

T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ  
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi  
Doç. Dr. Önder SEZER

EDİRNE İL MERKEZİNDE 20-60 YAŞ ARASI  
KADINLARDA MEME KANSERİ ÖNLEME  
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Remzi AYLI

EDİRNE-2024



## TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Önder SEZER'e, desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. H. Nezh DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a ve Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, bütün çalışma arkadaşlarıma ve sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	3
MEME ANATOMİSİ .....	3
MEME FİZYOLOJİSİ .....	4
MEME HASTALIKLARI .....	5
MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ .....	5
MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ .....	6
MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ .....	6
MEME KANSERİ KLİNİK BULGULARI .....	10
MEME KANSERİ TANI YÖNTEMLERİ .....	11
MEME KANSERİNDEN KORUNMA .....	14
TÜRKİYE'DE MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMI .....	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	17
BULGULAR .....	19
TARTIŞMA .....	42
SONUÇLAR .....	55
ÖZET .....	57
SUMMARY .....	59
KAYNAKLAR .....	61
EKLER	

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

**BI-RADS** : Breast Imaging Reporting and Data Systems

**IARC** : Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

**KKMM** : Kendi kendine meme muayenesi

**KMM** : Klinik meme muayenesi

**MEKÖD** : Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği

**VKİ** : Vücut Kitle İndeksi

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, hayatı tehdit eden bir durum olmasının yanı sıra bireyleri ve ailelerini, psikolojik, bedensel ve sosyal açıdan etkileyerek yaşam kalitesini düşüren küresel düzeyde önemli bir sağlık sorunudur. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın verilerine göre 2020 yılında dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası görülmüştür (1).

Meme kanseri, IARC verilerine göre 2020 yılında 2,3 milyon yeni vaka ile son 20 yılda en sık görülen akciğer kanserini geçerek en yaygın kanser çeşidi olmasının yanı sıra kadınlarda kanser nedeni ölümlerin %15,5'ini oluşturmaktadır (1).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2018 verileri incelendiğinde ülkemizde meme kanserinin yaşa standardize insidans hızı yüz binde 48,6 olarak açıklanmıştır. Türkiye kanser istatistikleri verilerine göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olmuştur (2).

Meme kanseri görülme sıklığı artarken hayati önem taşıyan erken tanı oranı ise azalmaktadır. Türkiye'de 2019 yılında 20000 meme kanseri tanılı hasta ile yapılan çalışmada meme kanseri sıklığı artmasına rağmen, hastaların çoğunda tanının ileri evrede konulmakta olduğu ortaya çıkmıştır (3).

Meme kanseri için düzenli yapılan muayeneler ve taramalar erken evrede tanı konmasını sağlayabilir, böylelikle hayat kalitesi artırılabilir ve tam iyileşme sağlanabilir (4). Bu yüzden her toplum kendi risk gruplarını belirlemelidir ve tarama programlarını yaygınlaştırmalıdır (5).

Türkiye'de meme kanseri erken tanısı için tarama kapsamında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi önerilmektedir (4).

Meme kanseri erken tanısında bireyler ile en yakın iletişimi kuran birinci basamak sağlık çalışanları önem arz etmektedir. Aile Hekimliği, hastaların bütüncül bir şekilde

değerlendirildiği ilk tıbbi temas noktasıdır. Koruyucu sağlık hizmeti ile kişileri hastalıklardan korumayı amaçlar. Tarama programları sayesinde de erken tanı koymayı hedefler.

Bu çalışmada Edirne il merkezinde aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş arasındaki kadınların meme kanseri riskini, meme kanseri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, kadınlarda farkındalık geliştirmek, bilgi düzeyini arttırmak ve bu sayede meme kanseri taramalarına olan katılımın artmasını sağlamak amaçlanmıştır.



## GENEL BİLGİLER

### MEME ANATOMİSİ

Meme reproduktif sistemin fonksiyonel yönden bir parçası olmakla beraber yapı ve gelişim açısından deriye bağlı bir çeşit apokrin bezdir. Meme dokusu; meme bezleri, yağ dokusu ve bağ dokusundan oluşur. Meme bezi genelde koniye benzemekte olup taban çapı 10-12 cm uzunluğundadır. Her bir meme yaklaşık olarak 150-225 gr ağırlığında ve santral bölgede 5-7 cm kalınlığındadır. Memenin ağırlığı laktasyonda ise 400-500 gr ağırlığa ulaşabilir (6, 7).

Memenin sınırlarını 2. ila 6. kaburgalar arasında medialde sternum ve lateralde orta aksiller çizgi oluşturur. Memenin yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kasının, kalan kısmı ise serratus anterior ve abdominal oblik kasının üzerinde yer alır (8).

Meme dokusunda meme başına ana laktiferöz kanal ve sinüs yoluyla açılan 15-20 lob bulunur. Her bir lobda yapısal olarak dallanmış tubuloalveolar bezlerden oluşan ve sayısı 20-40 arasında değişen lobüller bulunur. Her lobül 10-100 alveol içerir (8).

Memenin arteriyal kanlanması lateral torasik arter, internal torasik arter ve interkostal arter tarafından sağlanmaktadır. Memenin derin dokulardaki venöz drenajı arterlere eşlik ederken yüzeysel drenajı venöz pleksusa sahiptir (9).

Memenin lenfatik drenajı başlıca aksiller lenf nodlarına olur, ancak internal torasik lenf nodlarına da dökülebilir. Aksiller bölgede pektoral minör kasına olan komşuluğuna göre alt, orta ve üst grup olarak gruplandırılan 20-40 aksiller lenf nodu vardır (8).

Meme bezinin ve üzerini örten derinin innervasyonu başlıca 2, 3, 4, 5 ve 6. lateral interkostal sinir tarafından sağlanır (8). Ek olarak meme başı innervasyonu 4. interkostal sinirin dalları tarafından sağlanmaktadır (10).

## **MEME FİZYOLOJİSİ**

Memeler fizyolojik olarak süt oluşumu (laktasyon) için özelleşmiş bir organdır. Sütün sentezi, salgılanması ve atılması gibi işlevleri vardır. Memelerin salgı birimleri olan alveoller, laktiferöz kanallarda olan küçük keseciklerdir. Bu salgı birimlerinin süt üretimini bir dizi hormon ve büyüme faktörünün karmaşık ağı kontrol eder. Hamilelik ve adet döngüsü sırasında bu hormonların dalgalanması meme dokusunda önemli histolojik değişikliklere neden olur (7). Bu hormonlar arasında östrojen, progesteron, oksitosin, prolaktin, kortizol, tiroid hormonları ve büyüme hormonu bulunur. Bu hormonların salgılanması, hipotalamus, hipofiz ve overlerin nörohormonal kontrolü tarafından düzenlenir.

Adet döngüsünün ilk iki haftası boyunca, vücutta östrojen hormonu artar ve meme epitelinde proliferasyon gerçekleşir. İki haftalık sürenin sonunda ise progesteron hormonu etkisiyle meme bezlerindeki alveol epitelinde farklılaşma başlar, sekresyon gerçekleşir ve duktuslar genişler. Bu süreçte meme dokusunda hiperemi ve ödem gelişir. Böylelikle meme daha dolgun ve hassas hale gelir. Ancak adetin başlamasıyla birlikte hormon seviyeleri hızla düşer ve meme dokusundaki değişimler geri döner. Adetin başlangıcından itibaren 5-7 gün içinde, meme dokusundaki ağrı ve dolgunluk azalır. Bu süre zarfında meme muayenesi yapmak daha uygundur (11).

Gebelik sürecinde, meme dokusu östrojen, progesteron, plasental laktojen ve prolaktin gibi hormonlar tarafından süt üretimine hazırlanır. Meme hacmi gebeliğin sonuna doğru üç kat artmış olur. Gebeliğin sonlanmasıyla östrojen, progesteron ve plasental laktojen seviyeleri azalırken, alveollerden prolaktin salınarak süt üretilir. Emme refleksi, hem prolaktini artırarak daha fazla süt üretimini teşvik eder hem de oksitosinin salınımını artırır. Oksitosin, miyoepitelyal hücrelerin kasılmasına neden olarak lobüllerden sütü laktiferöz kanallara sıkar. Emzirme durduğunda, süt birkaç ay boyunca azalan miktarlarda üretilir. Meme genellikle üç ay içerisinde önceki boyutuna geri döner (7).

Menopozun başlangıcı, vücudun östrojen ve progesteron üretiminde keskin bir düşüşle ilişkilidir. Bu hormonal değişiklikler, meme dokusundaki glandüler doku miktarının azalmasına ve yağ dokusunda artışa yol açar. Bu durum, meme dokusunun mamografi incelemesi için daha uygun hale gelmesine neden olur. Bu nedenle, menopozal bir kadında neoplazmların mamografi ile tespiti, menopoz öncesi genç bir kadına göre daha kolaydır (12).

## **MEME HASTALIKLARI**

Meme dokusundan benign ve malign karakterde hastalıklar kaynaklanabilmektedir. Çoğunlukla benign meme lezyonları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bening lezyonlara en sık fibrokistik değişiklikler örnek olarak gösterilebilir. Fibrokistik değişikliklerin dışında adenozis, intraduktal papillom, galaktosel, duktaz ektazi, yağ nekrozu, fibroadenom, mastit ve hamartom benign lezyonlara dahil edilir. Bu lezyonlar meme kanseri ihtimalini arttırmaz ya da çok az artırır olarak kabul edilir. Lobüler ve duktal karsinoma in situ ise yüksek riskli lezyonlar olarak kabul edilir (13).

Meme kanseri, meme dokusunda ki hücrelerin aşırı ve kontrolsüz çoğalmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır. Memenin malign hastalıklarının alt tipleri çoğalan hücrenin embriyolojik kökenine göre ayrıştırılmaktadır. En sık olarak invaziv duktal karsinom görülmekte olup ikinci sıklıkla da invaziv lobüler karsinom karşımıza çıkmaktadır. Memenin diğer malign lezyonları ise medullar, müsinöz, tubuler ve inflamatuvar meme kanserleridir (13).

## **MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ**

Dünya genelinde IARC verilerine göre, 2020 yılında 19,3 milyon yeni kanser teşhisi konulmuştur. Kanser nedeniyle ise yaklaşık 10 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Meme kanseri, tüm vakaların %11,7'sini oluşturarak en yaygın görülen kanser türü olmuştur ve 2,3 milyon yeni kanser teşhisi konulmuştur. Meme kanserini 2,2 milyon yeni kanser teşhisi ile akciğer kanseri takip etmektedir (1).

Meme kanserinden, 2020 yılında 685.000 insan hayatını kaybetmiştir. Kanserlerin arasında akciğer, kolorektal, karaciğer ve mide kanserlerinden sonra en sık 5. ölüm nedeni olmuştur. Kadınlarda meme kanseri, tüm kanser vakalarının %24,5'ini ve kanserle bağlantılı ölümlerin %15,5'ini oluşturmuştur. Bu, her 4 kadından birinin kanser teşhisi konulduğu ve her 6 kadından birinin kanserden hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, her 8 kadından birinin hayatı boyunca meme kanserine yakalanma olasılığının olduğu ve her 40 kadından birinin bu hastalıktan kaynaklanan bir ölüm riski taşıdığı belirlenmiştir (14).

Türkiye'deki 2018 kanser raporuna göre ise 211.273 yeni kanser teşhisi konulmuştur ve bu vakaların içinde 24.518'i meme kanseri olarak kaydedilmiştir. Meme kanseri, Türkiye'deki kadınların kanser vakalarının %26'sını oluşturarak her 4 kadından birinin bu hastalığa yakalandığını göstermektedir (2).

## **MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ**

Meme kanseri, etiyojisinde birden fazla faktörün rol aldığı altta yatan nedenlerin yalnızca %40'ının bilindiği kompleks bir hastalıktır. Genel olarak bilinen nedenler dört alanda kategorize edilmiştir (15):

1. Genetik nedenler (meme-over kanser sendromları, Peutz-Jeghers sendromu, Cowden sendromu, Li-Fraumeni sendromu)
2. Hormonal nedenler (östrojen, progesteron, androjenler, prolaktin ve insülin artışı, melatonin azalması)
3. Çevresel faktörler (sigara, alkol, iyonize radyasyon/elektromagnetik alan maruziyeti, organoklorinler, virüsler)
4. Psikososyal faktörler (çocukluk çağı ortamı, anksiyete/depresyon, kişilik bozukluğu, stresli yaşam tarzı) (15)

## **MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Meme kanseri için en önemli risk faktörü kadın cinsiyete sahip olmaktır. Yaşlanmak ise bir diğer önemli risk faktörüdür. Meme kanserinin etiyojisinde östrojen hormonunun da önemli bir rol oynadığı gözlemlenmektedir. Risk faktörlerinin çoğu, doğrudan veya dolaylı olarak östrojen etkisiyle ilişkilidir. Meme kanseri oluşumunu etkileyen risk faktörlerinden bazıları yaşam tarzı değişiklikleri ile ilişkili olup kişi tarafından değiştirilebilir iken bazıları değiştirilemez risk faktörleridir. Ayrıca, kesinliği henüz kanıtlanmamış bazı tartışmalı risk faktörleri de bulunmaktadır (15).

**Kadın Cinsiyet:** Meme kanseri her iki cinsiyette görülmesine karşı kadınlarda meme kanseri riski yaklaşık 100 kat daha fazladır. Bunun sebebi olarak östrojen seviyesinin yüksek olmasıyla birlikte kadınların daha fazla meme dokusuna sahip olması hücrelerin daha uzun süreli ve daha yüksek miktarlarda hormonal uyarılara maruz kalmasından kaynaklanmaktadır (16).

**İleri Yaş:** Yaş ilerledikçe, meme kanserine yakalanma olasılığı artar. Meme kanserlerinin yaklaşık %80'i 50 yaşın üzerindeki kadınlarda ortaya çıkmaktadır. 10 yıllık invaziv meme kanseri gelişme olasılığı, 40 yaşında %1,5'in altında iken, bu oran 50 yaşında yaklaşık %3'e ve 70 yaşında %4'ün üzerine çıkar (17).

**İrk:** Meme kanseri beyaz ırktaki kadınlarda siyah ırktaki kadınlara oranla %20 daha fazla görülmesine rağmen siyah ırktaki kadınlarda mortalite oranı daha yüksektir (18). Bunun nedeni olarak beyaz ırktaki kadınların tarama programlarına ve memede kitle fark edilmesi

durumunda sağlık kuruluşuna başvurma olasılıklarının daha yüksek olmasının etkili olduğu ifade edilmektedir (19).

**Genetik faktörler:** Meme kanserinin %5 ila %10'u genetik geçişli olabilir; yani, doğrudan ebeveynden aktarılan gen mutasyonlarından kaynaklanabilir. Bu genetik mutasyonlardan en yaygınları BRCA1 ve BRCA2'dir. BRCA1 taşıyıcıları için 80 yaşına kadar meme kanseri riski %72'ye ulaşırken, BRCA2 taşıyıcıları için %69'dur. Ayrıca, BRCA1 mutasyonuna sahip kadınların over kanseri riski %44'tür (20). BRCA1 ve BRCA2'nin dışında, TP53, ATM, PTEN, CDH1, CHEK2, STK11/LKB1, MSH1 ve MLH2 gibi diğer gen mutasyonları da meme kanseri riskini etkileyebilir (15, 21).

**Aile öyküsü:** Ailede meme kanseri öyküsü bulunması, hastaların %15'inde gözlenir ve meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Aile geçmişinde meme kanseri olan kişilerin tanı konulan yaşı ve akrabalık derecesi, bu riskin büyüklüğünü belirler. Birinci derece bir akrabada meme kanseri varsa, meme kanseri riski 1.8 kat artar. İki tane birinci derece akrabada ise bu risk 4-6 kat artar. Aile üyelerinden biri meme kanserine menopoza önce yakalanmışsa, risk 2.9 kat artar; ancak menopoza sonra tanı konulmuşsa, risk 1.5 kat artar (15).

**Kişisel kanser öyküsü:** Meme kanseri öyküsü olan bir kadında diğer memesinde kanser gelişme riski her yıl için premenopozal kadınlarda %1 ve postmenopozal kadınlarda %0,5 artar (18). Ayrıca meme kanseri dışında endometrium veya over kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri riski 2 kat artar. Melanom, tiroid kanseri, tükrük bezi kanseri, kolon kanseri öyküsü olan kadınlarda da risk hafif artmıştır (15).

**Benign meme hastalıkları:** Bening meme hastalıkları meme kanseri için önemli risk faktörüdür. Non-proliferatif, atipisiz ve atipili proliferatif olarak üçe ayrılırlar. Non-proliferatif meme hastalığı olarak sınıflandırılan fibrokistik değişiklik, papillom, duktal ektazi, mastit, hamartom, benign filloid tümör, basit fibroadenom, yağ nekrozu, lipom ve nörofibrom meme kanseri riskini arttırmaz veya çok az arttırırlar. Atipisiz proliferatif meme hastalığı olan kompleks fibroadenom, papillamatozis, duktal hiperplazi, radial skar ve sklerozan adenozis ise meme kanseri riskinde 1,5-2 kat artışa sebep olur. Atipili proliferatif meme hastalığı olan atipik lobüler hiperplazi ve atipik duktal hiperplazi ise meme kanseri riskinde 4-6 kat artışa sebep olur (15). Atipi multifokal olduğunda ise risk 10 kat artar (22). Ayrıca lobüler karsinoma in situ varlığı ise meme kanseri riskini 7-11 kat arttırmaktadır (23).

**Yoğun meme dokusu:** Bir kadında yoğun meme dokusu glandüler ve fibröz dokunun daha fazla yağ dokunun ise daha az olması anlamına gelir (14). Kendi yaş grubuna kıyasla

memenin %75 veya daha fazlasında yoğun doku bulunan kadınlarda meme kanseri riski, çok az yoğun dokuya sahip olan veya hiç yoğun olmayan kadınlara göre 4-6 kat daha fazladır (24). Ne yazık ki yoğun meme dokusu meme kanserini gizleyip kanserlerin mamografide tespit edilmesini de zorlaştırabilir. Yaş, hamilelik, genetik, menapoz durumu ve hormon tedavileri gibi faktörler meme yoğunluğunu etkileyebilir (14). Ancak meme dokusunun genç kadınlarda doğal olarak daha yoğun olduğuna dikkat edilmelidir. Bu nedenle yoğunluk artışı değerlendirilirken kendi yaş grubuna göre değerlendirilmelidir (25).

**Daha uzun boylu olmak:** Boyun her 5 cm artışı meme kanseri riskini %7 oranında arttırmaktadır (15).

**Erken yaş menarş:** İlk adet yaşının 12 yaşından önce olması östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması nedeniyle meme kanseri risk artışına neden olur (18).

**Geç yaş menopoz:** 55 yaşından sonra menopoza girmek 45 yaşından önce menopoza girmeye kıyasla östrojen hormonuna daha fazla maruz kalacağı için meme kanseri riski daha yüksektir (18). Menopoz yaşı arttıkça meme kanseri riski artmaktadır (26). 45 yaşın öncesinde her iki overi herhangi bir nedenle alınmış kişilerin meme kanseri riskini azalttığı gösterilmiştir (25).

**Toraks bölgesine radyoterapi:** Özellikle aktif meme gelişimi olan ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde, hodgkin veya hodgkin dışı lenfoma gibi başka bir kanser nedeniyle toraksa radyoterapi uygulanması meme kanseri riskini önemli ölçüde artırır (14). 45 yaşından sonra alınan radyoterapinin ise meme kanseri riskini etkilemediği gösterilmiştir. Tanısal amaçlı yapılan tıbbi işlemlerde ise maruz kalınan radyasyon genetik açıdan riskli olanlar haricinde riski yoktur veya dikkate alınmayacak kadar düşük kabul edilir (18).

**İntrauterin maruziyet:** İntrauterin yaşamda radyasyona maruz kalan bebekte meme kanseri gelişme riski yüksektir (15).

**Dietilstilbestrol:** Gebelik sırasında düşük olasılığını azalttığına inanılan östrojen benzeri ilaç olan dietilstilbestrol kullanan kadınlarda ve anne karnında maruz kalan çocuklarda meme kanseri riski yüksektir (14).

**Hiç doğum yapmamak:** Bir kadının hiç doğum yapmamış olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. Doğum sayısı arttıkça risk azalmaktadır (26). 20 yaşından önce doğum yapan kadınların hiç doğum yapmamış kadınlara göre meme kanseri gelişme riski %50 daha azdır. Ardı sıra gelen her gebelik ise meme kanserine karşı korunmayı %10 artırır (27).

**İlk doğum yaşı:** İlk doğum yaşının 30 yaşın üzerinde olması meme kanseri riskini arttırmaktadır. 20 yaşından önce doğum yapan kadınlara göre meme kanseri riskleri 2 kat daha fazladır (15).

**Emzirmemek:** Emzirmek meme kanserine karşı koruyucu bir etkiye sahiptir. Her 12 aylık bir emzirme süresinde kadınlarda meme kanseri riski %4 düşer (28).

**Doğum kontrol hapları:** Doğum kontrol haplarını kullanan kadınlarda hafif risk artışı görülmektedir. Bu hafif risk artışı ilacın kesilmesinin 10 yıl sonrasında normale dönmektedir (15).

**Hormon replasman tedavisi:** Özellikle kombine bir şekilde östrojen ve progesteron içeren tedavilerde tedavinin süresi arttıkça meme kanseri riski artar. 5 yıl hormon tedavisi kullananlarda %15, 10 yıl kullananlarda %34 oranında risk artışı tespit edilmiştir (16).

**Obezite:** Obez olan insanlarda artmış olan yağ dokusu vücutta östrojen hormonu üretimini artırır (29). Böylelikle menopoza sonrası dönemde beden kitle indeksi 30 ve üzeri olan kadınların meme kanseri riski yaklaşık %30 artar. 18 yaşından sonra 25 kilogram veya daha fazla kilo almak postmenopozal meme kanseri riskini artırır. Bel bölgesindeki yağlanma, kalça ve uyluk bölgelerindeki yağlanmadan daha fazla riski artırır (15).

**Beslenme:** Yağ oranı yüksek gıdalarla beslenmek meme kanseri riskini artırır. Haftada 5 kez kırmızı et tüketimi de meme kanseri riskinde artışa sebep olur (18). Aksi olarak sebze ağırlıklı beslenmek ile D vitamininin meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi vardır (30).

**Alkol:** Kadınlar alkol tükettiklerinde vücutlarında ki östrojen düzeyleri yükselir ve bu da meme kanseri riskini artırır. Her gün 10 gram alkol alan kadınların meme kanserine yakalanma riski %7-10 arasında artar (31). Alkol tüketim miktarı arttıkça bu risk de artar. Gebelik sırasında alkol kullanımı, bebekte de meme kanseri riskini artırır (15).

