedir [11].

Kadınların zaman bulamadığı için veya şikayetleri olmadığı için mamografi çekirtmemesi bu konudaki farkındalıklarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Mamografi meme kanseri tarama yöntemleri arasında en güvenilir seçenektir ve yapılan birçok çalışmada mamografi ile erken tanı konulmasının mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. EUROSCREEN çalışma grubunda yapılan son meta analizde, mamografi düzenli çektirildiğinde ölümlerde yaklaşık % 25 - %31 düşme görülmüştür [43, 93]. Bu nedenle aile hekimleri tarafından mamografi yaptırmayan kadınların sebeplerinin anlaşılması ve bu sebebe yönelik çözüm bulunması önemlidir. Hastaların şikayetleri olmasa bile mamografi çekirtmesi gerektiği anlatılmalı, yöntem konusunda kanıta dayalı bilgilere dayanan danışmanlık verilmeli, hastanın konuyla ilgili soruları cevaplanmalıdır. Çalışmamızda olduğu gibi

mamografi çekirme oranlarını artırmaya yönelik kısa motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması ile bu oranların artırılması sağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız birinci basamak sağlık hizmetlerinde motivasyonel görüşmenin katılımcıların değişim evresine ve mamografi çekirmeye olan etkisini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Değişim evresinde ilerleme olan katılımcı oranı kontrol grubuna göre müdahale grubunda daha fazlaydı. Eyleme geçip mamografi çektiren hastaların oranı müdahale grubunda %36,7 kontrol grubunda ise %9,5 idi. Bu sonuçlar motivasyonel görüşmenin katılımcıların değişim evresine olan etkisini ve sonucunda mamografiyi artırmaya yönelik etkisini göstermektedir.

Araştırmanın bir diğer amacı ise meme kanserinin diğer tarama yöntemleri olarak kabul edilen KKMM ve KMM'nin yapılma oranlarını ve bu tarama yöntemlerinin yapılmama sebeplerini ortaya koymaktır. Araştırmanın sonuçları hastaların birinci basamakta meme kanseri taramaları ile yeterince bilgilendirilmediğini ve bu konuda aile hekimlerine daha fazla iş düştüğünü göstermektedir.

Sonuç olarak motivasyonel görüşme tekniği birinci basamakta aile hekimleri tarafından uygulanabilecek ve yalnızca kronik hastalıklarda değil kanser taramalarında, aşılama, periyodik muayene ve koruyucu önleyici hizmetlerde de kullanımı artırılması gereken etkili bir müdahale yöntemidir. Bizim çalışmamızda da kısa motivasyonel görüşme tekniğinin taramada etkili olduğu gösterilmiştir.

Öneriler:

- Bizim çalışmamıza ek olarak çok merkezli ve daha çok katılımcılı şekilde planlanarak yapılacak çalışmalarla motivasyonel görüşmenin etkisi ve uygulanabilirliği hakkında daha güvenilir kanıt oluşturulması sağlanabilir.

- Çalışmamızda üç aylık veriler ortaya konmuştur. Çalışmanın altıncı ay, birinci yıl hatta ikinci yıl gibi uzun vadede devamının yapılması motivasyonel görüşmenin uzun vadede katılımcıların üzerine etkisini görmek açısından önemli olacaktır.

7. SINIRLILIKLAR

- Çalışmada hastaların takip süresi üç ay olduğundan, motivasyonel görüşmenin etkisinin devam edip etmeyeceği, tarama üzerine olan uzun vadeli etkisini ve sürdürme-tekrarlama evrelerindeki değişime olan etkisi değerlendirilememiştir.
- Çalışmadaki katılımcıların aynı eğitim aile sağlığı merkezinden seçilmesi katılımcıların birbirinden etkilenmesine ve çalışmanın sonuçlarını etkilemesine sebep olmuş olabilir.
- Müdahale grubunda meme şikayeti olan katılımcıların sayısının kontrol grubuna göre daha fazla olması çalışmanın sonuçlarına etki etmiş olabilir.

