



**KADINLARIN MEME KANSERİNE YÖNELİK
KADERCİLİK ALGILARININ SAĞLIK İNANÇLARI
VE ERKEN TANI DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ**

Bahar HAN

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL

Yüksek Lisans Tezi-2022

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN MEME KANSERİNE YÖNELİK
KADERCİLİK ALGILARININ SAĞLIK İNANÇLARI VE
ERKEN TANI DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ**

Bahar HAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL**

**ERZURUM
2022**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi	5
2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	6
2.3. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri	7
2.3.1. Cerrahi Tedavi	7
2.3.2. Radyoterapi	8
2.3.3. Kemoterapi.....	8
2.3.4. Hormon Tedavisi	8
2.3.5. Biyolojik tedavi.....	8
2.4. Meme Kanserinden Korunma	8
2.4.1. Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Azaltılması	9
2.4.2. Memeleri Ameliyatla Boşaltmak	10
2.4.3. İlaçlar Kullanarak Meme Kanserinden Korunmak	11
2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	11
2.5.1. Erken Tanı.....	11
2.5.2. Tarama Yöntemleri	11
2.5.2.1. Klinik Meme Muayenesi	12

2.5.2.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi	13
2.5.2.3. Mamografi	15
2.5.2.4. Taramada Ultrasonografi	16
2.5.2.5. Taramada Emar Görüntüleme.....	16
2.5.2.6. Yüksek Riskli Hastada Tarama.....	17
2.5.3. Kadınlara Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Davranışı Kazandırma	18
2.5.4. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	19
2.6. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler	21
2.7. Meme Kanseri Kadercilik Algısı	21
2.9. Meme Kanseri Erken Tanı ve Taramalarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	25
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.3. Araştırmaya Alınma Kriteri	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	28
3.4.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	28
3.4.3. Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	29
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.6. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	29
3.7. Çalışmanın Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR	64

EKLER	79
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	79
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	80
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	81
EK-4 KURUM İZNİ	82
EK-5 ÖLÇEK İZNİ	83
EK-6. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	84
EK-7. MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ.....	86
EK-8. MEME KANSERİ KADERCİLİK ÖLÇEĞİ.....	89
EK-9. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	90

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Hasret YALÇINÖZ BAYSAL'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran kıymetli hocalarım Doç. Dr. Sonay BİLGİN ve Dr. Öğr. Üyesi Metin YILDIZ hocalarıma ve eğitim dönemim boyunca beni her daim destekleyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bahar HAN



ÖZET

Kadınların Meme Kanserine Yönelik Kadercilik Algılarının Sağlık İnançları ve Erken Tanı Davranışları ile İlişkisi

Amaç: Bu çalışma kadınlarda meme kanseri kadercilik algısının sağlık inançları ve erken tanı davranışları ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma 2022 Şubat-Mart tarihleri arasında Erzurum Adnan Menderes Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-69 yaş arası 400 kadınla yapılmıştır. Araştırmanın verileri ‘Tanıtıcı Özellikler Formu’, ‘Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ ve ‘Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği’ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık kat sayıları, bağımsız gruplarda t testi, ANOVA, grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizler için Bonferroni testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği toplam puan ortalaması 4.69 ± 2.67 olarak bulunmuştur. Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalaması yüksek olan kadınların KKMM yapma ve KMM yaptıрма oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyutlarından; sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz-etkililiği ve mamografi yararları alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanırken duyarlılık, ciddiye, KKMM engelleri ve mamografi engelleri alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak kadınların meme kanseri kadercilik algıları sağlık inançlarını ve erken tanı davranışlarını olumsuz olarak etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken tanı, kadercilik, meme kanseri, ölçek, sağlık inancı.

ABSTRACT

The Effect of Women's Perceptions of Fatalism on Health Beliefs and Early Diagnosis Behaviors Regarding Breast Cancer

Aim: This study was conducted to examine the effect of fatalism perception on breast cancer health beliefs and early diagnosis behaviors in women.

Materials Methods: This research was conducted with 400 women between the ages of 18-69 who applied to Erzurum Adnan Menderes Family Health Center between February 2022 and March 2022. The data of the study were collected using the 'Descriptive Characteristics Form', 'Breast Cancer Health Belief Model Scale' and 'Breast Cancer Fatalism Scale'. In the analysis of data; arithmetic mean, standard deviation, skewness and kurtosis coefficients, t test in independent groups, ANOVA, Welch ANOVA in cases where group variances were not homogeneous, Bonferroni tests and correlation analysis were used for Post Hoc analyses.

Results: The mean score of the Women's Breast Cancer Fatality Scale was found to be 4.69 ± 2.67 . It was determined that women with a high mean score on the Breast Cancer Fatality Scale had low BSE and CBE sub-dimensions of the Women's Breast Cancer SIM Scale; While a negative correlation was found between health motivation, BSE benefits, BSE self-efficacy and mammography benefits sub-dimensions and Breast Cancer Fatalism Scale scores, there was a positive correlation between sensitivity, seriousness, BSE barriers and mammography barriers sub-dimensions and Breast Cancer Fatalism Scale scores detected.

Conclusion: As a result, women's fatalism perceptions negatively affect their health beliefs and early diagnosis behaviors towards breast cancer.

Keywords: Breast cancer, early diagnosis, fatalism, health belief, scale

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

IARC	: Uluslararası Kanseri Ajansı
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MG	: Mamografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SİMÖ	: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Korunma yöntemleri.....	9
Şekil 2.2. KMM yapılışı	13
Şekil 2.3. Ayakta KKMM yapılışı.....	14
Şekil 2.4. Yatarak KKMM yapılışı.....	15
Şekil 2.5. Champion SİMÖ'nin alt boyutları	21
Şekil 2.6. Kaderciliğin kökeni	23



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Risk Faktörleri	6
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.2. Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	32
Tablo 4.3. Kadınların Meme Kanseri SİMÖ ve Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4.4. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 4.5. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6. Katılımcıların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarına göre Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 4.7. Katılımcıların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.8. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği ve Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	48

1. GİRİŞ

Meme kanseri meme dokusunda bulunan süt bezleri ve kanallarında bulunan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalarak başka doku ve bölgelere yayılıp o bölgelerde de çoğalmaya devam ettiği sistemik bir hastalıktır.¹ Memede kontrolsüz çoğalan kitle benign (kanseri olmayan) veya malign (kanseri) karakterde olabilir.¹ Meme kanseri, ölümlerle sonuçlanabilen, kadının yaşam kalitesini düşüren, Dünya’da ve ülkemizdeki kadınlarda en çok görülen kanser türüdür.^{2,3} Dünya Sağlık Örgütü’ne² göre meme kanseri tanısı almış vaka sayısı 2.000.088 olarak kayıtlara geçmiştir. Türkiye’de ise 2018 yılında yeni olgu sayısı olarak meme kanseri tanısı alan 22.500 kadın vardır.³ Meme kanseri sıklığı gün geçtikçe artmaktadır fakat bu artışla birlikte meme kanseri hastalarına tanı konulduğunda çoğu ileri evrede olmaktadır.^{3,4} Özmen ve ark.’nın⁴ 2019 yılında yaptığı meme kanseri tanısı almış 20.000 hastayı içeren bir çalışmada, hastaların kanser evre verilerine bakıldığında; Evre 0 da olanlar %4.7, Evre I %28.5, Evre II %48.3, Evre III %14.5 ve Evre IV %4 oranlarında oldukları tespit edilmiştir. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerin meme kanseri tanısı alan hastalarının evrelerine bakıldığında ise Evre 0 %20-25 ve Evre I %50-60 oranlarında tespit edilmiştir.⁵ Bu veriler ülkemizin meme kanseri tanısını erken evrede saptama konusunda gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığını göstermektedir. Meme kanserine erken evrede tanı konulması hastaların tedaviye uyumları artırmakta tedavi sonucu iyileşme sürelerini kısaltmakta 5 yıllık ve 10 yıllık sağ kalım sürelerini de yüksek oranda arttırmaktadır.⁶ Bu doğrultuda tarama yöntemlerinin ve tanı koymanın önemini gün geçtikçe artırmaktadır.^{3,6}

Tarama, topluma kısa sürede uygulanabilen yöntemlerle semptom göstermeden oluşabilecek hastalıkların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.³ Tarama programları ise mevcut kaynaklarla sağlık sistemlerinin düzenlediği faaliyetlerdir.³ Meme kanserinde erken tanı için ülkemizde tarama yöntemi olarak; mamografi (MG) kendi kendine meme

muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayenesidir (KMM) yapılmaktadır.³ Tarama yöntemlerinden mamografi meme kanserine yakalananlarda ölüm oranını azaltırken, KMM ve KKMM kadınların hastalığa olan farkındalığını yükseltmektedir.⁶ Ülkemizde Kanserle Savaş Daire Başkanlığı, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitimi Merkezleri (KETEM) mamografi tarama çalışmalarında bulunmaktadır.³ Ayrıca bu merkezlerde ve sağlık hizmeti veren birçok merkezde kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilerek de erken tanı olasılığı artırılmaya çalışılmaktadır.^{3,6,7} Ülkemizde yapılan bir çalışmada KKMM yapma oranı %4.3-%32.1 arasında, KMM yaptırma oranı %19.8-%42.7 arasında, mamografi çekirme oranı %12.5-%40.6 arasında tespit edilmiştir.⁷ Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistikleri Yıllığına ait verilerine bakıldığında ülkemizdeki kadınların %19.7'sinin düzenli aralıkla KKMM yaptığı, 40 yaş üstü olanların sadece %9,0'ının mamografiyi son bir yıl içinde çektiği ve hayatı boyunca bir kere bile mamografi çekirmemiş olan kadınların oranının ise %71.1 olduğu kayıtlara geçmiştir.⁸ Yapılan birçok çalışma mamografinin kanserden ölüm oranlarını %20 ile %40 arasında azalttığını ortaya koymaktadır.^{3,4,9,10} Bu doğrultuda tüm dünyada mamografi, meme kanseri için tarama yöntemi olarak kullanılmakta ve bu yöntemin toplum tabanlı ve organize olarak uygulandığı ülkelerde meme kanserine erken tanı konulduğu gözlenmektedir.¹⁰ Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından tüm illerimizde kurulan Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkez'lerinde yapılan tarama programlarıyla mamografi taramaları artırılmıştır. Bu merkezlerde yapılan tarama programlarının kalite ve etkililiğinin en üst seviyeye çıkması için kurumlar arasında iş birliğinin yapılması, merkezlerde çalışanların teknik eğitimlerinin artırılması, katılım oranının yüksek olması ve standardizasyonun olması önemlidir. Meme kanseri nedeniyle oluşabilecek ölümlerin azaltılabilmesi için hedef nüfusun en az %70'inin bu taramalara katılması gerekmektedir.^{10,11}

Kadınların tarama yaptırmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi ve buna yönelik önlemler alınması taramaya katılımı artırabilir. Erken tanı ve tarama davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalar Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanseri tarama davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde etkin bir model olarak öne çıktığını göstermektedir.¹² Sağlık İnanç Modeli, kadınlarda erken tanı davranışlarının; kadınların dini inançlarından, tutumlarından ve değer yargılarından etkilendiğini savunmaktadır.¹² Bu model sayesinde erken tanı davranışlarında sorun olarak görülen tutumlar ve davranışlar tespit edilerek kadınlara daha uygun sağlık eğitimleri verilip sorundan kaynaklı zarar, en aza indirilerek kadınların erken tanı davranışları olumlu yönde etkilenebilir. Gelişmiş erken tanı davranışları ve farkındalığıyla meme kanseri tarama yöntemlerine başvurular artırılarak meme kanseri mortalite oranları önemli ölçüde azaltılabilir.^{3,6}

Kadınların algıları meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu algılar bazen kadının tanı davranışına destekleyici etkide bulunduğu gibi bazı durumlarda da engelleyici bir rol oynayabilmektedir. Bu algılardan biri de meme kanseri kadercilik algısıdır.¹³

Meme kanseri kadercilik algısı ile kadınlarda meme kanserinin kaderleri olduğu ve bunun hayatlarının değiştirilemez ve kaçınılmaz bir parçası olduğu düşüncesi yer almaktadır.¹³ Meme kanseri kadercilik algısında tanrının belirlemiş olduğu alın yazısının insanın iradesiyle önceden müdahale edilerek değiştirilemeyeceği ve engellenemeyeceği düşüncesi yer almaktadır.¹⁴ Meme kanseri kadercilik algısı kadının meme kanserine yönelik sorumluluklarından kaçarak hastalığın kendi iradeleri dışında gerçekleşeceğini düşündürebilmektedir. Meme kanseri kadercilik algısı kadınların erken tanı davranışlarına yönelimini olumsuz etkileyebilmektedir.¹³ Molaei-Zardanjari ve ark.¹⁵ tarafından yapılan çalışmada mamografi çekirtmemiş kadınların meme kanseri kadercilik

puanının yüksek olduğu ve kadercilik algısı yüksek olan kadınların mamografi çekirme olasılığının düşük olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde kadercilik algısının hastalıklara karşı önlem almayı ve koruyucu sağlık davranışı geliştirmeyi azalttığı belirten çalışmalar bulunmaktadır.^{16,17}

Bu çalışma kadınların meme kanseri kadercilik algılarının meme kanserine yönelik sağlık inançları ve erken tanı davranışları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızdan elde edilen verilerin, toplumda meme kanseri tarama davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan tarama programlarının planlanmasına ve mevcut programların içeriğinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri ve Epidemiyolojisi

Meme kanseri kadınlarda çok sık görülen ve ölümle sonuçlanabilen bir kanser türüdür.^{18,19} Kanser, dünyada ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alırken 2030 yılında kanserin birinci sıraya yükseleceği ön görülmektedir.¹⁸ Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 verilerine göre dünya genelinde meme kanseri tanısı almış hasta sayısı 2 milyonun üzerine çıktığı, ölü sayısının da 620 bin üstü olduğu tespit edilmiştir. IARC (Uluslararası Kanser Ajansı) tarafından aktarılan verilere göre dünya genelinde kadınlarda görülen kanser vakalarının %25'ini meme kanseri oluşturmaktadır. Kanserden kaynaklı ölümlerin de %15'ini oluşturduğu belirtilmektedir.¹⁹ Gelişmiş ülkelerde meme kanseri morbidite oranının artmasına rağmen mortalite oranları azalmaktadır.^{1,2} Fakat bu durum orta ve düşük gelirli ülkeler için geçerli değildir. Orta ve düşük gelirli ülkelerde morbidite oranındaki artışla paralel olarak mortalite oranı da artmaktadır.^{1,2}

Türkiye'de ise 2018 yılında yeni olgu sayısı olarak meme kanseri tanısı almış 22.500 kadın vardır.³ Özellikle 45-54 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.^{20,21} Sağlık Bakanlığının 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de meme kanseri görülme sıklığı 45/100.000 kadardır.³ Bu oran ülkemizin batı kesiminde 50/100.000 iken doğu kesiminde 20/100.000 kadardır. Ülkemizde bölgeler arasında meme kanseri sıklığı farklılıklarının nedeni kişilerin yaşam tarzındaki değişikliklerle açıklanmaktadır.^{20,21} Meme kanseri sıklığını etkileyen faktörler meme kanserinde ölüm sıklığını etkileyen etmenlerden farklı olabilir. Erken yaşta anne olmanın ve uzun süreli çocuk emzirmenin doğu bölgelerinde daha sık görülmesi o bölgede meme kanseri sıklığını azaltabilmektedir. Bu bölgelerde meme kanseri sıklığının düşük olmasına rağmen meme kanseri bilgi düzeyinin düşük olması, tarama programlarına erişimin yetersiz olması ve erken teşhisin gecikmesiyle mortalite oranlarının yüksek olmasını açıklamaktadır.^{3,22} Meme kanseri görülme sıklığını en çok etkileyen faktör yaştır. Meme kanseri görülmesi üreme döneminin sonuna doğru 40-50 yaş aralığında

artışa geçmektedir. Menopoz sonrası hafif bir düşüş gösterse de en çok 50-70 yaş arası kadınlarda görülmektedir.²³

2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Meme kanseri oluşum nedeni tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Fakat yapılan çalışmalar, bazı risk faktörlerini bulunduran kadınların meme kanserine yakalanma olasılıklarının arttığını göstermektedir.^{24,25}

Kadın olmak meme kanseri için en büyük risk faktörüdür. Bunun dışında 50 yaş üstü olmak, erken menarş yaşı (<11 yaş), hiç doğum yapmamış ve emzirmemiş olmak olmak, 35 yaşında sonra doğum yapmış olmak, toraks bölgesine radyoterapi almış olmak, menopoz sonrasında oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımı, alkol, obezite, memede benign proliferatif lezyon, geçirilmiş meme biyopsisi sonrası atipik hiperplazi varlığı, lobüler karsinoma insitu varlığı, ailesel ve genetik faktörler meme kanseri riskini artırmaktadır. BRCA 1 ve BRCA 2 gen mutasyonları genetik risk faktörleri içerisindeki en yaygın mutasyonlardır.²⁶

Amerikan Kanser Birliği meme kanseri risk faktörlerini ‘Değiştirilemeyen Risk Faktörleri’, ‘Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri’ ve ‘Belirsiz Risk Faktörleri’ olmak üzere üçe ayırmıştır.²⁵

Tablo 2.1. Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	• 50 yaş üstü olmak • Erken menarş (<11 yaş) • Geç menopoz(>55 yaş) • Kadın olmak • Ailede meme kanseri öyküsü • BRCA1/2 gen mutasyonu taşımak • Daha önceden memede var olan kitleler • Yoğun meme dokusu • Çocukluk çağında toraks duvarına radyoterapi uygulanması
Yaşam Tarzıyla Alakalı Risk Faktörleri	• Kronik alkol kullanımı • Post-menopozal obezite • Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı (>10 yıl) • Gebelik (20 yaş altı ve 30 yaş üstü gebelik) • Emzirmemek
Belirsiz Risk Faktörler	• Çevresel kimyasallar • Sigara kullanım

2.3. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Meme kanserinin tedavisinde günümüzde oldukça önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Erken tanı ve geliştirilen tedavi yöntemleri sayesinde sağ kalım oranları artmış ve meme kanseri tedavisi mümkün bir hastalık haline gelmiştir. Hastanın genel sağlık durumuna, bireysel özelliklerine ve hastalık evresine göre birden fazla tedavi şekli bulunmaktadır. Bu tedavi şekilleri lokal tedavi ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır.³

Lokal tedavi:

- Cerrahi tedavi
- Radyoterapi

Sistemik tedavi:

- Kemoterapi
- Hormon terapisi
- Biyolojik tedavi

Meme kanserinin standart tedavi yöntemleri aşağıda verilmiştir.