**Sigara:** Aktif olarak sigara içenlerde içmeyenlere göre meme kanseri riski %11 oranında fazla saptanmıştır (32). Aktif sigara içen postmenopozal kadınlar ve özellikle ilk hamilelikten önce sigara kullanan kadınların riskinin daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır . Ayrıca pasif sigara dumanına maruz kalmak meme kanseri riskini artırır (26, 33).

**Fiziksel aktivite:** Düzenli egzersiz yapmak, vücuttaki aşırı yağlanmayı azaltarak meme kanseri riskini düşürür. Haftada iki saat hızlı tempolu yürüyüş yapmak, meme kanseri riskini %18 oranında azaltır (15).

**Sosyoekonomik durum:** Yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip kadınlarda meme kanseri insidansı daha fazladır. Ancak düşük sosyoekonomik seviyede olanlarda ise insidans daha düşük olmasına rağmen mortalite daha yüksektir (15).

## **MEME KANSERİ KLİNİK BULGULARI**

### **Memede Kitle**

Memede kanseri tanısı almış olan hastaların yaklaşık %70'inde ilk klinik bulgu ağrısız ele gelen kitledir. Bu kitleler glandüler dokunun en fazla olduğu üst dış kadranda en sık görülür. Kitlelerin bulunduğu kadransların sıklık sırası üst dış, santral, üst iç, alt dış ve alt iç kadranda şeklindedir. Memedeki kitleler solid veya kistik yapıda olabilirler. Kistik kitlelerin içi sıvı dolu olup adet dönemlerinde boyutları artıp ağrıya neden olabilirler. Eğer kitlenin içi farklı bir doku ile doluyorsa buna solid kitle denir. Solid ve kistik yapıların ayırımında en iyi yöntem ultrasonografidir. Kistik yapılar benign olup daha çok premenopozal dönemde karşımıza çıkar. Solid kitlelerin ise malign olma ihtimali daha yüksektir. Malign kitleler genellikle ağrısız, sert ve çevre dokuya yapışık olup çevre dokuyla beraber hareket etme özelliğine sahiptir. Bu özelliği sayesinde mobil kitle olan fibroadenomlardan ayırt edilebilir (34).

### **Memede Ağrı**

Memede ağrı şikayeti özellikle 55 yaş altı kadınlarda sık görülen bir şikayet olmasına rağmen bu ağrı meme kanseri sebebiyle değil de menstrüel siklus sebebiyle olan ağrılardır. Meme kanserinde erken evrede genellikle ağrı çok beklenmez. Daha çok ileri evrede ağrı meydana gelir (34). Meme kanseri varlığında ağrı genelde tek taraflı, şiddetli ve sürekli ağrı karakteristiğine sahiptir. Siklik ağrı ise tüm meme ağrılarının %66'sından sorumlu olup genelde 2. ve 3. dekatta daha sık görülür. Ağrı yaygın ve çift taraflı olup aksillaya yayılma eğilimindedir. Adetten yaklaşık 5-7 gün önce başlayıp adet bitmesiyle sonlanır (35). Bunlar dışında mastit, memede apse gibi nedenler de ağrı yapabilir (34).

### **Meme Başı Akıntısı**

Meme başından gelen akıntı şikayeti özellikle üreme çağındaki kadınlarda sık görülen bir şikayettir. Laktasyonel, fizyolojik ve patolojik olarak sınıflandırılır. Fizyolojik meme başı akıntısı birden fazla kanalın dahil olduğu, bilateral ve memenin manipülasyonu sonucu oluşan benign karakterli bir akıntıdır. Patolojik olan meme başı akıntısı ise tek kanallı, unilateral, kendiliğinden gelen, seröz veya kanlı bir akıntı şeklindedir. Özellikle ele gelen kitle ile birlikte ise meme kanseri ihtimalini arttırmaktadır (36).

### **Meme Derisinde Değişiklikler ve Portakal Kabuğu Görünümü**

Meme kanserinde meme derisinde eritem, ülserasyon ve ödem gibi değişimler oluşabilir. Meme kanserinde eritem kendisini iki şekilde gösterebilir. İlk ve en sık olanı malignitenin hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça venöz değişikliklere neden olarak küçük sınırlı bir bölgede eritem yapmasıdır. Bu sınırlı bölge süreç içerisinde ilerleyerek deriyi infiltre

ettiğinde önce beslenme bozukluğuna ve sonrasında ülserasyona neden olur. Yaygın eritem ise inflamatuvar tip meme kanserinde görölmektedir (34).

Meme kanseri, memenin lenfatik sistemini etkileyerek lenf drenajını azaltır. Lenf drenajının azalması o bölgede ödem oluşmasına neden olur. Buna bağlı olarak deri kalınlaşır ve derinin kalınlaşması kıl köklerinin içeri çekilmiş gibi görünmesine neden olur. Sonuç olarak, deride portakal kabuğu görünümü ortaya çıkar (34).

### **Memede Retraksiyon**

Meme kanserinde malign kitleler Cooper bağlarını infiltre ederek bağların boylarında kısalmaya neden olur. Bu kısaltmalar neticesinde deri kitleye doğru çekilerek retraksiyonun oluşmasına neden olur. Nipple areola kompleksinin arkasına lokalize olan kitlelerin fibrozis yapan süreci sonucunda da meme başında retraksiyon oluşabilir. Retraksiyon oluşması meme kanseri ihtimalini arttırır. Retraksiyon erken evrelerde hasta kollarını kaldırdığında veya öne doğru eğildiğinde belli olurken ileri evrelerde otururken veya yatar pozisyonda dahi ortaya çıkabilir (34).

### **Lenf Nodlarında Büyüme**

Meme lenfatik sistemini aksiller, servikal, supra ve infraklaviküler lenf nodları oluşturur. Bu lenf nodlarında meydana gelen şişlik, enfeksiyondan kaynaklanabileceği gibi malign tümör metastazına da işaret edebilir. Özellikle palpe edilebilir lenf nodu büyümelerinde, lenf nodunun fikse, sert ve ağrısız olması, metastaz olma olasılığını arttırır. Erken evre meme kanserinde, aksillaya metastazın varlığı rekürrens ve sağ kalım açısından önemli bir prognostik faktördür. Aksiller tutulum mevcutsa, supraklaviküler lenf nodu tutulumu da görülebilir; bu durum, meme kanserinin daha ileri evrede olduğunu ve kötü bir prognoz taşıdığını gösterebilir (34).

## **MEME KANSERİ TANI YÖNTEMLERİ**

### **Anamnez ve Fizik Muayene**

**Anamnez:** Hasta meme muayenesi için tarafımıza başvurduğunda ilk olarak ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Rutin muayeneler dışında hastaların polikliniklere başvurma şikayetleri genellikle ele gelen kitle, ağrı veya meme başı akıntısıdır. En sık başvuru sebebi ise ele gelen kitle olup kitlenin ne zaman ve nasıl fark edildiği, özellikle menstruel siklus ile ilişkisi ve boyutlarında zamanla değişim olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hasta meme kanseri risk faktörleri açısından sorgulanmalı ve genetik yatkınlık açısından aile öyküsü de araştırılmalıdır (4).

**Fizik muayene:** Memenin fizik muayenesi premenopozal kadınlarda menstruasyon başladığı günden sonraki 5. ve 9. günler arasında yapılmalıdır. Postmenopozal kadınlar ise herhangi bir zamanda muayene olabilirler. Meme muayenesinde her iki meme ve aksilla, supra ve infraklaviküler fossalar, göğüs duvarı ve servikal lenf nodları muayene edilmelidir. Hasta iyi aydınlatılmış, ferah, mümkünse iki odacıklı bir muayene odasında yardımcı bir sağlık personeli eşliğinde muayene edilmelidir.

Meme muayenesine öncelikle inspeksiyon ile başlanır. Hasta hekimin tam karşısında oturur pozisyonda kollarını aşağıya doğru sarkıtır. Sonrasında kollarını başının üzerine kaldırması istenir ve böylece memelerin alt kadranları daha iyi görünür olur. Daha sonra hastadan retraksiyon alanlarını ortaya çıkarması için elini beline koyarak pektoral kaslarını kasıp kendini sıkması istenir. İnspeksiyon sırasında meme asimetrisi, dikkat çeken şişlikler, meme derisinde kalınlaşmalar ve çekilmeler, selülit, ödem, portakal kabuğu görünümü, ülserasyon, ekzamatöz ve eritamatoz değişiklikler dikkatle incelenir. Meme başları asimetri, çekilme ve akıntı açısından dikkatle incelenir. Meme başlarının simetrik ve hafif dışa bakar olması beklenmektedir. Meme başı ve areolada eritem, kabuklanma ve pullanmalar akla Paget hastalığını getirmektedir. Meme başı akıntısı olan kadınlarda duktuslar meme başına doğru sıvazlanarak akıntı kontrol edilmelidir.

Palpasyona ise hasta oturur pozisyondayken muayene eden elin üç parmağının pulpası kullanılarak aksiller ve supraklavikular lenf nodlarının incelenmesi ile başlanır. Sol aksilla sağ el ile sağ aksilla ise sol elle muayene edilir. Ele gelen lenf nodlarının boyutu, şekli, sayısı, sertliği, hassasiyeti ve hareketliliği incelenmelidir. Supraklavikular bölgede ele gelen bir lenf nodu varlığı ise ileri araştırma gerektirmektedir. Daha sonra oturur pozisyondayken bir el hafifçe meme dokusunu desteklerken diğer el ile muayene edilir. Meme kuyruğuna yakın kitlelerin palpasyonu oturma pozisyonunda en verimli şekilde yapılır. Sonrasında meme dokusunu pektoral kasların üzerine yayıp muayeneye daha uygun hale getirmek için hastanın sırt üstü yatıp ellerini başının altına koyması istenir. Ardından meme dokusu radial, spiral ve vertikal çizgiler şeklinde palpe edilir (4).

### **Görüntüleme Yöntemleri**

**Mamografi:** Mamografi meme kanserinin tanısında ve taramasında kullanılan ana görüntüleme yöntemidir. Tanısal ve tarama mamografisi olarak kullanım sebebine göre ikiye ayrılır. Kitle, ağrı veya meme başı akıntısı gibi şikayetleri olan hastalarda problemi çözmek amacıyla tanısal mamografi kullanılır. Asemptomatik kadınlarda ise erken tanı amacıyla tarama mamografisi olarak kullanılır. Mamografi sağlıklı kadınların zarar görmemesi, kolay uygulanıp

gerektiğinde tekrarlanabilmesi, düşük maliyetli olması, yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olması, morbidite ve mortaliteyi azaltması gibi özellikleriyle yaygın ve güvenilir bir tarama yöntemidir. Mamografi de özellikle yağdan zengin memelerde sensitivite yaklaşık %100'e yakın iken yoğunluk arttıkça sensitivitesi azalmaktadır. Mikrokalsifikasyon varlığında da mamografinin kanseri yakalama duyarlılığı daha yüksektir. Mamografi raporlarının belli kriterlere göre kategorize edilip standart hale getirilmesi amacıyla Amerikan Radyoloji Derneği tarafından 1993 yılında "Breast Imaging Reporting and Data Systems" (BI-RADS) geliştirilmiştir (37).

BI-RADS sınıflaması şu şekildedir:

BI-RADS 0: Teknik yönden yetersiz olup ilave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var.

BI-RADS 1: Negatif; normal meme bulguları anlamına gelir.

BI-RADS 2: Bening bulgular ile uyumlu lezyonu ifade eder.

BI-RADS 3: Yüksek olasılıkla bening bulgular; sık takip gerekmektedir.

BI-RADS 4: Olası malign bulgular; biyopsi gerekmektedir. Üç alt sınıfı vardır.

BI-RADS 4A: Malignite şüphesi düşük anlamına gelmektedir.

BI-RADS 4B: Malignite şüphesi orta anlamına gelmektedir.

BI-RADS 4C: Malignite şüphesi yüksek anlamına gelmektedir.

BI-RADS 5: Yüksek olasılıkla malign bulgular; biyopsi gerekmektedir.

BI-RADS 6: Malignite tanısı kanıtlanmış anlamına gelmektedir (15).

**Ultrasonografi:** Ultrasonografi klinik şikayeti olan 30 yaşından küçük hastalar ile laktasyon ve gebelik dönemindeki kadınlarda kullanılabilen ana yöntemdir. Noninvaziv olması ve radyasyon içermemesi avantajlarındandır. Lezyonların solid-kistik ayırımının yapılması, mamografide görüntü alanına girmeyen bölgelerin görülmesi ve palpe edilemeyen lezyonlarda biyopsi yapılmasına rehberlik etmesiyle tercih edilmektedir (15). Ayrıca yüksek dansiteli bir memede mamografiye ek olarak ultrasonografi uygulanması kanser yakalanma ihtimali daha yüksektir (38). Ultrasonografinin sonucu değerlendiren kişiye göre farklılık gösterebilmesi ve mikrokalsifikasyonları net gösterememesi gibi dezavantajları da mevcuttur. Tek başına meme kanserini taraması için uygun bir yöntem değildir (15).

**Manyetik rezonans görüntüleme:** Manyetik rezonans görüntülemesi meme hastalıklarının tanısında ilk tercih olmamakla birlikte mamografi ve ultrasonografiden hem morfolojik hem de fonksiyonel bilgi vermesiyle ayrılır. İnvaziv meme kanserlerinde sensitivitesi en yüksek yöntemdir. Ancak en önemli kısıtlılığı mikrokalsifikasyonları göstermede yetersiz olmasıdır. Yüksek riskli olgularda tarama amacıyla, mamografi, ultrasonografi ve klinik

muayenenin yeterli olmadığı olgularda, meme başı akıntısının değerlendirilmesinde, primer kaynağı bilinmeyen aksilla metastazı olan olgularda, meme kanseri evrelemesinde, meme implantlarının değerlendirilmesinde, neoadjuvan kemoterapiye verilen yanıtın değerlendirilmesinde ve meme koruyucu cerrahi sonrası izlemde kullanılır (39).

### **Biyopsi**

Yapılan tetkikler sonrasında meme kanserinin kesin tanısını koyabilmek için biyopsi yapılması gerekmektedir. Meme kanseri tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi, tru-cut biyopsisi, telle işaretleme biyopsisi, insizyonel ve eksizyonel biyopsi yöntemleri kullanılmaktadır (15).

## **MEME KANSERİNDEN KORUNMA**

### **Birincil Korunma**

Meme kanserinde birincil korunma, değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılıp meme kanserinin hiç oluşmaması için yapılan uygulamalardır. Sağlıklı diyet, düzenli egzersiz yapılması, alkol ve sigaradan kaçınmak, kilonun ideal aralıklarda olması, 30 yaşın altında ilk doğumu yapma, emzirme, göğüs bölgesini radyasyondan koruma, doğum kontrol hapı ve hormon replasman tedavisinin uzun süre kullanımından kaçınılması gibi uygulamalar yer alır. Ayrıca yüksek risk grubunda olan kadınlara ilaçla koruma ve profilaktik mastektomi uygulanması da birincil korunmaya dahildir (40).

### **İkincil Korunma**

Meme kanserinde ikincil korunma, henüz semptomların ortaya çıkmadığı dönemde erken tanı ve tedavi ile birlikte morbidite ve mortaliteyi azaltmak için yapılır. KKMM, KMM ve mamografi meme kanseri taramasında kullanılan yöntemlerdir (41).

### **Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Kendi kendine meme muayenesi, kadının kendisinin yapabildiği invaziv olmayan, etkili ve kolay uygulanabilen zararsız bir tarama yöntemidir. Ayda bir kez düzenli olarak 20 yaş üstü her kadının yapması önerilmektedir. Premenopozal kadınlarda menstruasyonun başlangıcından itibaren 5-9 gün sonra yapılmalıdır. Postmenopozal kadınlarda ise her ayın aynı günü yapılmalıdır. Hamilelik ve emzirme dönemlerinde de yapılmaya devam edilmelidir (4). Emzirme döneminde emzirdikten sonra yapılması önerilmektedir. KKMM için ilk olarak kişi ayna karşısına geçerek kendini gözle muayene etmelidir. Eller yanda serbest, havada, belin üzerinde ve öne doğru eğilme pozisyonlarında meme ve meme başına bakılarak her iki memede boyut farklılıkları, asimetri varlığı, meme derisinde renk değişimleri, pullanma ve retraksiyon

varlıklarına bakması gerekmektedir. Pozisyonlar arasında geçiş ile farklılıklar görülebilir. İkinci aşama olarak elle muayene etmeye geçilir. İdeal olarak sırt üstü yatarak yapılmasının yanında ayakta veya duşta da yapılabilir. Meme başı hafifçe sıkılarak akıntı varlığı kontrol edilir. Muayene edilecek memenin karşı tarafındaki elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının iç taraflarıyla muayene edilir. Meme bölgesi dairesel, ışımsal veya dikey çizgiler halinde 3 farklı şekilde muayene edilebilir. Sonrasında aynı yöntemle koltuk altı muayene edilir (42).

### **Klinik Meme Muayenesi**

Klinik meme muayenesi 20 yaşından itibaren yılda bir kez hekimlerce yapılması önerilen etkin bir tarama yöntemidir. Meme, meme başı ve koltuk altının inspeksiyon ve palpasyonunu içeren fizik muayenedir (42). KMM premenopozal kadınlarda menstruasyon başlangıcından itibaren 5. ve 9. günler arasında yapılırken postmenopozal kadınlarda ise herhangi bir zamanda yapılabilir (4).

### **Mamografi**

Mamografi meme kanseri taraması için en etkili görüntüleme yöntemi olup altın standarttır (43). Meme kanseri asemptomatik halde iken erken tanı imkanı sağlamaktadır. Mamografi taramaları sayesinde tanı konulan meme kanseri sayıları artmaktadır. Tarama ile saptanan meme kanseri vakaları daha erken evrede tanı almaktadır. Artan meme kanseri tanısına rağmen mortalite oranları %25-30 oranında azalmıştır. Ülkemizde 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çektirmesi önerilmektedir (38).

### **Üçüncül Korunma**

Üçüncül korunmada hastaların klinik belirti verdikleri dönemde uygun tedavi ve iyileştirme yöntemleri ile komplikasyonları engellemek, yaşam kalitesini arttırmak, yaşam süresini uzatmak ve psikolojik destek sağlamak hedeflenmektedir (38).

### **Dördüncül Korunma**

Dördüncül korunma önce zarar verme ilkesinden yola çıkılarak bireyleri aşırı medikalizasyondan ve gereksiz tıbbi müdahalelerden korumayı amaçlamaktadır (44). Endikasyon dışı ya da klinik bir kanıt olmadan ilaç kullanımı, bilgisayarlı tomografi çekilmesi, göğüs bölgesine radyoterapi alınması gibi gereksiz işlemlerden hastaların korunması amaçlanmaktadır (44).

## **TÜRKİYE'DE MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMI**

Tarama, toplumda hızla uygulanabilen muayeneler ve testler ile asemptomatik hastalıkların ortaya çıkarılmasıdır. Taramanın başarılı olabilmesi için yöntemin taramaya katılacak bireyler tarafından kabul edilebilir, kolay uygulanabilen, yan etkilerinin az, ücretsiz ve düşük maliyetli olması gerekir. Ayrıca taraması yapılacak olan hastalığın toplum içerisinde önemli sağlık problemi oluşturması, erken tanı ile mortalite ve morbidite oranlarını azaltması gerekir. Tarama programının etkili olabilmesi için hedef nüfusun %70'ten fazlasının taranması gerekmektedir .

Ülkemizde meme kanseri tarama programı kapsamında 20 yaşından sonra ayda bir KKMM, 20 yaşından sonra yılda bir KMM ve 40-69 yaş arasında 2 yılda bir kez mamografi önerilmektedir. Mortalite üzerine etkisi kanıtlanmış tek tarama yöntemi mamografi olmasına rağmen kadınlarda KKMM ve KMM meme kanserine karşı farkındalığı ve bilinci arttırmasıyla önem arz etmektedirler (4).

Türkiye'de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Avrupa Birliği standartlarına uygun olarak 50-69 yaş arasında 2 yılda bir mamografi önerilmiştir. Ama yapılan klinik çalışmalarda nüfus yapısının genç olması, meme kanseri tanısı konulan hastalarda 50 yaş altı ve premenopozal hasta oranının Avrupa ülkelerinden yüksek olması nedenleriyle 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından mamografi tarama yaşı 40-69 yaş olarak değiştirilmiştir. Günümüzde ülkemizin kanser tarama programları Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri tarafından yürütülmektedir (42).

Meme kanseri taramasında aile hekimlerinin rolü ise kendilerinin sorumlu oldukları popülasyonun; yaş grubuna göre tarama programları ve KKMM için eğitilmeleri, muayene edilmeleri, risk grubundaki kadınların tespit edilmesi, mamografi taramasına yönlendirilmeleri, tarama sonucu pozitif şüpheli veya patoloji düşündükleri kadınları kesin tanı ve tedavi için bir üst basamak sağlık kurumlarına yönlendirilmesi ve takibinin yapılmasıdır (42).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma Edirne il merkezinde aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş aralığındaki kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek, kadınlarda farkındalık geliştirmek, bilgi düzeyini arttırmak ve bu sayede meme kanseri taramalarına olan katılımın artmasını sağlamak amacıyla oluşturulmuş tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini 2023 yıl ortası nüfusa göre Edirne'de yaşayan 20-60 yaş aralığındaki 57.442 kişi oluşturmaktadır. Edirne il merkezinde 23 Aile Sağlığı Merkezi, 59 Aile Sağlığı Birimi mevcut olup Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan, 20-60 yaş aralığında, her Aile Sağlığı Biriminden 20-30, 30-40, 40-50 ve 50-60 yaş aralığından en az bir kişi olacak şekilde tabakalandırılmış olup 404 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmamızda %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile minimum örneklem sayısı olarak 382 kişi hesaplanmıştır. Etik Kurul Onayı (Ek 1) ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli onay (Ek 2) alındıktan sonra 1 Şubat 2024 ile 31 Mayıs 2024 tarihleri arasında çalışmaya katılan kişilerden sözlü onam alınarak, anketler yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine başvurmak, 20-60 yaş aralığında kadın olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilmeme kriteri ise iletişim kurmayı engelleyecek bir problemin olması olarak belirlenmiştir.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan 70 soruluk bir anket (Ek 3) ile toplanmıştır. Anket araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, meme kanseri risk, tutum ve davranışları ile meme kanseri hakkında bilgi içeren

37 adet soru ve Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği'nin (MEKÖD) yer aldığı 33 adet soru olmak üzere toplamda 70 adet sorudan oluşmaktadır.

