



T.C.

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA DAVRANIŞI VE
HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ**

ÖZGE ALDURAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

İZMİR

NİSAN 2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA DAVRANIŞI VE
HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ

Dr. Özge ALDURAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

İZMİR

NİSAN 2021

TEŞEKKÜR

Tezimin oluŐum s¼recinde ve yazım aşamasında her zaman destek olup eğitimimin her safhasında b¼y¼k katkıları olan sevgili hocam ve tez danıŐmanım sayın Prof. Dr. Nilg¼n Özçakar'a emeklerinden dolayı içtenlikle teŐekk¼r ederim.

Hayatımın her d¼neminde arkamda desteğini hissettiğim, beni bug¼nlere getiren ailem baŐta olmak üzere, tezimin her s¼resince yardımını esirgemeyen sevgili eŐime minnet ve sevgilerimi sunarım.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini bana aktaran değerli hocalarıma, beraber bilgi paylaŐımı yaptığım asistan arkadaşlarıma bana katmıŐ oldukları değerler için teŐekk¼r ederim.

Saygılarımla,

Dr. Özge Alduran

KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA DAVRANIŞI VE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ

Yüksek Lisans Tezi

Dr.Özge Alduran

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖZET

Dünyada birçok ülkede kanser sebebiyle oluşan ölümler arasında ikinci sırada yer alan meme kanseri sık görülen bir hastalık türüdür. Mevcut tarama yöntemleri ile erken tanı sağlanarak bu ölümlerin önüne geçilebilmektedir fakat ülkemizde meme kanseri tarama oranları oldukça düşüktür. Hasta aktifliği kavramında, hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için bağımsız olarak eyleme geçebilme becerileri ve istekleri vurgulanmaktadır. Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı (PAM), bireyin sağlığını ve sağlık bakımını yönetebilmesi için, bilgi, beceri, inanç ve güvenini değerlendirir. İnsan davranışlarını açıklayan teoriler, hasta aktifliği ile yakından ilişkilidir. Günümüze kadar insan davranışlarını ve davranış değişikliğini tanımlayan ve öngören birçok teori (sağlık kontrol odağı, öz etkililik-yeterlik teorisi, sağlık inanç modeli) geliştirilmiştir. Bu ölçek ve yöntemler incelendiğinde, aktivasyonun tüm elemanlarını içermedikleri görülmektedir. Hibbard, dar bir davranış aralığını öngörmeye odaklanma eğiliminde olmalarının, günümüze kadar tanımlanan davranış teorilerinin dezavantajı olduğunu ortaya koymuş ve hasta aktifliğinin daha geniş aralıktaki unsurları içerdiğini belirtmiştir (1). Tarama oranlarını arttırmak için öncelikle hastanın hangi aktiflik aşamasında olduğunu bilmek önemlidir.

Çalışmamızın amacı kadınlarda hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı ilişkisini araştırmaktır.

Kesitsel analitik çalışma modelinde planlanmış olan bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi'ne bağlı Gaziemir 11 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 20-

69 yaş arası 386 kadına sosyodemografik veri formu ve hasta aktiflik düzeyi ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

20-69 yaş arası kadınlarda kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında ($p < ,05$), klinik meme muayenesi yaptırma davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında ($p < ,01$) ve mamografi çekirme davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında ($p < ,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca hasta aktiflik düzeyi ile sosyodemografik ilişkiler arasında da anlamlılıklar tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: meme kanseri taraması, hasta aktiflik düzeyi, tarama davranışı, hasta aktivasyonu

Tezin Sayfa Adedi: 66

Danışman: Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

WOMEN'S BREAST CANCER SCREENING BEHAVIOR AND PATIENT ACTIVATION

Master Thesis

Dr. Ozge ALDURAN

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY, HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Department of Family Medicine

ABSTRACT

Breast cancer, which ranks second among cancer-related deaths in many countries around the world, is a common disease type. With current screening methods, these deaths can be prevented by providing early diagnosis, but breast cancer screening rates are very low in our country. The concept of patient activity emphasizes the ability and willingness of patients to take action independently to manage their health and care. The patient activity level measurement tool (PAM) evaluates the knowledge, skills, beliefs and confidence of the individual in order to manage their health and health care. Theories explaining human behavior are closely related to patient activity. Until today, many theories (health focus of control, self-efficacy theory, health belief model) that define and predict human behavior and behavioral change have been developed. When these scales and methods are examined, it is seen that they do not contain all the elements of activation. Hibbard revealed that their tendency to focus on predicting a narrow range of behaviors is a disadvantage of behavioral theories defined to date, and stated that patient activity includes a wider range of elements (1). In order to increase the screening rates, it is important to know at which active stage the patient is.