8. KAYNAKÇA

1. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, K.D.B. Kanser Taramaları. 2023 Kasım 2024]; Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/>.
2. Sung, H., et al., Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin, 2021. 71(3): p. 209-249.
3. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2021.
4. DJ, F., Cancer detection: The cancer-related check up guidelines. American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology, 1991.
5. Kaya C, Ü.Y., Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD, Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal 2017: p. 17(1): 73-83.
6. saatçi, e., Dünyada ve Türkiye'de kanser epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014: p. 5(2): 1-8.
7. Özkan S, K.B., Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Taramaları.
8. Alexander FE, A.T., Browb HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatric AE, 14 years of follow-up from Edinburg randomised trial of breast cancer screening. Lancet, 1999: p. 353:1903-8.
9. Moss SM, C.H., Evans A, Johns L, Waller M, Bobrow L, Effect of mamographhic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years follow-up: a randomised controlled trial. Lancet 2006: p. 368:2053-60.
10. Keskin, O.Ö., Birinci basamakta mamografi çektiren ve çekmeyen kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi, in Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2018, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
11. Alçınar, G., Kadınların Mamografi Taramasına Katılımı, Meme Kanseri Risk Düzeyleri Ve ölüm Kaygısıyla ilişkisi, in Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2023.
12. Başak O, S.i.E., Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2011.
13. The European definition of General Practice /Family Medicine. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. . WONCA Europe, 2011.
14. Arslan M, S.a.D., Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. . Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 2013.
15. Beydağ K, K.I.H., Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007.
16. Koç Z, S.I.Z., Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. Meme Sağlığı Dergisi, 2009: p. 5(1):25-33. .
17. Kozan R, T.Y., Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı ACU Sağlık Bil Dergisi, 2016.

18. ZS, K., 40-69 yaş kadınlar arasında meme kanseri tarama yöntemleri ile ilgili eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi in Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı 2017.
19. Aktif çalışan Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus. Türkiye İlleri Sağlık İstatistikleri, 2018.
20. Rollnick, S., et al., Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. 2008, Taylor & Francis.
21. Adamson, S.J. and J.D. Sellman, Five-year outcomes of alcohol-dependent persons treated with motivational enhancement. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2008. 69(4): p. 589-593.
22. Rubak, S., et al., Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British journal of general practice*, 2005. 55(513): p. 305-312.
23. Viale, P.H., The American Cancer Society's Facts & Figures: 2020 Edition. *J Adv Pract Oncol*, 2020. 11(2): p. 135-136.
24. N, C.I., Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu Meme Hastalıkları Kitabı, ed. O.z. V. 2012. : Güneş Tıp Kitabevi.
25. Canbulat, N., Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. 2006, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
26. Sayek, İ., Temel Cerrahi El Kitabı. 2009, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi.
27. Nelson, H.D., et al., Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 2012. 156(9): p. 635-648.
28. Chen, W.Y., et al., Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. *Jama*, 2011. 306(17): p. 1884-1890.
29. Renehan, A.G., et al., Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The lancet*, 2008. 371(9612): p. 569-578.
30. Hildebrand, J.S., et al., Recreational physical activity and leisure-time sitting in relation to postmenopausal breast cancer risk. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 2013. 22(10): p. 1906-1912.
31. Troisi, R., et al., The role of pregnancy, perinatal factors and hormones in maternal cancer risk: a review of the evidence. *Journal of internal medicine*, 2018. 283(5): p. 430-445.
32. Yıldırım, N.K., et al., Possible role of stress, coping strategies, and life style in the development of breast cancer. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2018. 53(3): p. 207-220.
33. Domchek, S.M., et al., Association of risk-reducing surgery in BRCA1 or BRCA2 mutation carriers with cancer risk and mortality. *Jama*, 2010. 304(9): p. 967-975.
34. Guillem, J.G., et al., ASCO/SSO review of current role of risk-reducing surgery in common hereditary cancer syndromes. *Journal of Clinical Oncology*, 2006. 24(28): p. 4642-4660.
35. Fisher, B., et al., Tamoxifen for the prevention of breast cancer: current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005. 97(22): p. 1652-1662.
36. Martino, S., et al., Continuing outcomes relevant to Evista: breast cancer incidence in postmenopausal osteoporotic women in a randomized trial of