### **Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği**

Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği; kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Khazae-Pool ve ark. (45) tarafından İran'da 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Turan ve ark. (46) tarafından 2019 yılında yapılmış olup Cronbach alpha katsayısı 0,758 olarak saptanmıştır. Ölçek; tutum (8 soru), motivasyon (4 soru), öz yeterlik (4 soru), destek sistemleri (4 soru), bilgi arama (4 soru), öz bakım (6 soru) ve stres yönetimi (3 soru) olmak üzere 7 alt boyut ve 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında asla 1 puan, nadiren 2 puan, bazen 3 puan, sıklıkla 4 puan ve daima 5 puan almakta olup beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin tutum alt boyutu ters puanlanmakta olup ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 33, en yüksek 165'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça, katılımcının daha olumlu davranış sergilediği sonucuna varılmaktadır.

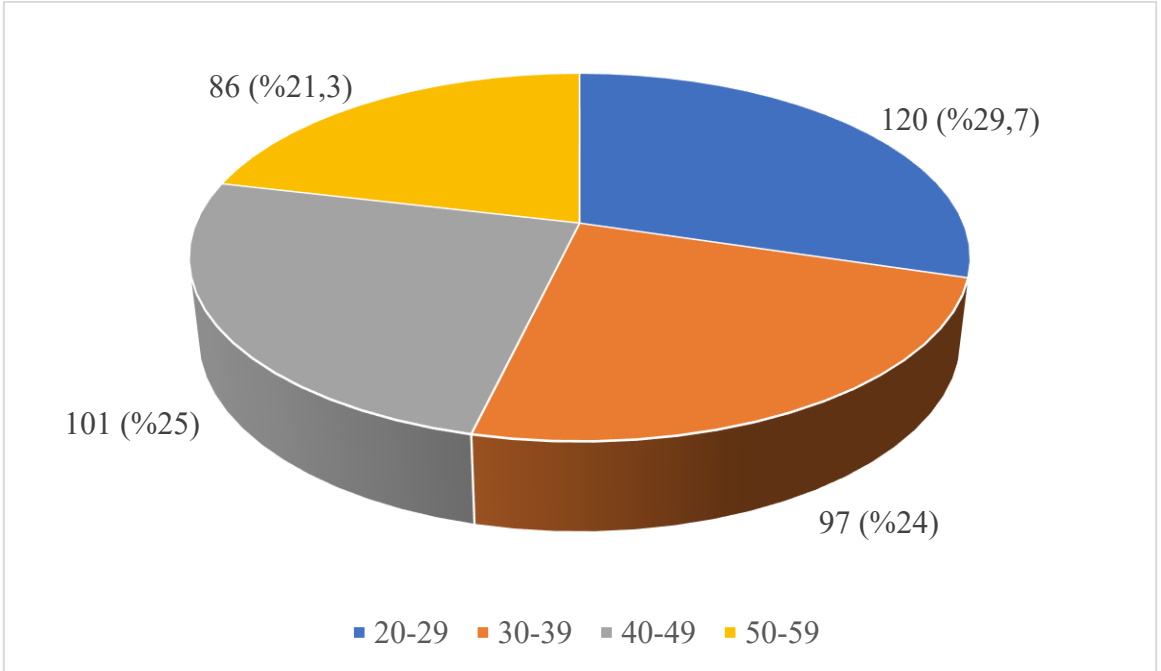
### **İstatistiksel Analiz**

Elde edilen veriler SPSS 19.0 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığından karşılaştırmalarda Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-kare testi, Post-hoc (bonferoni) testleri uygulanmıştır. Korelasyon analizlerinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

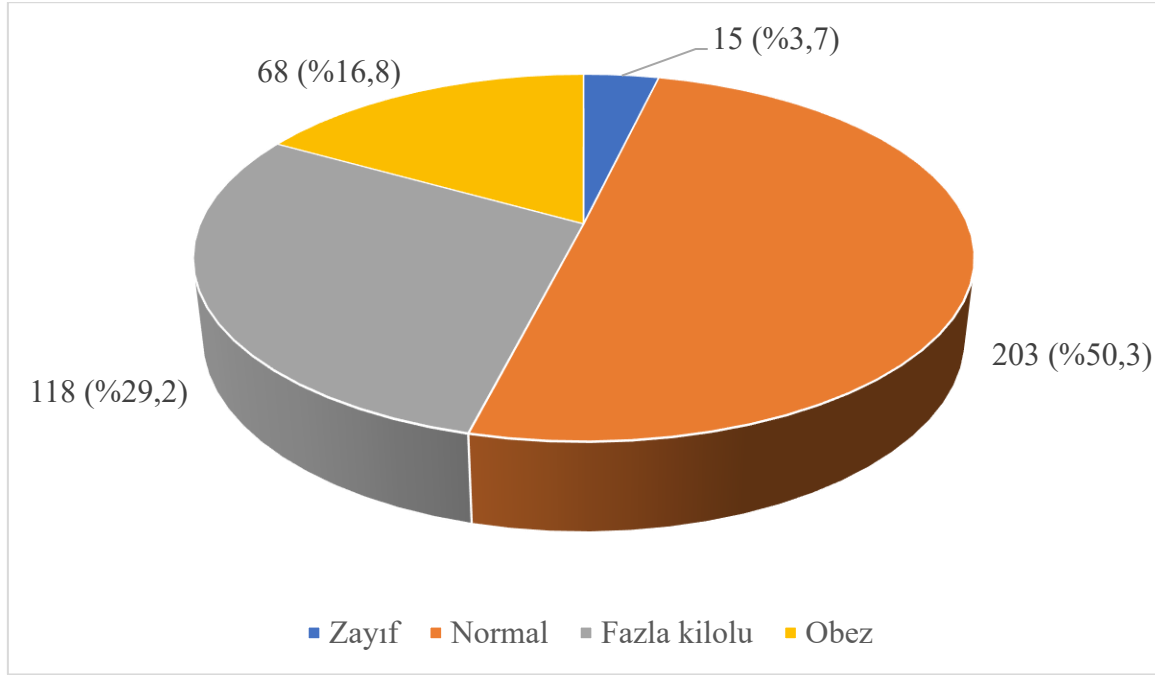
### TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Çalışmaya 20-60 yaş arasında, gönüllü 404 kadın dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $38,19 \pm 11,71$  olarak saptanmıştır. Kadınların 120'si (%29,7) 20-29, 97'si (%24) 30-39, 101'i (%25) 40-49 ve 86'sı (%21,3) 50-59 yaş grubunda yer almıştır. Çalışma grubundaki kadınların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Çalışma grubundaki kadınların yaş gruplarına göre dağılımı

Vücut kitle indeksine (VKİ) göre kadınların 203'ü (%50,3) normal, 118'i (%29,2) fazla kilolu, 68'i (%16,8) obez, 13'ü (%3,2) zayıf ve 2'si (%0,5) aşırı zayıf olarak tespit edilmiştir. Kadınların VKİ ortalaması  $25,45 \pm 4,84$  olarak tespit edilmiştir. Kadınların boy ortalaması  $162,8 \pm 6,24$ , ağırlık ortalaması  $67,38 \pm 12,95$  olarak tespit edilmiştir. Kadınların VKİ'ye göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



**Şekil 2. Kadınların vücut kitle indeksine göre dağılımı**

Çalışma grubundaki kadınların 265'i (%65,6) evli, 112'si (%27,7) bekar, 27'si (%6,7) boşanmış veya duldu. Kadınların 131'i (%32,4) ev hanımı, 91'i (%22,5) işçi, 62'si (%15,4) memur, 59'u (%14,6) öğrenci, 48'i (%11,9) emekli ve 13'ü (%3,2) diğer (esnaf, serbest meslek) olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu açısından ise 190'ı (%47,0) üniversite/yüksek okul mezunu, 149'u (%36,9) lise mezunu, 28'i (%6,9) ortaokul mezunu ve 37'si (%9,2) ilkokul mezunuydu. Kadınların 231'inin (%57,2) geliri giderine eşit, 109'unun (%27,0) geliri giderinden az ve 64'ünün (%15,8) geliri giderinden fazla idi. Kadınların aylık aile gelirleri 2000-180000 arasında değişmekte olup ortalaması  $42.706,44 \pm 27.480,83$  olarak saptanmıştır. Kadınların 373'ünün (%92,3) sağlık güvencesi var iken 31'inin (%7,7) yoktu. Kadınların 342'si (%84,6) il merkezinde, 44'ü (%10,9) ilçede ve 18'i (%4,5) köyde yaşamının çoğunu geçirdiğini bildirmiştir. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Medeni durum</b>		
Evli	265	65,6
Bekar	112	27,7
Boşanmış/dul	27	6,7
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul	37	9,2
Ortaokul	28	6,9
Lise	149	36,9
Üniversite/Yüksekokul	190	47,0
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	131	32,4
İşçi	91	22,5
Memur	62	15,4
Öğrenci	59	14,6
Emekli	48	11,9
Diğer (esnaf, serbest meslek)	13	3,2
<b>Gelir düzeyi</b>		
Geliri giderinden az	109	27,0
Geliri giderine eşit	231	57,2
Geliri giderden fazla	64	15,8
<b>Yaşamın çoğunu geçirdiği yer</b>		
İl	342	84,6
İlçe	44	10,9
Köy	18	4,5

Kadınların 124'ünün (%30,7) doğum kontrol hapı kullandığı, 280'inin (%69,3) ise kullanmadığı saptanmıştır. Kadınların 44'ünün (%10,9) hormon yerine koyma tedavisi aldığı, 360'ının (%89,1) almadığı saptanmıştır. Kadınların 164'ü (%40,6) sigara kullandığını, 108'i (%26,7) ise alkol kullandığını bildirmiştir. Kadınların 151'i (%37,4) düzenli fiziksel aktivite yaptığını, 253'ü (%62,6) yapmadığını bildirmiştir. Kadınların yaşam tarzı ile ilgili özelliklerinin olduğu dağılım Tablo 2'de verilmiştir.

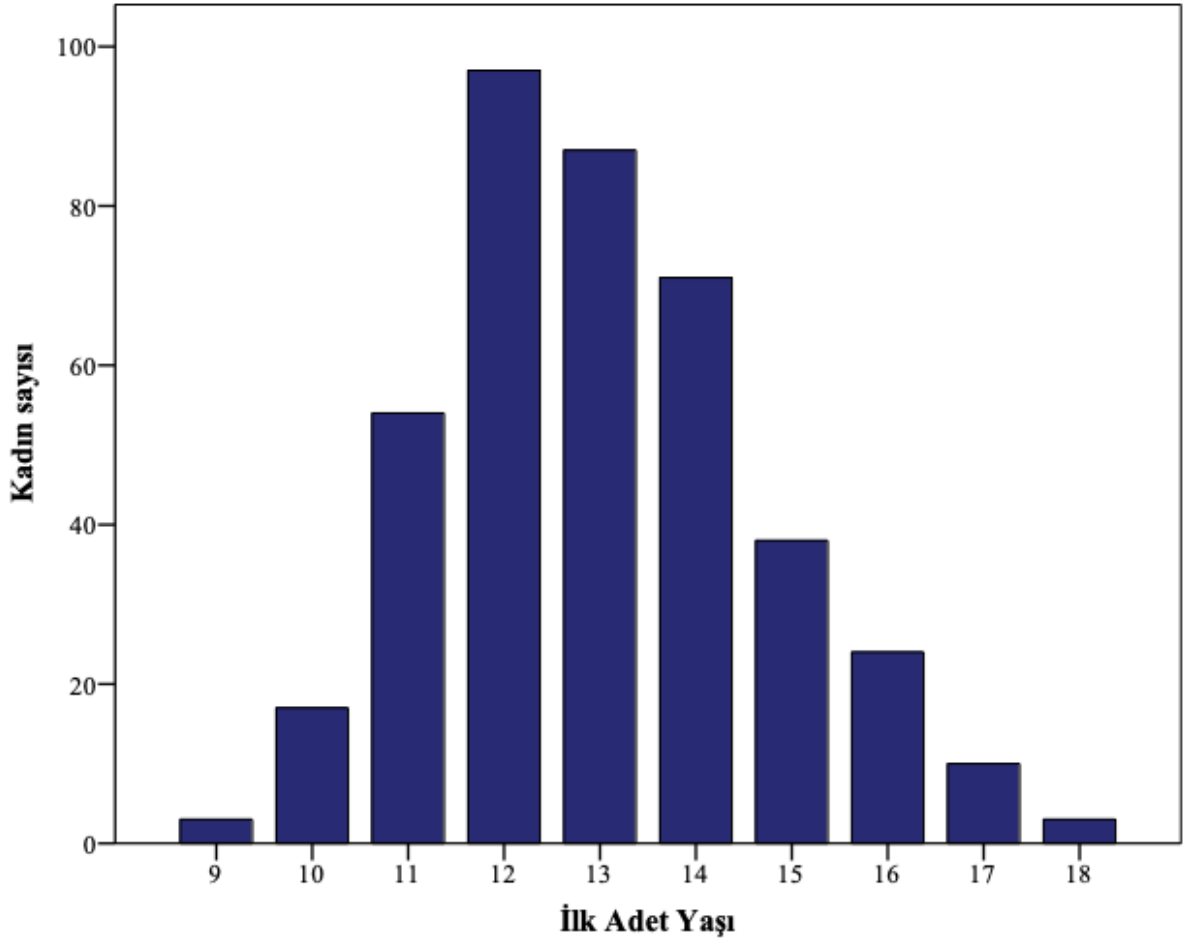
**Tablo 2. Katılımcıların yaşam tarzı özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Doğum kontrol hapı kullanma durumu</b>		
Evet	124	30,7
Hayır	280	69,3
<b>Hormon yerine koyma tedavisi alma durumu</b>		
Evet	44	10,9
Hayır	360	89,1
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	164	40,6
Hayır	240	59,4

**Tablo 2 (Devam). Katılımcıların yaşam tarzı özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Evet	108	26,7
Hayır	296	73,3
<b>Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu</b>		
Evet	151	37,4
Hayır	253	62,6

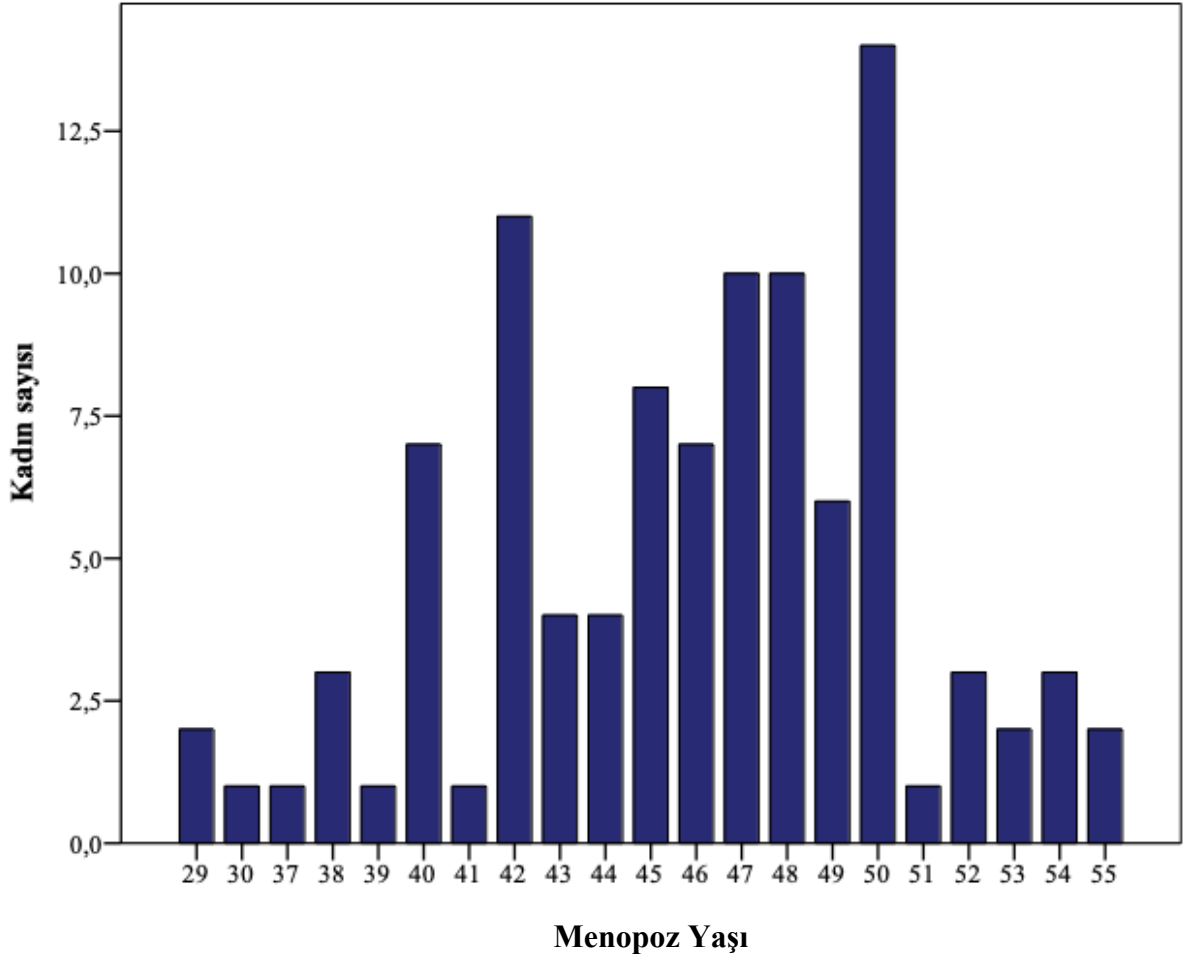
Çalışma grubunda yer alan kadınların ilk adet yaşı 9-18 yaş arasında değişmekte olup ortalaması  $13,01 \pm 1,72$  idi. Kadınların 74'ü (%18,3) 11 yaş ve altında ilk adetini görmüş iken, 255'i (%63,1) 12-14 yaşları arasında ilk adetini görmüş ve 75'i (%18,6) ise 15 yaş ve sonrasında ilk adetini gördüğünü bildirmiştir. Kadınların ilk adet yaşlarına göre dağılımı Şekil 3'te verilmiştir.



**Şekil 3. Kadınların ilk adet yaşlarına göre dağılımı**

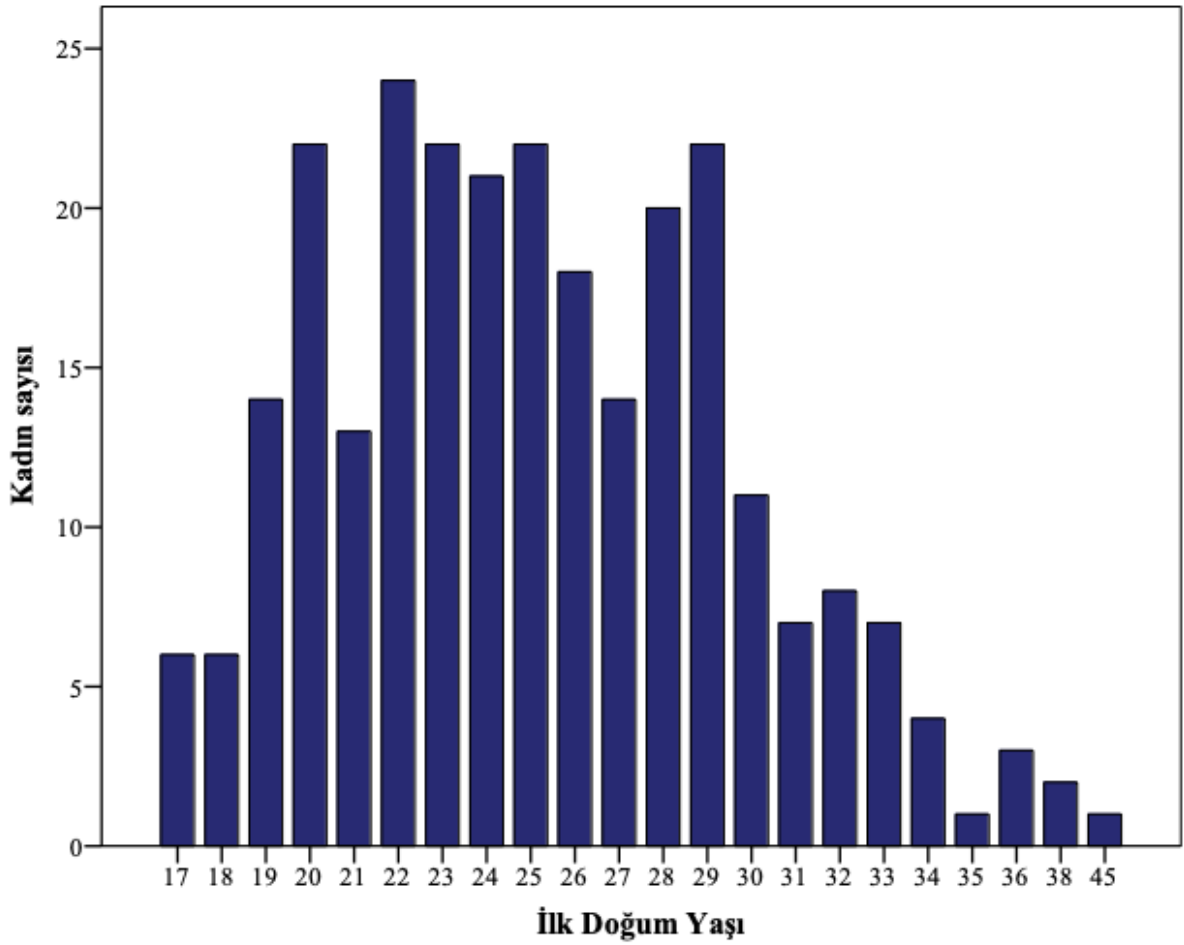
Kadınların 249'u (%61,6) düzenli, 54'ü (%13,4) düzensiz adet gördüğünü, 101'i (%25,0) ise menopozda olduğunu bildirmiştir. Menopoz dönemindeki 101 kadının menopoz

yaşı 29-55 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $45,74 \pm 5,08$  olarak saptanmıştır. Menopoz döneminde ki kadınların 43'ü (%42,6) 45 yaş ve altı dönemde menopoza girmiş iken, 56'sı (%55,4) 46-54 yaş arasında, 2'si (%2,0) ise 55 yaş ve üstü dönemde menopoza girdiğini beyan etmiştir. Menopoza giren kadınların menopoz yaşlarına göre dağılımı Şekil 4'te verilmiştir.