2.3.1. Cerrahi Tedavi

Meme kanseri tedavisinin genellikle ilk aşamasıdır. Cerrahi girişimle memedeki kanserli dokunun çıkartılmasıyla meme kanseri tedavisi başlar. Cerrahi işlem lumbektomi ve mastektomi olarak ikiye ayrılır. Lumbektomide sadece kanserli hücre alınırken mastektomide bütün meme dokusu koltuk altı bezleriyle beraber çıkartılır. Memenin tümü alındıktan sonra plastik cerrahi yöntemleriyle memenin yeniden inşası yapılabilir. Lumbektomiden sonra radyo terapi uygulanarak kanserli hücre kalmış ise yok edilmeye çalışılır.^{27,28}

2.3.2. Radyoterapi

Diğer adı ışın tedavisi olan radyoterapi X-ışınlarının koltuk altı ve meme bölgesine uygulanması işlemidir. Radyoterapi aynı zamanda birçok yan etkisi olan bir tedavidir. Halsizlik, memede şişme, ağrı hissi, deride hassasiyet gibi yan etkileri vardır. Bu etkiler tedaviden sonraki 1 yıl içinde kendiliğinden kaybolmaktadır.³

2.3.3. Kemoterapi

Kemoterapi kanserli hücrelerin ilaçla öldürülmesi anlamına gelmektedir. Öldürücü ilaçlarla uygulanan bu tedavi bazen de cerrahi tedaviye ek olarak kullanılmaktadır. Hastada kansere dair herhangi bir belirti kalmamış olsa bile kanserin tekrar nüksetmesini önlemek için koruyucu olması amacıyla da uygulanabilen bir tedavi yöntemidir.³

2.3.4. Hormon Tedavisi

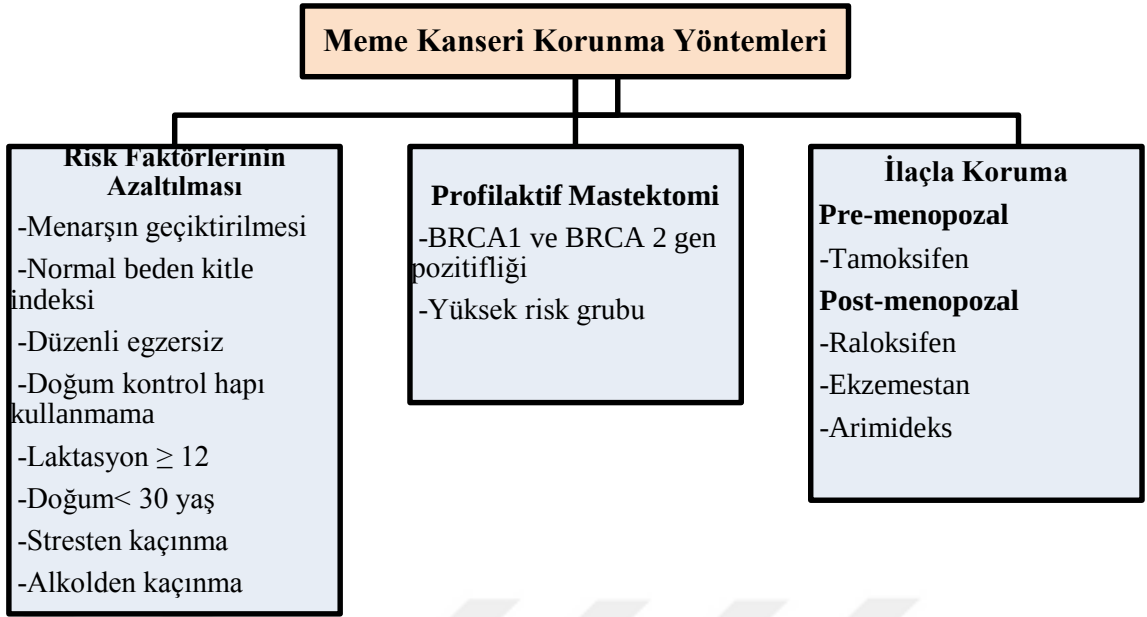
Meme kanseri oluşmuş kişilerin bazı kanserli hücreleri, östrojen hormonuna karşı duyarlıdırlar. Östrojen hormonu duyarlı olduğu kanser hücrelerinin tekrardan oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durumun olduğu hastalara hormonoterapi yani hormon tedavisi uygulanmaktadır. Uygulanan bu tedavi yöntemiyle östrojenin etkisi azaltılarak kanserli hücrenin tekrar oluşmasının önüne geçilmeye çalışılır.²⁹

2.3.5. Biyolojik tedavi

Biyolojik tedavi yöntemi, kadının vücut bağışıklığı artırılarak kanser hücrelerinin doğrudan yok edilmesini amaçlayan bir yöntemdir.³⁰

2.4. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen hastalık olmasına rağmen kadınların hastalıktan korunmaları mümkündür. Bu korumanın üç farklı yolu vardır. Bu yollar, meme kanseri risk faktörlerini azaltmak, profilaktik mastektomi ve meme kanserinden koruyucu ilaç kullanmaktır.³



Şekil 2.1. Korunma yöntemleri

2.4.1. Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Azaltılması

Egzersiz yapmak: Düzenli egzersiz yapmanın meme kanseri riskini %25-30 oranında azalttığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir. Ayrıca egzersizin meme kanseri tedavisi gören kişilerde hastalığın tekrarlama olasılığını da düşürdüğü tespit edilmiştir.^{31,32}

Alkol kullanmamak: Alkolün meme kanseri de dahil birçok kanserle ilişki olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada, alkol tüketiminin meme kanseri riskini 1.21 kat arttırdığı belirlenmiştir. Miktar arttıkça, risk de artmaktadır. Günde 2-5 kadeh alkol tüketen kişilerde meme kanseri riski %40 oranında artmaktadır. Alınan alkol miktarı arttıkça meme kanseri riski de artmaktadır.³³

Stresten uzak durmak: Günümüzde kadınların çalışma hayatında daha fazla yer alması, ekonomik sıkıntılar, doğal afetler, sevilen kişinin kaybı, zorlu yaşam şartları kadınların stres altında yaşamasına neden olmaktadır. Stres anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar büyük depresyon geçiren kadınların meme kanserine yakalanma risklerinin arttığını göstermektedir.³⁴

Menarş yaşının geciktirilmesi: Stres, düzensiz beslenme, zorlu yaşam koşulları sonucu menarş yaşı küçülmeye başlamıştır. Türkiye de ilk adet görme yaşı 12 ve altına düşmüştür. Menarş yaşının 12 ve altına düşmesi meme kanseri riskini artırmaktadır. Bu yüzden çocuklarda dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite gibi olumlu sağlık davranışları oluşturularak menarş yaşı büyütülmeye çalışılmaktadır.³⁴

30 yaşından önce doğum yapmak: İlk doğum yaşının erken olmasının meme kanseri riskini azaltmada önemli bir faktör olduğunu gösteren önemli çalışmalar vardır. 35 yaşından sonra doğum yapmak kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır. Bu yüzden meme kanseri riskini azaltabilmek için doğum yaşının 30'dan önce olması önerilmektedir. Fakat kadınların eğitim hayatı ve mesleği eğilimleri ile erken doğum yaşı uyumlu bulunmadığı için günümüzde ilk doğum yaşı büyümektedir.³⁵

Emzirme (laktasyon): Meme kanserini önlemede emzirmenin etkisi tam olarak bilinmese de yapılan çalışmalar 12 aydan uzun süre emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığını göstermektedir. Dört aydan fazla emziren kadınlarda basal-like meme kanseri riskinin %40 azaldığı tespit edilmiştir.³

2.4.2. Memeleri Ameliyatla Boşaltmak (Profilaktik Mastektomi)

Meme kanseri olan kadınların %15' inde patojen gen taşıyıcılığı vardır. BRCA1/2 ve diğer gen mutasyonlarını taşıyan kadınların meme kanseri olma riskleri yüksektir. Bu hastalarda meme dokusu profilaktik mastektomiyle boşaltılarak kanserli hücre oluşumu önlenmeye çalışılmaktadır. Bu cerrahi yöntemle kanser oluşum riski %95 azalmaktadır. BRCA1/2 gen testleri özel genetik merkezlerinde uzmanlar tarafından belirlenmektedir. Genetik testi pozitif çıkan hastalarda memeler ve overler alındıktan sonra hastanın birince derece yakınlarına da aynı testlerden yapılmaktadır.³⁶

2.4.3. İlaçlar Kullanarak Meme Kanserinden Korunmak

Tamoksifen ve raloksifenin östrojen pozitif meme kanserini %50 oranında azalttığı tespit edilmiştir. Tamoksifen meme kanseri tedavisinde kullanılırken raloksifen ise menopoz döneminde oluşan osteoporozun tedavisinde kullanılmaktadır. Ekzemestan ve anastrozol gibi ilaçlarda hastalığın tekrarlanmasını önlemektedir.³⁷ Meme kanseri olma olasılığı yüksek hastalarda bu ilaçların etkili olduğu gözlenmiştir fakat birçok olumsuz yan etkilerinden dolayı kullanımları kısıtlıdır.³⁸

2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

2.5.1. Erken Tanı

Meme kanserinde erken tanı, semptomatik hastalarda kanseri metastaz yapmadan tespit ederek tedavi başarı oranının artmasını sağlar. Kanserle mücadelede tedavi kadar tarama yöntemleri ve hastalıktan korunmada ön plandadır. Tarama programları sayesinde erken tanı ve beraberinde sağ kalım oranları artmakta özellikle gelişmiş ülkelerde meme kanserinde yaşam süresinin uzadığı görülmektedir. Ülkemizde 2000 yılında kanserlerin erken tanısı için Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Şu anda ülkemizin bütün illerinde bulunan KETEM'lerde kanserlerin erken teşhisi için farkındalık eğitimleri verilerek meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır. Toplum tabanlı olarak yapılan bu taramalar ücretsiz olup kanserden kaynaklanacak mortalite ve morbitide oranını en aza indirmeyi amaçlamaktadır.^{3,11}

2.5.2. Tarama Yöntemleri

Tarama, topluma hızlı bir şekilde uygulanılabilen muayene ve testler yardımıyla belirti göstermeyen hastalıkların teşhis edilmesidir. Bir hastalık için tarama yapılacaksa o hastalığın ciddi bir sağlık sorunu olması, erken tanının hastalığın teşhisi ve tedavisi açısından yararlı olması ve ölüm oranını azaltması gerekir.³

Meme kanseri taramalarında, 20 yaş üstü her kadında kendi kendine ve klinik meme muayenesi, 40 yaşını geçtikten sonra mamografi önerilmektedir. Kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi meme kanserine olan farkındalığı artırırken mamografi meme kanseri ölüm oranını azaltmaktadır. Meme kanseri konusunda yüksek risk grubunda olmayan kadınların kendi kendine meme muayenesini ayda 1 kez yapması, klinik meme muayenesini yılda 1 kez yaptırması, 40-69 yaş aralığında ise 2 yılda 1 kez de mamografi çekilmesi önerilir.¹¹

Meme kanserinde erken tanı ve tarama programlarındaki amaç meme kanserinin klinik bulgusunun ortaya çıkmasından önce erken dönemde meme kanserini belirleyerek küçük boyutta ve metastaz yapmamış olan tümöre erken dönemde meme koruyucu cerrahi müdahalede bulunarak ölüm oranının azaltılmasıdır. Meme kanseri taramalarında en çok kullanılan görüntüleme yöntemi olan mamografi en etkili tarama yöntemidir.^{3,10,11}

2.5.2.1. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi 20 yaşını geçmiş her kadına 1-3 yılda bir, 40 yaşını geçmiş kadınlara ise her yıl eğitimini almış hekim ya da hemşire tarafından yapılan fizik muayenedir. Yüksek risk grubunda olan kadınlar için bu muayene sıklıkları farklıdır. KMM ve KKMM meme kanserinde erken tanı koymada farkındalık oluşmasını sağlayan pratik ve güvenilir yöntemlerdir. KKMM ve KMM ile birlikte mamografi uygulandığından meme kanseri tanı koyma oranı %5-20 arasında artmaktadır.^{39,40}

Memenin klinik muayenesinde her iki meme, koltuk altı, göğüs duvarı ve boyun lenf nodları muayene edilir. Hasta iyi ışık alan ve mahremiyeti korunduğu bir odaya alınır ve inspeksiyon ile meme muayenesine başlanır. Önce oturup pozisyonda muayeneye başlanılır. Kadın oturur bir şekilde belden yukarısı açık ve kolları aşağı sarkmış şekilde hekimin karşısında durur. Sonra kollarını başının üstüne koyması istenir bu şekilde memelerin alt bölgeleri ve aksiller daha iyi incelenir. Daha sonra hasta ellerini beline

koyarak göğüs kaslarını sıkarak memede varsa şişlikler, ödem, cilt dokusunda kalınlaşma, portakal kabuğu görünümü ve asimetri gibi değişiklikler gözlenir. Oturur pozisyondayken iki elle muayene yapılır meme başı sıvazlanarak akıntı kontrolü yapılır. Daha sonra hasta yatar pozisyonda muayene edilir ellerini başının üstüne koyması istenir meme dokusu ve koltuk altı ve boyun lenfleri palpasyonla muayene edilir (Şekil. 2.2.).³ Ayakta meme muayenesinde de inspeksiyon ve palpasyonla meme muayenesi yapılır. Menstruasyonun 5-7. günleri bu muayeneleri yapmak için en doğru zamandır.^{3,41}



Şekil 2.2. KMM yapılışı

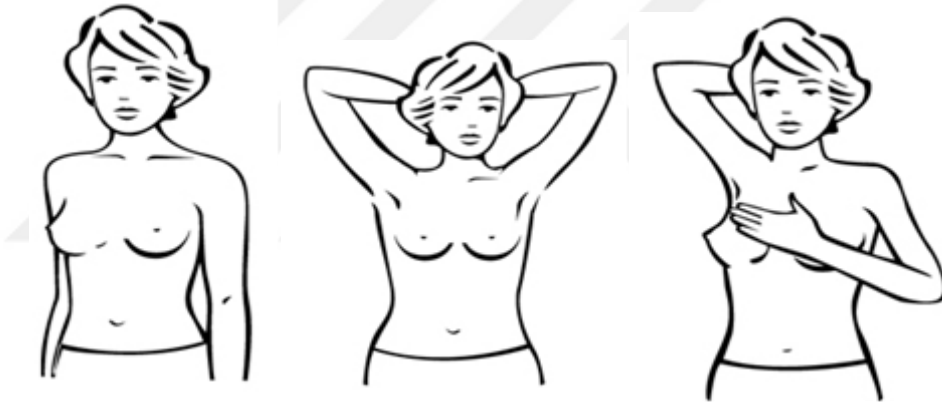
2.5.2.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Kendi kendine meme muayenesi, Kadının ev ortamında kendi memesini gözlemlemesi ve elle muayene etmesi aşamalarını içerir. KMM de olduğu gibi KKMM’de de muayene için en uygun zaman menstruasyonun 5-7. günleridir. Menapoz dönemindeki kadınların ise her ayın belirli günü kendi kendine muayene yapmaları gerekir. Klinik muayenenin bir parçası olarak kabul edilen kendi kendine muayene, meme kanseri farkındalığının toplumda artmasını sağlayan pratik ve masrafsız bir yöntemdir. 20 yaşından itibaren her ay bir kez KKMM yapan kadınların memelerinde ortaya çıkan değişiklikleri erken fark etmeleri kolaylaşır.⁴²

KKMM yapılış aşamaları klinik meme muayenesine benzer. KKMM yapılışı ise aşağıdaki gibidir.

1. Ayakta İnspeksiyon ve Palpasyon

Muayenenin bu aşamasında her iki kol serbestçe yanlarda ve omuzlar dik olacak şekilde ayna karşısına geçilir (Şekil 2.3.). Bu aşamada, her iki memenin büyüklüğü, simetrisi, derinin rengi, portakal kabuğu görünümü ve deride herhangi bir çukurlaşma olup olmadığı kontrol edilir. Gözlem sadece meme yapısında değil, koltuk altına da yapılmalıdır. Aynı gözlem kollar yukarıda, baş arkasında ve eller kalça üzerinde, hafif öne doğru eğilmiş pozisyondayken de yapılır. Eller kalça üzerine konularak ve yukarı kaldırılarak meme başı, aksiller ve cilt değişiklikleri dikkatle incelenir. Daha sonra ayakta, bir kol başın arka tarafına koyularak diğer el ile ortadaki 3 parmak birleştirilerek meme ve koltuk altı dairesel hareketlerle palpasyon yapılarak muayene yapılır (Şekil 2.3.).⁴³



Şekil 2.3. Ayakta KKMM yapılışı

2. Yatarken Elle Muayene

Bu aşamada hasta sırt üstü bir şekilde rahat edebileceği düz bir zeminde yatmalıdır. Muayene edilecek taraftaki kol, başın üzerine konmalı ve muayene edilecek taraftaki omuzun altına yastık veya başka bir şey konularak desteklenmelidir. Elin ortadaki üç parmağıyla meme yukardan aşağı doğru muayene edilmelidir (Şekil 2.4.).⁴³



Şekil 2.4. Yatarken KKMM yapılışı

2.5.2.3. Mamografi

Mamografi düşük dozda radyasyon verilerek kadının meme dokusunun detaylı bir şekilde incelenmesini sağlayan radyolojik görüntüleme yöntemidir. Kadınlarda meme kanseri tanısında kullanılan mamografi 40 yaş üzeri her kadında en az 2 yılda 1 kez yaptırmayı gereken bir tarama yöntemidir. Mamografi çekimi memenin cihazın iki tabakası arasına sıkıştırılarak filminin çekilmesiyle yapılır. Bu görüntüleme sayesinde KKMM veya klinik meme muayenesi sırasında saptanamayacak kadar küçük olan farklılıkları saptayarak meme kanserinin fark edilmesini ve erken dönemde tedavi edilmesini sağlamaktadır. Mamografi alternatifi olmayan tarama ve tanı amaçlı kullanılan bir tür meme röntgenidir. Mamografi tarama amacıyla kanserin erken safhada belirlenmesini sağlarken, memede ele gelen şişlik kızarıklık ağrı gibi şikayetlerde teşhis koymak amacıyla yapılan en etkin görüntüleme yöntemidir.³

Randomize kontrollü olarak yapılan çalışmalarda mamografinin kanserden ölüm oranlarını yüzde 20 ile 40 arasında azalttığını ortaya koymaktadır.^{3,4,9,10} Mamografi meme kanseri tarama yöntemi olarak tüm dünyada kullanılmaktadır. Tarama programları mevcut kaynaklarla sağlık sistemlerinin düzenlediği faaliyetlerdir. Bu nedenle tüm dünyada mamografi, meme kanseri için tarama yöntemi olarak kullanılmakta ve bu yöntemin toplum tabanlı ve organize olarak uygulandığı ülkelerde meme kanserine erken

tanı konulduğu gözlenmektedir. Tarama programları sağlık sisteminin düzenlediği ana çerçevede mevcut kaynaklar ile belirlenen tarama faaliyetleridir.²² Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından tüm illerimizde kurulan Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkez'lerinde (KETEM) yapılan tarama programlarıyla mamografi taramaları artırılmıştır. Bu merkezlerde yapılan tarama programlarının kalite ve etkililiğinin en üst seviyeye çıkması için kurumlar arasında iş birliğinin yapılması, merkezlerde çalışanların teknik eğitimlerinin artırılması, katılım oranının yüksek olması ve standardizasyonun olması önemlidir. Meme kanseri nedeniyle oluşabilecek ölümlerin azaltılabilmesi için hedef nüfusun en az %70'inin bu taramalara katılması gerekmektedir.^{22,44}