- raloxifene. Journal of the National Cancer Institute, 2004. 96(23): p. 1751-1761.
37. Visvanathan, K., et al., Use of pharmacologic interventions for breast cancer risk reduction: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. Journal of Clinical Oncology, 2013. 31(23): p. 2942-2962.
 38. Wilson, J.M.G., G. Jungner, and W.H. Organization, Principles and practice of screening for disease. 1968.
 39. Özmen, V., et al., Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”. Meme sağlığı dergisi, 2009. 5(3): p. 125-134.
 40. 85. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 2021, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
 41. Thomas, D.B., et al., Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the national Cancer Institute, 2002. 94(19): p. 1445-1457.
 42. Seif NY, A.M.A., Effect of breast self-examination training program on knowledge, attitude and practice of a group of working women. . Journal of The Egyptian National Cancer Institute 2000: p. 12(2):105-115.
 43. Siu, A.L. and U.S.P.S.T. Force, Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med, 2016. 164(4): p. 279-96.
 44. American Cancer Society. Breast Cancer Information & Overview. 2021, Oklahoma,USA.
 45. Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. 2017: Amerika kadın hastalıkları ve doğum derneği (ACOG)
 46. Seçginli, S., Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011. 10(2).
 47. Saslow, D., et al., Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. CA: a cancer journal for clinicians, 2004. 54(6): p. 327-344.
 48. Meme Kanseri Tarama Rehberi; . Türk Radyoloji Derneği, TRD Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi, , 2011.
 49. Lauby-Secretan, B., et al., Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. New England journal of medicine, 2015. 372(24): p. 2353-2358.
 50. Wilt, T.J., et al., Screening for cancer: advice for high-value care from the American College of Physicians. Annals of internal medicine, 2015. 162(10): p. 718-725.
 51. Physicians, A.A.o.F. and A.A.o.F. Physicians, Summary of recommendations for clinical preventive services. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians, 2012.
 52. Breast Cancer Update 2018; Available from: <https://canadiantaskforce.ca/tools-resources/breast-cancer-update/>.
 53. N, D. Breast Screening Programme England 2019-20. 2021.
 54. Turan, M., Meme Kanseri Tanısında Klinik Meme Muayenesinin Etkinliği Uzmanlık Tezi, in T. C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2021: Ankara.

55. Rogers, C.R., Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory, with chapters. 1951: Houghton Mifflin Oxford, United Kingdom.
56. Miller, W. and S. Rollnick, Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour, New York. Guilford Press. Minkoff, K.(1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. Hospital and Community Psychiatry, 1991. 40: p. 1031-1036.
57. Özcan, S., Denetimli serbestlik uygulamasında motivasyonel görüşmelerin etkinliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi, 2009.
58. Dicle, A., Motivasyonel Görüşme Uygulamaları. Türkiye Alim Kitapları. Saarbrücken, Deutschland/Almanya, 2015.
59. Velicer, W., et al., Detailed overview of the transtheoretical model. Homeostasis, 1998. 38(5-6): p. 216-233.
60. Ögel, K., Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics, 2009. 2(2): p. 41-44.
61. Heather, N. and T. Stockwell, The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems. 2004: John Wiley & Sons.
62. Sommers-Flanagan, J. and R. Sommers-Flanagan, Klinik Görüşme Psikolojik Değerlendirme Esasları. G. Akbaş ve L. Korkmaz, Çev.) İstanbul: İthaki Yayınları, 2015.
63. ÖZGÜR, G., Motivasyonel Görüşme ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics, 2016. 2(3): p. 54-59.
64. Ulusal, I.U.V., PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ. 2012.
65. Baker, A., et al., Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 2006. 188(5): p. 439-448.
66. Britton, P.C., G.C. Williams, and K.R. Conner, Self-determination theory, motivational interviewing, and the treatment of clients with acute suicidal ideation. Journal of clinical psychology, 2008. 64(1): p. 52-66.
67. Cassin, S.E., et al., Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: a randomized controlled trial. Psychology of Addictive Behaviors, 2008. 22(3): p. 417.
68. Channon, S.J., et al., A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. Diabetes care, 2007. 30(6): p. 1390-1395.
69. Morris, T. and G. White, Motivational interviewing with clients with chronic leg ulceration. British Journal of Community Nursing, 2007. 12(Sup1): p. S26-S30.
70. Rutledge, S.E., Single-session motivational enhancement counseling to support change toward reduction of HIV transmission by HIV positive persons. Archives of Sexual Behavior, 2007. 36: p. 313-319.
71. Petersen, R., et al., Pregnancy and STD prevention counseling using an adaptation of motivational interviewing: a randomized controlled trial. Perspectives on sexual and reproductive health, 2007. 39(1): p. 21-28.
72. Watkins, C.L., et al., Motivational interviewing early after acute stroke: a randomized, controlled trial. Stroke, 2007. 38(3): p. 1004-1009.