**Şekil 4. Menopoz dönemindeki kadınların menopoz yaşlarına göre dağılımı**

Kadınların 276'sı (%68,3) gebelik deneyimi yaşadığını, 128'i (%31,7) gebelik dönemi yaşamadığını bildirmiştir. Gebelik yaşayan kadınların gebelik sayıları 1-5 arasında değişmekte olup ortalaması  $2,00 \pm 0,87$  olarak saptanmıştır. Gebelik yaşayan kadınların doğum sayıları dağılımına göre 100'ü (%36,2) bir, 142'si (%51,5) iki, 25'i (%9,1) üç, 2'si (%0,7) dört doğum yaşadığını ve 7'si (%2,5) ise doğum yaşamadığını bildirmiştir. Doğum yaşayan 269 (%66,6) kadının ilk doğum yaşı 17-45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $25,21 \pm 4,64$  idi. Doğum yapan kadınların 48'inin (%17,8) 20 yaş ve altında, 176'sınının (%65,4) 21-29 yaş arasında, 45'inin (%16,7) 30 yaş ve üstünde ilk doğumunu yaptığını bildirmiştir. Doğum yapan 269 kadının ilk doğum yaşlarına göre dağılımı Şekil 5'te verilmiştir.



**Şekil 5. Doğum yapan kadınların ilk doğum yaşlarına göre dağılımı**

Doğum yapan 269 kadın arasında 231'inin (%86,2) düzenli emzirdiği, 37'sinin (%13,8) ise emzirmediği saptanmıştır. Kadınların jinekolojik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. Katılımcıların jinekolojik özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>İlk adet yaşı</b>		
11 yaş ve altı	74	18,3
12-14 yaş arası	255	63,1
15 yaş ve üstü	75	18,6
<b>Adet düzeni durumu</b>		
Düzenli	249	61,6
Düzensiz	54	13,4
Menopoz	101	25
<b>Menopoz yaşı</b>		
45 yaş ve altı	43	42,6
46-54 yaş arası	56	55,4
55 yaş ve üstü	2	2

**Tablo 3 (Devam). Katılımcıların jinekolojik özelliklerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelik yaşama durumu</b>		
Evet	276	68,3
Hayır	128	31,7
<b>Gebelik sayısı</b>		
0	128	31,7
1	84	20,8
2	124	30,7
3	54	13,4
4	11	2,7
5	3	0,7
<b>Doğum yaşama durumu</b>		
Evet	269	66,6
Hayır	135	33,4
<b>Doğum sayısı</b>		
0	135	33,4
1	100	24,8
2	142	35,1
3	25	6,2
4	2	0,5
<b>İlk doğum yaşı</b>		
Doğurmamayanlar	135	33,4
20 yaş ve altı	48	11,9
21-29 yaş arası	176	43,6
30 yaş ve üstü	45	11,1
<b>Emzirme durumu</b>		
Evet	231	86,2
Hayır	38	13,8

Kadınların 164'ü (%40,6) meme kanseri tanısı almış tanıdık biri olduğunu beyan etmiş olup, 23'ü (%14,0) birinci derece akrabası, 30'u (%18,3) ikinci derece akrabası, 38'i (%23,2) üçüncü derece akrabası, 56'sı (%34,2) arkadaşları ve 35'i (%21,3) komşusu olduğunu bildirmiştir (Birden fazla seçenek işaretlendiği için toplamı %100'ü geçmektedir). Kadınların 22'sinin (%5,4) geçirilmiş kanser öyküsü olduğu saptanmıştır. Kadınların 8'inin (%2,0) meme, 7'sinin (%1,7) tiroid, 7'sinin (%1,7) diğer türde kanseri (endometrium, over, melanom, kolon, karaciğer, akciğer ve lösemi, diğer kanser türleri olarak birleştirilmiştir) olduğu saptanmıştır. Kadınların 72'sinin (%17,8) memede kitle öyküsü olduğu, 34'üne (%8,4) meme biyopsisi yapıldığı, 26'sının (%6,4) iyi huylu, 8'inin (%2,0) kötü huylu kanseri olduğu, 370'inin (%91,6) hiç biyopsi yaptırmadığı saptanmıştır. Kadınların 151'i (%37,4) meme kanseri eğitimi aldığını, 253'ü (%62,6) eğitim almadığını belirtmiştir. Kadınların meme kanseri ile ilgili bazı değişkenlerinin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların meme kanseri ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma durumu</b>		
Evet*	164	40,6
Birinci derece akraba	23	14,0
İkinci derece akraba	30	18,3
Üçüncü derece akraba	38	23,2
Arkadaşlarım	56	34,2
Komşularım	35	21,3
Hayır	240	59,4
<b>Kanser geçirme durumu</b>		
Meme	8	2,0
Tiroid	7	1,7
Diğer	7	1,7
Kanser geçirmeyenler	382	94,6
<b>Meme kitle öyküsü durumu</b>		
Evet	72	17,8
Hayır	332	82,2
<b>Meme biyopsisi yapılma durumu</b>		
Evet	34	8,4
Hayır	370	91,6
<b>Biyopsi sonucu</b>		
İyi huylu	26	6,4
Kötü huylu	8	2,0
Biyopsi yapılmayanlar	370	91,6
<b>Meme kanseri eğitimi alma durumu</b>		
Evet	151	37,4
Hayır	253	62,6

\*Birden fazla seçenek işaretlendiği için toplamı %100'ü geçmektedir.

Kadınların 301'i (%74,5) KKMM yapmayı bildiğini beyan etmiştir. Kadınların 244'ü (%60,4) bazen, 36'sı (%8,9) ayda bir düzenli, 29'u (%7,2) haftada bir düzenli meme muayenesi yaptığını ve 95'i (%23,5) ise hiç KKMM yapmadığını ifade etmiştir. Kadınlara KKMM yapılma zamanı bilgisi sorgulandığında 75'i (%18,6) adet dönemine göre yapılmalıdır yanıtını vererek doğru cevabı, 217'si (%53,7) ise yanlış cevabı verirken, 112'si (%27,7) bilmediğini beyan etmiştir. Kadınlara KKMM yapılma sıklığı bilgisi sorgulandığında 171'i (%42,3) her ay yanıtını işaretleyerek doğru cevabı, 140'ı (%34,7) ise yanlış cevabı işaretlerken, 93'ü (%23) bilmediğini belirtmiştir. Kadınların KKMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların KKMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilme durumu</b>		
Evet	301	74,5
Hayır	103	25,5
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı</b>		
Haftada bir düzenli	29	7,2
Ayda bir düzenli	36	8,9
Bazen	244	60,4
Hiç	95	23,5
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma zamanı bilgisi</b>		
Doğru cevap veren	75	18,6
Yanlış cevap veren	217	53,7
Bilmiyor	112	27,7
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı bilgisi</b>		
Doğru cevap veren	171	42,3
Yanlış cevap veren	140	34,7
Bilmiyor	93	23

Kadınların 178'i (%44,1) daha önce KMM yaptırdığını beyan etmiştir. Kadınların 82'si (%20,3) yılda bir, 39'u (%9,7) 2 yılda bir, 57'si (%14,1) daha uzun aralıklarla ve 226'sı (%55,9) hiç KMM yaptırmadığını beyan etmiştir. Kadınlara KMM yaptırma sıklığını sorduğumuzda ise 165'i (%40,8) yılda bir yanıtını vererek doğru cevabı, 163'ü (%40,4) yanlış cevabı işaretlerken, 76'sı (%18,8) bilmediğini belirtmiştir. Kadınların KMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların KMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma durumu</b>		
Evet	178	44,1
Hayır	226	55,9
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı</b>		
Yılda bir	82	20,3
2 yılda bir	39	9,7
Daha uzun aralıklarla	57	14,1
Hiç	226	55,9
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı bilgisi</b>		
Doğru cevap veren	165	40,8
Yanlış cevap veren	163	40,4
Bilmiyor	76	18,8

Kadınların 149'u (%36,9) daha önce mamografi yaptırdığını belirtirken 255'i (%63,1) hiç yaptırmadığını belirtmiştir. Kırk yaş ve üzeri olan 187 kadına baktığımızda ise 129'u (%69) mamografi yaptırdığını belirtirken 58'i (%31) hiç yaptırmadığını bildirmiştir. Kadınlara

mamografinin kaç yaşından sonra tarama amaçlı çektilmesi gerektiği sorulduğunda 186'sı (%46) 40 yaşından sonra yanıtını vererek doğru cevaplariken, ne kadar sıklıkla tarama amaçlı çektilmesi gerektiği sorulduğunda ise 76'sı (%18,8) 2 yılda bir yanıtını vererek doğru cevaplamıştır. Kadınların mamografi çektilme ve bilgi düzeylerine göre dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7. Katılımcıların mamografi çektilme ve bilgi düzeylerine göre dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Mamografi çektilme durumu</b>		
Evet	149	36,9
Hayır	255	63,1
<b>40 yaş ve üstü mamografi çektilme durumu</b>		
Evet	129	69
Hayır	58	31
<b>Mamografinin hangi yaş sonrası uygulanacağı bilgisi</b>		
Doğru cevap veren	186	46
Yanlış cevap veren	218	54
<b>Mamografinin hangi sıklıkla uygulanacağı bilgisi</b>		
Doğru cevap veren	76	18,8
Yanlış cevap veren	328	81,2

### KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Çalışma grubunda yer alan kadınların MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın ortalaması 121,3±18,6 olarak hesaplanmıştır. MEKÖD Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8. Katılımcıların MEKÖD ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı**

MEKÖD Ölçeği Alt Boyutları	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS (%*)
1.Alt Boyut: Tutum	32,0 (14,0-40,0)	31,4±4,8 (%78,5)
2.Alt Boyut: Motivasyon	18,0 (7,0-20,0)	17,0±2,9 (%85)
3.Alt Boyut: Öz yeterlik	14,0 (4,0-20,0)	14,5±3,2 (%72,5)
4.Alt Boyut: Destek sistemleri	15,0 (4,0-20,0)	14,9±4,1 (%74,5)
5.Alt Boyut: Bilgi arama	15,0 (4,0-20,0)	14,5±3,9 (%72,5)
6.Alt Boyut: Öz bakım	18,0 (7,0-30,0)	18,6±4,8 (%62)
7.Alt Boyut: Stres yönetimi	10,0 (3,0-15,0)	10,4±2,7 (%69,3)
Toplam Puan	120,0 (66,0-161,0)	121,3±18,6 (%73,5)

\*Alınabilecek en yüksek puana göre alınan puanın yüzdesi.

Kadınlar arasında 40-59 yaş grubunda olanlar 20-39 yaş grubunda olanlara göre MEKÖD Ölçeği toplam puanı daha yüksek olup anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). İşçiler emeklilere göre daha düşük puan almıştır ( $p=0,017$ ). Üniversite ve yüksek lisans mezunu olanlar ilkokul ve ortaokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek puan almıştır ( $p<0,001$ ). Geliri giderinden az olanlar eşit ve fazla olanlara göre daha düşük puan almıştır ( $p<0,001$ ). Yaşamın çoğunu geçirdiği yer il olanlar ilçe ve köy olanlara göre daha yüksek puan almıştır ( $p=0,022$ ). Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 9'da verilmiştir.

**Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n)	MEKÖD Ölçeği Toplam Puanı Ortanca (Min-Maks)	MEKÖD Ölçeği Toplam Puanı Ortalama±SS	Test değeri p
<b>Yaş (yıl)</b>				
20-39	217	117,0 (66,0-158,0)	118,0±17,9	<b>&lt;0,001*</b>
40-59	187	126,0 (80,0-161,0)	125,1±18,8	
<b>Vücut kitle indeksi</b>				
Zayıf	15	113,0 (83,0-148,0)	116,2±17,3	0,342**
Normal	203	119,0 (66,0-161,0)	120,3±19,4	
Fazla kilolu	118	123,0 (80,0-159,0)	123,3±17,7	
Obez	68	120,5 (88,0-154,0)	121,9±18,2	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	265	119,0 (66,0-159,0)	121,0±18,4	0,674**
Bekar	112	121,5 (72,0-161,0)	121,0±19,0	
Boşanmış/dul	27	130,0 (92,0-159,0)	125,0±20,1	
<b>Çalışma durumu</b>				
Ev hanımı	131	117,0 (66,0-159,0)	119,7±19,3	<b>0,017**</b>
İşçi	91	118,0 (80,0-153,0)	118,6±18,0	
Memur	62	124,0 (89,0-159,0)	125,0±17,8	
Öğrenci	59	118,0 (72,0-157,0)	118,7±19,1	
Emekli	48	130,5 (104,0-161,0)	129,3±16,3	
Diğer	13	124,0 (89,0-150,0)	121,9±19,4	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul	37	110,0 (80,0-153,0)	115,1±19,4	<b>0,001**</b>
Ortaokul	28	106,0 (66,0-149,0)	110,8±20,5	
Lise	149	120,0 (72,0-161,0)	121,1±19,4	
Üniversite/Yüksekokul	190	123,5 (89,0-159,0)	124,1±16,8	
<b>Gelir durumu</b>				
Geliri giderinden az	109	112,0 (66,0-159,0)	114,5±20,1	<b>&lt;0,001**</b>
Geliri giderine eşit	231	123,0 (72,0-161,0)	122,7±17,2	
Geliri giderinden fazla	64	130,5 (94,0-158,0)	127,6±17,7	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

**Tablo 9 (Devam). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

Sosyodemografik özellikler	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Sağlık güvencesi</b>				
Var	373	122,0 (72,0-161,0)	122,1±18,3	<b>0,004*</b>
Yok	31	109,0 (66,0-150,0)	110,9±19,4	
<b>Yaşamın çoğunu geçirdiği yer</b>				
İl	342	123,0 (66,0-161,0)	122,3±18,5	<b>0,022**</b>
İlçe	44	114,0 (87,0-158,0)	116,4±19,5	
Köy	18	114,0 (90,0-143,0)	113,4±15,4	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında adetleri düzensiz olanlar, düzenli ve menopozda olanlara göre MEKÖD Ölçeği toplam puanından daha düşük almış olup anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Diğer yandan menopoza girmeyenler ise 46-54 yaş ve 45 yaş ve altı olanlara göre daha düşük puan almıştır ( $p=0,025$ ). Düzenli fiziksel egzersiz yapanların toplam puanı yapmayanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kadınların meme kanseri ile ilişkili olabilecek faktörlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10. Katılımcıların meme kanseri ile ilişkili olabilecek faktörlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

İlişkili olabilecek faktörler	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>İlk adet yaşı</b>				
11 yaş ve altı	74	116,0 (66,0-159,0)	117,3±19,2	0,133**
12-14 yaş arası	255	121,0 (80,0-161,0)	121,8±18,4	
15 yaş ve üzeri	75	123,0 (72,0-157,0)	123,3±18,7	
<b>Adet düzeni</b>				
Düzenli	249	122,0 (66,0-159,0)	121,5±18,0	<b>0,001**</b>
Düzensiz	54	108,5 (83,0-157,0)	113,2±17,8	
Menopozda	101	127,0 (80,0-161,0)	125,0±19,4	
<b>Menopoz yaşı</b>				
Menopoza girmeyenler	303	118,0 (66,0-159,0)	119,7±18,2	<b>0,025**</b>
45 yaş altı girenler	43	128,0 (80,0-161,0)	126,0±17,6	
46-54 yaş arası girenler	56	127,0 (87,0-159,0)	125,9±20,5	
55 yaş ve üstü girenler	2	106,5 (95,0-118,0)	106,5±16,3	
<b>Doğum yaşama durumu</b>				
Evet	269	120,0 (66,0-159,0)	121,5±18,9	0,726*
Hayır	135	121,0 (72,0-161,0)	120,8±18,2	
<b>İlk doğum yaşı</b>				
Doğurmayanlar	135	121,0 (72,0-161,0)	120,8±18,2	0,141**
20 yaş ve altı	48	115,0 (66,0-151,0)	114,9±20,7	
21-29 yaş arası	176	122,0 (86,0-159,0)	122,9±18,6	
30 yaş ve üstü	45	120,0 (91,0-157,0)	123,8±16,9	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

**Tablo 10 (Devam). Katılımcıların meme kanseri ile ilişkili olabilecek faktörlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

İlişkili olabilecek faktörler	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Emzirme durumu</b>				
Doğurmayanlar	135	121,0 (72,0-161,0)	120,8±18,2	0,770**
Düzenli emzirenler	231	120,0 (66,0-159,0)	121,3±19,1	
Düzenli emzirmeyenler	37	124,5 (80,0-154,0)	123,0±17,6	
<b>Doğum kontrol hapi kullanma durumu</b>				
Evet	124	123,0 (83,0-159,0)	122,7±18,0	0,349*
Hayır	280	119,0 (66,0-161,0)	120,6±18,9	
<b>Hormon yerine koyma tedavisi alma durumu</b>				
Evet	44	130,5 (90,0-161,0)	126,8±18,8	0,057*
Hayır	360	120,0 (66,0-159,0)	120,6±18,5	
<b>Sigara kullanma durumu</b>				
Evet	164	119,0 (66,0-157,0)	119,6±19,8	0,200*
Hayır	240	121,0 (81,0-161,0)	122,4±17,8	
<b>Alkol kullanma durumu</b>				
Evet	108	120,5 (72,0-161,0)	119,5±17,9	0,309*
Hayır	296	120,0 (66,0-159,0)	121,9±18,9	
<b>Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu</b>				
Evet	151	127,0 (83,0-161,0)	127,0±18,1	<0,001*
Hayır	253	116,0 (66,0-159,0)	117,8±18,2	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında meme kanseri tanısı alan tanıdığı olanlar olmayanlara göre (p=0,004), 1.derece akrabasında meme kanseri tanısı alanlar olmayanlara göre (p=0,035), arkadaşları arasında meme kanseri tanısı alan kadınların olmayanlara göre (p=0,007), biyopsi yapılanlar yapılmayanlara göre (p=0,016) ve meme kanseri eğitimi alanlar olmayanlara göre (p<0,001) MEKÖD Ölçeği'nden daha yüksek puan alıp anlamlı farklar saptanmıştır. Kadınların meme kanseri ile ilişkili bazı değişkenlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11. Katılımcıların meme kanseri ile ilişkili bazı değişkenlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

İlişkili bazı değişkenler	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma durumu</b>				
Evet	164	123,0 (83,0-161,0)	124,8±18,0	0,004*
Hayır	240	118,0 (66,0-158,0)	118,9±18,7	
<b>Meme kanseri tanısı almış birinci derece akrabası olma durumu</b>				
Evet	23	127,0 (104,0-159,0)	129,7±17,5	0,035*
Hayır	381	120,0 (66,0-161,0)	120,8±18,6	
<b>Meme kanseri tanısı almış ikinci derece akrabası olma durumu</b>				
Evet	30	123,0 (83,0-156,0)	122,5±20,5	0,780*
Hayır	374	120,0 (66,0-161,0)	121,2±18,5	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

**Tablo 11 (Devam). Katılımcıların meme kanseri ile ilişkili bazı değişkenlere göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

İlişkili bazı değişkenler	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Meme kanseri tanısı almış üçüncü derece akrabası olma durumu</b>				
Evet	38	122,5 (93,0-155,0)	123,5±17,3	0,464*
Hayır	366	120,0 (66,0-161,0)	121,0±18,8	
<b>Meme kanseri tanısı almış arkadaşı olma durumu</b>				
Evet	56	131,0 (90,0-159,0)	127,5±17,0	<b>0,007*</b>
Hayır	348	119,0 (66,0-161,0)	120,3±18,7	
<b>Meme kanseri tanısı almış komşusu olma durumu</b>				
Evet	35	124,0 (87,0-161,0)	125,7±17,5	0,152*
Hayır	369	120,0 (66,0-159,0)	120,8±18,7	
<b>Kanser geçirme durumu</b>				
Evet	22	122,5 (90,0-154,0)	122,1±18,4	0,843*
Hayır	382	120,0 (66,0-161,0)	121,2±18,7	
<b>Kanser türü</b>				
Meme	8	134,5 (118,0-153,0)	134,6±12,1	0,053**
Tiroid	7	105,0 (90,0-128,0)	108,7±15,8	
Diğer	7	120,0 (99,0-154,0)	121,1±18,9	
Kanser geçirmeyenler	382	120,0 (66,0-161,0)	121,2±18,7	
<b>Meme kitle öyküsü durumu</b>				
Evet	72	124,0 (80,0-161,0)	125,1±18,6	0,074*
Hayır	332	119,0 (66,0-159,0)	120,4±18,6	
<b>Meme biyopsisi yapılma durumu</b>				
Evet	34	132,0 (80,0-161,0)	128,4±18,0	<b>0,016*</b>
Hayır	370	119,0 (66,0-159,0)	120,6±18,6	
<b>Biyopsi sonucu</b>				
İyi huylu	26	128,5 (80,0-161,0)	126,4±19,2	<b>0,030**</b>
Kötü huylu	8	134,5 (118,0-153,0)	134,6±12,1	
Biyopsi yapılmayanlar	370	119,0 (66,0-159,0)	120,7±18,6	
<b>Meme kanseri eğitimi alma durumu</b>				
Evet	151	125,0 (94,0-159,0)	127,1±16,5	<b>&lt;0,001*</b>
Hayır	253	115,0 (66,0-161,0)	117,8±19,0	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında KKMM yapmayı bilenler bilmeyenlere göre MEKÖD Ölçeği'nden daha yüksek puan almıştır ( $p<0,001$ ). Kadınlarda KKMM yapma sıklığı açısından hiç muayene yapmayanların bazen, ayda bir ve haftada bir muayene yapma sıklığı olanlara göre daha düşük puan aldığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kadınların KKMM yapma sıklığı ve zamanı konusunda bilgisi olmayanlar doğru ve yanlış bilgisi olanlara göre daha düşük puan almıştır ( $p<0,001$ ). Kadınların KKMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 12. Katılımcıların KKMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

KKMM ile ilgili sorular	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilme durumu</b>				
Evet	301	125,0 (80,0-161,0)	125,0±17,6	<0,001*
Hayır	103	109,0 (66,0-153,0)	110,5±17,6	
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı</b>				
Haftada 1 düzenli	29	139,0 (80,0-158,0)	133,0±20,9	<0,001**
Ayda 1 düzenli	36	122,5 (96,0-159,0)	124,2±18,4	
Bazen	244	123,5 (83,0-161,0)	123,3±17,0	
Hiç	95	109,0 (66,0-153,0)	111,5±18,3	
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma zamanı bilgisi</b>				
Doğru	75	127,0 (98,0-158,0)	126,6±15,5	<0,001**
Yanlış	217	122,0 (80,0-161,0)	123,2±19,0	
Bilmiyor	112	113,0 (66,0-159,0)	113,8±17,9	
<b>Kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı bilgisi</b>				
Doğru	171	123,0 (86,0-159,0)	123,2±17,1	<0,001**
Yanlış	140	121,5 (80,0-161,0)	123,4±20,1	
Bilmiyor	93	113,0 (66,0-156,0)	114,5±17,6	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında KMM yaptıranlar yaptırmayanlara göre MEKÖD Ölçeği'nden daha yüksek puan almıştır ( $p<0,001$ ). Kadınlar arasında hiç KMM yaptırmayanlar yılda bir yaptıranlardan daha düşük puan almıştır ( $p<0,001$ ). Kadınların KMM yaptırma sıklığı konusunda bilgisi olmayanlar doğru ve yanlış bilgisi olanlara göre daha düşük puan almıştır ( $p=0,001$ ). Kadınların KMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo 13. Katılımcıların KMM uygulama ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

KMM ile ilgili sorular	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma durumu</b>				
Evet	178	128,0 (80,0-161,0)	126,6±18,5	<0,001*
Hayır	226	114,5 (66,0-158,0)	117,0±17,7	
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı</b>				
Yılda bir	82	133,5 (80,0-161,0)	130,3±19,2	<0,001**
İki yılda bir	39	128,0 (88,0-156,0)	123,6±18,4	
Daha uzun aralıklarla	57	122,0 (90,0-154,0)	122,9±16,4	
Hiç	226	114,5 (66,0-158,0)	117,0±17,7	
<b>Klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı bilgisi</b>				
Doğru	165	123,0 (80,0-161,0)	124,1±18,5	0,001**
Yanlış	163	122,0 (87,0-159,0)	121,8±17,2	
Bilmiyor	76	111,0 (66,0-157,0)	113,9±20,1	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında MEKÖD Ölçeği mamografi çektirme durumu açısından değerlendirildiğinde mamografi çektirenler çektirmeyenlere göre daha yüksek puan almıştır ( $p<0,001$ ). Kırk yaş üstü kadınlar arasında da mamografi çektirenler çektirmeyenlerden daha yüksek puan almıştır ( $p<0,001$ ). Mamografinin hangi yaş sonrası ve hangi sıklıkta uygulanacağı bilgisi sorgulandığında ise aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kadınların mamografi çektirme ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir.