2.5.2.4. Taramada Ultrasonografi

Ultrasonografi uzun yıllardır mamografiye ek destekleyici olarak kullanılan ileri tarama yöntemidir. Ultrason ses dalgalarının yansıma özelliğinden faydalanarak geliştirilmiş olup radyasyon içermeyen bir görüntüleme yöntemidir. Kanser riski olan 30 yaş altı meme dokusu yoğun olan ve hamile kadınlarda genellikle tercih edilen bir yöntemdir. Meme ultrasonu ile memede var olan kitlenin kistik (içi sıvı dolu) veya solid (katı) yapılarından hangisi olduğu belirlenebilmektedir. Ultrasonografi sayesinde solid yapıda olan bir kitlenin yapısını göstererek iyi yada kötü huylu olduğunu çoğu zaman belirleyebilen bir görüntüleme yöntemidir. Ultrasonografi yoğun meme dokusuna sahip olanlarda kanser saptama oranını arttırsa da geri çağırma ve gereksiz biyopsi oranlarını arttırdığı için tarama maliyetlerini de arttıracığından rutin tarama programlarına alınmamıştır.⁴⁵

2.5.2.5. Taramada Emar Görüntüleme

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) cihazları meme dokusunun detaylı bir şekilde incelenmesini sağlayan yüksek risk grubundaki kişilere uygulanan ileri tarama yöntemidir. Bu incelemeyi yaparken kanser hücrelerinin daha iyi görüntülenebilmesi için

hastaya invaziv girişimle kontrast madde de verilerek incelemelerde bulunulur. Bu incelemeler genellikle mamografide ve ultrasonografide kanser bulgusu tespit edildiği zaman kanserin yaygınlığını belirlemek için yapılır. MRG cihazlarının pahalı olması görüntüleme sonuçlarını değerlendirecek radyoloji uzmanlarının yetersizliği bu tarama yönteminin yaygın olarak kullanılmamasına neden olmaktadır. Bu yüzden ileri tarama yöntemi olarak genelde teşhis koymak amaçlı mamografi ve ultrasonografiye ek olarak kullanılmaktadır.²²

2.5.2.6. Yüksek Riskli Hastada Tarama

Meme kanseri risk faktörlerinden birkaç tanesini bulunduran kadınlar yüksek risk grubunda yer almaktadır. Aileden birinin meme kanseri tanısı alması, ilk doğumun yaşı, menarş yaşı, menopoz yaşı meme biyopsi öyküsü, BRCA1/2 gen mutasyonu taşıyıcılığı gibi faktörler meme kanseri risk düzeyini etkileyen faktörlerdir. Meme kanseri tanısı alma oranları risk faktörleriyle paralel olarak artmaktadır.⁴ Meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda erken tanı için yapılan taramalar daha erken yaşlarda başlatılmalıdır. Yüksek riskli kadınlarda mamografiye ek olarak ultrason ve MRG’de çektiirmek erken tanıda seçiciliği artırmaktadır. Yüksek riskli hasta grubu olarak tanımlanan bu grupta taramalara başlama yaşı için belirli kurallar bulunmaktadır. Örneğin annesi veya ablası meme kanseri tanısı almış kişilere meme kanseri olanların tanı aldıkları yaştan 10 yıl önce, BRCA 1 gen mutasyonu olanlarda 20 yaşından önce, BRCA 2 gen mutasyonu olanlarda ise taramaya 30 yaşından önce başlanmalıdır. Meme koruyucu ameliyat geçirdikten sonra radyoterapi alan hastalara da görüntüleme 6 ay sonra başlanmalıdır ve meme kanseri tanısı almış tedavisi bitmiş kişilere hangi yaşta olursa olsun taramalara devam edilmelidir.⁴²

2.5.3. Kadınlara Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Davranışı Kazandırma

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının ülkemizde hala yeterli düzeyde olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu davranışların yeterli düzeylerde olmamasının sebeplerinden biride kadınların erken tanı davranışlarına yönelik yeterince bilinçli olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu bilincin artırılması ve tarama davranışlarının geliştirilmesi için birçok model geliştirilmiştir. Modellerle desteklenen eğitim programlarının planlanması ve uygulanmasıyla erken tanı davranışlarına yönelik bilinç artırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık eğitimlerinin hedeflerinden biriside bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırmaktır. Sağlık davranışları inançlar, algılar, alışkanlıklar, psikolojik özellikler ve güdülerden etkilenmektedir. Sağlık eğitimi sayesinde kadınlar birincil, ikincil ve üçüncül düzeyde koruyucu sağlık davranışları geliştirebilirler.⁴⁶

Koruyucu sağlık davranışlarının kadınlara kazandırılmasında birçok bilişsel-davranışçı model kullanılmaktadır. Bu modeller Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Sosyal Öğrenme Modeli, Transteorik Model ve Planlanmış Davranış Teorisi'dir.⁴⁶⁻⁴⁸ Bu modellerden meme kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmek için en çok kullanılanı Sağlık İnanç Modeli'dir. Ülkemizde genellikle hemşire ve akademisyenler kadınların tarama davranışlarını geliştirmek için çalışmalar yapmaktadırlar. Bu çalışmalar sırasında kitapçık, broşür, maket, telefonla hatırlatma ve video gibi materyallerle eğitim vererek bu eğitimlerin etkisi test edilmiştir. Bu eğitim girişimlerinin çoğuna meme kanseri sağlık İnanç Modeli eşlik etmektedir. Ülkemizde erken tanı davranışlarını geliştirmek için yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde verilen eğitimler sayesinde kadınların KKMM ve mamografi engellerinin azaldığı,

duyarlılıklarının arttığı ve KKMM yapma, mamografi çekirme, KMM yaptırma oranlarının da arttığı gözlenmiştir.^{12,49}

2.5.4. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli 1950'lerin başlarında sosyal psikologlar tarafından koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik katılımın yeterli düzeyde olmamasının sebeplerini araştırmak amacıyla psikolojik kuramdan yararlanılarak geliştirilmiş bir modeldir.⁴⁹ Sağlık İnanç Modeli meme kanserinde erken tanı ve tarama davranışlarını artırmak için yapılan çalışmalarda bireylerin davranış değişikliklerini belirlemek için en çok temel alınan modeldir. Bu model sayesinde kişinin inanç, değer, tutumları ve algıları tespit edilerek topluma ya da bireye yönelik erken tanı ve tarama davranışı kazandırmak ve geliştirmek için en uygun sağlık eğitimi planlanır.^{12,48}

Sağlık İnanç Modeli'nin temel bileşenleri aşağıda verilmiştir.^{48,50,51,52}

Ciddiyet Algısı: Kişinin, hastalık durumunun zarar verici sonuçlarını tehdit olarak algılamasıdır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre bireylerde duyarlılık ve ciddiyet algısı birleşince ortaya tehdit algısı çıkmaktadır. Tehdit algısı bireyin özelliklerinden etkilenmektedir. Eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerde tehdit algısı arttığı için erken tanı ve tarama davranışlarına yönelimleri de artmaktadır.⁵³

Duyarlılık Algısı: Bireyin sağlıkla ilgili hassasiyetlerine göre sağlığı için tehlike oluşturabilecek durumları algılaması ve hastalığa yakalanma olasılığını tahmin edebilmesidir. Birey sağlığı için tehdit oluşturacak unsurların farkında oldukça bireyde olumlu sağlık davranışları oluşabilecektir.^{12,52}

Yarar Algısı: Bireyin erken tanı ve tarama davranışlarının hastalıktan korunma ve hastalığa yakalandığı takdirde iyileşmesinde yarar sağlayacağını düşünmesidir. Birey erken tanı ve tarama davranışlarının ne kadar çok faydasını görürse bu davranışlara yönelimi de aynı oranda artmaktadır.^{12,53,54}

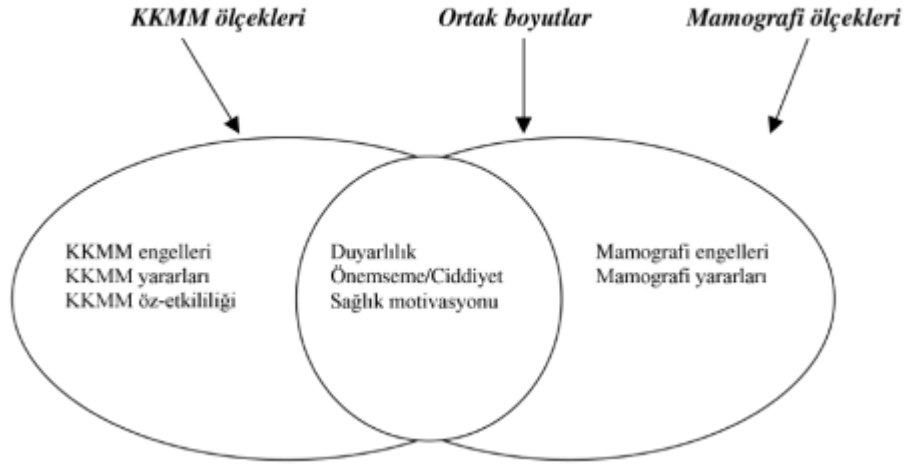
Engel Algısı: Bireyin erken tanı ve tarama davranışlarını uygulamasını ve olumlu sağlık davranışlarına uyumunu engelleyen algıdır. Kadınlarda ekonomik sıkıntılar, utanma, ağrı, ihtiyaç duymama, bilgi eksikliği gibi faktörler erken tanı davranışlarına engel olmaktadır. Engel algısı yarar algısından ne kadar çok olursa koruyucu sağlık davranışını yerine getirme de aynı oranda azalmaktadır.^{12,48,55,56}

Güven(Öz-Etkililik): Bireyin sağlık davranışa yönelik bulunacağı eylemlerin başarılı bir şekilde sonlanacağına olan inancıdır. Bireyde ki bu inanç ne kadar yüksek ise davranışı gerçekleştirme ve sürdürmedeki sağlık motivasyonu da aynı oranda artar.^{12,54}

Sağlık Motivasyonu Algısı: Kişinin, sağlık davranışını gerçekleştirmede istekli olması, o davranışı devam ettirme ve geliştirmedeki kararlılığıdır.^{12,54,57,58}

Eyleme Geçiriciler: SİM için yapılan çalışmalarda bireyin sağlık davranışını gerçekleştirmek için harekete geçmesini etkileyen durumlar vardır. Eğitimler, tanıdık birinin hastalanıp konu hakkında bilgi vermesi, hastalık belirtileri ve medya gibi faktörler bireyin düşüncelerini tetikleyici etkide bulunurlar. Ciddiyet ve duyarlılık algısı güçlü kişilerin harekete geçmesi için küçük tetikleyiciler yeterli olurken bu algıları zayıf kişilerin harekete geçmesi için daha büyük tetikleyicilere ihtiyaç vardır.^{12,52}

Champion Sağlık İnanç Model’ini esas alarak 1984 yılında Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ni oluşturmuştur. Bu ölçek meme kanseri taramalarında bireylerin meme kanserine karşı ciddiyet, duyarlılık, güven, motivasyon, yarar ve engel algılarını tespit edebilmek için hazırlanmıştır.^{12,47} Kişi hastalığın belirtisini taşımadığı halde hasta olma olasılığını düşünüp ciddiye alıyorsa, kendisi için erken tanı ve taramanın engellerinin ve faydalarının farkına varıyorsa, tarama yöntemlerine karşı güven duyuyorsa duyduğu bu güven ve faydaları düşünerek kendini motive edip olumlu sağlık davranışı oluşturuyorsa davranış değişikliğinin gerçekleştiği belirtilmektedir.^{49,50} Meme Kaneri Sağlık İnanç Modeli alt boyutlarına Şekil 2.5’te yer verilmiştir.⁴⁷



Şekil 2.5. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Alt Boyutları

2.6. Sağlık Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Günümüzdeki halk sağlığı görüşüne göre önemli olan hastalık ortaya çıkmadan önce yani birey henüz sağlıklı iken sağlığını koruması ve geliştirmesidir.⁵⁹ Kişinin sağlığını geliştirmek ve devam ettirmek için gösterdiği davranışlara ise sağlık davranışı denilmektedir. Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Sosyo demografik faktörler, yaşam tarzı değişiklikleri, kültürel faktörler, dini ve manevi inanışlar, sağlık inançları, sağlıklarına yönelik kaygılar gibi birçok faktör sağlık davranışlarını etkilemektedir.

Dini ve manevi inanışlar içerisinde Kadercilik inancının bireylerin algılarını etkilediği için sağlık davranışlarını da etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Sağlık İnanç Modeli de bireylerin sağlık davranışlarını ve tutumlarını açıklamada kullanılan etkin bir modeldir.^{12,53,56}

2.7. Meme Kanseri Kadercilik Algısı

. İslam dininde ve diğer tek tanrılı dinlerin çoğunda kadercilik inancı bulunmaktadır. İnsan yaşamında gerçekleşen ve ilerde gerçekleşecek olan bütün olayların Tanrının önceden belirlediği ve onun iradesiyle gerçekleştiği anlayışıdır. Kadercilik

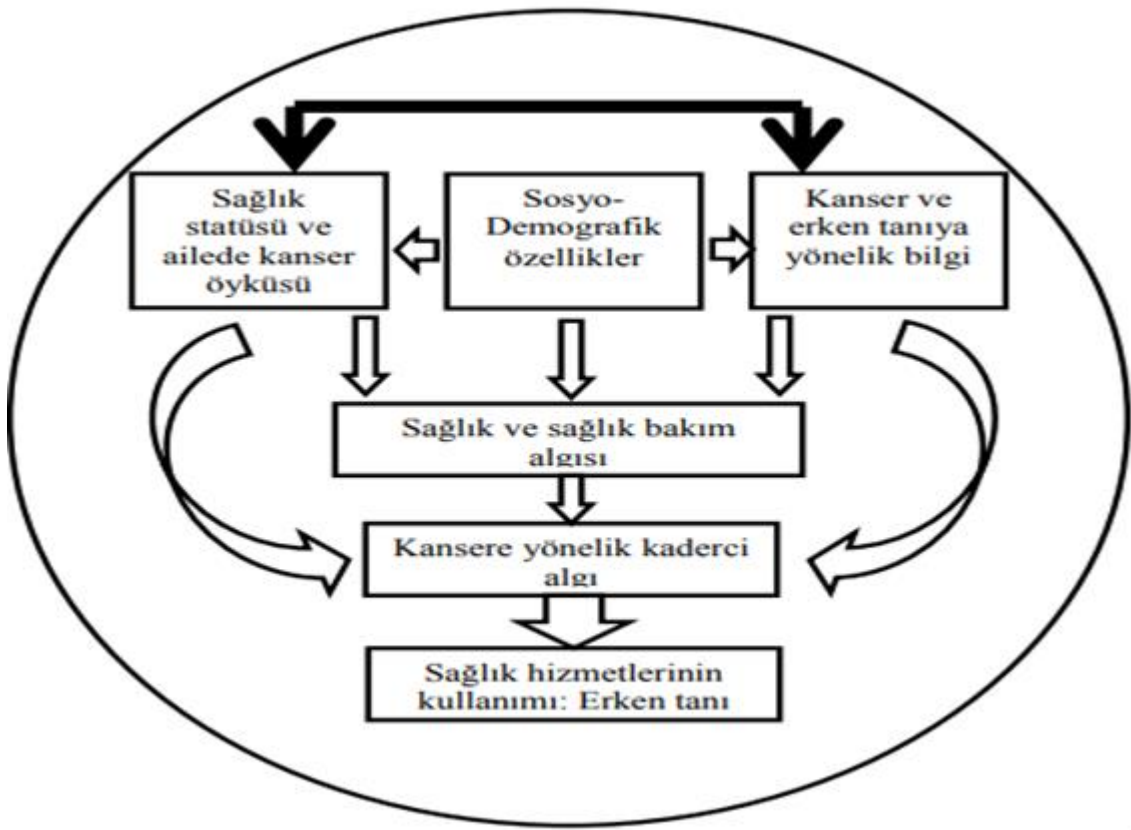
anlayışında insanın seçim hakkı yoktur ve ne kadar çaba gösterse de kendi hayatı üzerinde kontrolü sağlayamaz.^{14,60,61,62}

İslam dininde kadercilik inancı, Allah'ın insanın yaşamında ne olup biteceğini önceden bilmesidir. İnsan yaptığı iyilikler ve kötülüklerde özgürdür ve kendi iradesini kullanmaktadır.^{14,62} İslamiyet de dini kararlarımız ve yaşama şeklimiz kutsal kitabımız Kur'an-ı Kerime göre şekillenmektedir. Kur'an-ı Kerimde insanların Allah'ın iradesine inanması gerektiği ve kendi özgür iradelerinin sorumluluğuyla hayatlarını şekillendirecekleri bir kader inancı olması gerektiği belirtilmiştir.⁶² İnsanlar hayatları boyunca gerçekleştirdikleri bütün eylemlerde sorumluluk bilinci taşırlar. Seçimleri, aldıkları kararlar, inanışları ile kendi davranışlarının sorumluluğunu alırlar.⁶³

Kadercilik anlayışı zamanla kültürel, sosyal ve toplumsal faktörlerden etkilenecek tutucu bir özelliğe bürünmüştür. Bu tutucu özelliğiyle insanların yaşamlarında olup bitenlere boyun eğmesine, istenmedik şeylere karşı gelmek için çabalamamasına ve bu olayları normalleştirmesine neden olmuştur. Kaderci düşüncüyü hayatlarında temel alan kişiler hayatlarını değiştiremeyeceklerini ve olacak olayların önüne geçemeyeceklerini düşündükleri için çabalamayarak yaşamlarını farklı şekillerde geçirme olasılıklarını yok etmektedirler.⁶² Kaderciliği bu şekilde algılayan bireylerin kadercilik algısı tutum ve davranışlarını etkilediği için günlük yaşamındaki yönelimlerine de olumsuz etkilerde bulunabilmektedir.⁶⁴ Bireylerin farklı düzeylerdeki kadercilik inancı sağlık davranışlarını da farklı düzeyde etkilemektedir. Kadercilik inancının bireyin duygusal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayarak spiritüel sağlığa olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar olsa bile kaderciliği her duruma boyun eğme olarak algılayan kişileri sağlık davranışı geliştirme ve hastalıklara karşı önlem alma konusunda pasifliğe itmektedir.^{65,66} Kadercilik inancından dolayı bireylerin sorumluluklarından kaçarak hastalıkları önlemek ve korunmak için uğraşmaması, bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerinin sağlığını

önemsememesi ve bunları kasıtlı ya da farkında olmadan kadere bağlaması söz konusudur. Kadercilik inancını benimseyen kişilerde, kendi sağlık ve hastalıklarının kontrol gücünün kendilerine ait olmadığı ve Allah'ın iradesine bağlı olduğu düşüncesi hakim olabilmektedir.