73. Nguyen, T.-U.N. and M. Kagawa-Singer. Overcoming barriers to cancer care through health navigation programs. in Seminars in oncology nursing. 2008. Elsevier.
74. Özdemir, H. and S. Taşcı, Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı-The application of motivational interviewing technique in nursing. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2013. 1(1): p. 41-47.
75. Hendren, S. and K. Fiscella, Patient navigation improves the care experience for patients with newly diagnosed cancer. J Clin Oncol, 2014. 32(1): p. 3-4.
76. Hopkins, J. and M.P. Mumber, Patient navigation through the cancer care continuum: an overview. Journal of oncology practice, 2009. 5(4): p. 150.
77. Jandorf, L., et al., Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. Journal of Urban Health, 2005. 82: p. 216-224.
78. The Effect of the Motivational Interviewing Technique on Breast and Cervical Cancer Screenings. 2022.
79. Pourebrahim-Alamdari, P., et al., The effect of face-to-face and phone call motivational interviewing on cervical cancer screening. Cancer Nursing, 2022. 45(6): p. E897-E902.
80. Mortazavi, L. and M. Attarha, Mammography And The Role Of Motivational Interviewing On Changing Women's Decision Based On The Transtheoretical Model. Nursing And Midwifery Journal, 2020. 17(11): p. 919-929.
81. Alizadeh-Sabeg, P., et al., The effect of motivational interviewing on the change of breast cancer screening behaviors among rural Iranian women. Patient Education and Counseling, 2021. 104(2): p. 369-374.
82. Zolfaghari, Z., et al., The Effect of Motivational Interviewing-Based Training Compared with Conventional Training on the Frequency of Breast Cancer Screening Tests in Female Teachers: A Quasi-Experimental Study. Medical-Surgical Nursing Journal, 2018. 7(4).
83. Başaran, M., yaş ve üzeri hemşirelere verilen eğitimin meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. Kayseri (Doktora Tezi): Erciyes Üniversitesi, 2019.
84. Açıkgöz, A., R. Çehreli, and H. Ellidokuz, Determination of knowledge and behavior of women working at a hospital on breast cancer early detection methods, and investigation of efficiency of planned education. The Journal of Breast Health, 2015. 11(1): p. 31.
85. Wahab, S., U. Menon, and L. Szalacha, Motivational interviewing and colorectal cancer screening: a peek from the inside out. Patient education and counseling, 2008. 72(2): p. 210-217.
86. T, Ö., Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Katılma Durumlarına Etkisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Programı. 2024, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
87. Bahmani, F., K. Vakilian, and M. Faramarzi, Effects of motivational interview on awareness, attitude, and practice of breast self-examination in high-risk women: A clinical trial study. Current Women's Health Reviews, 2019. 15(4): p. 301-307.