**Tablo 14. Katılımcıların mamografi çektirme ve bilgi düzeylerine göre MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması**

Mamografi ile ilgili sorular	n	Ortanca (Min-Maks)	Ortalama±SS	p değeri
<b>Mamografi çektirme durumu</b>				
Evet	149	131,0 (80,0-161,0)	128,0±19,2	<b>&lt;0,001*</b>
Hayır	255	116,0 (66,0-158,0)	117,3±17,2	
<b>40 yaş üstü mamografi çektirme durumu</b>				
Evet	129	131,0 (80,0-161,0)	127,6±19,6	<b>0,005*</b>
Hayır	58	120,5 (86,0-147,0)	119,4±15,5	
<b>Mamografinin hangi yaş sonrası uygulanacağı bilgisi</b>				
Doğru	186	123,0 (80,0-161,0)	122,7±17,6	0,222*
Yanlış	218	119,0 (66,0-159,0)	120,0±19,4	
<b>Mamografinin hangi sıklıkta uygulanacağı bilgisi</b>				
Doğru	76	123,0 (88,0-157,0)	122,9±17,7	0,418*
Yanlış	328	119,5 (66,0-161,0)	120,9±18,9	

\*Mann-Whitney U testi.

Kadınların KKMM yapma durumlarını yaş ile kıyaslandığında yapanların yaş ortalaması 39,63±11,22, yapmayanların ise 33,49±12,08 olarak saptanmıştır. Yapanların yapmayanlara göre yaş ortalaması daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

Kadınlar arasında KKMM yapma durumu sorgulandığında 20-39 yaş grubundaki kadınların %69,6'sı, 40-59 yaş grubundaki kadınların ise %84,5'i yaptıklarını belirtmiştir. Kadınların KKMM yapma oranı 40-59 yaş grubunda daha yüksek olup anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Bekar ve boşanmış/dul seçenekleri evli olmayanlar olarak birleştirilip değerlendirildiğinde %65,5'i, evli olanların ise %82,3'ü KKMM yaptıklarını belirtmiştir. Evli olanların KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Çalışma durumu açısından çalışan ve çalışmayan kadınların öğrencilere göre KKMM yapma oranları daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kadınların eğitim durumu ilkokul, ortaokul ve lise olanlar lise ve altı olarak birleştirilmiştir. Üniversite/Yüksekokul mezunu olanların KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır

(p=0,006). Doğum yapanların doğum yapmayanlara göre KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Meme kanseri tanısı almış bir tanıdığı olanların olmayanlara göre KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,012). Memede kitle öyküsüne sahip olanlar olmayanlara göre (p=0,010) ve meme kanseri eğitimi alanlar almayanlara göre (p<0,001) KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı farklar saptanmıştır. Ekonomik durum (p=0,108) ve birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü varlığında (p=0,646) anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların KKMM yapma durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15. Katılımcıların KKMM yapma durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

KKMM yapma durumları		Yapıyorum		Yapmıyorum		p değeri
		n	Yüzde	n	Yüzde	
Yaş grupları	20-39	151	%69,6	66	%30,4	<0,001*
	40-59	158	%84,5	29	%15,5	
Medeni durum	Evli	218	%82,3	47	%17,7	<0,001*
	Evli olmayanlar	91	%65,5	48	%34,5	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	143	%79,9	36	%20,1	<0,001*
	Çalışıyor	134	%80,7	32	%19,3	
	Öğrenci	32	%54,2	27	%45,8	
Eğitim durumu	Lise ve altı	152	%71,0	62	%29,0	0,006*
	Üniversite/Yüksekokul	157	%82,6	33	%17,4	
Ekonomik durum	Geliri giderinden az	76	%69,7	33	%30,3	0,108*
	Geliri giderine eşit	180	%77,9	51	%22,1	
	Geliri giderinden fazla	53	%82,8	11	%17,2	
Doğum yapma durumu	Evet	222	%82,5	47	%17,5	<0,001*
	Hayır	87	%62,4	48	%37,6	
Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma	Evet	136	%82,9	28	%17,1	0,012*
	Hayır	173	%72,1	67	%27,9	
Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü	Evet	19	%82,6	4	%17,4	0,646**
	Hayır	290	%76,1	91	%23,9	
Memede kitle öyküsü	Evet	64	%88,9	8	%11,1	0,010**
	Hayır	245	%73,8	87	%26,2	
Meme kanseri eğitimi alma	Evet	142	%94,0	9	%6,0	<0,001*
	Hayır	167	%66,0	86	%34,0	
		<b>Ortalama±SS</b>		<b>Ortalama±SS</b>		<b>p değeri</b>
<b>Yaş (Yıl)</b>		39,63±11,22		33,49±12,08		<0,001***

\*Pearson Ki-kare, \*\* Continuity Correction<sup>b</sup>, \*\*\* Mann-Whitney U.

Kadınların KMM yaptırma durumları yaş ile kıyaslandığında yaptırılanların yaş ortalaması 45,19±8,91, yaptırmayanların ise 32,68±10,67 olarak saptanmıştır. Yaptırılanların yaptırmayanlara göre yaş ortalaması daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001).

Kadınlar arasında KMM yaptırma durumu sorgulandığında 40-59 yaş grubundaki kadınların %70,6'sı, 20-39 yaş grubundaki kadınların ise %21,2'si yaptırdıklarını belirtmiştir. Kadınların KMM yaptırma oranı 40-59 yaş grubunda daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Evli olanların %54'ü, evli olmayanların ise %25,2'si KMM yaptırdıklarını ifade ederken evli olanların yaptırma oranı daha yüksek olup anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001). Çalışma durumu açısından çalışmayan kadınların çalışan ve öğrencilere göre KMM yaptırma oranları daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). Doğum yapanlar yapmayanlara göre (p<0,001), meme kanseri tanısı almış tanıdığı olanlar olmayanlara göre (p<0,001), birinci derecede akrabada meme kanseri öyküsü olanlar olmayanlara göre (p=0,006), memede kitle öyküsü olanlar olmayanlara göre (p<0,001) ve meme kanseri eğitimi alanlar almayanlara göre (p<0,001) daha yüksek KMM yaptırma oranı olup anlamlı farklar saptanmıştır. Eğitim durumu (p=0,456) ve ekonomik durumda (p=0,998) ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların KMM yaptırma durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16. Katılımcıların KMM yaptırma durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

KMM yaptırma durumları		Yaptırdım		Yaptırmadım		p değeri
		n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Yaş grupları</b>	20-39	46	%21,2	171	%78,8	<0,001*
	40-59	132	%70,6	55	%29,4	
<b>Medeni durum</b>	Evli	143	%54,0	122	%46,0	<0,001*
	Evli olmayanlar	35	%25,2	104	%74,8	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	104	%58,1	75	%41,9	<0,001*
	Çalışıyor	73	%44,0	93	%56,0	
	Öğrenci	1	%1,7	58	%98,3	
<b>Eğitim durumu</b>	Lise ve altı	98	%45,8	116	%54,2	0,456*
	Üniversite/Yüksekokul	80	%42,1	110	%57,9	
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderinden az	48	%44,0	61	%56,0	0,998*
	Geliri giderine eşit	102	%44,2	129	%55,8	
	Geliri giderinden fazla	28	%43,8	36	%56,2	

\*Pearson Ki-kare, \*\* Continuity Correction<sup>b</sup>, \*\*\*Mann-Whitney U.

**Tablo 16 (Devam). Katılımcıların KMM yaptırma durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

KMM yaptırma durumları		Yaptırdım		Yaptırmadım		p değeri
		n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Doğum yapma durumu</b>	Evet	154	%57,2	115	%42,8	<0,001*
	Hayır	24	%17,8	111	%82,2	
<b>Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma</b>	Evet	91	%55,5	73	%44,5	<0,001*
	Hayır	87	%36,2	153	%63,8	
<b>Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü</b>	Evet	17	%73,9	6	%26,1	0,006**
	Hayır	161	%42,3	220	%57,7	
<b>Memede kitle öyküsü</b>	Evet	70	%97,2	2	%2,8	<0,001*
	Hayır	108	%32,5	224	%67,5	
<b>Meme kanseri eğitimi alma</b>	Evet	91	%60,3	60	%39,7	<0,001*
	Hayır	87	%34,4	166	%65,6	
		<b>Ortalama±SS</b>		<b>Ortalama±SS</b>		<b>p değeri</b>
<b>Yaş (Yıl)</b>		45,19±8,91		32,68±10,67		<0,001***

\*Pearson Ki-kare, \*\* Continuity Correction<sup>b</sup>, \*\*\*Mann-Whitney U.

Kırk yaş üstü kadınlarda mamografi çektirme durumlarını yaş ile kıyaslandığında çektirenlerin yaş ortalaması 50,07±5,29, çektirmeyenlerin ise 46,88±6,13 olarak saptanmıştır. Mamografi çektirenlerin çektirmeyenlere göre yaş ortalaması daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001).

Kırk yaş üstü kadınlarda mamografi çektirmeleri sorgulandığında meme kanseri tanısı almış tanıdığı olanlar olmayanlara göre (p=0,018) ve memede kitle öyküsü olanlar olmayanlara göre (p<0,001) daha yüksek mamografi çektirme oranı olup anlamlı farklar saptanmıştır. Medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, ekonomik durum, doğum yapmak, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü ve meme kanseri eğitimi alma durumlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların mamografi çektirme durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 17’de verilmiştir.

**Tablo 17. Katılımcıların mamografi çekirme durumlarının çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

40 yaş üstü kadınların mamografi çekirme durumu		Çektirdim		Çektirmedim		p değeri
		n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Medeni durum</b>	Evli	110	%70,1	47	%29,9	0,607**
	Evli olmayanlar	19	%63,3	11	%36,7	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	90	%71,4	37	%28,6	0,221*
	Çalışıyor	39	%65,0	21	%35,0	
<b>Eğitim durumu</b>	Lise ve altı	84	%70,0	36	%30,0	0,813**
	Üniversite/Yüksekokul	45	%67,2	22	%32,8	
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderinden az	38	%80,9	9	%19,1	0,089*
	Geliri giderine eşit	73	%63,5	42	%36,5	
	Geliri giderinden fazla	18	%72,0	7	%28,0	
<b>Doğum yapma durumu</b>	Evet	119	%69,6	52	%30,4	0,578***
	Hayır	10	%62,5	6	%37,5	
<b>Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma</b>	Evet	73	%76,8	22	%23,2	<b>0,018*</b>
	Hayır	56	%60,9	36	%39,1	
<b>Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü</b>	Evet	12	%75,0	4	%25,0	0,779***
	Hayır	117	%68,4	54	%31,6	
<b>Memede kitle öyküsü</b>	Evet	42	%91,3	4	%8,7	<b>&lt;0,001**</b>
	Hayır	87	%61,7	54	%38,3	
<b>Meme kanseri eğitimi alma</b>	Evet	59	%72,8	22	%27,2	0,319*
	Hayır	70	%66,0	36	%34,0	
		<b>Ortalama±SS</b>		<b>Ortalama±SS</b>		<b>p değeri</b>
<b>Yaş (Yıl)</b>		50,07±5,29		46,88±6,13		<b>&lt;0,001****</b>

\*Pearson Ki-kare, \*\* Continuity Correction<sup>b</sup>, \*\*\* Fisher's Exact Test, \*\*\*\* Mann-Whitney U testi.

Kadınlar arasında sorulan KKMM sıklık ve zaman bilgisi, KMM sıklık bilgisi, mamografi yaş ve sıklık bilgisi olmak üzere 5 soru sorulmuştur. Kadınlardan 8'i (%2,0) 5 soruya, 27'si (%6,7) 4 soruya, 61'i (%15,1) 3 soruya, 112'si (%27,7) 2 soruya ve 118'i (%29,2) 1 soruya doğru cevap vermişken 78'i (%19,3) hiçbir soruya doğru cevap vermemiştir. Bu soruların doğru cevaplanma sayıları ortalaması 1,7±1,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayıları Tablo 18'de verilmiştir.

**Tablo 18. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayıları**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Doğru cevap sayısı</b>		
0	78	%19,3
1	118	%29,2
2	112	%27,7
3	61	%15,1
4	27	%6,7
5	8	%2,0

Kadınlar arasında 40-59 yaş grubundaki kadınların doğru cevap sayı ortalaması 20-39 yaş grubundan daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Evli kadınların evli olmayanlara göre ( $p=0,008$ ), üniversite/yüksekokul mezunlarının lise ve altı olanlara göre ( $p=0,003$ ) doğru cevap sayısı daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Doğum yapanlar yapmayanlara göre ( $p=0,010$ ), memede kitle öyküsü olanlar olmayanlara göre ( $p=0,023$ ) ve meme kanseri eğitimi alanlar almayanlara göre ( $p<0,001$ ) doğru cevap sayısı daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Çalışma durumu, ekonomik durum, meme kanseri tanısı almış tanıdığı olmak ve birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü varlığında anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevapların çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevapların çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

Çeşitli değişkenler		Kişi sayısı (n)	Doğru cevap sayısı (Ortalama±SS)	p değeri
<b>Yaş grupları</b>	20-39	217	1,5±1,3	<b>&lt;0,001*</b>
	40-59	187	1,9±1,2	
<b>Medeni durum</b>	Evli	265	1,8±1,3	<b>0,008*</b>
	Evli olmayanlar	139	1,4±1,2	
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor	179	1,6±1,2	0,342**
	Çalışıyor	166	1,8±1,3	
	Öğrenci	59	1,5±1,3	
<b>Eğitim durumu</b>	Lise ve altı	214	1,5±1,2	<b>0,003*</b>
	Üniversite/Yüksekokul	190	1,9±1,3	
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderinden az	109	1,6±1,2	0,061**
	Geliri giderine eşit	231	1,6±1,2	
	Geliri giderinden fazla	64	2,0±1,3	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

**Tablo 19 (Devam). Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevapların çeşitli değişkenler ile karşılaştırılması**

Çeşitli değişkenler		Kişi sayısı (n)	Doğru cevap sayısı (Ortalama±SS)	p değeri
<b>Doğum yapma durumu</b>	Evet	269	1,8±1,3	<b>0,010*</b>
	Hayır	135	1,5±1,2	
<b>Meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma</b>	Evet	164	1,8±1,1	0,087*
	Hayır	240	1,6±1,3	
<b>Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü</b>	Evet	23	1,7±0,8	0,671*
	Hayır	381	1,7±1,3	
<b>Memede kitle öyküsü</b>	Evet	72	1,9±1,1	<b>0,023*</b>
	Hayır	332	1,6±1,3	
<b>Meme kanseri eğitimi alma</b>	Evet	151	2,1±1,3	<b>&lt;0,001*</b>
	Hayır	253	1,4±1,1	
<b>Toplam</b>		404	1,7±1,3	

\*Mann-Whitney U testi, \*\*Kruskal-Wallis testi.

Kadınlar arasında sorulan 5 bilgi sorusuna KKMM bilenler bilmeyenlere göre ( $p<0,001$ ), KKMM yapanlar yapmayanlara göre ( $p<0,001$ ), KMM yaptıranlar yaptırmayanlara göre ( $p<0,001$ ) ve mamografi çektirenler çekirtmeyenlere göre ( $p=0,003$ ) doğru cevap sayıları daha yüksek olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevapların tarama yöntemleri davranışları ile karşılaştırılması Tablo 20'de verilmiştir.

**Tablo 20. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri cevapların tarama yöntemleri davranışları ile karşılaştırılması**

		Kişi sayısı (n)	Doğru cevap sayısı (Ortalama±SS)	p değeri
<b>KKMM bilme</b>	Evet	301	1,9±1,3	<b>&lt;0,001*</b>
	Hayır	103	1,0±0,9	
<b>KKMM yapma</b>	Evet	309	1,9±1,3	<b>&lt;0,001*</b>
	Hayır	95	1,0±1,0	
<b>KMM yaptıрма</b>	Evet	178	2,0±1,2	<b>&lt;0,001*</b>
	Hayır	226	1,4±1,3	
<b>Mamografi çektirme</b>	Evet	149	1,9±1,2	<b>0,003*</b>
	Hayır	255	1,5±1,3	

\*Mann-Whitney U testi.

Kadınların yaşları ile MEKÖD Ölçeği toplamı, motivasyon, öz yeterlilik ve öz bakım alt boyutları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Doğru cevap sayıları ile MEKÖD Ölçeği

toplama, tutum, öz yeterlilik, bilgi arama ve öz bakım alt boyutları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Doğru cevap sayısı ile yaş arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Katılımcıların MEKÖD Ölçeği ve alt boyutları ile yaş ve doğru cevap sayılarının korelasyon analizi Tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 21. Katılımcıların MEKÖD Ölçeği ve alt boyutları ile yaş ve doğru cevap sayılarının korelasyon analizi**

	Yaş		Doğru cevap sayısı	
	Korelasyon katsayısı	p değeri	Korelasyon katsayısı	p değeri
<b>MEKÖD toplam</b>	0,171	<b>0,001*</b>	0,158	<b>0,001*</b>
<b>Tutum</b>	0,024	0,638*	0,119	<b>0,017*</b>
<b>Motivasyon</b>	0,369	<b>&lt;0,001*</b>	0,087	0,081*
<b>Öz yeterlilik</b>	0,140	<b>0,005*</b>	0,145	<b>0,003*</b>
<b>Destek sistemleri</b>	0,080	0,110*	0,084	0,092*
<b>Bilgi arama</b>	0,034	0,490*	0,100	<b>0,045*</b>
<b>Öz bakım</b>	0,221	<b>&lt;0,001*</b>	0,172	<b>0,001*</b>
<b>Stres yönetimi</b>	0,046	0,355*	0,026	0,600*
<b>Doğru cevap sayısı</b>	0,146	<b>0,003*</b>		

\*Spearman korelasyon analizi.

## TARTIŞMA

Meme kanseri IARC verilerine göre dünyada sıklığı giderek artan ve kadınların sağlığını bedensel, psikolojik ve sosyolojik yönden etkileyerek hayatı tehdit eden küresel bir sağlık sorunudur. Dünyada 2020 yılında en sık görülmüş kanser çeşidi olmasının yanı sıra kanserler arasında en sık 5. ölüm nedeni olmuştur (1). Türkiye’de de görülme sıklığı giderek artmasına rağmen hastaların çoğunda tanı ileri evrede konmaktadır. Ancak toplumun bilinç düzeyi ve farkındalığını arttırarak yapılan düzenli klinik muayeneler ve tarama programları sayesinde erken tanı konulma oranı arttırılabilir. Böylelikle artan morbidite ve mortalite oranlarının önüne geçilmiş olur.