Kaderciliğin sosyo-demografik özelliklerden etkilendiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olan ve yoksul olan kadınlarda kadercilik düzeyinin daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁶⁷



Şekil 2.6. Kaderciliğin kökeni

Yukarıda (Şekil 2.6.) gösterildiği gibi bireyin sağlık statüsü, kansere ve erken tanıya yönelik bilgisi, ailede kanser öyküsü ve sosyo-demografik özellikleri kansere yönelik kadercilik algısını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir.⁶⁸ Bireyin dini inanışları, olumsuz sağlık deneyimleri, bireysel özellikleri bireyde kaderci bir algı oluşmasına neden olabilir.^{64,68}

Powe tarafından yapılan sağlık kaderciliği çalışmasında meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarını reddeden kişilerin kanserin kaderle alakalı olduğu inancına sahip oldukları ve bu durumun tarama davranışlarıyla değiştirilemeyecekleri dūřuncesine kapıldıkları görülmüştür.⁶⁹ Hayatının kendi iradesi dışındaki kuvvetlerin kontrolünde olduğuna inanan fatalizm dūřuncesi, bireyin hayatının ilahi gler tarafından kontrol edildiğine kanaat getirdiği için kadınlar meme kanserine yönelik sağlık davranışı geliştirme konusunda güçsüz olduklarına inanmaktadırlar.⁷⁰ Bu dūřnce kadının meme kanseri konusunda sorumluluk almasını ve çaba göstermesini kısıtladığı için kadını pasifleştirmekte böylelikle de meme kanseri konusunda sağlığı geri kazandırmaya çalışmama ve erken teşhis konusunda eksik kalmasına sebebiyet vermektedir.⁷¹ Halk sağlığı alanında kanser kaderciliği “kanser geldiğinde ölüm kaçınılmazdır” olarak ifade edilmektedir. Bu dūřncedeki kadınlar meme kanseriyle alakalı bilgi alma gereksinimi duymamakta ve taramayı gereksiz bulmaktadır. Dolayısıyla meme kanserinde kadercilik algısı koruyucu sağlık davranışlarını olumsuz etkileyerek erken tanı ve tarama davranışlarına engel teşkil edebilmektedir.^{72,73} Meme kanseri kadercilik algısı güçlü olan kadınların kanser olma korkuları daha fazla olsa bile erken tanıya karşı olan şüpheleri de fazla olmaktadır bu yüzdede tarama yapmayı ertelemektedirler.⁷⁴

Ülkemizde tüberküloz hastalığıyla ilgili yapılan bir çalışmada katılımcıların %38’i hastalığın Allahtan geldiğine ve çaba sarf ederek sonucun değiştirilemeyeceğine bundan dolayı da hastalığın olduğu gibi kabul edilmesi gerektiğine inanmaktadır.⁷⁵ Meme kanseri kadercilik algısının sağlık davranışlarıyla ilişkisini araştıran meta-analitik çalışmalarda kadercilik algısı arttıka meme kanseri erken tanı ve taramalarına katılımın azaldığı ve kaderciliğin sağlığı tehdit edici davranışlarla bağlantılı olduğu görülmüştür.^{73,76,77,78} Uzmanlar fatalizm dūřuncesinin sağlık davranışları üzerinde kontrolsüzlük ve güçsüzlük yarattığını ifade etmektedir. Bu yüzden sağlık profesyonellerini tarafından meme kanseri

kadercilik algısı yüksek olan bireylerin sağlık davranışları üzerinde oluşan engel algısını yönetmeleri ve ortadan kaldırmaları günümüzde önemli bir konu haline gelmektedir.^{79,80}

2.9. Meme Kanseri Erken Tanı ve Taramalarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Günümüzde bireylerin sağlıklarının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlıklı toplum anlayışının temelini oluşturmaktadır. Bu yüzden sağlık çalışanlarının verecekleri danışmanlık ve eğitim hizmetleriyle bireyin kendi sağlık sorumluluğunu almasını sağlayarak sağlık davranışları kazanmalarına yardımcı olmaları gerekmektedir. Böylelikle bireyler kendi sağlıklarına ait kararlar alarak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelebirlirler.⁸¹ Meme kanserinin toplumda en sık görülen ikinci kanser türü olması ve vakalarının son yıllarda artmasıyla kadınların meme kanserine yönelik farkındalıklarının artırılması, erken tanı ve tarama davranışlarının geliştirilmesi günümüzde oldukça önem arz eden bir konu haline gelmektedir.^{82,83} Hemşireler koruyucu sağlık hizmeti veren yerlerde, tedavi edici kurumlarda, rehabilitasyon hizmeti veren birimlerde kadınlarla sürekli olarak iletişim içerisinde oldukları için hemşireliğin çağdaş rollerinden biri olan eğitim verme rolü sağlık davranışı kazandırmada önemli bir konu haline gelmektedir.⁸⁴ Halk sağlığı hemşirelerinin meme kanserinin belirti ve bulgularını belirlemede, risk düzeyi yüksek olan grupları saptamada, erken tanı ve tarama davranışları kazanmalarını sağlamada önemli rolleri vardır.⁸⁵ Kadınlara verilen eğitim programları meme kanserinin belirti ve bulguları, risk faktörleri, erken tanı ve tarama davranışlarına yönelik olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yer alan Halk Sağlığı Hemşirelerinin meme kanserine yönelik erken tanı ve taramalardaki bütün yenilikleri takip ederek kadınlara en doğru şekilde bilgilendirmeleri yapmalıdır.⁸⁵

Mamografinin meme kanseri kaynaklı ölüm oranlarını azalttığı kanıtlanmış olsa bile ağrı hissi, kitle çıkma korkusu, radyasyon gibi nedenlerden kaynaklı olarak

mamografi ektirme oranları istenilen seviyede değildir. Hemşirelerin mamografi yarar ve riskleri hakkında kadınlara eğitim vererek katılım oranlarını artırmaya yardımcı olması gerekmektedir. Meme kanseri erken tanı yöntemlerinden KKMM ve KMM'sinin meme kanseri mortalite oranlarına etkileri sınırlı olarak kalsa bile memedeki değişikliklerin basit ve kolay şekilde fark edilmesini sağladığı için erken tanıda büyük fayda sağlamaktadırlar. Hemşirelerin kadınlara KKMM aşamalarını doğru bir şekilde anlatıp düzenli aralıklarla yapıp yapmadığını kontrol etmesi gerekmektedir.^{85,86} Halk sağlığı hemşiresi danışmanlık ve eğitim rolleriyle kadının erken tanı ve davranışlarına yönelik algılarını kapsamlı bir şekilde değerlendirerek yarar algılarını güçlendirici engel algılarını azaltıcı eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir. Bu yüzden araştırmacılar kadınların erken tanı davranışlarına yönelik sağlık davranışı gelişimine engel olabilecek faktörleri belirleyerek bu faktörleri ortadan kaldırmak için çözüm üretmeye çalışmalıdır.⁸⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2022 Şubat-Mart tarihleri arasında Erzurum Palandöken ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri arasında yapılan basit rastgele örneklem yöntemiyle belirlenen Adnan Menderes Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-69 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise; evrenin sayısını belirlemek mümkün olmadığı için evreni bilinmeyen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak belirlenmiştir. Bu formüle göre çalışmaya en az 384 kişi alınmalıdır. Bizim çalışmamız %10 ile %30 arasında eksik veriye yönelik alınarak 400 kişi ile tamamlanmıştır.

$$\text{FORMÜL; } n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad (1.96^2) \times 0.5 \times 0.5 / 0.052 = 384$$

- n= Örneklem alınacak birey sayısı.
- p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0.5).
- q= İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0.5).
- t= belirli bir serbestlik derecesine sahip olan ve belirlenen yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96).
- d= olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma, olarak belirlenmiş simgedir (0.05).

3.3. Araştırmaya Alınma Kriteri

- 18-69 yaş arasında olmak
- Kadın olmak
- Meme kanseri tanısı almamış olmak
- Katılım konusunda gönüllü olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ‘Tanıtıcı Özellikler Formu’, ‘Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ ve ‘Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği’ kullanılmıştır (EK-6, EK-7, EK-8).

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-6)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm bireyin yaşı medeni durumu vb. gibi demografik bilgileri sorgularken ikinci bölümü de kadınların erken tanı ve tarama davranışlarıyla ilgili sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-7)

1984 yılında Champion⁵³ tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek sağlık inanç modeli baz alınarak meme kanseri taramalarında kullanılmak için geliştirilmiştir.^{47,55} Ülkemizde, Meme Kanseri SİM Ölçeği Gözümlü ve Aydın tarafından⁴⁷ 2004 yılında Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçekte, 8 adet alt boyut 52 madde de soru bulunmaktadır Bu ölçek, 5’li likert tipli bir ölçektir, kesinlikle katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan ve tamamen katılıyorum 5 puan ile değerlendirmiştir. Katılımcıların verdiği cevapların puanı 5 puana yaklaştıkça algılarının yüksek olduğu anlamı ortaya çıkmaktadır. Ölçekte toplam 52 soru vardır katılımcıların cevaplarına göre 8 farklı alt boyut puan değerlendirilmesi yapılmaktadır. aralığındadır. Gözümlü ve Aydın’ın uyarlamasındaki Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Cronbach Alfa değerleri 0,69 ile 0,83 arasında olduğu ifade edilmiştir.⁴⁷ Bizim çalışmamızın Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Cronbach Alfa değerlerine bakıldığında; duyarlılık alt boyutu 0.90, ciddiye al alt boyutu 0.88, sağlık motivasyonu 0.79, KKMM yararları 0.79, KKMM engelleri 0.76, KKMM öz – etkililiği 0.88, mamografi yararları 0.67, mamografi engelleri 0.84 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği (EK-8)

Meme Kanseri Kadercilik Ölçeğinin orijinali 1995 yılında Powe⁷¹ tarafından 15 sorudan oluşturulmuştur. Mayo, Ureda ve Parker⁸⁸ tarafından 2011 yılında meme kanserinde kaderciliği ölçmek için revize edilerek soru sayısı 11 maddeye düşürülmüştür. Ülkemizde 2014 yılında Ersin ve ark.¹³ tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek 11 sorudan oluşmakta katılımcının cevabı “Evet” ise 1 puan, “Hayır” ise 0 puan olarak kayda geçilmektedir. Ölçeğin en yüksek puanı 11 iken en düşük puanıda 0’dır. Katılımcının verdiği cevabın puanının artmış olması kadercilik algısının arttığını göstermektedir. Ölçeğin KR-20 değeri 0.79 olarak saptanmıştır.¹³ Bizim çalışmamızda ölçeğin KR-20 değeri 0.82 olarak bulunmuştur. (EK-8).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler analizleri SPSS 26 programıyla yapılmıştır. Verilerin analizinde aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık kat sayıları, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda Welch ANOVA, Post Hoc analizler için Bonferroni testleri ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterdiğini anlamak için bakılan Skewness ve Kurtosis değerinin ± 3 aralığında olması gerekmektedir.⁸⁹ Skewness ve Kurtosis değerlerinin 0.126-0.383 aralığında bulunduğu saptanmıştır. Ölçekler ve alt boyutlarından elde edilen Skewness ve Kurtosis değerleri ± 3 aralığında olduğu için tüm ölçek ve alt boyutlarının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışma Adnan Menderes Aile Sağlığı merkezine başvuran 18-69 yaş arası kadınlarla yapıldığı için başka bölge ve kültürdeki kadınların genelini kapsayamaz.

3.7.Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmada Helsinki bildirgesine uygun davranılacaktır. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek-3). Erzurum İl Sağlık Müdürlüğünden Adnan Menderes Aile Sağlığı Merkezinde anket formlarını uygulamak için yazılı izin alınmıştır (Ek-4). Ayrıca katılımcılardan görüşme öncesi gönüllü onamı alınarak anket soruları sorulmuştur.



4. BULGULAR

Araştırmamıza katılan kadınların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmamızda yer alan kadınların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; %28.7’sinin 46-55 yaş aralığında olduğu, %42.8’inin ilköğretim mezunu, %76.3’ünün evli, %62.3’ünün çekirdek aile tipinde, %74.5’inin çalışmadığı ve %46’sının gelirinin giderinden daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	(%)
Yaş Grupları		
18-25	54	13.5
26-35	51	12.8
36-45	111	27.8
46-55	115	28.7
56 yaş ve üstü	69	17.3
Eğitim Durumu		
Okuryazar	56	14.0
İlköğretim	171	42.8
Lise	82	20.5
Üniversite ve üzeri	91	22.8
Medeni Durum		
Evli	305	76.3
Bekâr	95	23.8
Aile Tipi		
Çekirdek aile	249	62.3
Geniş aile	151	37.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	102	25.5
Çalışmıyor	298	74.5
Geliri Algilama Durumu		
Gelirim giderimden az	184	46.0
Gelirim giderime eşit	179	44.8
Gelirim giderimden fazla	37	9.3
Çocuk Sayısı		
Yok	78	19.5
1 çocuk	90	22.5
2-3 çocuk	168	42.0
4 ve üzeri	64	16.0
Yaşanılan Yer		
İl	362	90.5
İlçe	24	6.0
Köy	14	3.5

Katılımcıların erken tanı davranışlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Kadınların %73.3’ünün kendi vücut sorumluluğunu bildiği, %64.2’sinin KKMM yapmadığı ve bunların %28.2’sinin KKMM’yi bilmediği için bu uygulamayı yapmadığı saptanmıştır. Kadınların %33’ünün daha önce hem mamografi hem ultrason çektiirdiği, %70’inin KMM muayenesi yaptırmadığı ve bu kişilerin %29.8’i yaptıрма ihtiyacı duymadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	N	(%)
Kadınların Vücut Sorumluluğunu Bilme Durumu		
Evet	293	73.3
Hayır	107	26.8
KKMM Yapma Durumu		
Evet	143	35.8
Hayır	257	64.2
KKMM Yapmama Nedeni		
Gerekliliğine inanmıyorum	99	24.8
KKMM yapmayı bilmiyorum	113	28.2
Kitle çıkar diye korkuyorum	12	3.0
Kadere inanıyorum	33	8.3
Mamografi yada Ultrason Çektirme Durumu		
Mamografi	105	26.3
Ultrason	56	14.0
Hem mamografi hem ultrason	132	33.0
Çektirmedim	107	26.7
KMM Yaptırma Durumu		
Evet	120	30.0
Hayır	280	70.0
KMM Yaptırmama Nedeni		
İhmal	48	12.0
İhtiyaç duyulmaması	119	29.8
Kitle çıkar korkusu	29	7.2
Hekimin önermemesi	46	11.5
Utanma	38	9.5

Araştırma kapsamına alınan kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği ve Meme Kanseri Kadercilik ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.3’de verilmiştir. Araştırmada, katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; duyarlılık alt boyut puan ortalaması 7.78 ± 3.00 , önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalaması 21.11 ± 5.35 , sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalaması 19.71 ± 3.53 , KKMM yararları alt boyut puan ortalaması 14.50 ± 3.03 , KKMM engelleri alt boyut puan ortalaması 20.92 ± 5.62 , KKMM öz-etkililiği alt boyut puan ortalaması 30.69 ± 7.58 , mamografi yararları alt boyut puan ortalaması 17.98 ± 3.54 , mamografi engelleri alt boyut puan ortalaması 27.03 ± 7.31 olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanlarının ortalamalarına bakıldığında; kadınların ölçekten aldıkları puan ortalaması 4.69 ± 2.67 olarak bulunmuştur. (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kadınların Meme Kanseri SİMÖ ve Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Puan Ortalamaları	Madde Sayısı	Dağılım Aralığı	X±SS
Meme Kanseri SİMÖ			
Duyarlılık	3	3-15	7.78 ± 3.00
Önemseme/Ciddiyet	6	6-30	21.11 ± 5.35
Sağlık Motivasyonu	5	5-25	19.71 ± 3.53
KKMM Yararları	4	4-20	14.50 ± 3.03
KKMM Engelleri	8	8-40	20.92 ± 5.62
KKMM Öz-etkililiği	10	10-50	30.69 ± 7.58
Mamografi Yararları	5	5-25	17.98 ± 3.54
Mamografi Engelleri	11	11-48	27.03 ± 7.31
Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	11	0-11	4.69 ± 2.67

Araştırmamızdaki kadınların tanıtıcı özelliklerine göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımına Tablo 4.4’de yer verilmiştir.

Araştırmamızdaki kadınların yaş gruplarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 46-55 yaş grubunda olan kişilerin diğer gruplara göre duyarlılık ve ciddiyet alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Ayrıca KKMM engeller alt boyut puanlarının 18-25 ve 26-35 yaş gruplarında yer alan kadınlarda diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Yapılan ileri analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını göstermektedir.

Araştırmamızdaki kadınların eğitim durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kişilerin diğer gruplara göre KKMM yarar algısının, sağlık motivasyonunun, KKMM öz-etkililiğin ve mamografi yarar algılarının puan ortalamaları daha yüksek, ciddiye, KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. İleri analizler yapılarak farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır.

Araştırmada kadınların medeni durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli olan kişilerde KKMM engelleri alt boyut puanlarının bekâr olanlar göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmada kadınların aile tipi ve Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geniş aileye sahip olanların duyarlılık alt boyut puanlarının çekirdek aile şeklinde yaşayanlara göre daha yüksek ve çekirdek aile tipinde yaşayan kadınların ciddiye ve sağlık motivasyonu alt boyut puanlarının geniş aile şeklinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların çalışma durumları ve Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan kadınların duyarlılık, KKMM engelleri ve mamografi engelleri alt boyut puanlarının çalışanlara göre daha yüksek ve çalışan kadınların, KKMM yararları, KKMM öz-etkililiği, mamografi yararları ve sağlık motivasyonu alt boyut puanlarının çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızdaki kadınların gelir durumları ve Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden fazla olan kadınların diğer gruplara göre KKMM yararları ve KKMM öz-etkililiği alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek çıktığı ve farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırmamızdaki kadınların çocuk sahibi olma durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dört ve üzeri çocuğu olan kadınların diğer gruplara göre duyarlılık, bir çocuğu olan kadınların diğer gruplara göre ciddiyet ve bir ve 2-3 çocuğu olan kadınların diğer gruplara göre KKMM engel alt boyut puanlarının diğer gruplardan anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. İleri analizlerin yapılmasıyla farkın bu gruplardan kaynaklandığı görülmüştür.