The aim of our study is to investigate the relationship between patient activity level and breast cancer screening behavior in women.

This study, which was planned in a cross-sectional analytical study model, was applied to 386 women aged 20-69 who applied to Gaziemir No.11 Education Family

Health Center, by means of face-to-face interview method and the sociodemographic data form and patient activity level scale.

A significant relationship was found between the behavior of performing breast self-examination and patient activity level ($p < ,05$), between clinical breast examination behavior and patient activity level ($p < ,01$) and between mammography behavior and patient activity level ($p < ,01$) in women aged 20-69. In addition, significant differences were found between patient activity level and sociodemographic relationships.

Keywords: breast cancer screening, patient activity level, screening behavior, patient activation

Number of Pages of the Thesis: 66

Supervisor: Prof. Dr. Nilgun OZCAKAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
1.3 Hipotezler	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Meme Kanseri	4
2.1.1 Meme Kanseri Epidemiyolojisi	4
2.1.2 Meme Kanseri Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	4
2.1.3 Meme Kanseri Klinik Bulgular ve Belirtiler.....	9
2.1.4 Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri	9
2.1.5 Türkiye’de Meme Kanseri Tarama Programı Esasları.....	10
2.2 Hasta Aktivite Düzeyi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	19
3.1 Araştırma Modeli	19
3.2 Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	19

3.3	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4	Veri Toplama Araçları.....	20
3.4.1	Sosyodemografik Veri Formu.....	20
3.4.2	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM)	20
3.5	Verilerin Toplanması.....	22
3.6	İstatistiksel Analiz	22
3.7	Araştırmanın Değişkenleri	22
3.7.1	Bağımlı Değişkenler.....	22
3.7.2	Bağımsız Değişkenler	22
3.8	Gerekli İzinler.....	23
4.	BULGULAR.....	24
4.1	Tanımlayıcı Bulgular.....	24
4.2	Analitik Bulgular	30
5.	TARTIŞMA.....	38
5.1	Meme Kanseri Tarama Davranışı.....	38
5.2	Hasta Aktiflik Düzeyi.....	42
5.3	Hasta Aktiflik Düzeyi ile Meme Kanseri Tarama Davranışı ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişki ve Karşılaştırmalar	44
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
7.	KAYNAKLAR	50
8.	EKLER.....	63

KISALTMALAR

GLOBOCAN	Dünya Kanser Bilgi Sistemi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
PAM	Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı
KKMM	Kendi Kendine meme muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
MG	Mamografi
ASM	Aile Sağlık Merkezi
EASM	Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
DEU	Dokuz Eylül Üniversitesi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı
ER+	Estrogen Receptor Positive
ER-	Estrogen Receptor Negative
DES	Diethylstilbestrol
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
Art. Ort.	Aritmetik Ortalama
f	Frekans
p	Anlamlılık Değeri
n	Örnekleme Sayısı
Ss	Standart Sapma

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Açısından Dağılımı	24
Tablo 2. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Dağılımı	24
Tablo 3. Katılımcıların Gelir Düzeylerinin Dağılımı.....	25
Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Durumlarının Dağılımı.....	25
Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 6. Hasta Aktiflik Düzeylerinin Dağılımları	26
Tablo 7. Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenesinin Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı	27
Tablo 8. Klinik Meme Muayenesinin Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı	27
Tablo 9. Mamografi Çektirme Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 10. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılmamasının Nedenlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı	28
Tablo 11. Mamografi Çektirmeme Nedenlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı	29
Tablo 12. Hasta Aktiflik Düzeylerinin Meme Kanseri Tarama Davranışları ile İlişkisi	30
Tablo 13. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması..	30
Tablo 14. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 15. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 16. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 17. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	32
Tablo 18. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 19. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	33
Tablo 20. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	34

Tablo 21. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Ekonomik Duruma Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 22. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Ekonomik Duruma Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 23. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri	35
Tablo 24. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 25. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri.....	36
Tablo 26. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser sık görülmesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle tüm dünya ve ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Küresel olarak yaklaşık her altı ölümden biri, ülkemizde ise her beş ölümden biri kanser nedeniyledir (2,3).