88. Öztürk, B.I., Giresun İlindeki 20-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Giresun Üniversitesi, 2023
89. Leight, S.B., et al., The effect of structured training on breast self-examination search behaviors as measured using biomedical instrumentation. Nursing research, 2000. 49(5): p. 283-289.
90. Sohbet, R. and F. Karasu, Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017. 6(4): p. 113-121.
91. Mermer, G. and M. Turk, Assessment of the effects of breast cancer training on women between the ages of 50 and 70 in Kemalpaşa, Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2015. 15(24): p. 10749-10755.
92. Borges, Z.d.S., et al., Clinical breast examination and mammography: inequalities in Southern and Northeast Brazilian regions. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016. 19: p. 1-13.
93. Nelson, H.D., et al., Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 US Preventive Services Task Force recommendation. Annals of internal medicine, 2016. 164(4): p. 244-255.

9. EKLER

EK-1

ANKET FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER	Anket No:
Ad/Soyad:	Cep tel:
1)Yaş:	2)Boy: 3)Kilo: 4)Bmi:
5) Eğitim durumunuz nedir?	a) okur yazar değil b) okur yazar c) ilkokul d) ortaokul e)lise f)üniversite
6) Çalışma durumunuz nedir?	a) ev hanımı b) bir işyeri çalışanı
7) Medeni durumunuz nedir?	a) evli b) bekar c) dul
8) Son iki yıldır yaşadığınız yer?	a)il-ilçe merkezi(süresi.....) b)kasaba-köy(süresi.....)
9) Size göre aile gelir düzeyiniz nedir?	a)Gelir giderden az b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden çok

10)İlk adet yaşı:	11)İlk doğum yaşı:	12)Toplam gebelik ve doğum sayısı:
		13) Yaşayan çocuk sayısı:
14) Menopoza girdiniz mi? (1 yıldır hiç adet görmemiş olmak) a)evet b)hayır	15) Evet ise menopoza girme yaşıınız:	
16)Sigara kullanıyor musunuz?	a) hayır b) evet c) bıraktım	
17) Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı? a)Evet b)Hayır	18) Varsa nedir?	

MEME SAĞLIĞI VE TARAMALARLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ SORULARI

19)Şu an mevcut meme şikayetiniz (ağrı, akıntı vb.) var mı? a)hayır b)evet ise nedir(.....)	20) Mevcut meme hastalığınız(doktor tanılı) var mı? a)hayır b)evet ise nedir(.....)
21)Ailede meme kanseri tanısı alan akrabanız var mı? a) evet b) hayır	22)Varsa akrabanız kim? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) a) annem b) ablam/kardeşim c) teyzem d)halam
23) Sizce meme kanserinin erken dönemde tanınması mümkün müdür?	a) hayır b) evet c) bilmiyorum

24) Meme kanserine nasıl erken tanı konulabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	a) kendi kendine meme muayenesi b) hekimin meme muayenesi yapması c) mamografi d) meme ultrasonu e) bilmiyorum f) diğer (belirtiniz.....)
25) Düzenli olarak KKMM (kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz? a)evet düzenli yaparım(hangi aralıklarla.....) b)evet ama düzensiz yaparım c)hayır hiç yapmadım	26) Cevabınız hayırsa hiç KKMM yapmama sebebiniz nedir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a)bilmiyordum b)bana söylenmedi,bilgi verilmedi c)önemsemedim d)gereksiz buldum e)vakit bulamadım f)kitle bulmaktan korktum g)diğer(açıklayınız.....)
27)KKKM yapıyorsanız bunu nereden öğrendiniz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	a)kitap-dergi-broşür b)televizyon-radyo. c) sağlık personeli d) aile-akraba-arkadaş e) internet
28) Düzenli olarak KKM(klinik meme muayenesi) yaptırıyor musunuz? a)evet düzenli yaptırırım(hangi aralıklarla.....) b)evet ama düzensiz yaptırırım c)hayır hiç yaptırmadım	29) Cevabınız hayırsa hiç KMM yaptırmama sebebiniz nedir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a)bilmiyordum b)bana söylenmedi, bilgi verilmedi c)önemsemedim d)gereksiz buldum e)vakit bulamadım f)doktordan,hemşireden utandım g)diğer(açıklayınız.....)
30)Düzenli olarak mamografi çektiriyor musunuz?	a)evet düzenli çektiririm (hangi aralıklarla.....) b)evet ama düzensiz çektiririm c)hayır hiç çektirmedim