Araştırmamızdaki kadınların yaşadıkları yere göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; köyde yaşayan kadınların diğer gruplara göre KKMM yararlar, ilçede yaşayanların ilde yaşayanlara göre KKMM engeller ve ilde yaşayanların ilçede yaşayanlara göre mamografi yararları alt boyut puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. İleri analizlerin yapılmasıyla farkın bu gruplardan kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Duyarlılık X±S.s	Ciddiyet X±S.s	Sağlık Motivas- yonu X±S.s	KKMM Yararları X±S.s	KKMM Engelleri X±S.s	KKMM Öz- etkililiği X±S.s	Mamograf i Yararları X±S.s	Mamografi Engelleri X±S.s
Yaş								
18-25 ¹	8.11±2.91	19.40±5.26	20.35±4.0	14.88±3.7	18.35±6.68	31.48±7.57	17.72±4.24	
26-35 ²	6.62±2.68	19.80±5.72	4	1	19.07±5.47	31.27±8.17	18.21±3.33	
36-45 ³	7.64±3.19	21.60±4.73	19.72±4.0	15.25±2.9	22.03±4.82	30.66±7.40	17.73±3.55	28.24±8.22
46-55 ⁴	8.10±3.11	21.91±5.38	4	7	21.26±5.65	30.38±7.72	18.45±3.31	26.52±8.38
56 yaş ve üstü ⁵	8.05±2.66	21.27±5.73	19.84±3.2	14.41±2.4	21.92±5.12	30.21±7.30 F:0.335	17.65±3.45	27.39±7.03
TEST	F:2.611 p:0.035 4>2	F:3.080 p:0.016 4>1	6 19.66±3.3 6 19.07±3.3 9 F:1.052 p:0.380	7 14.33±3.0 6 14.08±3.2 2 F(Welch): 1.344 p:0.256	F(Welch): 5.470 p:0.001 1,2<3,4,5	p:0.854	F:0.913 p:0.456	25.94±7.13 27.71±6.34 F:1.280 p:0.277
Eğitim Düzeyi								
Okuryazar ¹	7.80±2.75	21.78±5.34	19.12±2.7	13.85±2.9	22.42±5.11	28.87±6.74	17.94±3.50	27.94±6.36
İlköğretim ²	8.03±3.10	21.87±5.09	5	6	21.76±4.81	29.16±6.95		27.51±6.34
Lise ³	7.65±3.20	20.65±5.32	19.17±3.2	13.83±2.7	21.51±6.03	31.85±6.64	17.47±3.25	27.86±7.61
Üniversite ve üzeri ⁴	7.40±2.77	19.67±5.62	8	3	17.89±5.93	33.64±8.90		24.83±8.82
TEST	F:0.922 p:0.430	F:3.914 p:0.009 4<1	19.64±3.8 2 21.15±3.7 9	14.67±2.9 1 16.02±3.2 1	F(Welch): 11.240 p:0.001 4<1,2,3	F(Welch): 8.033 p:0.001 4>1,2,3	17.81±3.85 19.13±3.59 F(Welch): 4.501	F(Welch): 2.750 p:0.045 4<2,3

			F (Welch): 6.555 p:0.001 4>1,2,3	F:12.205 p:0.001 4>1,2,3			p:0.005 4>2	
Medeni Durum								
Evli	7.77±3.07	21.33±5.38	19.62±3.4	14.39±2.9	21.34±5.39	30.53±7.55	18.00±3.53	26.74±6.91
Bekâr	7.81±2.79	20.40±5.22	6	1	19.56±6.11	31.22±7.66	17.91±3.58	27.97±8.44
TEST	t:0.104 p:0.917	t:1.481 p:0.139	19.98±3.7 6 t:0.866 p:0.387	14.86±3.8 6 t:1.308 p:0.192	t:2.710 p:0.007	t:0.774 p:0.439	t:0.226 p:0.822	t:1.438 p:0.151

Tablo 4.4. (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	Duyarlılık	Ciddiyet	Sağlık Motivasyo- nu X±S.s	KKMM Yararları X±S.s	KKMM Engelleri X±S.s	KKMM Öz- etkililiği	Mamograf i Yararları X±S.s	Mamografi Engelleri
Aile Tipi								
Çekirdek aile	7.40±3.05	21.62±5.45	20.05±3.57	14.63±3.2	20.83±6.24	31.65±7.90	18.23±3.53	26.95±7.71
Geniş aile	8.41±2.83	20.26±5.11	19.15±3.41	1	21.06±4.41	29.11±6.75	17.58±3.54	27.16±6.63
TEST	t:3.292 p:0.001	t:2.472 p:0.014	t:2.495 p:0.013	14.30±2.7 1 t:1.040 p:0.299	t:0.398 p:0.691	t:3.291 p:0.001	t:1.783 p:0.075	t:0.272 p:0.786

Çalışma Durumu									
Çalışıyor		7.14±3.00		20.64±3.62	15.54±3.0	19.18±5.96	33.46±8.89		24.96±9.16
Çalışmıyor		8.00±2.98	20.39±5.50	19.39±3.45	5	21.51±5.38	29.74±6.83	18.82±3.65	27.74±6.43
TEST		t:2.488	21.35±5.29	t:3.118	14.15±2.9	t:3.670	t: 4.365		t: 3.364
		p:0.013	t:1.570	p:0.002	5	p:0.001	p:0.001	17.70±3.46	p:0.001
			p:0.117		t:4.090			t:2.783	
					p:0.001			p:0.006	
Geliri	Algılama								
Durumu		7.76±3.00	21.20±5.60	19.47±3.66	14.22±3.1	21.26±4.93	29.29±6.71	18.07±3.44	27.15±6.56
Az ¹		7.81±2.99	20.81±5.22	19.87±3.39	1	20.45±5.93	31.53±8.03	17.72±3.67	26.59±7.41
Eşit ²		7.75±3.20	22.08±4.71	20.16±3.57	14.54±2.8	21.51±7.06	33.59±8.13	18.83±3.36	28.59±9.95
Fazla ³		F:0.014	F:0.904	F:0.903	9	F(Welch):	F(Welch):7.034	F:1.635	F(Welch):0.79
TEST		p:0.987	p:0.406	p:0.406	15.70±3.0	1.101 p:0.337	p:0.001	p:0.196	3 p:0.304
					7		1<2,3		
					F:3.706				
					p:0.025				
					3>1				

Tablo 4.4. (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	Duyarlılık	Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu X±S.s	KKMM Yararları X±S.s	KKMM Engelleri X±S.s	KKMM Öz-etkililiği	Mamografi Yararları X±S.s	Mamografi Engelleri
----------------------	------------	----------	-----------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------	------------------------------	---------------------

Çocuk Sayısı								
Yok ¹	7.85±2.74	20.62±5.04	19.74±3.82	14.53±3.55	20.06±6.68	31.35±7.98	17.62±3.88	28.48±8.78
Bir ²	7.65±3.10	22.54±4.64	20.18±2.81	14.40±2.70	21.33±5.48	30.64±7.21	18.41±3.18	26.01±7.30
2-3 ³	7.44±3.09	20.87±5.73	19.91±3.66	14.74±2.99	21.27±5.32	30.70±7.78	18.27±3.32	26.77±6.88
4 ve üzeri ⁴	8.76±2.78	20.29±5.43	18.50±3.54	14.00±2.90	20.45±5.10	29.93±7.11	17.07±4.00	27.39±6.26
TEST	F:3.122 p:0.026 4>3	F(Welch):3.612 p:0.014 2>4	F:3.287 p:0.021 4<2,3	F:0.975 p:0.404	F(Welch): 1.009 p:0.390	F: 0.412 p:0.744	t:2.493 p:0.060	F(Welch): 1.421 p:0.238
Yaşanılan								
Yer								
İl ¹	7.70±2.96	21.22±5.24	19.88±3.36	14.58±2.96	20.87±5.52	30.77±7.63	18.17±3.44	26.91±7.35
İlçe ²	8.75±3.63	20.58±7.00	17.75±4.99	13.04±3.38	23.16±5.93	28.33±7.05	15.50±4.02	28.37±6.27
Köy ³	8.14±2.82	18.92±4.00	18.78±4.00	15.14±3.75	18.35±6.53	32.71±6.42	17.35±3.79	27.85±8.28
TEST	F:1.467 p:0.232	F(Welch):2.162 p:0.137	F(Welch): 2.501 p:0.104	F:3.240 p:0.040 3>2	F: 3.426 p:0.033 1<2	F:1.687 p:0.186	F:6.842 p:0.001 1>2	F:0.537 p:0.585

Araştırmada kadınların erken tanı davranışlarına ilişkin özelliklerinin Meme Kanseri SİM Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de verilmiştir.

Araştırmada, kadınların vücut sorumluluğunu bilme durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bilmeyen kadınların duyarlılık, KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının bilen kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kendi vücut sorumluluğunu bilen kadınların sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanlarının bilmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gruplardan kaynaklanan farklar istatistiksel olarak çıkmıştır

Araştırmamızdaki kadınların KKMM yapma durumları ve Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KKMM yapmayı bilmeyen kadınların ciddiye alt boyut puanlarının KKMM gerekliliğine inanmayan ve kitle çıkar diye korkan kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan analizler bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Ayrıca KKMM yapan grubun sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Yapılan analizler bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte KKMM yapan kadınların KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan analizler bu farkın bu gruptan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir.

Araştırmamızdaki kadınların mamografi yada ultrason çekirme durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ultrason çektiren kadınların duyarlılık alt boyut puanlarının hiçbir şey yaptırmayan kadınlara göre, mamografi çektiren kadınların ciddiye alt boyut puanlarının hiçbir şey yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan analizler bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu

göstermiştir. Ayrıca her iki uygulamayı yaptıran kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Mamografi engelleri alt boyutunda ise hiçbir uygulama yaptırmayan kadınların mamografi ve her iki uygulamayı yaptıran gruplara göre alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler bu farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızda klinik meme muayenesi yaptıрма durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaptıran kadınların duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanların diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır. Yapılan analizler bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir Ayrıca kitle çıkar korkusu ile yaptırmayan kadınların KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının yaptıran kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruptan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması

Erken Tanı Davranışları	Duyarlılık	Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu X±S.s	KKMM Yararları X±S.s	KKMM Engelleri X±S.s	KKMM Öz- etkililiği	Mamografi Yararları X±S.s	Mamografi Engelleri
Kadınların Vücut Sorumluluğunu Bilme Durumu								
Evet	7.60±2.97	20.86±5.45	20.12±3.56	14.90±2.97	20.25±6.04	31.78±7.81	18.36±3.55	26.48±7.68
Hayır	8.26±3.05	21.78±5.04	18.58±3.21	13.41±2.93	22.73±3.68	27.71±5.98	16.95±3.33	28.54±5.97
TEST	t:1.932 p:0.054	t:1.525 p:0.128	t:3.919 p:0.001	t:4.464 p:0.001	t:3.976 p:0.001	t:4.878 p:0.001	t:3.578 p:0.001	t:2.502 p:0.013
KKMM Yapma Durumu								
Evet ¹	7.58±3.04	20.34±5.64	21.27±3.69	16.17±3.02	18.55±6.98	36.84±7.50	19.59±3.33	24.70±8.52
Gerekliliğine İnanmıyorum ²	8.52±3.21	22.59±4.26	17.98±2.97	13.02±2.70	22.83±3.81	26.33±4.65	16.56±2.87	28.03±5.65
KKMM yapmayı bilmiyorum ³	7.15±2.67	20.38±5.61	19.98±2.61	14.37±2.46	21.40±4.46	27.74±5.00	17.74±3.82	27.55±6.16
Kitle çıkar diye korkuyorum ⁴	10.00±2.73	20.75±3.57	17.83±3.80	14.08±2.06	23.16±5.55	30.75±4.28	15.25±2.89	35.25±5.81
Kadere inanıyorum ⁵	7.72±2.71	22.57±5.71	17.87±3.77	12.36±2.28	22.93±2.97	27.21±5.90	17.12±2.52	29.39±6.57
TEST	F(Welch):4.801 p:0.002 3<2,4	F(Welch):4.405 p:0.003 2>1,3	F(Welch): 17.091 p:0.001 1>2,3,4,5 2<1,3	F:26.217 p:0.001 1>2,3,5	F(Welch): 10.795 p:0.001 1<2,3,4,5	F(Welch): 48.674 p:0.001 1>2,3,4,5	F:15.783 p:0.001 1>2,3,4,5	F(Welch): 9.763 p:0.001 1<2,3,4,5

Tablo 4.5. (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	Duyarlılık	Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu X±S.s	KKMM Yararları X±S.s	KKMM Engelleri X±S.s	KKMM Öz- etkililiği	Mamografi Yararları X±S.s	Mamografi Engelleri
Mamografi yada Ultrason Çektirme Durumu								
Mamografi ¹	8.18±3.45	22.52±4.78	19.31±3.06	14.40±3.09	20.53±5.17	30.76±8.41	18.07±3.29	25.27±6.11
Ultrason ²	8.71±2.89	20.26±5.03	18.46±3.30	13.37±2.88	21.58±5.65	29.14±6.24	16.41±2.88	29.01±7.81
Her ikisi ³	7.56±2.71	21.19±5.42	20.77±3.02	15.31±2.60	21.09±5.84	31.71±7.04	18.93±3.22	25.59±7.63
Hiçbiri ⁴	7.17±2.80	20.05±5.71	19.45±4.28	14.21±3.32	20.73±5.77	30.17±7.90	17.56±4.10	29.51±6.86
TEST	F(Welch):4.280 p:0.006 2>4	F(Welch):4.713 p:0.003 1>4	F(Welch): 8.627 p:0.001 3>1,2,4	F(Welch): 7.210 p:0.001 3>2,4	F:0.510 p:0.676	F(Welch):2.22 0 p:0.087	F(Welch): 9.692 p:0.001 2<1,3	F(Welch): 10.223 p:0.001 1,3<4
KMM yaptırma durumu								
Evet ¹	8.18±3.19	21.36±5.22	20.68±3.43	15.95±2.80	19.93±6.81	34.78±8.34	18.75±3.60	24.42±8.05
Hayır								
İhmal ²	8.08±2.97	20.77±5.77	19.08±3.20	14.31±3.12	21.35±4.83	29.08±6.18	17.83±3.37	27.52±6.56
İhtiyaç duyulmaması ³	7.23±2.94	20.66±5.86	19.36±4.10	13.60±3.31	20.47±5.41	28.78±7.60	17.38±3.85	29.10±7.21
Kitle çıkar korkusu ⁴	9.72±2.46	21.55±3.36	17.55±2.38	13.37±1.78	23.34±4.21	29.55±4.90	16.48±2.77	29.58±6.78
Hekimin önermemesi ⁵	7.80±2.78	21.06±4.75	20.26±2.37	14.56±2.38	21.15±3.65	28.30±5.55	18.76±2.85	26.00±5.90
Utanma ⁶	6.34±2.25	21.84±5.64	19.55±3.30	13.81±2.54	22.78±5.11	29.55±5.33	17.86±3.24	27.52±5.31
TEST	F(Welch):7.809 p:0.001 1>4,6 4>3	F(Welch):0.434 p:0.824	F(Welch): 7.544 p:0.001 1,5>4	F(Welch): 10.786 p:0.001 1>2,3,4,6	F(Welch): 3.433 p:0.006 4>1	F(Welch): 9.453 p:0.001 1>2,3,4,5,6	F:3.404 p:0.005 1>3,4	F(Welch): 5.537 p:0.001 4>1

Araştırmada kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları ve tanıttıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına Tablo 4.6’da yer verilmiştir.

Araştırmamızdaki kadınların yaş gruplarına göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 18-25 ve 26-35 yaş grubu kadınların diğer gruplara göre puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların eğitim durumlarına göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; okuryazar ve ilköğretim grubu kadınların diğer gruplara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analiz sonucunda farkın bu gruplardan oluştuğu saptanmıştır.

Araştırmamızdaki kadınların medeni durumlarına göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; evli olanların bekârlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların çalışma durumlarına göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışmayan kadınların çalışanlara göre puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Yapılan analizler farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların gelir durumlarına göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri az olan kadınların diğer gruplara göre puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. Yapılan analizler farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların çocuk sahibi olma durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuğu olmayan kadınların diğer gruplara göre puan ortalamalarının daha düşük saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların aile tipi ve yaşadığı yere göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarına göre Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	n	Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	Test ve p
Yaş Grupları			
18-25 ¹	54	3.00±1.83	F(Welch): 14.022 p:0.001 1<3,4,5 2<4,5
26-35 ²	51	3.92±2.58	
36-45 ³	111	4.86±2.47	
46-55 ⁴	115	5.20±2.86	
56 yaş ve üstü ⁵	69	5.43±2.63	
Eğitim Durumu			
Okuryazar ¹	56	6.03±2.43	F: 27.337 p:0.001 1,2>3,4
İlköğretim ²	171	5.40±2.43	
Lise ²	82	4.24±2.64	
Üniversite ve üstü ⁴	91	2.92±2.25	
Medeni Durum			
Evli	305	5.03±2.71	t: 4.765 p:0.001
Bekar	95	3.57±2.21	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	249	4.62±2.61	t: 0.610 p:0.542
Geniş aile	151	4.79±2.71	

Tablo 4.6. (Devamı)

Özellikler	n	Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	Test ve p
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	102	3.55±2.63	t: 5.106
Çalışmıyor	298	5.07±2.57	p:0.000
Geliri Algılama Durumu			
Az ¹	184	5.15±2.60	F: 5.241
Eşit 2	179	4.31±2.69	p:0.006
Fazla ³	37	4.18±2.55	1>2
Çocuk Sayısı			
Yok ¹	78	3.57±2.32	F:7.636
1 çocuk ²	90	5.25±2.59	p:0.000
2-3 çocuk ³	168	4.64±2.69	1<2,3,4
4 ve üzeri ⁴	64	5.37±2.71	
Yaşanılan Yer			
İl	362	4.70±2.63	F: 0.229
İlçe	24	4.70±2.82	p:0.795
Köy	14	4.21±3.37	

Araştırmada kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamalarına göre erken tanı davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Araştırmamızdaki kadınların vücut sorumluluğunu bilme durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bilmeyen grubun bilenlere göre puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların KKMM yapma durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KKMM yapan kadınların yapmayanlara göre puan ortalamaları düşük saptanmıştır. Bunun yanında KKMM’nin gerekliliğine inanmayan ve kadere inanan kadınların diğer gruplara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların mamografi yada ultrason çekirme durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; mamografi çektiren kadınların hem mamografi hem ultrason çektiren ve bunların hiçbirini

yaptırmayanlara göre puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir

Araştırmamızdaki kadınların KMM yaptırma durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaptıran kadınların diğer gruplara göre puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan analizler farkın bu gruplardan kaynaklandığını ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması

Özellikler	n	Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	Test ve p
Kadınların Vücut Sorumluluğunu Bilme Durumu			
Evet	293	4.24±2.52	t: 5.764
Hayır	107	5.91±2.69	p:0.001
KKMM Yapma Durumu			
Yapıyorum ¹	143	2.90±2.36	F(Welch):43.658
Gerekliliğine inanmıyorum ²	99	6.38±2.24	p:0.001
KKMM yapmayı bilmiyorum ³	113	5.01±2.01	1<2,3,5
Kitle çıkar diye korkuyorum ⁴	12	3.33±2.67	2,5>1,3,4
Kadere inanıyorum ⁵	33	6.72±1.89	
Mamografi yada Ultrason Çektirme Durumu			
Mamografi ¹	105	5.57±2.59	F: 6.773
Ultrason ²	56	5.01±2.40	p:0.001
Hem mamografi hem ultrason ³	132	4.21±2.61	1>3,4
Çektirmedim ⁴	107	4.23±2.74	
Meme Muayenesi Yaptırma Durumu			
Yaptırdım ¹	120	3.54±2.58	
Hayır ihmal ²	48	5.10±2.31	
İhtiyaç duyulmaması ³	119	5.04±2.80	F(Welch):7.206
Kitle çıkar korkusu ⁴	29	5.44±2.98	p:0.001
Hekimin önermemesi ⁵	46	5.45±2.62	1<2,3,4,5,6
Utanma ⁶	38	5.18±1.48	

Araştırmada, pearson korelasyon analizi ile katılımcıların meme kanseri SİM ölçeği ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.8) Kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği KKMM yararları, sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği ve mamografi yararları alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği

puanları arasında negatif yönde zayıf seviyede bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca meme kanseri SİM Ölçeği duyarlılık, ciddiye, KKMM engelleri ve mamografi engelleri alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların Meme Kanseri SİM Ölçeği ve Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği	
Meme Kanseri SİM Ölçeği	r değeri	p değeri
Duyarlılık	$r=0.146$	$p=0.004$
Ciddiyet	$r=0.273$	$p=0.000$
Sağlık Motivasyonu	$r=-0.345$	$p=0.000$
KKMM Yararları	$r=-0.425$	$p=0.000$
KKMM Engelleri	$r=0.403$	$p=0.000$
KKMM Öz-etkililiği	$r=-0.411$	$p=0.000$
Mamografi Yararları	$r=-0.223$	$p=0.000$
Mamografi Engelleri	$r=0.268$	$p=0.000$

5. TARTIŞMA

Bu bölümde meme kanseri kadercilik algısının sağlık inançları ve erken tanı davranışları ile ilişkisini incelemek için yapılan araştırmadan elde edilen bulgularımız, yapılan diğer araştırma bulguları ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Çalışmamız 18 yaş ve üzeri 400 kadınla yapılmış olup büyük çoğunluğunu %28.7 ile 46-55 yaş aralığındaki kadınlardan oluşmaktadır.