Kadınların meme kanserini önleyici davranışlarının incelendiği bu çalışma, Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş arası 404 kadın ile yapılmıştır. Yaş, meme kanserinde önemli bir risk faktörü olup yaş arttıkça gelişme olasılığı artmaktadır (47, 48). Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması  $38,19 \pm 11,71$  olarak saptanmıştır. Edirne il merkezinde kayıtlı 20-60 yaş arası 57442 kadın olup yaş ortalaması  $38,08 \pm 11,78$  olarak saptanmıştır. Namlı ve ark. (49) 2022 yılında İstanbul’da 18-65 yaş arası 271 kadın ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $38,59 \pm 12,22$  olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalamaları benzer yaş gruplarını dahil eden diğer çalışmalar ve Edirne’nin yaş ortalaması ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızın MEKÖD Ölçeği’ni değerlendirdiğimizde ölçekten alınan puan ortalaması (alınabilecek en büyük değere göre yüzdesi)  $121,3 \pm 18,6$  (%73,5) olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların ortalamaları ise; tutum  $31,4 \pm 4,8$  (%78,5), motivasyon  $17,0 \pm 2,9$  (%85), öz yeterlik  $14,5 \pm 3,2$  (%72,5), destek sistemleri  $14,9 \pm 4,1$  (%74,5), bilgi arama  $14,5 \pm 3,9$  (%72,5), öz bakım  $18,6 \pm 4,8$  (%62) ve stres yönetimi  $10,4 \pm 2,7$  (%69,3) olarak hesaplanmıştır. Turan ve ark.’nın

(46) çalışmasında ortalaması  $114,5 \pm 14,2$  tespit edilmiştir. Namlı ve ark.'nın (49) çalışmasında ise ortalama  $119,2 \pm 15,3$ , Üstün'ün (50) çalışmasında  $123,9 \pm 11,3$ , Gül ve ark.'nın (51) çalışmasında  $107,2 \pm 17,9$  olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu veriler, katılımcıların genel olarak olumlu bir meme kanseri önleyici davranışa sahip olduğunu, ancak mükemmel düzeyde olmadığını göstermektedir. MEKÖD Ölçeği'nin alt boyutlarına bakıldığında ise, en yüksek puan yüzdesine motivasyon alt boyutunda ulaşılmıştır. Bu durum, katılımcıların meme kanserine karşı motive olduklarını, sağlıklı bir hayat yaşamının onlar için önemli olduğunu ve meme kanseri tarama davranışlarını yerine getireceklerine olan inançlarını göstermektedir. Ancak öz bakım ve stres yönetimi alt boyutlarında alınan düşük puanlar, bu alanlarda katılımcıların kendilerini yeterince yetkin hissetmediklerini veya bu konularda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını düşündürülebilir. Özellikle katılımcılar öz bakım alt boyutundan çok düşük puan almıştır. Bu durum katılımcıların ankete katıldıkları zamana kadar meme kanseri tarama davranışlarını ve sağlıklı yaşam davranışlarını yerine yeterince getirmediklerini ortaya çıkarmaktadır. Davranışlar ile değiştirilebilecek risk faktörlerinin de yeterince önemsenmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, kadınların yaşları ile MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu, yaş ilerledikçe bireylerin meme kanseri önleyici davranışlar konusunda daha tecrübeli, bilinçli ve motive olduklarını, dolayısıyla ölçekten daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. Ek olarak motivasyon, öz yeterlik ve öz bakım alt boyutlarında yaş ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çuhadar'ın (52) çalışmasında ise ölçeğin toplam puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, ancak motivasyon ve öz yeterlik alt boyutlarında yaş ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üstün'ün (50) çalışmasında ise, ölçek ile yaş arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durum, farklı örneklem gruplarının ve çalışma koşullarının, yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi etkileyebileceğini göstermektedir. Çünkü bizim çalışmamız 20-60 yaş arası kadınlara yapılmışken; Çuhadar'ın (52) çalışması 15-49 yaş arası, Üstün'ün (50) çalışması ise 40-69 yaş arası kadınlara yapılmıştır. Namlı ve ark.'nın (49) çalışmasında bizim sonuçlarımıza benzer sonuçlar bulunurken; Turan ve ark.'nın (46) çalışmasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak, bizim çalışmamız daha kapsayıcı olup yaşın, motivasyon, öz yeterlik ve öz bakım alt boyutları ile olan anlamlı ilişkisi, meme kanseri önleyici davranışlar üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Ayrıca biz aile hekimleri olarak bireyleri her dönemde görmekteyiz. Genç yaşta hastalara tarama ve sağlıklı yaşama alışkanlıkları kazandırmalıyız.

Kadınların eğitim düzeyleri arttıkça meme kanseri taramasının ve erken teşhisinin önemini daha iyi anlamaları beklenmektedir (53). Çalışmamızda da eğitim düzeyinin MEKÖD puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Özellikle üniversite ve yüksek lisans mezunu olan kadınların, ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre daha yüksek puan aldıkları ve eğitim düzeyi arttıkça da alınan puanların arttığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızın bulguları, literatürdeki diğer araştırmalarla da uyum göstermektedir. Örneğin, Çuhadar'ın (52) çalışmasında, üniversite mezunu kadınların ilkokul mezunlarına göre daha yüksek MEKÖD puanları aldığı ve eğitim düzeyi arttıkça da alınan puanların arttığı bulunmuştur. Benzer sonuç Güneş ve ark.'nın (54) çalışmasında da bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça, kadınların sağlık bilinci ve koruyucu davranışlarının olumlu yönde etkilendiği, bunun da MEKÖD Ölçeği puanlarına yansıdığı görülmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, meme kanserini önleme konusunda daha fazla bilgiye sahip olabilmekte ve bu bilgiyi günlük yaşamlarına entegre ederek sağlık davranışlarını geliştirip sağlıklarını koruma konusunda daha bilinçli davrandıklarını ortaya koymaktadır.

Öte yandan, Turan ve ark.'nın (46) çalışmasında, eğitim düzeyi ile MEKÖD Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu farklılık, çalışmanın yapıldığı örneklem grubunun özelliklerinden veya kullanılan yöntemlerden kaynaklanabilir. Eğitim düzeyinin sağlık davranışları üzerindeki etkisi, bazı durumlarda diğer faktörler tarafından maskelenebilir veya örneklemin heterojen yapısı nedeniyle ortaya çıkmayabilir. Bu durum, eğitim düzeyi ile meme kanseri önleme davranışları arasındaki ilişkinin her zaman net ve belirgin olmayabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, medeni durum ile MEKÖD Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonucu literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, farklılıklar gözlemlenmektedir. Örneğin, Turan ve ark.'nın (46) çalışmasında, medeni durumun MEKÖD Ölçeği puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Evli ve boşanmış/dul bireyler, bekarlara kıyasla daha yüksek puan almıştır. Namlı ve ark.'nın (49) çalışması da benzer sonuçlar ortaya koymuştur; evli katılımcılar, bekarlara göre daha yüksek MEKÖD puanları almışlardır. Evli bireylerin sağlık konusunda daha bilinçli ve motive olabileceklerini ve eşlerinin desteği ile sağlık davranışlarını daha etkin bir şekilde uygulayabilecekleri düşünülebilir. Öte yandan, Çuhadar (52) ile Güneş ve ark.'nın (54) çalışmasında, bizim çalışmamızda olduğu gibi, medeni durum ile MEKÖD Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Gül ve ark.'nın (51) çalışmasında ise tam tersi bekar kadınlar evli kadınlardan daha yüksek puan almıştır. Bu farklılıklar, çalışmanın yapıldığı

örneklem grubu, kullanılan yöntemler ve sosyokültürel faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Medeni durumun sağlık davranışları üzerindeki etkisi, bireyin yaşam tarzı, sağlık bilinci ve sosyal çevresi gibi birçok faktörden etkilenebilir, bu da sonuçların çeşitliliğini açıklayabilir.

Çalışmamızda, çalışma durumu ile MEKÖD Ölçeği puanları karşılaştırıldığında emeklilerin, çalışan işçilerden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu bulgu, emekli bireylerin meme kanseri önleme davranışları konusunda daha bilinçli veya bu tür davranışlara daha fazla zaman ayırabilecekleri şeklinde yorumlanabilir. Emeklilik dönemi, bireylerin sağlıklarına daha fazla odaklandıkları ve sağlıklarını koruma konusunda daha proaktif oldukları bir dönem olabilir. Ancak ev hanımı, memur, öğrenci ve diğer meslekler arasında anlamlı farklar saptanmamıştır. Bu bulgu diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında daha da karmaşık bir tablo ortaya çıkmaktadır. Güneş ve ark.'nın (54) çalışmasında bizim çalışmamızda olduğu gibi emekliler diğer tüm mesleklerden daha yüksek puan almış olup anlamlı bulunmuştur. Namli ve ark.'nın (49) çalışmasında ise emekliler diğer meslek gruplarından daha yüksek MEKÖD puanları almış olsalar da, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Turan ve ark. (46) ile Çuhadar'ın (52) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş olup çalışma durumu açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar, çalışma durumunun tek başına meme kanseri önleyici davranışlar üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını düşündürülebilir.

Çalışmamızda, gelir düzeyi yüksek olan kadınların MEKÖD puanlarının da daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olması ve sağlıkla ilgili farkındalıklarının daha yüksek olması, bu durumu açıklayabilir. Ayrıca, yüksek gelirliler, sağlıklarını koruma konusunda daha fazla imkana sahip olabilirler, bu da meme kanseri önleyici davranışlarını artırabilir. Gelir düzeyi ile sağlık davranışları arasındaki bu ilişki, literatürdeki diğer çalışmalarla da uyum göstermektedir. Turan ve ark. (46), Çuhadar (52), Gül ve ark. (51) ile Güneş ve ark.'nın (54) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Biz aile hekimleri olarak gelir düzeyi düşük olan kadınların tek başvurabileceği tıbbi temas noktası olabileceğini unutmamalıyız.

Çalışmamızda meme kanseri tanısı alan tanıdığı, 1. derece akrabası ve arkadaşları olan kadınlar MEKÖD Ölçeği'nden yüksek puan alıp anlamlı sonuçlar saptanmış iken; 2. ve 3. derece akrabada ve komşusunda meme kanseri tanısı olduğunu belirten kadınlar da anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Literatürde farklı çalışmalar katılımcıların ailelerinde meme kanseri öyküsü olmasının meme kanseri hakkında farkındalık ve duyarlılık yarattığını belirtmiştir (55, 56). Bu sonuçlar özellikle kadınların 1. derece akrabaları ve arkadaşlarından daha fazla etkilendikleri ve bu durumun meme kanserini önleme bilinci ve davranışlarını güçlü bir şekilde etkilediğini

göstermiştir. Sosyal çevredeki bu tür etkileşimler, bireyin daha dikkatli olup daha fazla bilgi sahibi olmasına yol açıp sağlık bilincini artırabilir ve koruyucu davranışları teşvik edebilir. Ayrıca kadınlara bilinçlendirme kampanyaları ile ulaşıldığında meme kanseri tanısı almış kadınlarla tanıştırılmalı, onların hikayeleri paylaşılmalı ve toplumdaki kadınların farkındalığı bu şekilde yükseltilmelidir. Çuhadar (52) ile Gül ve ark.'nın (51) çalışmasında ise aile de meme kanseri öyküsü olmasında anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Üstün'ün (50) çalışmasında ise arkadaş ile anlamlı bir sonuç bulunmuşken; 1. derece akraba ile anlamlılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda, meme kanseri eğitimi alma durumunu ölçek ile kıyaslandığında eğitim alanların puanı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Namlı ve ark. (49), Turan ve ark. (46), Çuhadar (52) ile Gül ve ark.'nın (51) çalışmalarında da benzer sonuçlar çıkmıştır. Bu bulgu, meme kanseri konusunda eğitim almanın, bireylerin bilinç ve farkındalık düzeyini artırarak meme kanseri riskini daha iyi anlamalarını ve bu riskleri azaltmak için gerekli adımları atmalarını teşvik ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, meme kanseri tarama yöntemlerini kullanan kadınların MEKÖD Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların, bu tarama yöntemlerini kullanmayan kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Düzenli olarak KKMM yapan, yılda bir kez düzenli KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların, bu uygulamaları yapmayanlara kıyasla daha yüksek MEKÖD puanlarına sahip olmaları, bu tarama yöntemlerinin meme kanseri farkındalığını ve önleme davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Namlı ve ark.'nın (49) çalışması da bu bulguları desteklemekte olup düzenli KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların MEKÖD puanlarının, bu tarama yöntemlerini kullanmayan kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Turan ve ark.'nın (46) çalışmasında da düzenli KKMM yapan ve yılda bir kez KMM yaptıran kadınların MEKÖD puanlarının, bu uygulamaları yapmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Güneş ve ark. (54) ile Üstün'ün (50) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu bulgular, önleme davranışları için tarama yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle, sağlık eğitim programları ve toplumsal bilinçlendirme kampanyaları ile bu tarama yöntemlerinin yaygınlaştırılması ve teşvik edilmesi toplum sağlığı açısından değerli olacaktır.

Meme kanserine karşı koruyucu ve meme kanseri riskini artıran davranışlar vardır. Yapılan çalışmalar kadınların meme kanseri belirtilerini yüksek oranlarda bildiğini gösterirken meme kanseri riskin arttıran nedenleri ve koruyucu davranışlar hakkında bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (57-59). Erken yaşta özellikle 30 yaşın altında doğum

yapmak, emzirmek ve düzenli fiziksel aktivite yapmak gibi davranışlar koruyucu iken hiç doğum yapmamak, sigara kullanmak, alkol içmek, doğum kontrol hapı kullanmak, hormon replasman tedavisi almak, obezite ve yağ oranı yüksek gıdalarla beslenmek riskli davranışlardır. Watanabe ve ark.'nın (60) çalışmasında hastaların %82,7'si, Baburajan ve ark.'nın (61) çalışmasında ise %87,7'sinin risk faktörleri konusunda yeterli farkındalığa sahip olmadığını göstermiştir.

Çalışmamızda kadınların meme kanseri riskini artıran ve koruyucu davranışlarını incelediğimizde kadınların 164'ü (%40,6) sigara kullandığını, 108'i (%26,7) alkol kullandığını ve 151'i (%37,4) ise düzenli fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Çalışmamıza katılan kadınların VKİ'ye göre 68'i (%16,8) obez, 118'i (%29,2) fazla kilolu, 203'ü (%50,3) normal, 13'ü (%3,2) zayıf ve 2'si (%0,5) aşırı zayıf olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın VKİ ortalaması  $25,45 \pm 4,84$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sigara ve alkol tüketim oranının yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların düzenli fiziksel aktivite yapma oranı da düşük bulunmuştur. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki olumlu etkilerini yeterince anlamadıklarını ve hareketsiz bir yaşam tarzına sahip olan önemli bir kesimin bulunduğunu göstermektedir. Çalışmamızda obez ve fazla kilolu bireylerin oranı toplamda %46'ya ulaşmakta, bu da katılımcılarımızın önemli bir kısmının risk altında olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, kadınlar arasında artan obezite riskine dikkat çekmekte ve bu konuda daha fazla sağlık bilinci oluşturulmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu davranışların hepsi sadece meme kanseri için değil tüm sağlık sorunları için önemli bir risk teşkil etmektedir. Masso Calderon ve ark.'nın (62) Kolombiya'da yaptıkları çalışmada kadınlara meme kanseri önleyici davranışlar ile ilgili verilen eğitimle alkol tüketim oranı %17,4'ten %11,6'ya düşerken, düzenli aktivite yapma oranı %28,3'ten %85,1'e ve sağlıklı beslenme oranı %45,1'den %81,9'a çıkmıştır. Sigara içme oranında düşme sağlanamamıştır. Bu çalışma da desteklemektedir ki, kadınlara sigara ve alkol kullanımının azaltılmasının, düzenli fiziksel aktivite yapılmasının ve sağlıklı beslenmenin önemini anlatılması gerekmektedir.

Kadınların 124'ü (%30,7) doğum kontrol hapı kullandığı ve 44'ünün (%10,9) hormon yerine koyma tedavisi aldığı saptanmıştır. Çalışmamıza katılan doğum yapan kadınların ilk doğum yaşı 17-45 arasında değişmekte olup ortalaması  $25,21 \pm 4,64$  tespit edilmiştir. Kadınların 135'i (%33,4) hiç doğum yapmadığını, 224'ü (%55,5) 30 yaş altında ilk doğumunu yaptığını ve 45'i (%11,1) 30 yaş ve üstünde ilk doğumunu yaptığını belirtmiştir. Doğum yapan 269 kadın arasında 231'inin (%86,2) düzenli emzirdiği saptanmıştır. Toplumların içinde buldukları sosyoekonomik durumlara göre doğurganlık tercihleri ve davranışları sürekli değişmektedir.

Günümüz toplumunda ilk doğum yaşı hızla artmaktadır (63). Doğum gerçekleştirmeyen kadın oranı da aynı şekilde artmakta olup toplumumuzda bir kadının sahip olduğu çocuk sayısı da azalmaktadır. Maureen ve ark.'nın (64) çalışmasında da kadınların sadece %9,9'u ilk çocuğu ileri yaşta doğurmanın risk olduğunu bilirken %1,2 emzirmemenin risk olduğunu bildikleri tespit edilmiş. Bu çalışma kadınların bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu bize göstermektedir. Özellikle davranış değişikliği ile kadınların kendi elinde olan risklere karşı aile hekimlerinin müdahale etme şansı mevcuttur.

Meme kanserinin ilk belirtilerinden birinin genellikle elle hissedilebilen meme kitlesi olduğu düşünüldüğünde, düzenli olarak KKMM yaptırmak hastalığın erken teşhisinde etkili bir tarama yöntemidir; çünkü meme kanserlerinin yaklaşık %65'i kadının kendisi tarafından bulunmuştur (65). Bu durum kadınların öz yeterliklerinin önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızda da kadınların 301'i (%74,5) KKMM yapmayı bildiğini beyan etmiştir. Kadınların 29'u (%7,2) haftada bir düzenli, 36'sı (%8,9) ayda bir düzenli, 244'ü (%60,4) bazen meme muayenesi yaptığını ve 95'i (%23,5) ise hiç KKMM yapmadığını ifade etmiştir. Kadınlara KKMM yapılma zamanı bilgisi sorgulandığında 75'i (%18,6) adet dönemine göre yapılmalıdır yanıtını vererek doğru cevabı, 217'si (%53,7) ise yanlış cevabı verirken, 112'si (%27,7) bilmediğini beyan etmiştir. Kadınlara KKMM yapılma sıklığı bilgisi sorgulandığında 171'i (%42,3) her ay yanıtını işaretleyerek doğru cevabı, 140'ı (%34,7) ise yanlış cevabı işaretlerken, 93'ü (%23) bilmediğini belirtmiştir.

Ata'nın (66) çalışmasında KKMM bilme oranı %77, yapma oranı %60,3, yapanların arasından düzenli yapma oranı %38,2 iken; KKMM hakkında bilgi kaynağı olarak %66,5 ile hekim ya da sağlık çalışanından, %22,2 ile televizyon/internet, %11,3 ile aile ve çevresinin olduğunu belirtmiştir. Neden yapmadıkları sorulduğunda ise %38'i şikayeti olmadığı için, %36'sı yapmayı bilmedikleri için ve %24'ü unuttuğunu belirtmiştir. Kadınlara KKMM yaş bilgisi sorulduğunda %64,3'ü, sıklık bilgisi sorulduğunda %62,7'si ve zaman bilgisi sorulduğunda ise %44'ü doğru cevap vermiştir. Tosun'un (67) çalışmasında ise KKMM bilme oranı %58,4, her ay düzenli yapanların oranı %16,1 iken; KKMM hakkında bilgi kaynağı olarak %53'ü sağlık personeli, %23'ü televizyon/radyo, %13'ü aile/çevre, %9,6 internet/sosyal medya cevaplarını vermiştir. Kadınların KKMM yapmama nedenleri olarak şikayeti olmadığı için %54,3, kimse söylemedi diyenler %32,7 ve ailede olmadığı için yapmıyorum diyenler %7,7 olarak tespit edilmiştir. Kadınlara KKMM yaş bilgisi sorulduğunda %49,4'ü, sıklık bilgisi sorulduğunda %45,4'ü ve zaman bilgisi sorulduğunda ise %22,4'ü doğru cevap vermiştir.

Wu ve ark.'nın (68) Filipinler'de 2018 yılında 20-84 yaş arası 944 kadın ile yaptığı çalışmasında KKMM bilme oranı %49,5, KKMM yapan kadın oranı %40,1, ayda bir düzenli yapma oranı %25,1 ve KKMM sıklık bilgisine doğru cevap verme oranı %59,8 olarak bulunmuştur. Watanabe ve ark.'nın (60) Brezilya'da 2020 yılında 202 kadınla yaptıkları çalışmada %93,1'i KKMM'yi bildiğini %65,8'i yaptığını ve %30,8'ü düzenli yaptığını belirtmiştir. Liu ve ark.'nın (69) Çin'de 25-70 yaş arası 2978 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %37,2'si KKMM düzenli yaptığını belirtmiştir. Lam ve ark.'nın (70) Avustralya'da 2018 yılında 1744 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %19,0'u düzenli olarak KKMM yaptırdıklarını bildirmişlerdir.

Veriler, kadınların büyük bir çoğunluğunun KKMM yapmayı bildiğini belirtmesine rağmen, bu durumun düzenli uygulamalara yansımadığını göstermektedir. Kadınların KKMM bilgi kaynakları incelendiğinde, en yaygın bilgilendirme kaynağının sağlık personeli olduğu görülmektedir. Ancak televizyon, internet ve aile çevresi gibi diğer bilgi kaynaklarının da önemli roller oynadığı anlaşılmaktadır. Kadınların KKMM yapmama nedenlerine bakıldığında ise şikayetlerinin olmaması, bilgi eksikliği ve unutkanlık öne çıkan sebepler olarak belirtilmiştir. Bu durum, kadınların sağlık bilincinin artırılması ve KKMM'nin önemine dair farkındalığın artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bilgi sorularını incelediğimizde ise sonuçlar kadınların KKMM hakkında bilgi seviyesinin yeterli olmadığı sonucunu vermektedir. Eğitim alma oranlarının düşük olması, meme kanseri farkındalığı, KKMM uygulama sıklıklarının ve bilgilerinin neden istenilen düzeyde olmadığını açıklamaya yardımcı olabilir.

Kadınların 178'i (%44,1) daha önce KMM yaptırdığını beyan etmiştir. Kadınların 82'si (%20,3) yılda bir, 39'u (%9,7) 2 yılda bir, 57'si (%14,1) daha uzun aralıklarla ve 226'sı (%55,9) hiç KMM yaptırmadığını beyan etmiştir. Kadınların KMM yaptırma sıklığı bilgisi sorgulandığında ise 165'i (%40,8) yılda bir yanıtını vererek doğru cevabı, 163'ü (%40,4) yanlış cevabı işaretlerken, 76'sı (%18,8) bilmediğini belirtmiştir.

Ata'nın (66) çalışmasında KMM yaptırma oranı %32,5 iken; yaptırılanların %53,7'si tarama amacıyla, 46,3'ü ise şikayeti olduğu için yaptırmıştır. Yaptırmayanların ise %64,1'i KKMM'de anormallik saptamadığı için, %22,9'u bilmediği, %9,4'ü utandığı için ve %3,5'i korktuğu için yaptırmadığını belirtmiştir. Kadınların KMM sıklık bilgisi sorgulandığında ise %50,8'i doğru cevap vermiştir. Tosun'un (67) çalışmasında ise KMM yaptırma oranı %36,4 iken; yaptırılanların %55,2'si şikayeti olduğu için, %29,7'si şikayeti olmasa bile muayene olmak istediği için, %18,1'i doktoru tarafından yapılması gerektiği söylendiği için yaptırmıştır. Yaptırmayanların ise %36,9'u gerekli olduğunu düşünmediği için, %16,7'si zamanı

olmadığından ihmal ettiği için, %10'u doktor önermediği için, %6'sı anormallik saptamadığı için, %4'ü utandığı için yaptırmadığını belirtmiştir. Kadınların KMM sıklık bilgisi sorgulandığında ise %68'i doğru cevap vermiştir.