31) Cevabınız hayırsa hiç mammografi yaptırmama sebebiniz nedir?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	a)ihmal ettim b)önemsemedim c)gereksiz buldum d)vakit bulamadım e)çektirmekten utandım f)kanser çıkmasından korktum g)mamografi taramalarıyla ilgili bilgilendirilmedim e)diğer(açıklayınız.....)
32) Sizce mamografi ne sıklıkla ve kaç yaşından sonra çektirilmeli?	

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“ Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Mamografi Çektirmeye Etkisi: Kontrollü Müdahale Çalışması” isimli araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Arzu Uzuner ve Dr. Gamze Bastem tarafından yürütülecektir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamağa kayıtlı mamografi yaptırmayan 40-69 yaş arası kadınlarda kısa motivasyonel görüşme tekniğinin mamografi çektirmeye etkisinin araştırılmasıdır.

Araştırma yüz yüze görüşme şeklinde olacaktır. Sosyodemografik bilgilerinizi, tıbbi geçmişinizi, kronik hastalıklarınızı taramalarla ilgili bilgilerinizi sorgulayan sorulardan oluşan bir form uygulanacaktır. Daha sonra belli aralıklarla eğitim aile sağlığı merkezinde yüzyüze motivasyonel görüşmeler yapılacaktır. 3 ay sonra çalışmanın sonuçları için sizinle tekrar iletişime geçilecektir.

Tüm sonuçlarınız sadece araştırmacılar tarafından ulaşılabilir veri tabanında gizli tutulacak, bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve hiçbir şekilde bireysel veriler açıklanmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır.

Bu çalışmada katılım gönüllülük esası ile yapılır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner ve Dr. Gamze Bastem tarafından araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse verilerimin araştırmadan çekilmesini talep edebilirim. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Gamze Bastem’e nolu numaradan ulaşabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU (Ayrı Sayfada)

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılımı kabul ediyorum.



Gönüllünün:

Adı- Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

XXXXXXXXXX



GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“ Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Mamografi Çektirmeye Etkisi: Kontrollü Müdahale Çalışması” isimli araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Arzu Uzuner ve Dr. Gamze Bastem tarafından yürütülecektir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamağa kayıtlı mamografi yaptırmayan 40-69 yaş arası kadınlarda kısa motivasyonel görüşme tekniğinin mamografi çektirmeye etkisinin araştırılmasıdır.

Araştırma yüz yüze görüşme şeklinde olacaktır. Sosyodemografik bilgilerinizi, tıbbi geçmişinizi, kronik hastalıklarınızı taramalarla ilgili bilgilerinizi sorgulayan sorulardan oluşan bir form uygulanacak ve 3 ay sonra çalışmanın sonuçları için sizinle tekrar iletişime geçilecektir.

Tüm sonuçlarınız sadece araştırmacılar tarafından ulaşılabilir veri tabanında gizli tutulacak, bireysel olarak değerlendirilmeyecek ve hiçbir şekilde bireysel veriler açıklanmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır.

Bu çalışmada katılım gönüllülük esası ile yapılır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da çalışmadan istediğiniz anda ayrılabilirsiniz. Anlaşılmayan noktaları sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner ve Dr. Gamze Bastem tarafından araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse verilerimin araştırmadan çekilmesini talep edebilirim. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Gamze Bastem’e nolu numaradan ulaşabileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU (Ayrı Sayfada)

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.



Gönüllünün:

Adı- Soyadı:

İmzası:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

XXXXXXXXXX

EK-4 ETİK KURUL ONAYI