Meme kanseri görülme sıklığı ve mortalite oranı yaş ile orantılı olarak artmaktadır. Amerikan Meme Kanseri Derneği'nin verilerine göre meme kanseri yeni olgu sayısının %79'unun 50 yaş ve üstü olduğu belirtilmiştir. Meme kanserinden dolayı gerçekleşen ölümlerin 50 yaş üstü kişilerde daha çok görüldüğü ve ölen kişilerin %88'ini oluşturduğu tespit edilmiştir.⁹⁰ Çalışmamızdaki kadınların büyük çoğunluğunun yaşı meme kanseri açısından yüksek riskli gruba girmektedir. Meme kanseri riski yüksek olan kişilerde tarama davranışları daha çok önem kazanmaktadır

Araştırmamızdaki kadınların KKMM yapma oranı %35.8'dir. Benzer şekilde Sağlam ve Koç'un⁹¹ meme kanseri koruyucu sağlık davranışları ve KKMM ile ilgili bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının incelendiği çalışmada katılımcıların %35'inin KKMM yaptığı belirtilmiştir. Taşçı⁹² tarafından 40 yaş üstü kadınlarla yapılan çalışmada KKMM yapma oranı % 80.1 olarak tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada da düzenli KKMM yapma oranı %25 olarak saptanmıştır.⁹³ KKMM bilme ve yapma oranları bölgelere ve çalışmalara göre farklılıklar göstermektedir. Araştırmamızdaki kadınların KKMM uygulamama nedenleri incelendiğinde en önemli neden KKMM'ni nasıl yapacaklarını bilmeme (%28.2) olarak saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde KKMM yapmamanın en önemli nedeni nasıl yapılacağını bilmeme olarak saptanmıştır.^{91,92,94,95} Birinci basamak sağlık hizmeti veren birimlerde kanser taramalarının yeri ve önemi artmasına rağmen taramaların istenilen düzeyde olmaması

kadınların tarama davranışları konusunda bilgi eksikliğinin olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda KMM yaptırma oranı %30 olarak belirlenmiştir. Koç ve Sağlam'ın⁹¹ çalışmasında KMM yaptırma oranı %24 bulunmuştur. Başak⁹⁶ tarafından tarama davranışlarının değerlendirildiği çalışmada KMM yaptırma oranı %8.1 olarak belirlenmiştir. Taşçı'nın⁹² çalışmasında ise bu oran %47.3 olarak saptanmıştır. Araştırmamızda ve son 2 yılda yapılan diğer çalışmalarda KMM oranının önceki yıllarda yapılan çalışmalara göre daha yüksek çıktığını görmekteyiz fakat bu oran sağlık hizmetine ulaşımın kolaylaştığı bu yıllarda istenilen düzeyde değildir. Araştırmamızda KMM muayenesi yaptırmama nedenleri incelendiğinde en önemli nedenin KMM'ne ihtiyaç duymama (%29.4) olarak saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada KMM yaptırma sebebi olarak en önemli nedenin memede sorun nedeniyle yaptırılmış olması bu düşüncemizi destekler niteliktedir.⁹⁵

Araştırmamızda sadece mamografi çektiren kadınların oranı %26.3 ve sadece ultrason çektirenlerin oranı %14 iken hayatı boyunca mamografi yada ultrason çektirmemiş katılımcı oranı %26.7 olarak saptanmıştır. Araştırmamızdaki kadınların %59.3'ü (sadece mamografi yaptıranlar + hem mamografi hem ultrason çektirenler) hayatında en az bir kez mamografi çektirmiştir. Benzer şekilde Açıkgöz ve ark.'nın⁹⁷ erken tanı davranışlarını incelemek için hastanede çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların %22.3'ü mamografi çektirmiştir. Taşçı⁹² tarafından yapılan çalışmada mamografi çektirme oranı %40 olarak saptanmıştır. 2021 yılında yapılan bir çalışmada da kadınların %62.8'inin mamografi çektirdiği belirtilmiştir. Mamografi çektirme oranını inceleyen çalışmalarda kadınların yaş ortalamalarının, eğitim düzeylerinin ve taramalara ulaşım imkanlarının araştırmanın yapıldığı gruba göre değişmesi mamografi taramasına yönelik farklı bulguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların %73.3'ü kendi vücut sorumluluklarını bildiklerini ifade etmelerine rağmen kadınların sadece %35.8'i KKMM yapmış, %59.1' i mamografi çekirmiş ve %30'u da KMM muayenesi yaptırmıştır. Bu veriler çalışmamıza katılan kadınlardan vücudumun sorumluluğunu biliyorum yanıtı verenlerin bir kısmının meme kanseri erken tanı davranışlarını bir vücut sorumluluğu olarak görmediğini ya da gerçekten vücutlarının sorumluluğunu bilmediklerini düşündürmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde duyarlılık algısı puan ortalaması 7.79 ± 3.00 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Benzer şekilde birkaç araştırmada kadınların meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalamalarının 6.70 ± 3.20 ile 12.99 ± 3.00 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir.^{54,92,94,98} Duyarlılık algısı kadınların meme kanseri olma ihtimallerine yönelik kendilerini ne kadar risk altında algıladıklarını gösteren bir alt boyuttur. Duyarlılık algısının yüksek olduğu kadınlarda meme kanseri olma ihtimallerinin yüksek olacağına inandıkları için erken tanı ve tarama davranışlarına daha fazla yönelebilmektedirler.^{12,53}

Araştırmamızdaki kadınların ciddiye algısı alt boyutu puan ortalaması 21.11 ± 5.35 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Benzer şekilde literatürde kadınların meme kanseri ciddiye algısı puan ortalamaları 17.04 ± 8.74 ile 23.91 ± 4.91 arasında değişmektedir.^{92,98,99} Ciddiye algısı kadının meme kanserini ciddi bir hastalık olarak görmesine sebep olan sağlık inancıdır. Meme kanserinin ciddi bir hastalık olarak algılayan kadınların meme kanserini kendisi için bir tehdit olarak görmesi ve tarama davranışlarına yönelmesini sağlamaktadır.^{53,56}

Araştırmamızdaki kadınların sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalaması 19.71 ± 3.53 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Literatürde kadınların sağlık

motivasyon algısı puan ortalamaları 17.52 ± 5.28 ile 20.5 ± 2.85 arasında değişmektedir.^{49,98} Kadınlarda sağlık motivasyon algısının yüksek olması meme kanseri tarama davranışlarını istekli ve davranışı sürdürmede kararlı olmasını sağlamaktadır.^{12,54,56}

Araştırmamıza katılan kadınların KKMM yarar algıları alt boyut puan ortalamaları 14.50 ± 3.03 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Literatürde kadınların KKMM yarar algısı puan ortalamaları 15.70 ± 3.14 ile 16.56 ± 4.04 arasında olduğu belirtilmiştir.^{92,100,101} Araştırmamızdaki kadınların KKMM yarar alt boyut puanı ortalamanın üstünde olmasına rağmen literatürdeki diğer çalışmalara göre düşük saptanmıştır. KKMM yarar algısı tarama davranışlarının kadının meme kanserinden korunmasını ve hastalığa yakalandığında tedavisine yarar sağlayacağını düşünmesinde etkili olabilmektedir. Bu algı arttıkça kadının tarama yöntemlerine yönelimi de artmaktadır.^{12,56}

Araştırmamızdaki kadınların KKMM engel algıları alt boyut puan ortalamaları 20.92 ± 5.62 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Literatürde kadınların KKMM engel algısı puan ortalamalarının 15.39 ± 5.79 ile 19.35 ± 5.16 arasında olduğu belirtilmiştir.¹⁰⁰⁻¹⁰² Araştırmamızın KKMM engel algısı alt boyut puan ortalamasının literatürdeki diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Engel algısı kadınlarda KKMM' nin yapılmasında engel oluşturmaktadır.^{12,48,56} Araştırmamızdaki kadınlarda KKMM yapma oranının (%35.8) düşük olması da bu durumu destekler niteliktedir.

Araştırmamızdaki kadınların KKMM öz-etkililiği alt boyut puan ortalamaları 30.69 ± 7.58 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda KKMM öz-etkililiği alt boyut puan ortalamaları 34.66 ± 5.99 ile 36.19 ± 9.27 arasında olduğu belirtilmiştir.^{100,101,103} Araştırmamızdaki KKMM öz-etkililik puanı ortalamanın üstünde olmasına rağmen diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. KKMM öz-etkililik algısının artması kadına KKMM yapmanın başarılı

şekilde sonuç vereceğini düşündüğü için KKMM öz-etkililik puanı ne kadar artarsa tarama davranışına da o oranda yönelmektedir.^{12,54} KKMM yapma oranının (%35.8) araştırmamızda düşük çıkması da bu durumu destekler niteliktedir

Araştırmamızdaki kadınların mamografi yarar algıları alt boyut puan ortalaması 17.98 ± 3.54 ortalama puanın üzerinde saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde mamografi alt boyut puan ortalaması 18.83 ± 4.00 ile 19.12 ± 3.38 arasında olduğu belirtilmiştir.^{92,100,101,103} Araştırmamızdaki mamografi yarar alt boyut puanı literatürdeki çalışmalara oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Mamografi yarar algısının artması kadının mamografiyi yararlı bir tarama yöntemi olarak görmesini ve olumlu tarama davranışı geliştirmesini sağlamaktadır.^{12,56}

Araştırmamızdaki kadınların mamografi engel algısı alt boyut puan ortalamaları 27.03 ± 7.31 ortalama puanın altında saptanmıştır. Meme Kanseri SİM Ölçeğimizin alt boyutlarından mamografi engelleri alt boyutunun puanı ortalamanın altında kalırken diğer alt boyutlarda puanlar ortalamanın üstünde saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda mamografi engelleri alt boyut puan ortalamaları 20.05 ± 8.39 ile 26.81 ± 5.75 arasında olduğu belirtilmiştir.^{92,99,100,102} Araştırmamızdaki mamografi engel algısı alt boyut puanı literatürdeki çalışmalara oranla daha yüksek saptanmıştır. Mamografi engel alt boyut istenilen bir bulgu değildir çünkü bu alt boyut puanının yüksek olması kadının mamografiye karşı olan olumsuz algılarının da yüksek olduğunu göstermektedir. Mamografi engel algısı arttıkça kadının tarama davranışlarına yönelimi de aynı oranda azalacaktır.^{12,56,57,}

Araştırmamızdaki kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalaması 4.69 ± 2.67 ortalama puanın altında saptanmıştır. Araştırmamızdaki kadınların Kadercilik Ölçeği puan ortalaması ortalama puanın altındadır. Benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalaması 3.6 ± 2.6 ile 5.67 ± 3.05

arasında olduğu belirtilmiştir.^{50,104-106} Kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanlarının artması onların meme kanseri kadercilik algılarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Araştırmamızdaki Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanının ortalama puanın altında olması meme kanseri kadercilik algılarının çok yüksek olmadığını göstermektedir. Araştırmamızdaki Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği ortalama puanı aynı ölçeği kullanan literatürdeki diğer çalışmalara yakın bir puandır.

Araştırmamıza katılan kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında; KKMM engel, duyarlılık ve ciddiye alt boyut puanlarının 35 yaş ve üzeri kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Altıntaş ve Aslan'ın¹⁰² çalışmasında 40 yaş ve üzerindeki kadınların duyarlılık ve KKMM engel algıları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Durmuş¹⁰⁶ tarafından yapılan çalışmada 41-50 yaş grubundaki kadınların duyarlılık alt boyutu diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Özçelik¹⁰⁷ tarafından yapılan çalışmada ise KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, mamografi yarar algısı 40 yaş üzerindeki kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yaş ilerledikçe kadınların meme kanseri riski artmaktadır.⁴ Bu yüzden 40 yaşından sonra kadınlar hastalığa karşı daha duyarlı olabilirler. SİM'e göre; kansere karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddiye alan kadınlar erken tanı ve tarama davranışlarını daha fazla yerine getirmesi beklenmektedir.⁵⁶ 35 yaş üzeri kadınlarda KKMM yapmaya yönelik engellerin yaşla artmasının nedeni, eğitim düzeyinin ilerleyen yaşla birlikte azalabileceği düşüncesiyle açıklanabilir.

Araştırmamızda, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kişilerin diğer gruplara göre sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz-etkililiği, mamografi yararları alt boyut puanları yüksek iken ciddiye, KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının ise diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bizim araştırmamıza benzer şekilde eğitim düzeyi

arttıkça KKMM yarar, mamografi yarar, sağlık motivasyonu, ve KKMM öz-etkililik algılarının arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi düştükçe de KKMM engel ve mamografi engel algılarının yükseldiği görülmektedir.^{102,104, 107,108}

Araştırmamızda evli olan kişilerde KKMM engelleri alt boyut puanının bekâr olanlar göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Durmuş¹⁰⁹ tarafından yapılan çalışmada evlilerin engel algısının bekarlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızın aksine. Literatürde ve çalışmamızda benzer veya farklı çalışma sonuçlarının elde edildiği görülmektedir.^{78,107} Medeni durumun sağlık inançlarını etkilediği görülse de farklı sonuçların çıkması medeni durum ve Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyutları arasında kesin bir bağlantı kurulamadığını düşündürmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlardan çalışan ve gelir durumu yüksek olan kadınların yarar algısı, sağlık motivasyonları ve öz-etkililikleri yüksek çıkarken çalışmayan ve geliri giderden az olan kadınların KKMM engel ve mamografi engel algıları daha yüksek çıkmıştır. Türkiye de yapılmış çalışmalarda gelir düzeyi düşük olanların engel algılarının daha yüksek olduğu ve sağlık profesyonellerinden erken tanı ve tarama konularında daha az bilgi aldığı saptanmıştır.^{106,109} Gelir düzeyi yüksek olan kadınlar genel olarak çalışan kadınlardır ve koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşimleri daha kolaydır.

Araştırmamızda, kadınların erken tanı davranışları durumlarına göre Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KKMM yapan kadınların sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanlarının KKMM yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte KKMM yapan kadınların KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Ayrıca kendi vücut sorumluluğunu bilen kadınların sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanlarının vücut sorumluluğunu bilmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda ki bu bulgular genel olarak literatürle uyumludur. Araştırmamıza benzer şekilde diğer çalışmalarda da KKMM yapan kadınların sağlık motivasyonu ve yarar algıları KKMM yapmayan kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.¹¹⁰⁻¹¹² Yarar algıları yüksek olan kadınların KKMM'nin iyi yönlerini gördükleri ve erken tanıda faydalı olabileceğini düşündükleri için KKMM yapmaya yönelmeleri beklenen bir durumdur. Araştırmamızda KKMM yapan kadınların ciddiye alt boyut puanlarının KMM gerekliliğine inanmadığı için yapmayan kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın aksine literatürde ciddiye algısı yüksek olan kadının aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırmaya eğiliminde olduğu belirtilmektedir.^{12,113} Çalışmamızda KKMM yapan kadınların ciddiye puanlarının KMM gerekliliğine inanmayan kadınlara göre daha düşük olması yüksek risk faktörlerini taşımadığı için gerek görmeme ve sağlık davranışı haline getirmeme gibi nedenlerden kaynaklı olarak düşük olduğu şeklinde düşünülebilir.

Champion⁵³ engel algısının meme muayenesi yapmayı etkileyen faktörlerin en önemlilerden biri olduğunu belirtmiştir. Engel algısı kadının yeni sağlık davranışı oluşturma ve bunu sürdürmede kadının algıladığı engeller olarak açıklanabilir. Bizim çalışmamızda KKMM yapan kadınların KKMM engelleri, mamografi engelleri alt boyut puanlarının KKMM yapmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca gerekliliğine inanmama, kitle çıkar korkusu, kadere inanma ve KKMM yapmayı bilmeme gibi nedenlerden dolayı KKMM yapmayan kişilerin KKMM engelleri ve mamografi engelleri puan ortalamaları KKMM yapanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde

yapılan çalışmalarda engel algısı yüksek olan kadınlarda KKMM yapma oranlarının düşük olduğu tespit etmiştir.^{92,110,111} Meme kanseri erken tanı davranışlarının önünde ki engellerin tespit edildiği çalışmalarda en yaygın olan engellerin; kitle çıkar korkusu, vakit bulamama, utanma, bilgi eksikliği, maddi sıkıntılar, ihmal, hatırlamama, gerekli görmeme ve memede herhangi bir sorun olmaması gibi sebeplerden dolayı olduğu tespit edilmiştir^{114,115} KKMM yapmayan kişilerin, meme muayenesine yönelik engellerinin tespit edilmesi ve bu engellere yönelik müdahalelerin planlanması gerektiği açıktır.