Wu ve ark.'nın (68) çalışmasında sadece %15,2'si KMM yaptırdığını belirtmiştir. Liu ve ark.'nın (69) çalışmasında %34,2'si, Lam ve ark.'nın (70) çalışmasında %23'ü, Idowu ve ark.'nın (71) çalışmasında ise %31,6'sı KMM yaptırdığını belirtmiştir.

Bu veriler, kadınların KMM yaptırma oranlarının hala istenilen düzeyde olmadığını ve KMM'nin önemi konusunda bilgilendirme ve farkındalık çalışmalarının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. KMM yaptırmayan kadınların önemli bir kısmının, KMM'nin gerekli olmadığını düşündükleri veya utanma ve korku gibi kişisel nedenlerden dolayı muayeneden kaçındıkları görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının ve toplum sağlığı programlarının, KMM'nin önemi konusunda toplumu bilgilendirme ve eğitme görevini daha etkin bir şekilde yerine getirmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, KMM sıklığı bilgisi konusundaki doğru cevap oranının düşük olması, kadınların bu konudaki bilgi eksikliğini ortaya koymaktadır. Kadınların KMM hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları açıktır ve bu bilgilerin doğru ve anlaşılır bir şekilde toplumla paylaşılması gerekmektedir.

Kadınların 149'u (%36,9) daha önce mamografi yaptırdığını belirtirken 255'i (%63,1) hiç yaptırmadığını belirtmiştir. Kırk yaş ve üzeri olan 187 kadına baktığımızda ise 129'u (%69) mamografi yaptırdığını belirtirken 58'i (%31) hiç yaptırmadığını bildirmiştir. Kadınlara mamografinin kaç yaşından sonra tarama amaçlı yapılması gerektiği sorulduğunda 186'sı (%46) 40 yaşından sonra yanıtını vererek doğru cevaplarırken, ne kadar sıklıkla tarama amaçlı yapılması gerektiği sorulduğunda ise 76'sı (%18,8) 2 yılda bir yanıtını vererek doğru cevaplamıştır.

Ata'nın (66) çalışmasında mamografi hakkında bilginiz var mı sorusunda katılımcıların %73'ü evet demişken, mamografi yaptırmayı düşünür müsünüz sorusuna ise %71'i evet demiştir. Kırk yaş üstü kadınların %60,5'i mamografi yaptırdıklarını belirtirken; neden yaptırmadıkları sorulduğunda %53,4'ü önemsemediği, %34,2'si korktuğu ve %12,3'ü utandığını belirtmiştir. Bu çalışmada mamografinin sıklık ve yaş bilgisi birlikte sorgulanmış olup %51,6'sı doğru cevaplamıştır. Ölmez'in (72) çalışmasında ise mamografi hakkında bilgi aldınız mı sorusunda %48,6'sı evet demişken, kırk yaş üstü kadınların %45,7'si mamografi yaptırdıklarını belirtmiştir.

Wu ve ark.'nın (68) çalışmasında %7,8'i mamografi yaptırmıştır. Watanabe ve ark.'nın (60) çalışmasında 40 yaş üstü kadınlarda %40'ı mamografi yaptırdığını, %21,8'i mamografi yap

ve sıklık bilgisini doğru cevaplamıştır. Liu ve ark.'nın (69) çalışmasında ise %22,2'si mamografi çektiğini belirtmiştir. Lam ve ark.'nın (70) çalışmasında da 50 yaş üstü kadınlarda %60,6'sı mamografi çektiğini belirtmiştir. Unim ve ark.'nın (73) İtalya Roma'da 50 yaş üstü 502 kadınla yaptıkları çalışmada %52,6'sı mamografi çektiğini belirtmiştir. Dzidzornu ve ark.'nın (74) Gana'da 40 yaş üstü 192 kadınla 2020 yılında yaptıkları çalışmada %34,4'ü mamografi çektiğini belirtmiştir.

Bu veriler mamografi çekirme konusunda istenilen düzeye ulaşamadığını göstermekte olup çekirmeme nedenlerine baktığımızda kadınların mamografinin önemini kavramadığını bizlere göstermektedir. Ayrıca mamografi konusunda bilgi düzeylerinde belirgin bir eksiklik bulunmaktadır.

Çalışmamızda kadınların KKMM yapma durumlarını sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırdığımızda KKMM yapan kadınların yaş ortalaması  $39,63 \pm 11,22$ , yapmayan kadınların ise  $33,49 \pm 12,08$  olup anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınlar arasında 40-59 yaş arası, evli ve üniversite/yüksekokul mezunu olan kadınlar daha fazla KKMM yapmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmış iken; ekonomik durum ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular, KKMM yapma eğiliminin yaşla birlikte arttığını göstermektedir ki bunun nedeni yaş ilerledikçe meme kanseri farkındalığının artması ve risk algısının yükselmesi olarak düşünülebilir. Ayrıca eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranının artması eğitimin bu konuda ne kadar farkındalık yarattığını da göstermektedir.

Ata'nın (66) çalışmasında ise KKMM yapanların yaşı  $36,07 \pm 11,64$ , yapmayanların yaşı  $31,94 \pm 12,54$  olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Evli, çalışan, sağlık çalışanı olan, gelir düzeyi orta ve yüksek olanlar daha fazla KKMM yapmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmışken yaş grupları ve eğitim durumu ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar olmasının nedeni, üniversite hastanesinde yapılmış bir çalışma olması, örneklem farklılığı nedeniyle katılan genç sağlık çalışanı sayısının fazla olmasıdır. Tosun'un (67) çalışmasında ise 40 yaş üstü olanların, Öztürk'ün (75) çalışmasında ise evli ve lise ve üstü eğitime sahip olanların KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı çıkmıştır. Duman ve ark.'nın (76) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranı arttığı sonucu çıkmıştır. Okur'un (77) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe ve çalışan kadınların KKMM yapma oranı daha yüksek olup medeni durumla ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmaların sonuçları çalışmamıza benzer çıkmıştır. Moey ve ark.'nın (78) çalışmasında da evli, yüksek eğitim düzeyine sahip ve gelir düzeyi yüksek kadınların KKMM yapma oranları daha yüksek saptanmış olup bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda doğum yapanlar, meme kanseri tanısı almış tanıdığı olanlar, memede kitle öyküsü olanlar ve meme kanseri eğitimi almış olanlar daha fazla KKMM yapmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmış iken; birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ata'nın (66) çalışmasında meme kanseri ile ilgili bilgisi olanlar daha fazla KKMM yapmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmışken; kronik hastalığa sahip olma, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü ve geçirilmiş meme hastalığı bulunması ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tosun'un (67) çalışmasında ise ailede meme kanseri öyküsü olanların KKMM yapma oranı daha yüksek olup anlamlı çıkmıştır. Bu bulgular, meme kanseri riskinin farkında olan kadınların KKMM'yi daha fazla yaptığını göstermektedir. Masso-Calderon ve ark.'nın (62) Kolombiya'da 2018 yılında yaptıkları çalışmada meme kanseri hakkında eğitim vermeden önce kadınların %18,3'ü KKMM yaptıklarını belirtmişken, eğitim aldıktan sonra %87,1'e çıkması kadınlara ulaşılmasının ve eğitim verilmesinin önemini vurgulamaktadır. Joho ve ark.'nın (79) 2024 yılında yaptıkları çalışmada ise kadınların tarama davranışları karşısındaki en büyük engelin bilgi eksikliği olduğu sonucu çıkmıştır.

Çalışmamızda kadınların KMM yaptırma durumlarını sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırdığımızda KMM yaptıran kadınların yaş ortalaması  $45,19 \pm 8,91$ , yaptırmayan kadınların ise  $32,68 \pm 10,67$  olup anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınlar arasında 40-59 yaş arası olanlar, evli olanlar ve çalışmayanlar kadınlar daha fazla KMM yaptırmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmış iken; eğitim ve ekonomik durum ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Ata'nın (66) çalışmasında KMM yaptıranların yaşı  $42,54 \pm 12,45$ , yaptırmayanların yaşı  $30,51 \pm 9,88$  olup anlamlı bir fark saptanmıştır. Yaşı 45'in üstü olanlar, evli olanlar, çalışanlar ve eğitim düzeyi yüksek olanlar daha fazla KMM yaptırmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmışken; gelir düzeyi ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tosun'un (67) çalışmasında 40 yaş ve üstü ile evli olanlar daha fazla KMM yaptırmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Açıkgöz ve ark.'nın (80) çalışmasında 40 yaş ve üstü olanların KMM yaptırma oranı daha fazla olup anlamlı bir fark saptanmışken; medeni hal ve eğitim durumu ile anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular, ileri yaş grubundaki kadınların KMM yaptırma konusunda daha bilinçli ve risk altında olduklarını bildikleri ve bu nedenle daha fazla KMM yaptırdıklarını göstermektedir. Ayrıca evli kadınlarda da KMM yaptırma oranı yüksek olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda doğum yapanlar, meme kanseri tanısı almış tanıdığı olanlar, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü olanlar, memede kitle öyküsü olanlar ve meme kanseri eğitimi almış olanlar daha fazla KMM yaptırmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ata'nın (66) çalışmasında kronik hastalığa sahip olanlar, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü

olanlar, geçirilmiş meme hastalığı olanlar ve meme kanseri ile ilgili bilgisi olanlar daha fazla KMM yaptırmakta olup anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, kişisel veya ailevi meme kanseri öyküsü olan ya da meme kanseri hakkında eğitim almış kadınların risk algısının yüksek olduğunu ve bu nedenle KMM'yi daha fazla tercih ettiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda kırk yaş üstü kadınların mamografi çekirme durumlarını sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırdığımızda mamografi çektiren kadınların yaş ortalaması  $50,07 \pm 5,29$ , çekirmeyen kadınların ise  $46,88 \pm 6,13$  olup anlamlı farklılık saptanmıştır. Kırk yaş üstü kadınlarda medeni durum, çalışma durumu, eğitim ve ekonomik durum ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ata'nın (66) çalışmasında ise mamografi çektirenlerin yaşı  $42,54 \pm 12,45$ , çekirmeyenlerin yaşı  $30,51 \pm 9,88$  olup anlamlı bir fark saptanmışken medeni durum, eğitim, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Her iki çalışmanın sonuçları birbirine desteklemekle birlikte bu bulgularla yaş ilerledikçe kadınların mamografi çekirme oranlarının arttığını, ancak bu farkın yalnızca yaş faktörüyle sınırlı olduğunu diğer sosyodemografik özelliklerin etkili olmadığını ortaya koymaktadır. Ama Montero-Moraga ve ark.'nın (81) İspanya'nın Barcelona kentinde 50-69 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyine sahip kadınlara mamografi çekirme oranının daha düşük olduğunu sonucunu saptamışlardır. Ayrıca Unim ve ark.'nın (73) 50 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada mamografi çektirenlerin yaşı  $59,96 \pm 5,27$ , çekirmeyenlerin ise  $55,82 \pm 5,89$  olarak tespit edilmiş olup eğitim düzeyi arttıkça mamografi çekirme oranının arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda kırk yaş üstü kadınların meme kanseri tanısı almış tanıdığı olanlar ve memede kitle öyküsü olanlar daha fazla mamografi çekirmekte olup anlamlı bir ilişki saptanmışken; doğum yapmak, birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü ve meme kanseri eğitimi almak ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ata'nın (66) çalışmasında kronik hastalığa sahip olanlar ve meme kanseri ile ilgili bilgisi olanlar daha fazla mamografi çekirmekte olup anlamlı bir ilişki saptanmışken; birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü ve geçirilmiş meme hastalığı ile anlamlı ilişki saptanmamıştır. Her iki çalışmanın bulguları arasında farklılıklar olup mamografi çektirmenin kişisel risk faktörleriyle arttığı sonucuna varılmaktadır.

Çalışmamıza katılan kadınların KKMM sıklık ve zaman bilgisi, KMM sıklık bilgisi, mamografi yaş ve sıklık bilgisi olmak üzere 5 soru sorulmuştur. Kadınlardan 8'i (%2,0) 5 soruya, 27'si (%6,7) 4 soruya, 61'i (%15,1) 3 soruya, 112'si (%27,7) 2 soruya ve 118'i (%29,2) 1 soruya doğru cevap vermişken 78'i (%19,3) hiçbir soruya doğru cevap vermemiştir. Bu soruların doğru cevaplanma sayıları ortalaması  $1,7 \pm 1,3$  olarak hesaplanmıştır. Kadınların

meme kanseri taramaları ve muayeneleri hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Kadınların %19,3'ünün hiçbir soruya doğru cevap verememesi, meme kanseri farkındalığının artırılması gerektiğine işaret etmektedir. Sosyodemografik özelliklerle doğru cevap sayılarını karşılaştırdığımızda ise 40-59 yaş arası olanlar, evli olanlar ve üniversite/yüksekokul mezunu olanlar, olmayanlardan daha yüksek doğru cevap verip istatistiksel anlamlı bulunmuşken; çalışma ve ekonomik durumla anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular, yaş ve eğitim düzeyinin kadınların meme kanseri konusunda sahip oldukları bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir. Doğum yapanların, memede kitle öyküsü olanların ve meme kanseri eğitimi almış olanların daha yüksek doğru cevap ortalaması bulunmuşken; meme kanseri tanısı almış tanıdığı olma ve birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü olma durumlarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular, kişisel sağlık geçmişi ve eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Bu sonuçlar, meme kanseri farkındalığını artırmaya yönelik hedeflenmiş eğitim programlarının ve tarama katılımını teşvik eden stratejilerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konuda en büyük sorumluluk biz aile hekimlerine düşmektedir. Özellikle önlenabilir risk faktörlerine koruyucu davranışlar ile müdahale ederek toplumun risk düzeyi azaltılabilir. Erken yaşta doğum, emzirmek, düzenli fiziksel aktivite ile sigara ve alkolü kullanmamanın önemi vurgulanmalıdır. Yüksek riskli hastaları tespit etmenin yanı sıra meme kanseri tarama yöntemlerinin önemi ile hangi yaşta, ne zaman ve nasıl uygulanacağı hakkında bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Tarama ve koruyucu sağlık davranışlarından kaçınan kadınlara bireysel sağlık danışmanlığı verilmesi ve kaçınma davranışlarının altta yatan nedenlerinin tespit edilip bu engellerin ortadan kaldırılması önemlidir. Verilen eğitimlerin kalıcı olması için yazılı ve görsel materyal kullanılmalı, uygulamalı eğitimler verilmeli, kamu spotlarıyla da eğitimde süreklilik sağlanmalı ve bu çalışmalar, tüm sosyodemografik grupları kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

## SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş arası kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve önleme davranışlarını değerlendirmek, kadınlarda farkındalık geliştirmek, bilgi düzeyini arttırmak ve bu sayede meme kanseri taramalarına olan katılımın artmasını sağlamak amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamıza katılan kadınların MEKÖD Ölçeği ortalama puanı  $121,3 \pm 18,6$  olarak hesaplanmış olup olumlu olarak değerlendirilmiştir. Kadınların motivasyon puan ortalaması yüksek ama öz bakım puan ortalamasının düşük olduğu tespit edilmiştir.
2. Yaş arttıkça, meme kanserini önleyici davranışlar konusunda bilinç ve motivasyonun arttığı ve bu nedenle ölçekten daha yüksek puan alındığı saptanmıştır. Bu durum erken yaşlardan itibaren meme kanseri farkındalığı oluşturulması gerektiğinin önemi vurgulamaktadır.
3. Yaşı 40-59 arası olan, emekli, üniversite/yüksekokul mezunu ve geliri giderinden fazla olan kadınların meme kanseri önlemeye yönelik daha olumlu davranışlar sergilediği tespit edilmiştir.
4. Birinci derece akraba veya arkadaşında meme kanseri olmuş tanıdığı olan kadınların ölçekten daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Bu kadınların meme kanserine karşı farkındalık ve duyarlılıklarının fazla olduğu düşünülmüştür. Kadınlara bilinçlendirme kampanyaları ile ulaşıldığında meme kanseri tanısı almış kadınlarla tanıştırılmalı, onların hikayeleri paylaşılmalı ve toplumdaki kadınların farkındalığı bu şekilde yükseltilmelidir.

5. Meme kanseri hakkında eğitim almış ve meme kanseri tarama davranışlarını düzenli bir şekilde yerine getiren kadınların meme kanserini önlemeye yönelik daha olumlu bir davranış gösterdikleri saptanmıştır. Bu durum alınan eğitimin ne kadar faydalı olduğunu gözler önüne sermektedir; eğitim programlarına katılımın da teşvikinin önemini vurgulamaktadır.
6. Kadınların meme kanseri tarama programları hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Ayrıca bilgi düzeyi arttıkça tarama yöntemlerini kullanma oranlarının da arttığı tespit edilmiştir.
7. Kadınların %74,5'i KKMM yapmayı bildiğini ifade ederken, sadece %8,9'u ayda bir düzenli olarak bu muayeneyi yapmaktadır. Bu durum, kadınların KKMM konusunda bilgi sahibi olsalar da düzenli bir uygulamayı benimsemediklerini göstermektedir. KKMM'nin düzenli yapılmasının önemi vurgulanmalı uygunsuz muayenenin ne kadar yanlış bir davranış olduğu anlatılmalıdır.
8. Kadınların %44,1'i KMM yaptırmış, ancak sadece %20,3'ü yılda bir düzenli olarak bu muayeneyi yaptırmaktadır. Bu oran, KMM yaptırma alışkanlığının düşük olduğunu göstermektedir. KMM'nin önemi konusunda kadınlar bilgilendirilmeli ve yıllık muayenelerin düzenli yapılması için hatırlatma sistemleri oluşturulmalıdır.
9. Kırk yaş üstü kadınların mamografi çekirme oranının %69 olduğu tespit edilmiştir. Bu oranın artırılması için mücadele edilmelidir. Özellikle mamografi taramalarının önemi vurgulanarak, sağlık merkezleri aracılığıyla daha geniş kitlelere ulaştırılmalıdır.

## ÖZET

Çalışmamızın amacı Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş arası kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve önleme davranışlarını değerlendirmek, kadınlarda farkındalık geliştirmek, bilgi düzeyini arttırmak ve bu sayede meme kanseri taramalarına olan katılımın artmasını sağlamaktır.

Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-60 yaş arası 404 kadından oluşmaktadır. Veriler 37 adet sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri bilgi ve tutumlarını sorgulayan soru ile Kadının Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeği'nden oluşan bir anket ile toplanmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması  $38,19 \pm 11,71$  olarak saptanmıştır. Kadınların %65,6'sı evli, %47'si üniversite/yüksek okul mezunu, %32,4'ü ev hanımıydı. Kadınların %46'sı fazla kilolu veya obezdi. Kadınların %40,6'sının meme kanseri tanısı almış en az bir tanıdığı vardı.

Kadınların %74,5'i kendi kendine meme muayenesi yapmayı bildiğini, %76,5'i en az bir kere yaptığını ifade ederken sadece %8,9'u ayda bir düzenli olarak yaptığını belirtmiştir. Kadınların %44,1'i klinik meme muayenesi yaptırmış, ancak sadece %20,3'ü yılda bir düzenli olarak bu muayeneyi yaptırdığını belirtmiştir. Kırk yaş üstü kadınların %69'u mamografi çektiğini bildirmiştir.

Kadınların ölçekten aldıkları ortalama puan  $121,3 \pm 18,6$  olarak hesaplanmış olup olumlu olarak değerlendirilmiştir. Kadınların motivasyon puan ortalaması yüksek ama öz bakım puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır. Yaş ve eğitim düzeyi arttıkça ölçekten daha yüksek

puan alınmıştır. Birinci derece akraba veya arkadaşında meme kanseri olmuş tanıdığı olan kadınlar ile meme kanseri hakkında eğitim almış ve tarama davranışlarını düzenli bir şekilde yerine getiren kadınların meme kanserini önlemeye yönelik daha olumlu davranışlar gösterdikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak kadınların meme kanseri hakkında bilinçlendirilmesi ve taramalara katılımın artırılması gerekmektedir. Bunun için hekimlerin kadınları bilgilendirmesi, katılımı teşvik eden eğitim programlarının yapılması ve sürekliliğin sağlanması için takip sistemleri oluşturulması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** meme kanseri, önleme, davranış, kadınlar, Aile Hekimliği



## **EVALUATION OF BREAST CANCER PREVENTION BEHAVIORS AMONG WOMEN AGED 20-60 IN EDIRNE CITY CENTER**

### **SUMMARY**

The aim of our study is to evaluate the knowledge, attitudes and preventive behaviors regarding breast cancer screening methods among women aged 20-60 who are registered at family health centers in the central district of Edirne, to raise awareness, increase knowledge levels and thereby enhance participation in breast cancer screenings.

Our study is descriptive and cross-sectional in nature. The sample consists of 404 women aged 20-60 who are registered at family health centers in the central district of Edirne. Data were collected using a questionnaire consisting of 37 questions assessing socio-demographic characteristics, knowledge and attitudes towards breast cancer, as well as the Scale of Factors Affecting Women's Breast Cancer Prevention Behaviors.

The average age of the women participating in our study was found to be  $38.19 \pm 11.71$  years. Of the women, 65.6% were married, 47% were university/college graduates, and 32.4% were housewives. Additionally, 46% of the women were overweight or obese. A total of 40.6% of the women reported knowing at least one person who had been diagnosed with breast cancer.

While 74.5% of the women stated that they knew how to perform breast self-examination and 76.5% reported having performed it at least once, only 8.9% indicated that they performed it regularly on a monthly basis. A total of 44.1% had undergone clinical breast examination, but only 20.3% reported having it regularly once a year. Among women over the age of 40, 69% stated that they had undergone mammography.

The average score women received from the scale was calculated as  $121.3 \pm 18.6$ , which was evaluated positively. While the women's average motivation score was high, their average self-care score was found to be low. As age and education level increased, higher scores were obtained from the scale. Women who had a first-degree relative or a friend diagnosed with breast cancer, as well as those who had received breast cancer education and consistently engaged in screening behaviors, demonstrated more positive behaviors toward breast cancer prevention.

In conclusion, it is essential to raise awareness about breast cancer among women and increase participation in screenings. To achieve this, physicians should provide information to women, educational programs encouraging participation should be conducted, and tracking systems should be established to ensure continuity.

**Keywords:** breast cancer, prevention, behavior, women, Family Practice

## KAYNAKLAR

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians 2021;71(3):209-49.
2. Türkiye Kanser İstatikleri, 2018 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Erişim tarihi: 12.09.2024). Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser\\_Rapor\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf)
3. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast cancer in Turkey; an analysis of 20.000 patients with breast cancer. European journal of breast health 2019;15(3):141.
4. Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi, 2020 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Erişim tarihi: 12.09.2024). Erişim adresi: <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/Eklenti/38131/0/memekanskr20200720pdf.pdf>
5. Tümer A, Baybek H. Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health 2010;6(1).
6. Osborne MP, Boolbol SK. Breast anatomy and development. In: Harris JR, Lippman ME, Osborne CK, Morrow M (Eds.). Diseases of the Breast. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012:1-13.
7. Bistoni G, Farhadi J. Anatomy and physiology of the breast. Plastic and reconstructive surgery: Approaches and techniques 2015;477-85.