Mamografi taramaları, meme kanserinde mortalite oranlarını düşürmek için yapılan en önemli tarama yöntemidir.¹¹⁶ Bizim araştırmamızda mamografi çektirenlerin ciddiyet, ultrason çektirenlerin ise duyarlılık algısı alt boyutları hiçbir şey yaptırmayanlara göre yüksek çıkmıştır. Hem mamografi hem ultrason çektiren kadınların sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve mamografi yarar algıları yüksektir. Literatür incelendiğinde mamografi yaptıranlarda sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve mamografi yararları yüksek saptanırken aynı zamanda mamografi çektirmeyenlerde KKMM engel algısı ve mamografi engel algısı yüksek saptanmıştır.^{92,98,117} Yapılan çalışmalar mamografi taramasına katılımı en çok etkileyen faktörün engel algısı olduğunu belirtmiştir.^{118,119}

Araştırmamızda, KMM yaptıрма durumlarına göre Meme Kanseri SİM ölçeği alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; klinik meme muayenesi yaptıran kadınların duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM öz-etkililiği, KKMM yararları, mamografi yararları alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda da KMM yaptıran kadınların KKMM yarar algısı, sağlık motivasyonu algısı ve mamografi yarar algısı puan ortalamaları KMM yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{92,98,104} Klinik meme muayenesi yaptıranların, erken tanı ve

tarama yöntemlerinin meme kanseri tedavisine ne kadar faydalı olduğunun farkında olduklarını ve sağlık davranışı geliştirip sürdürmede istekli olduklarını söyleyebiliriz.

Araştırmamıza katılan kadınların tanıtıcı özelliklerinin meme kanseri kadercilik eğilimlerini etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmamızda okuryazar ve ilköğretim eğitim seviyesine sahip olan evli, çalışmayan ve geliri giderden az olan kadınların diğer gruplara göre meme kanseri kadercilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 18-25 ve 26-35 yaş grubu kadınların ve çocuğu olmayan kadınların diğer gruplara göre meme kanseri kadercilik puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamızdaki kadınların aile tipi ve yaşadığı yere göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Ersin ve ark.'nın¹³ yaptığı çalışmada medeni durumun ve gelir seviyesinin meme kanseri kadercilik düzeyini etkilemediği, eğitim seviyesinin ise etkilediği belirtilmiştir. Araştırmamıza benzer şekilde Ersin ve Dedeoğlu'nun¹²⁰ yaptığı çalışmada da yüksek lisans mezunu ve çocuğu olmayanların meme kanseri kadercilik düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Banning ve ark.¹²¹ tarafından yapılan çalışmada da eğitim düzeyi düşük kadınların meme kanseri kadercilik düzeyinin de düşük olduğu tespit edilmiştir ve çalışmamızı destekler niteliktedir. Araştırmamızın aksine 2019 yılında yapılmış bir çalışmada ise demografik özelliklerin meme kanseri kadercilik düzeyine bir etkisi olmadığı belirtilmiştir.¹⁵ Çalışmamıza göre elde edilen sonuç, kadınların eğitim seviyelerinin artmasıyla çalışma hayatında daha çok yer alması ve bundan kaynaklı olarak da daha az çocuk sahibi olmasına neden olduğundan bu gruplardaki kadınların meme kanseri kadercilik algılarının daha düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda, vücut sorumluluğunu bilmeyen, KKMM gerekliliğine inanmayan kadınların meme kanseri kadercilik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu

bulunmuştur. KKMM yapan KMM yaptıran kadınların ise meme kanseri kadercilik ölçeğinden aldığı puanlar daha düşük çıkmıştır. Meme kanseri kadercilik algısının erken tanı davranışları ile ilişkisini açıklayan literatür çalışmaları kısıtlıdır bu sebeple benzer çalışmalara ile çalışılmıştır. Ersin ve Dedeoğlu'nun¹²⁰ yaptığı çalışmada KKMM yapan ve KMM yaptıran kadınların kadercilik algılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Selvi¹²² tarafından yapılan çalışmada da bizimkini destekler nitelikte KKMM yapan kadınların kadercilik algıları düşük çıkmıştır.

Araştırmamızda, kadınların mamografi yada ultrason çekirme durumuna göre Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; mamografi çektiren kadınların, hem mamografi hem ultrason çektiren ve bunların hiçbirini yaptırmayanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Meme kanseri kadercilik algısı yüksek olan kişilerin mamografi taramalarına katılımının yüksek olması beklediğimiz bir bulgu değildir zira kadercilik algısı olumlu sağlık davranışı oluşturmayı engelleyebileceği için mamografiye başvuru oranını düşürmesi beklenmektedir.¹²³ Literatürde kaderciliğin mamografi yaptırmaya ile direk ilişkisi bulunmasa da, kanser taramasındaki engeller ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{67,124} Bizim çalışmamızın bulgularına benzer şekilde literatürde bazı çalışmalarda mamografi çektiren kadınların meme kanseri kadercilik puanları yüksek çıkmıştır.^{15,120,125} Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştığı bu yıllarda sağlık bakanlığı mamografi taramaları yapmak için birçok çalışma gerçekleştirmektedir. KETEM'in kurulması, 40 yaşını geçmiş her kadının rutin tarama programlarına alınması, tırlarla ilçelere köylere gidilerek mamografi çekimlerinin yapılması, Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının her ayın belirli günü kadınları servisle KETEM'ne göndermesi ve sağlık çalışanlarının telefonla hatırlatma gibi yöntemlerle kadınları mamografi çekimi için teşvik etmesi bu çalışmalardan bazılarıdır. Bu çalışmalar kadınların mamografi çekimini

etkileyen dış faktörlerdir. Çalışmamızda kadercilik algısı yüksek olan kadınların mamografi çekirme oranlarının yüksek çıkması bu dış faktörlerin etkisinden kaynaklı olabilir. Önemli olan kadının mamografi taramasını süreklilik arz eden bir sağlık davranışı haline getirerek hem dış faktörlerin yardımıyla hem de kendi çabasıyla düzenli aralıklarla taramalara katılmasıdır. Bu çalışmadaki kadınların meme kanseri kadercilik algısı yüksek olsa bile mamografi taramasına katılımları yüksektir fakat kendi sorumluluklarıyla yalnız kaldıklarında yaptıkları KKMM'nin düşük çıkması kadınların mamografıyı bilinçli bir şekilde, kendi sorumluluğuyla ve tarama davranışı haline getirerek çektirmediklerini açıklamaktadır. Çalışmamıza katılan kadınlardan meme kanseri kadercilik algısı yüksek olanların Meme Kanseri SİM Ölçeği mamografi yararları puanının düşük çıkması, mamografi engelleri puanının ise yüksek çıkması bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar gösteriyor ki kadınlarda meme kanseri kadercilik algısının artmasıyla meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarına olan yönelimleri azalmaktadır.

Araştırmamızdaki kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyutlarından sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz-etkililiği ve mamografi yararları alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanları arasında negatif yönde zayıf seviyede bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca meme kanseri SİM Ölçeği duyarlılık, ciddiyet, KKMM engelleri ve mamografi engelleri alt boyutları ile Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.001$). Meme kanseri kadercilik algısının sağlık inançları ile ilişkisini açıklayan literatür çalışmaları kısıtlıdır bu sebeple benzer çalışmalara ile çalışılmıştır. Benzer şekilde Kulakçı ve ark.¹²⁶ tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların meme kanseri kadercilik algıları ile KKMM yarar algıları arasında negatif ve zayıf bir ilişkinin varlığı tespit edilirken kadercilik algısı ve KKMM engelleri arasında da pozitif yönlü zayıf ilişki tespit

edilmiştir. Benzer şekilde Altıntaş ve ark.'nın⁷⁸ yaptığı çalışmada da bizimkini destekler nitelikte KKMM yararları ve meme kanseri kadercilik arasında negatif ilişki bulunmuştur. Talbert¹²⁷ tarafından Afrikalı orta sınıf kadınların korku ve meme kanseri kadercilik algılarının meme kanseri tarama davranışlarını etkisini inceleyen çalışmada da meme kanseri kadercilik algısının sağlık inanç algılarını etkilediğini belirtmiştir ve çalışmanın bulguları da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda ortaya çıkan bulgulardan yola çıkarak kadınlarda meme kanseri kadercilik algısının yüksek olmasının KKMM ve mamografiye yönelik engel algılarını artırdığını söyleyebiliriz. Meme kanseri kadercilik algısı düşük olan kişilerin yarar, sağlık motivasyonu ve öz-etkililik puanlarının yüksek çıkması da kaderciliğin meme kanseri sağlık inançlarını olumsuz etkilediğini destekler niteliktedir. Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi meme kanseri kadercilik algısının meme kanseri erken tanı ve davranışlarını etkilediği yeni sağlık davranışları geliştirme ve sürdürmede engel teşkil ettiğini görebilmekteyiz. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarına yönelik verilecek eğitimlerde meme kanseri kadercilik algısı göz önüne alınarak eğitimlerin ona göre planlanması gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmamızdaki kadınların büyük çoğunluğu kendi vücut sorumluluğunu bildiklerini ifade ettiği halde KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çekirme oranlarının aynı oranda yüksek olmadığı saptanmıştır
- Araştırmada, kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyut puan ortalamaları; duyarlılık alt boyut puan ortalaması 7.78 ± 3.00 , önemseme/ciddiyet alt boyut puan ortalaması 21.11 ± 5.35 , sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalaması 19.71 ± 3.53 , KKMM yararları alt boyut puan ortalaması 14.50 ± 3.03 , KKMM engelleri alt boyut puan ortalaması 20.92 ± 5.62 , KKMM öz-etkililiği alt boyut puan ortalaması 30.69 ± 7.58 , mamografi yararları alt boyut puan ortalaması 17.98 ± 3.54 , mamografi engelleri alt boyut puan ortalaması 27.03 ± 7.31 olarak bulunmuştur.
- Meme Kanseri Kadercilik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; kadınların ölçekten aldığı ortalama toplam puan ortalaması 4.69 ± 2.67 olarak bulunmuştur.
- KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyutlarından KKMM yarar algıları, mamografi yarar algıları, sağlık motivasyon algıları ve öz etkililik algıları diğer gruplara göre yüksek olarak bulunmuştur.
- Meme kanseri kadercilik algısı yüksek olanların KKMM yapma ve KMM yaptırma oranlarının kadercilik algısı düşük olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Meme kanseri kadercilik algısı yüksek olan kişilerin mamografi çekirme oranları yüksek olarak saptanırken bunun aksine Meme Kanseri SİM Ölçeği mamografi yarar algılarının da düşük olduğu saptanmıştır.

- Meme kanseri kadercilik algısı yüksek olanların Meme Kanseri SİM Ölçeği alt boyutlarına göre KKMM engel algısının ve mamografi engel algısının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Sonuç olarak meme kanseri kadercilik algısının kadınların sağlık inançlarına olumsuz etkilerde bulunarak erken tanı ve tarama davranışların yönelik eğilimini azaltan bir faktör olduğunu tespit edilmiştir.

Öneriler

- Araştırmanın sonucunda elde edilen bu bulgular gösteriyor ki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yer alan sağlık profesyonellerinin kadınlara yönelik meme kanseri farkındalığını artırmak için vereceği eğitimlerde kadınların algılarını değerlendirip meme kanseri kadercilik algı düzeyini de ele alarak eğitim planlamasını ona göre yapmaları gerekmektedir.
- Meme kanseri erken tanı ve taramalara yönelik eğitim planları yapılırken Powe Kadercilik Ölçeği gibi meme kanseri kadercilik algısını ölçebilen basit ölçeklerle meme kanseri kadercilik algı düzeyini belirleyip Sağlık İnanç Modeli gibi kavramsal modellerden yararlanılarak eğitim programlarının içeriği hazırlanmalıdır.
- Kadınların vücut sorumluluklarını bildiklerini iddia etmesine rağmen KKMM yapma KMM yaptırma oranlarının düşük olması erken tanı ve tarama davranışlarına yönelik yarar bilinçlerin yeteri düzeyde olmadığını ve bu yarar bilincini oluşturacak daha fazla eğitim programı planlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.
- Meme kanseri kadercilik algısının düzenli aralıklarla mamografi çektirmeye ve mamografi yarar algılarına etkisini inceleyen ileri düzeyde daha fazla çalışma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Wender RC. Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser taraması, 2017: mevcut Amerikan Kanser Derneği kılavuzlarının ve kanser taramasındaki güncel konuların gözden geçirilmesi. *Klinisyenler İçin Bir Kanser Dergisi*, 2017, 67:100-121.
2. Dünya Sağlık Örgütü. Meme kanseri istatistikleri. <https://www.who.int/> 2 Şubat 2022.
3. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. 2020, 1170, ISBN: 978-975-590-771-0.
4. Özmen V, Özmen T, & Doğru V. Türkiye'de meme kanseri; 20.000 meme kanserli hastanın analizi. *Avrupa Meme Sağlığı Dergisi*, 2019.15: 141.
5. Dünya Sağlık Örgütü. Üreme Sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü. Kronik Hastalıklar ve Sağlığı Geliştirme. Kapsamlı rahim ağzı kanseri kontrolü: temel uygulama kılavuzu, 2006.
6. Haydaroğlu A, Fatma S, Caner A. Ege Üniversitesi Hastanesi veri tabanındaki kanser olgularının epidemiyolojik ve genel sağ kalım özellikler. *Ege Tıp Dergisi*, 2019,58:1-9.
7. Aker S, Öz H, Kaynar TE. Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *J Breast Health*, 2015, 11: 115-22.
8. Başaran BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir AT. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. 2017, 38-40.
9. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 2008, 4.2: 6-12.

10. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. 2005, 1170 ISBN: 978-975-590-771-0.
11. Meme Sağlığı Derneği. <https://memeder.org/> 19 Mart 2022.
12. Gözüm S, ÇAPIK C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014, 7: 230-237.
13. Ersin F, Capik C, Kissal A, Aydogdu NG, Beşer A. Meme kanseri kadercilik ölçeği: Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Uluslararası Bakım Bilimleri Dergisi*, 2018, 11: 783.
14. Kaya A, Bozkur B. Kadercilik eğilimi ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 2015,11: 935-94.
15. Molaei-Zardanjani M, Savabi-Esfahani M, Taleghani F. Fatalism in breast cancer and performing mammography on women with or without a family history of breast cancer. *BMC Women's Health*, 2019, 116-121.
16. Ramirez, AS. Fatalism and cancer risk knowledge among a sample of highly acculturated latinas. *Journal Cancer Education*, 2014, 29, 50–55.
17. Hall AG, Khoury AJ, Lopez ED, Lisovicz N, Avis-Williams A, & Mitra A. Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008,19:1321-1335.
18. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Kanser istatistikleri 2019. *Klinisyenler için bir kanser dergisi* 2019, 69: 7-34.
19. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA ve Jemal A. Küresel kanser istatistikleri 2018: 185 ülkede 36 kanser için dünya çapında insidans ve mortalite tahminleri. *Klinisyenler İçin Bir Kanser Dergisi*, 2018, 68: 394-424.

20. Dogan N, Toprak D. Türkiye'de kadın meme kanseri ölüm oranları. *Asya Pasifik Kanser Önleme Dergisi*, 2014, 15: 7569-7573.
21. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health*, 2008, 4.2: 6-12.
22. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. 2005, 1170 ISBN: 978-975-590-771-0.
23. Utkan NZ. Meme kanseri. *Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları*, 2018, 298-313.
24. Anothaisintawee T, Teerawattananon Y, Wiratkapun C, Kasamesup V, Thakkinstian A. Meme kanserinin risk tahmin modelleri: model performanslarının sistematik bir incelemesi. *Meme kanseri araştırma ve tedavisi*, 2012, 133: 1-10.
25. Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü, Dünya Kanser Araştırma Fonu. Meme kanseri istatistikleri, 2019, <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancertrends/breast-cancer-statistics>. 02 Nisan 2022.
26. Ka B. Meme kanseri epidemiyolojisi. *Surg oncol clin n am*, 2014, 23: 409-422.
27. Amerikan Kanser Birliği. Breast Cancer Facts and Figures. 2018. <https://www.cancer.org/content/dam/cancerorg/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-factsand-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf> 25 Mayıs 2022.
28. Aksoy SÖ, Sevinç Aİ, Güray M, Balcı P. Duktal karsinoma in situ da sentinel lenf nodu biyopsisi gerekli midir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2017, 31: 147-151.
29. Salman MC, Gültekin M, Taşkiran Ç, Ayhan A. Hormon ve meme. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2005, 8: 37-53.

30. Özçınar B. Meme kanserinde özel durumlar. *Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları*, 2018, 322: 314-328.
31. Colditz GA, Bohlke K. Meme kanserinin birincil önlenmesi için öncelikler. *Klinisyenler İçin Bir Kansere Dergisi*, 2014, 64.: 186-194.
32. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF ve Zwahlen M. Vücut kitle indeksi ve kanser insidansı: ileriye dönük gözlemsel çalışmaların sistematik bir incelemesi ve meta-analizi. *Neşter*, 2018, 371: 569-578.
33. Brennan SF, Cantwell MM, Cardwell CR, Velentzis LS ve Woodside JV. Diyet kalıpları ve meme kanseri riski: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. *Amerikan Klinik Beslenme Dergisi*, 2010, 91: 1294-1302.
34. Yıldırım NK, Özkan M, İlgün AS, Sarsenov D, Alço G, Aktepe F, Özmen V. Meme kanseri gelişiminde stres, başa çıkma stratejileri ve yaşam tarzının olası rolü. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2018, 53: 207-220.
35. Tamimi RM, Colditz GA, Hazra A, Baer HJ, Hankinson SE, Rosner B, Collins LC. Meme kanserinin moleküler alt tipleri ile ilgili geleneksel meme kanseri risk faktörleri. *Meme Kanseri Araştırması ve Tedavisi*, 2012, 131: 159-167.
36. Peacock O, Waters PS, Pablos JO, Boussioutas A, Skandarajah A, Simpson JA, Heriot AG. Kalıtsal kanser sendromları için risk azaltıcı kanser cerrahisi sonuçlarının sistematik bir incelemesi. *Avrupa Cerrahi Onkoloji Dergisi*, 2019, 45: 2241-2250.
37. Moyer VA ve ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü. Kadınlarda birincil meme kanseri riskini azaltmak için ilaçlar: ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü tavsiye beyanı. *Annals of Internal Medicine*, 2013 159: 698-708.
38. Visvanathan K, Hurley P, Bantug E, Brown P, Col NF, Cuzick J, ... & Lippman SM. Meme kanseri riskini azaltmak için farmakolojik müdahalelerin kullanımı:

- Amerikan Klinik Onkoloji Derneği klinik uygulama kılavuzu. *Klinik Onkoloji Dergisi*, 2013,31: 2942-2962.
39. Lüleci D Türkiye’de mamografi ile meme kanseri tarama sürecinin sosyokültürel ve politik analizi: nitel bir çalışma, T.C Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, İzmir, 2017.
40. Coleman C. Early detection and screening for breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 2017, 33: 141-155.
41. Özkan Pehlivanoglu EF, Balcıoglu H, Bilge U, Ünlüoglu İ. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hasta ve Sağlık Personelinin Meme Bakımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi / Konuralp Tıp Dergisi*, 2018, 10: 260-263.
42. Kozan R, ve Tokgöz VY. Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016 4: 185-188
43. Meme Sağlığı Derneği. <https://memeder.org/> 19 Mart 2022.
44. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, ... & Tuncer M. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması “Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu”. *Meme sağlığı dergisi*, 2009, 5: 125-134.
45. Çerçi S, Çerçi C, Baykal B, Yıldız M, Özbek F, Kapucuoğlu FN, ... & Eroğlu H. Meme kanserinin tespitinde Tc-99m MIBI meme sintigrafisi, mamografi ve ultrasonografi yöntemlerinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007 14:1-6.
46. Mermer G. Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, 2010.

47. Gözüm S, Aydın İ. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. *Cancer Nursing*. 2004, 27:491-8.
48. Ersin F ve Bahar Z Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi, *DEUHYO ED*, 2012, 5: 28-38.
49. Kartal A, İnci FH, Koşt N, Çınar Öİ. Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2017, 1:7-13.
50. Ketenciler AP. Sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlara uygulanan yapılandırılmış girişimlerin meme kanseri tarama davranışlarına ve sağlık algılarına etkisi. İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, İstanbul, 2020.
51. Çenesiz E. Türkiye'de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
52. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık Davranışı Modelleri, *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 2015, 5:28-34.
53. Champion, VL. Instrument Refinement for Breast Cancer Screening Behaviors. *Nursing Research*, 1993 42: 139-143.
54. Aydoğdu N ve Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED* 2011, 4: 34-40.
55. Champion VL. Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening. *Research in Nursing and Health*, 1999, 22:341-348.

56. Nahcivan NÖ, ve Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 33-38.
57. Nahcivan NO, ve Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Society*. 2007, 34: 425.
58. Karadağ Çaman Ö. Ankarada 30-70 yaş arası kadınların kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerini kullanımı ve sağlığı geliştirme davranışları: Toplum katılımlı bir hizmet modeli araştırması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2011.
59. Öztekin A, Üner S, ve Eren N. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Çağatay Güler, Levent Akın (Editörler). Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2012,2-24.
60. Sobol Kwapińska M. Hedonism, fatalism and 'carpe diem': profiles of attitudes towards the present time. *Time & Society*, 2013; 22: 271–290.
61. Macit M. Boyun eğme-başa çıkma sarkacında kadercilik: Sosyal psikolojik bir yaklaşım. İstanbul: Ötüken Neşriyat, 2014.
62. Kasapoğlu A. Kur'an açısından fatalizm-inkârcıların bir tutumu olarak kadercilik. *Hikmet Yurdu*, 2008, 1: 87-107.
63. Frankl V. Psychotherapy and existentialism. Select papers on logotherapy. WSP: New York, 1985.
64. Bader CD, Molle A, Gurrentz B ve Coyle JJ. For the wrath of God: Fatalism and images of God in violent regions of the world. *Sociology of religion*, 2017, 78: 173-191.
65. Haynie DL, Soller B, ve Williams K. Anticipating early fatality: friends, schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal Youth Adolescence*, 2014, 43:175–192.

66. Kaya A. ve Bozkur B. Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 2017,18:124-145.
67. Holdroy E, Twinn S, Adab P. Socio-cultural influences on Chinese women's attendance for cervical cancer screening. *Journal of Advanced Nursing*, 2004,46:42-52.
68. Hall AG, Khoury AJ, Lopez ED, Lisovicz N, Avis-Williams A, & Mitra A. Breast cancer fatalism: the role of women's perceptions of the health care system. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008,19:1321-1335.
69. Powe BD, Finnie R. Cancer fatalism: the state of the science. *Cancer Nursing*, 2003, 26:454-467.
70. Sharrief AZ, Sánchez BN, Lisabeth, LD, Skolarus LE, Zahuranec DB, Baek J, ... & Morgenstern LB. İnme öncesi depresif belirtiler, kadercilik ve sosyal desteğin inme sonrası yeti yitimine etkisi. *İnme ve Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 2017, 26: 2686-2691.
71. Ramírez AS, ve Carmona KA. Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine*, 2019, 219:11-18.
72. Kobayashi LC ve Smith SG. Amerikan kamuoyunda kanser kaderciliği, okuryazarlık ve kanser bilgisi arayışı. *Sağlık Eğitimi ve Davranışı*, 2016, 43: 461-470.
73. Somayaji D ve Cloyes KG. Kanser korkusu ve kadercilik: Afrikalı Amerikalı katılımcıların klinik kanser araştırmalarıyla ilgili olarak araştırma konusunun rolünü nasıl inşa ettikleri. *Kanser hemşireliği*, 2015,38:133-144.

74. Lyratzopoulos G, Liu MPH, Abel GA, Wardle J & Keating NL The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 2015, 24: 720-726.
75. Arıkan Z, Kuruoğlu AÇ, Beler N, Nursen O, Ekim NN, Köktürk O ve Levent E. Tüberküloz olgularında hastalığın algılanması ve kişilik özellikleri. *Kriz Dergisi*, 2000,8: 39-45.
76. Cohn L. ve Villar OE. Fatalism and health behavior: a meta-analytic review. 2015: <https://bit.ly/2sAF5Iw>. 04 Nisan 2022.
77. Altıntaş HK & Aslan GK. The Effect of Breast Cancer Fatalism Perception on Breast Cancer Health Beliefs of The Midwives and Nurses. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 2019,6:10-19.
78. Altıntaş HK, Ayyıldız TK, Veren F ve Topan AK. Kadercilik algısının kadınların meme kanserine yönelik tutum ve davranışlarına etkisi. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Kocaeli. 2016.
79. Fairchild R. Fatalism and health behaviors: Exploring the context for clinicianpatient interactions. *Annals of Nursing and Practice*, 2015, 2: 1032.
80. Leyva B, Allen JD, Tom LS, Ospino H, Torres MI ve Abraido Lanza AF. Religion, fatalism, and cancer control: A qualitative study among Hispanic Catholics. *American Journal of Health Behavior*, 2014, 38: 839-849.
81. Yıldırım Demir A, & Özaydın, AN. Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2014, 10: 47-56.
82. Özen B, Zincir H, Kaya Erten Z, Özkan F, Elmalı F. Genç kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *J Breast Health*. 2013;9:200-4.

83. Halk Sağlığı Derneği. Türkiye sağlık raporu 2014. *Trakya Üniversitesi Matbaası*, 47-59. 2014.
84. Kabacaoğlu C ve Karaca A. Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *JAREN*, 2020, 6:179-86.
85. Seçginli S, Nahcivan N. Kendi kendine meme muayenesi: Yeni neriler neler? *Sağlık ve Toplum*, 2006, 16:13-18.
86. Uncu F, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları, *Meme sağlığı dergisi* 2011,7:167-175.
87. Masoudiyekta L, Rezaei-Bayatiyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, & Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2018 5:114–120.
88. Powe, B. D. Do recently diagnosed black breast cancer patients find questions about cancer fatalism acceptable? A preliminary report. *Journal of Cancer Education*, 2011, 26, 3-4.
89. Tabachnick BG, Fidell LS .Using Multivariate Statistics. 2013,6
90. American Cancer Society/Breast Cancer. <http://www.cancer.org/cancer/> 03 Nisan 2022.
91. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2009, 5:25-32.
92. Taşci D. 40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli leği ile değerlendirilmesi, Ankara

Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta uzmanlık tezi, Ankara 2020.

93. Koçak, HS, Olçar Ece Z. & Güngörmüş, Z. Birinci Derece Yakını Meme Kanseri Kadınların Korku Düzeyinin Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 2022, 5:22-29.
94. Aytekin, MŞ, Çetin Ö & Kahraman A. Ebelik bölümü öğrencilerinin ve annelerinin kendi kendine meme muayenesi yapma durumları ve meme kanseri korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Health Research*, 2021; 2: 93-100.
95. Mermer G & Güzekin, Ö. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi ve tarama yöntemlerini kullanma durumu. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021,14: 50-62.
96. Başak F. Konya İli, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science* 2016; 4: 19-24.
97. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz, H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*, 2015, 11: 31-8.
98. Güçlü Demirtaş S. & Gördes Aydoğdu N. Yoksul kadınların meme kanserine yönelik inançlarının mamografi yaptırma davranışlarına etkisinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 10: 379-385.
99. Karabaş S. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışı ve kanser korkusunun incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, Gaziantep Üniversitesi 2013.

100. Avcı G. Bir sanayi bölgesinde yaşayan evli kadınların meme ve serviks kanserine yönelik farkındalıklarının saptanması ve sağlık inançlarının incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2020.
101. Alagöz MN & Tuncer Ö. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20-69 yaş aralığındaki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2021,12: 192-200.
102. Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların Meme ve Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020, 7: 249-261.
103. Bakır N & Demir C. Hemşirelerin Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin İnançlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020, 7:266-271.
104. Erbil N, Bölükbaş N. Beliefs, attitudes and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012, 13:5823-5828.
105. Coşkun SP. Yoksul kadınlarda meme kanseri korkusu ve kadercilik algısının erken tanı davranışlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi,2019.
106. Çiçekli Taşdemir T. Kırsal alanda yaşayan kadınların mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörler. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2019.

107. Özçelik EK. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, yüksek lisans tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2019.
108. Alvur TM, Çınar N, Zengin H. Health belief model and breast cancer in Sakarya: a cross sectional study. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 2019,30: 52-67.
109. Durmuş T. Kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri risk düzeyi ve tarama davranışlarına yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi, 2010.
110. Özoğul E, Sucu DG. Üniversitede çalışan kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlık inançları ve sağlık inançlarını etkileyen faktörler. *DEUHFED*, 2019, 12:264-73.
111. Özdemir FK, Şahin ZA. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algıları: Kars ili örneği. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2015, 2:139-144.
112. Karayurt O, Dramal A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 2007,30: 69-77.
113. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, ed. Health behavior and health education: theory, research and practice. *Jossey-Bass Inc* 2008,4:45- 46.
114. Parsa P, Kandiah M, Zulkefli NM, Rahman HA. Knowledge and behavior regarding breast cancer screening among female teachers in Selangor, Malaysia. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 2008, 9:221-228.

115. Bener A, El Ayoubi HR, Moore MA, Basha B, Joseph S, Chouchhane, L. Meme kanseri tarama farkındalığını en üst düzeye çıkarmamız gerekiyor mu? Yüksek doğurganlığa sahip iç eşli bir toplumla deneyim. *Asya Pac J Kanser*, 2009, 10: 599-604.
116. Marmarà D, Marmarà V, Hubbard G. Lifetime utilization of mammography among Maltese women: A cross-sectional survey. *BMC public health* 2018, 18:182.
117. Baysal HY, Polat H. Determination of the breast cancer risk levels and health beliefs of women with and without previous mammography in the Eastern Part of Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012, 13:5213-5217.
118. Darvishpour A, Vajari SM, Noroozi S. Can health belief model predict breast cancer screening behaviors?. *Open access Macedonian journal of medical sciences* 2018, 6:949-953.
119. Wilt TJ, Harris RP, Qaseem A. Screening for cancer: Advice for high-value care from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine* 2015, 162:718-725.
120. Ersin F. Dedeoğlu G. Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*, 2020, 5: 146-153.
121. Banning M, Shia N. Perceptions of breast cancer screening in older chinese women: a meta-ethnography, *Global journal of breast cancer research*, 2014, 2: 8-18.
122. Selvi A. Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.

123. Akhigbe A & Akhigbe K. Effects of health belief and cancer fatalism on the practice of breast cancer screening among Nigerian women. *Mammography-Recent Advances*, 2012, 71-88.
124. Farmer D, Reddick B, & Jackson SA. Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. In *Oncology nursing forum*, 2007,34:1.
125. Drew EM, Schoenberg NE. Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. *Medical Anthropology Quarterly*, 2011, 25: 164-182.
126. Kulakci H, Kuzlu AT, Yildirim N, Öztürk Ö, Kose TA, Veren F. Effects of Breast Cancer Fatalism on Breast Cancer Awareness among Nursing Students in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16: 3565-3572.
127. Talbert PY. The relationship of fear and fatalism with breast cancer screening among a selected target population of African American middle class women. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 2008, 2: 7.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

1	 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Bahar HAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 5	% 15
II. Genel Bilgiler	% 12	% 35
III. Materyal ve Metod	% 24	% 35
IV. Bulgular	% 9	% 15
V. Tartışma	% 10	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kıymakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları taramaya dâhil bırakılabılır. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan alınan benzerlik oranlarının %5'ten büyük olmaması gerekir.</i>		
Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı	
Bahar Han	Doç. Dr. Haşret Yalçınöz Bayşal	

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Hasret YALÇINÖZ BAYSAL
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Kadınların Kadercilik Algılarının Meme Kanseri Yönelik Sağlık İnançlarına ve Erken Tanı Davranışlarına Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 08 Karar No: 02	Tarih: 25.11.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-4 KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-20369917-000-2200038090
Konu : Bilimsel Araştırma İzni(Bahar
HAN)

02.02.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Ana Bilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Bahar HAN'ın tez çalışmasının uygulaması ile ilgili Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 25.01.2022 tarih ve E-76614443-799-157558898 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



EK-5 ÖLÇEK İZNİ



EK-6. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Sayın katılımcı, Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

1) Yaşınız nedir?

2) Eğitim durumunuz nedir

Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üstü ()

4) Medeni durumunuz?

Evli () Bekar ()

5) Aile yapınız nedir?

Çekirdek aile () Geniş aile () Parçalanmış aile ()

6) Çocuk sayınız kaçtır?

Yok () 1 çocuk () 2-3 çocuk () 4 çocuk ve üstü ()

7) Gelir durumunuz nedir?

Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()

8) Çalışma durumunuz nedir?

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

9) Yaşadığınız yer neresidir?

Köy () İlçe() İl ()

10) Kendi vücudunuzun sorumluluğunu biliyor musunuz?

Evet () Hayır ()

11) Kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

12) Kendi kendine meme muayenesi yapmıyorsanız sebebiniz nedir?

Gerekliliğine inanmıyorum ()

Kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilmiyorum ()

Kitle çıkar diye korkuyorum ()

Kaderde varsa önüne geçilemeyeceğini düşünüyorum ()

13) Şu ana kadar hiç mamografi yada ultrason çektirdiniz mi?

Mamografi () Ultrason ()

Hem mamografi hem ultrason çektirdim ()

İkisini de çektirmedim ()

14) Hiç hekiminize meme muayenesi yaptırdınız mı?

Evet () Hayır ()

15) Cevabınız hayır ise hekiminize meme muayenesi yaptırmama nedeniniz nedir?

İhmal () İhtiyaç duyulmaması () Kitle çıkar korkusu ()

Hekimin önermemesi () Utanma ()

EK-7. MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (SİMÖ)

Sayın katılımcı; Aşağıdaki sorularla erken tanı davranışları olan kendi kendine meme muayenesi(KKMM), mamografi ve klinik meme muayenesine yönelik inançlarınızı belirlemek üzere bazı sorular bulunmaktadır kendinize en uygun seçeneğe X işareti koyunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur lütfen boş bırakmayınız.

MEME KANSERİ SİMÖ		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
2	Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3	Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum.					
4	Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5	Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım.					
6	Meme kanserini düşünmekten korkarım.					
7	Meme kanseriyle beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun sürecek.					
8	Meme kanseri olmak eşimle(ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiyi tehdit eder.					
9	Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek.					
10	Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.					
11	Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					

12	Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
13	Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
14	Dengeli beslenirim					
5	KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum					
16	Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
17	Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
18	Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir					
19	KKMM yapmaktan sıkılıyorum.					
20	KKMM yapmak çok zaman alıyor.					
21	Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur.					
22	Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok					
23	Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.					
24	Rutin mamografi yaptırdıysanız KKMM yapmanıza gerek kalmaz					
25	Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
26	KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.					
27	KMM nin nasıl yapılacağını biliyorum.					
28	KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
29	KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.					
30	Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi memede bulabilirim					
31	Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
32	Bezelye büyüklüğündeki kitleyi mememde bulabilirim.					
33	KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum.					
34	KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
35	Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					

36	Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
37	Mamografi çektirsem ve hiç bir şey bulunmazsa meme kanseriyle ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
38	Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39	Mamografi çektirdiğimde bir kitle bulunursa meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
40	Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
41	Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
42	Mememde kötü bir şey bulunacağı için mamografi çektirmekten korkarım					
43	Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
44	Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
45	Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
46	Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.					
47	Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
48	Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyorlar.					
49	Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
50	Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamam.					
51	Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
52	Gerekli aralıklarla Mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

EK-8. MEME KANSERİ KADERCİLİK ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı; Aşağıdaki sorular sizin meme kanserine yönelik kadercilik algınızı ölçmek için sorulmuştur soruları okuduktan sonra “Evet” ya da “Hayır” cevaplarından birini işaretleyiniz.

MEME KANSERİ KADERCİLİK ÖLÇEĞİ	EVET	HAYIR
1. Bir kişi meme kanseri olmuşsa, öyle olması gerektiği için olduğuna inanırım.		
2. Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, öyle ya da böyle bunun gerçekleşeceğine inanırım.		
3. Bir kişi meme kanseri olacaksa, bunun mutlaka olacağına inanırım.		
4. Bir kişinin kaderinde meme kanserine yakalanmak varsa, doktorun ne yapılacağını söylemesinin bir önemi yoktur, her koşulda bu hastalığa yakalanacağıma inanırım.		
5. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunun Allah’tan geldiğine inanırım.		
6. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bunu ne zaman fark ettiğinin bir önemi olmadığını ve yine de öleceğine inanırım.		
7. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, bu konuda bir şeyler yapmak için çok geç olduğuna inanırım.		
8. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, yakın zamanda öleceğine inanırım		
9. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, kaderinde bu şekilde ölmenin olduğuna inanırım.		
10. Bir kişi meme kanserine yakalandığında, farklı tedavilerin herhangi bir faydası olmayacağına inanırım.		
11. Meme kanserine yakalanan insanların çoğunun öldüğüne inanırım.		

EK-9. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Bahar HAN
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 07.07.2022

Doc. Dr. Hasret YALCINÖZ BAYSAL

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	KADINLARIN KADERCİLİK ALGILARININ MEME KANSERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARINA VE ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ
Tezin Yeni Adı	KADINLARIN MEME KANSERİNE YÖNELİK KADERCİLİK ALGILARININ SAĞLIK İNANÇLARI VE ERKEN TANI DAVRANIŞLARI İLE İLİŞKİSİ
Tezin İngilizce Adı	THE RELATIONSHIP OF WOMEN'S PERCEPTIONS OF FAITH PERCEPTION REGARDING BREAST CANCER WITH HEALTH BELIEFS AND EARLY DIAGNOSIS BEHAVIORS
Değişikliğin Gerekçesi	Jüri üyesi hocaların önerisi