8. Erel S, Atahan MK. Memenin Anatomisi, Fizyolojisi ve Değerlendirilmesi. Akça T, Çakmak GK, Emre AU (Editörler). Genel Cerrahi. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019:395-400.
9. Jesinger RA. Breast anatomy for the interventionalist. Techniques in vascular and interventional radiology 2014;17(1):3-9.
10. Cabioglu N. Memenin anatomisi ve fizyolojisi. Özmen V (Editör). Meme Hastalıkları Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:3-16.
11. Meme Hastalıkları [Internet]. Tarhan ÖR (Erişim Tarihi: 28.03.2024). Erişim adresi: <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/>
12. Ellis H, Mahadevan V. Anatomy and physiology of the breast. Surgery (Oxford) 2013;31(1):11-4.
13. McCart Reed AE, Kalinowski L, Simpson PT, Lakhani SR. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. Breast Cancer Research 2021;23:1-16.
14. About Breast Cancer [Internet]. American Cancer Society (Erişim tarihi: 12.09.2024). Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8577.00.pdf>
15. Utkan NZ. Meme kanseri. Özçelik MF (Editör). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Ankara: Türk Cerrahi Derneği Yayınları; 2018:298-313.
16. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. Menopause Review/Przegląd Menopauzalny 2015;14(3):196-202.
17. Benz CC. Impact of aging on the biology of breast cancer. Critical reviews in oncology/hematology 2008;66(1):65-74.
18. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health 2011;7(2).
19. Iqbal J, Ginsburg O, Rochon PA, Sun P, Narod SA. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer-specific survival by race and ethnicity in the United States. JAMA 2015;313(2):165-73.
20. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, Phillips K-A, Mooij TM, Roos-Blom M-J, et al. Risks of breast, ovarian and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. JAMA 2017;317(23):2402-16.
21. Consortium BCA. Breast cancer risk genes-association analysis in more than 113,000 women. New England Journal of Medicine 2021;384(5):428-39.

22. Toktaş O, Elasan S, İliklerden ÜH, Erten R, Karayıl AR, Özdemir A, et al. Relationship between proliferative breast lesions and breast cancer risk factors. *European Journal of Breast Health* 2021;17(1):15.
23. Harris CG, Eslick GD. Impact of lobular carcinoma in situ on local recurrence in breast cancer treated with breast conservation therapy: a systematic review and meta-analysis. *ANZ Journal of Surgery* 2021;91(9):1696-703.
24. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *New England Journal of Medicine* 2007;356(3):227-36.
25. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım:“Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2008;12(1):9-17.
26. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2019;151-64.
27. Slepicka PF, Cyrill SL, Dos Santos CO. Pregnancy and breast cancer: pathways to understand risk and prevention. *Trends in Molecular Medicine* 2019;25(10):866-81.
28. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer* 2020;20(8):417-36.
29. Park JW, Han K, Shin DW, Yeo Y, Chang JW, Yoo JE, et al. Obesity and breast cancer risk for pre-and postmenopausal women among over 6 million Korean women. *Breast Cancer Research and Treatment* 2021;185:495-506.
30. Shin S, Fu J, Shin W-K, Huang D, Min S, Kang D. Association of food groups and dietary pattern with breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition* 2023;42(3):282-97.
31. Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Women’s Health* 2015;11(1):65-77.
32. Zeinomar N, Knight JA, Genkinger JM, Phillips K-A, Daly MB, Milne RL, et al. Alcohol consumption, cigarette smoking, and familial breast cancer risk: findings from the Prospective Family Study Cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Research* 2019;21:1-14.
33. Daly AA, Rolph R, Cutress RI, Copson ER. A review of modifiable risk factors in young women for the prevention of breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2021:241-57.
34. Taşdelen İ. Meme hastalıklarında belirtiler. Özmen V (Editör). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:33-47.

35. Salzman B, Collins E, Hersh L. Common breast problems. *American Family Physician* 2019;99(8):505-14.
36. Panzironi G, Pediconi F, Sardanelli F. Nipple discharge: the state of the art. *BJR| Open* 2018;1(1):e20180016.
37. Oktay A. Mamografi. Özmen V (Editor). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:109-16.
38. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme knaserinde tarama ve tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2012;8(3).
39. Tunacı M. Meme Radyolojisi-MRG. Özmen V (Editor). *Meme Hastalıkları Kitabı*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012:125-38.
40. Kabacaoğlu C, Karaca A. Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *JAREN* 2020;6(1):179-86.
41. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2017;24(4):549-53.
42. Türkiye Kanser Kontrol Programı, 2021 [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (Erişim tarihi: 12.09.2024). Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos 2021 Kanser Kontrol Programi versiyon-1.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos%2021%20Kanser%20Kontrol%20Programi%20versiyon-1.pdf)
43. Yiğit A, Erdem R. Mamografi sağlık teknolojisi ile meme kanseri tarama programının klinik etkililiğinin meta analiz yöntemiyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017;28:401-30.
44. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017;21(2).
45. Khazae-Pool M, Majlessi F, Montazeri A, Pashaei T, Gholami A, Ponnet K. Development and psychometric testing of a new instrument to measure factors influencing women's breast cancer prevention behaviors (ASSISTS). *BMC women's health* 2016;16:1-13.
46. Turan Z, Yiğit F. Kadınların meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirleme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2021;10(3):407-20.
47. Łukasiewicz S, Czeczelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast cancer-epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies-an updated review. *Cancers* 2021;13(17):4287.

48. McGuire A, Brown JA, Malone C, McLaughlin R, Kerin MJ. Effects of age on the detection and management of breast cancer. *Cancers* 2015;7(2):908-29.
49. Namlı SB, Karaman ST, Basat O. Investigation of the Effect of Women's Breast Cancer Worry Levels on Breast Cancer Prevention Behavior. *European Journal of Breast Health* 2023;19(4):279.
50. Üstün C. Erzincan ili merkez ilçesinde aile sağlığı merkezlerine başvuran 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler (tez). Erzincan: Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
51. Gul S, Buyukbayram Z. Identification of women's breast cancer prevention behaviors and the associated factors: The case of the Southeastern Anatolia Region. *Health Care Women International* 2024;45(3):373-89.
52. Çuhadar E. 15-49 yaş grubu kadınların meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
53. Fatouh A, Hamido S, Moustafa E, Yousif AM. Women's perception regarding screening for early detection of breast cancer. *Egyptian Journal of Health Care* 2020;11(4):242-59.
54. Güneş D, Başkan SA, Köse S. Factors affecting women's breast cancer prevention behaviors. *Turkish Journal of Science and Health* 2022;3(3):138-46.
55. Emami L, Ghahramanian A, Rahmani A, Mirza Aghazadeh A, Onyeka TC, Nabighadim A. Beliefs, fear and awareness of women about breast cancer: Effects on mammography screening practices. *Nursing Open* 2021;8(2):890-9.
56. Wu Z, Liu Y, Li X, Song B, Ni C, Lin F. Factors associated with breast cancer screening participation among women in mainland China: a systematic review. *BMJ open* 2019;9(8):e028705.
57. Chattu VK, Kumary S, Bhagavathula AS. Community-based study on the knowledge, awareness, and practices of females towards breast cancer in Buraimi, Oman. *South Asian Journal of Cancer* 2018;7(4):215-8.
58. Segar JA, Xuan TR, Alahakoon AMGN, Ravi HA, Moe S, Uthamalingam M, et al. Women's knowledge, attitudes, and perception on personalized risk-stratified breast cancer screening: a cross-sectional study in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2024;25(4):1231.
59. Sulu SMaM, Mukuku O, Sulu AMS, Massamba BL, Wembonyama SO. Knowledge of risk factors and early detection methods toward breast cancer among healthcare workers in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Cancer Reports* 2024;7(4):e2067.

60. Watanabe AY, Sanvido VM, Elias S, Nazário AC. Awareness of self-examination, screening, and risk factors for breast cancer among women awaiting care at the outpatient clinic of a mastology unit. *Journal of Cancer Education* 2022;37(3):829-33.
61. Baburajan C, Pushparani MS, Lawenya M, Lukose L, Johnson AR. Are rural women aware of breast cancer and do they practice breast self-examination? A cross-sectional study in a rural hospital in South India. *Indian Journal of Cancer* 2022;59(3):354-9.
62. Masso-Calderón A, Meneses-Echávez J, Correa-Bautista J, Tovar-Cifuentes A, Albaráñez P, Charry-Ángel C. Effects of an educational intervention on breast self-examination, breast cancer prevention-related knowledge, and healthy lifestyles in scholars from a low-income area in Bogota, Colombia. *Journal of Cancer Education* 2018;33:673-9.
63. Oktay EY. Türkiye’de Cumhuriyet’in ilanından günümüze uygulanan nüfus politikaları. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* 2014;4(7):31-51.
64. Maureen KJ, Magutah K, Mogere DM, Kariuki J, Willy K, Muriira MA, et al. Knowledge, attitude and practices around breast cancer and screening services among women of reproductive age in turbo sub-county, Kenya. *Heliyon* 2024;10(11):e31597.
65. Estebansari F, Khalifehkandi ZR, Latifi M, Farhadinasab A, Vasli P, Mostafaie D. Protection motivation theory and prevention of breast cancer: A systematic review. *Clinical Breast Cancer* 2023;23(4):239-46.
66. Ata B. O. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü kadın hastaların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
67. Tosun M. Karapınar 42.21.001 aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları (tez). Konya: T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi; 2020.
68. Wu T-Y, Lee J. Promoting breast cancer awareness and screening practices for early detection in low-resource settings. *European Journal of Breast Health* 2019;15(1):18.
69. Liu L-Y, Wang Y-J, Wang F, Yu L-X, Xiang Y-J, Zhou F, et al. Factors associated with insufficient awareness of breast cancer among women in Northern and Eastern China: a case-control study. *BMJ open* 2018;8(2):e018523.
70. Lam M, Kwok C, Lee MJ. Prevalence and sociodemographic correlates of routine breast cancer screening practices among migrant-Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2018;42(1):98-103.

71. Idowu A, Olowookere SA, Olumide A, Popoola GO, Abiodun A, Oluwagbemi A, et al. Breast cancer awareness, knowledge and screening practice among women resident in an urban local government area of Oyo State, Nigeria. *Journal of Cancer Policy* 2019;20:e100179.
72. Ölmez H. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve taramaları hakkındaki bilgi ve farkındalıkları (tez): Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
73. Unim B, Boggi R, Napoli M, Fulgenzi R, Landi A, La Torre G. Women's satisfaction with mammography and predictors of participation in an organized breast cancer screening program: perspectives of a local health unit in Rome. *Public Health* 2018;155:91-4.
74. Dzidzornu E, Angmortherh SK, Aboagye S, Angaag NA, Agyemang PN, Edwin F. Communication channels of breast cancer screening awareness campaigns among women presenting for mammography in Ghana. *Journal of the American College of Radiology* 2024;21(8):1201-7.
75. Öztürk B. Giresun ilindeki 20-69 yaş arası kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (tez). Giresun: Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2023.
76. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. 40 Yaş Üstü Kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *JAREN* 2015;1(1):30-8.
77. Okur F. Meme kanseri risk faktörlerine sahip olma durumu ile mamografi çekirme davranışı arasındaki ilişki: retrospektif değerlendirme (tez). Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
78. Moey S-F, Mutalib AMA, Mohamed NC, Saidin N. The relationship of socio-demographic characteristics and knowledge of breast cancer on stage of behavioral adoption of breast self-examination. *AIMS Public Health* 2020;7(3):620.
79. Joho AA, Mdoe MB, Masoi TJ, Yahaya JJ. Perceived barriers and factors influencing uptake of breast cancer screening among women: a population-based cross-sectional study. *Scientific Reports* 2024;14(1):e12291.
80. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2015;11(1):31-8.
81. Montero-Moraga JM, Posso M, Román M, Burón A, Sala M, Castells X, et al. Effect of an information leaflet on breast cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2021;21:1-8.

## **EKLER**



## EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI					
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye					
<b>ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROTOKOL KODU		TÜTF-GOBAEK 2023/336		
	PROTOKOL ADI		Edirne II Merkezinde 20-60 Yaş Arası Kadınlar İçin Davranışlarının Değerlendirilmesi		
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI		Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ				
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No:14/10</b>				
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılmış başvuru bilgileri verilen Remzi AYLI'nın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgele amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izni gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile.				
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>					
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi			
<b>ÜYELER</b>					
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H
*Araştırma ile ilişki **Toplantıda Bulunma					

## EK-2

### EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

#### 1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2024/03

Karar: 2024/03

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 17/01/2024 tarih saat 14:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Güliden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan,Araştırma Görevlisi Dr.Remzi AYLI tarafından yürütülecek olan''Edirne İl Merkezinde 20-60 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Önleme Davranışlarının Değerlendirilmesi '' konulu Uzmanlık Tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

## EK-3

### EDİRNE İL MERKEZİNDE 20-60 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME KANSERİ ÖNLEME DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

#### TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. REMZİ AYLI

DANIŞMAN: DR ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "EDİRNE İL MERKEZİNDE 20-60 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME KANSERİ ÖNLEME Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket no:

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Boy..... Kilo.....
3. Medeni durumunuz?  
( ) Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış/Dul
4. Çalışma Durumunuz?  
( ) Ev hanımı ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Öğrenci ( ) Diğer.....
5. Eğitim durumunuz?  
( ) Okur-yazar değil ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu  
( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu/Yüksekokul
6. Ekonomik durumunuz?  
( ) Geliri giderinden az ( ) Geliri giderine eşit ( ) Geliri giderinden çok
7. Aylık toplam hane geliriniz yaklaşık ne kadar?.....
8. Sağlık güvenceniz var mı?  
( ) Evet ( ) Hayır
9. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?  
( ) İl ( ) İlçe ( ) Köy
10. İlk adet yaşı kaç?.....

**11. Adetleriniz düzenli mi?**

- Evet  
 Hayır  
 Menopozdayım

**12. Menapoza girdiyse kaç yaşında girdiniz?.....**

**13. Gebelik deneyiminiz oldu mu?**

- Evet ( kaç kez.....)  Hayır

**14. Doğum deneyiminiz oldu mu?**

- Evet ( kaç kez.....)  Hayır

**15. Doğum yaptıysanız ilk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?.....**

**16. Doğum/Doğumlarınız sonra düzenli emzirdiniz mi?**

- Evet  Hayır

**17. Doğum kontrol hapi kullandınız mı?**

- Evet  Hayır

**18. Hormon yerine koyma tedavisi aldınız mı?**

- Evet  Hayır

**19. Sigara kullanıyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**20. Alkol kullanıyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**21. Düzenli fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?**

- Evet  Hayır

**22. Tanıdıklarınızdan meme kanseri tanısı almış birey var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- Evet  Hayır  
 Birinci derece akraba (Anne-Baba- Çocuklar)  
 İkinci derece akraba (Dedeler- Nineler- Kardeşler- Torunlar)  
 Üçüncü derece akraba (Teyze- Amca- Hala- Dayı- Yeğenler)  
 Arkadaşlarım  
 Komşularım

**23. Herhangi bir kanser öykünüz var mı?**

- Evet ( belirtiniz.....)  Hayır

**24. Daha önce memenizde kitle bulundu mu ?**

- Evet  Hayır

**25. Daha önce meme biyopsisi yapıldı mı ?**

Evet  Hayır

**26. Biyopsi yapıldıysa sonucu nasıldı?**

Bilmiyorum  İyi huylu  Kötü huylu

**27. Meme kanseri ile ilgili size bir eğitim verildi mi?**

Evet  Hayır

**28. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz?**

Evet  Hayır

**29. Kendi kendinize meme muayenesi yapar mısınız?**

Haftada bir kez, düzenli olarak yaparım  
 Ayda bir kez, düzenli olarak yaparım  
 Bazen, aklıma geldikçe yaparım  
 Hayır, hiç yapmadım

**30. Sizce kendi kendine meme muayenesi ne zaman yapılmalıdır?**

Bilmiyorum  Her zaman yapılabilir  
 Adet dönemine göre yapılmalıdır  Her ayın aynı günü yapılmalıdır

**31. Sizce kendi kendine meme muayenesi ne kadar sık aralıklarla yapılmalıdır?**

Bilmiyorum  Her hafta  Her ay  Altı ayda bir  Yılda bir

**32. Bir hekime meme muayenesi (klinik meme muayenesi) yaptırdınız mı?**

Evet  Hayır

**33. Ne sıklıkla hekime meme muayenesi yaptırırsınız?**

Hiç yaptırmadım  Yılda bir kez  
 2 yılda bir kez  Daha uzun aralıklarla

**34. Sizce ne kadar sık aralıklarla bir hekime meme muayenesi yaptırılmalıdır?**

Bilmiyorum  Her ay  Altı ayda bir  Yılda bir  
 Şikayetim olduğu zaman  Yaptırmaya gerek yok

**35. Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?**

Hiç çektirmedim  Yılda bir kez  
 2 yıl bir kez  Daha uzun aralıklarla

**36. Sizce meme kanseri taraması için mamografi kaç yaşından sonra çekilmelidir?**

20 yaşından sonra  30 yaşından sonra  40 yaşından sonra  50 yaşından sonra

**37. Sizce meme kanseri taraması için mamografi ne sıklıkla çekilmelidir?**

6 ayda bir  Yılda bir  2 yılda bir  3 yılda bir

**KADININ MEME KANSERİ ÖNLEME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİ BELİRLEME (MEKÖD) ÖLÇEĞİ**

Aşağıda kadının meme kanseri önleme davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

MEKÖD ÖLÇEĞİ		ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	DAİMA
		TUTUM				
1	Sağlığım iyi, bu nedenle bazen meme kanseri olabileceğimi hiç düşünmüyorum.					
2	Düzenli meme muayenesi yaptığım zaman meme kanseri olacağımı düşünüyorum.					
3	Eğer meme kanseri olursam kadınlık kimliğimi kaybetmiş olacağım.					
4	Yüksek maliyeti nedeniyle klinik meme muayenesi yaptırabileceğimi sanmıyorum.					
5	Meme kanseri için koruyucu bakım almaya yeterli zamanım yok.					
6	Meme muayenelerini yapmaktan hoşlanmıyorum, çünkü bir şeylerin kötü olduğunu öğrenmekten korkuyorum.					
7	Meme muayenesi sırasında diğerlerinin önünde elbiselerimi çıkarmaktan utanırım.					
8	Memelerimde bir sorun olmadığı için, meme muayenesi yapmak zorunda olduğumu hissetmiyorum.					
MOTİVASYON						
9	Sağlıklı bir yaşam sürdürmek benim için oldukça önemlidir.					
10	Meme bakımı yapmak için kendimi motive ettim, çünkü hayatımın Tanrı'nın bir armağanı olduğuna inanıyorum.					
11	Temel sağlık sorumluluklarımdan biri olan meme bakımı ile ilgili uygulamaları yapacağım.					
12	Meme muayenelerinin ücretini ödemek için sigorta kapsamındayım.					
ÖZ YETERLİLİK						
13	Zor olsa bile, sağlık davranışlarımı ve yeme alışkanlıklarımı koruyabilirim.					
14	Kendi Kendine Meme Muayenesi"ni doğru bir şekilde uygulayarak memede kitle bulabileceğime eminim.					
15	Meme sağlığımı korumak için rutin mamogramlarla (meme görüntüleme yöntemi) ilgili kararlar alabilirim.					
16	Kendi kendime muayene yoluyla bir tümör keşfettiğimde sağlık profesyoneliyle konuşacağım.					

MEKÖD ÖLÇEĞİ		ASLA	NADİREN	BAZEN	SIKLIKLA	DAİMA
<b>DESTEK SİSTEMLERİ</b>						
17	Aile üyelerim, meme sağlığımyı iyileştirmek için önerilen bakımı uygulama konusunda beni cesaretlendiriyor.					
18	Bütün sağlık profesyonelleri, sağlıklı kalmak için gerekli becerileri geliştirmemde bana yardımcı olurlar.					
19	Aile üyelerim, meme kanserini önleme konusunda özen gösteriyor ve bana iyi tavsiyeler veriyorlar.					
20	Yeterince dikkatli olmasam bile, koruyucu sağlık bakımını takip etmem için beni teşvik eden arkadaşlarım var.					
<b>BİLGİ ARAMA</b>						
21	Meme kanseriyle ilgili sağlığımyı geliştirmek için yeni bilgi ve beceri kazanacağım.					
22	Kitle iletişim araçlarından meme kanseriyle ilgili yeni eğitim programlarını takip edebiliyorum.					
23	Diğerleriyle uygun bir iletişime sahip olmak, meme kanserini önleme hakkında bilgi paylaşmamı sağlar.					
24	Onu anlamakta güçlük çekmeme rağmen kendi kendine izlemeyi nasıl yapacağım konusunda sağlık profesyoneliyle konuşurum.					
<b>ÖZ BAKIM</b>						
25	Vücudumun yapısı nedeniyle, meme kanseri konusunda ihtiyacım olan her türlü bakım uygulamasını yapıyorum.					
26	Sağlık profesyoneliyle konuşmaktan korkmuş olsam bile, bir sağlık merkezinde yürütölen sağlık izlemi eğitim programına katılacağım.					
27	Meme kanseri riskini azaltmak için, boy-kilo oranımı dengeli tutmaya çalışıyorum.					
28	Meme kanseri riskini azaltmak için her gün en az 30 dakika fiziksel aktivite (yüröme, bisiklete binme, yüzme vb.) yapıyorum.					
29	Sağlığımyı korumak ve meme kanserini önlemek için sağlıklı beslenmeye (az yağlı yemekler, sebze, meyve...) çalışıyorum.					
30	Sağlık profesyonelinin (hekim, ebe, hemşire...) önerisine göre yılda en az bir kez meme muayenesi yaptırıyorum.					
<b>STRES YÖNETİMİ</b>						
31	Kanser olabileceğimden korksam bile meme kanseri hakkında olumsuz düşöncelerden kaçınmaya çalışıyorum.					
32	Günlük stresle baş etmek için gevşeme, yoga yapma, inancımı destekleyen kitabı okuma, dua etme ve olumlu düşünme gibi çeşitli yaklaşımları kullanırım.					
33	Yorgun olsam bile, günlük hayatımda dinlenme ile iş arasında denge var.					