Meme kanseri, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup ülkelerin en önemli küresel sağlık sorunları arasında yer almaktadır (4–6). Dünyada meme kanseri kansere bağlı ölümler içinde akciğer kanserinin ardından, ikinci sırada gelmektedir (7). Meme kanseri kadın kanserleri içinde en fazla görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser olarak belirlenmiştir. Güncel GLOBOCAN (Dünya Kanser Bilgi Sistemi) verilerine göre dünyada kanser olan her dört kadından biri meme kanseridir (8).

Birincil ve ikincil korunma yöntemleri ile meme kanseri insidans ve mortalite oranlarının düşürülmesi hedeflenmelidir. Meme kanserinde yaş, cinsiyet, aile öyküsü, menstural durum gibi bazı risk faktörleri kontrol edilemezken, obezite, egzersiz, alkol, beslenme alışkanlıkları ve diyet gibi kontrol edilebilir risklerin ele alınması birincil koruma kapsamında yer almaktadır. Birincil korumada yer alan önlemler meme kanseri riskinde %5-10 arasında bir azalma sağlamaktadır. İkincil korunma kapsamında meme kanserinin erken evrede saptanması için erken tanı ve tarama yöntemlerinin kullanımı önerilmektedir (9).

Kadınlardaki meme kanserinin tarama için ön şartları sağladığı yıllar önce saptanmış ve kanser taramalarıyla ilgili çalışmalar en çok meme kanserinde yoğunlaşmıştır (10). Türkiye’de 2016 yılında 2.017.128 kadın, 2017 yılında ise 2.197.753 kadın meme kanseri taraması yaptırmıştır (11).

Ülkemizde taramalar toplum tabanlı ve fırsatçı taramalar şeklinde yapılmaktadır. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) yürütülürken, fırsatçı taramalar hastanelere başvuran

kadınlara yapılmaktadır. Halihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30'lar arasındadır (12).

Meme kanseri gibi pek çok kanser türünde erken tanı, hastalığın etkin tedavisinde ve insan ömrünün uzatılmasında önemlidir. Klinik meme muayenesi (KMM), kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi (MG) gibi erken tanıyı kolaylaştıran meme kanseri taramaları sağlığı geliştirme aktiviteleri olarak tanımlanmakta ve bu uygulamalar meme kanserinin erken tanısında oldukça önemli rol oynamaktadır (13).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini yeterli düzeyde kullanmadıkları bilinmektedir (14–17). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerinde ülkemizde 15 yaş ve üzeri kadınların %19,7'sinin her ay düzenli KKMM yaptığı, %60,9'unun KKMM'yi hiçbir zaman uygulamadığı, 40 yaş ve üzeri kadınların ise %9,0'unu son bir yıl içerisinde, %5,2'sinin beş yıldan fazla bir sürede, %71,1'inin ise hiçbir zaman mamografi yaptırmadığı belirtilmektedir (18).

Günümüzde hastalıkların etkili yönetiminin, kendi bakımına katılan, aktif bir hasta ile sağlanabileceği kabul edilmektedir. Hasta aktifliği, hastanın, sağlığını ve sağlık bakımını yönetme rolünü üstlenebilmesi ve bunun için hazır oluşluk durumudur. Bu yüzden hasta aktifliği, hastaların sağlıklarıyla ilgili karar verme sürecine katılmalarını sağlaması kadar, başarılı bir öz yönetim ve sağlığı geliştirmeleri için de bir öncüdür (19). Hibbard ve arkadaşları tarafından tanımlanan aktif hasta, bakımının özyönetiminde kendisinin önemli bir rolü olduğuna inanır, destekleyici kişilerle işbirliği içinde olur, sağlığını sürdürür, durumunu nasıl yöneteceğini, fonksiyonlarını nasıl koruyacağını ve sağlık durumundaki gerilemeyi nasıl önleyeceğini bilir, mevcut durumunu yönetebilecek, sağlık ekibi ile işbirliği yapabilecek, sağlık fonksiyonlarını koruyup sürdürebilecek, uygun ve yüksek kaliteli bakıma ulaşabilecek yetenek ve davranışa sahiptir (1,19). Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir, düzeyin uygun bir hedef ile başlanır ve düzey adım adım arttırılırsa, hastalar küçük başarıları deneyimleyebilecek ve etkili öz yönetim için gerekli güven ve beceriyi inşa edebilecektir (20).

1.2 Araştırmanın Amacı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı 11 No'lu Eğitim ASM'de kadınlarda hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı ilişkisi araştırılacaktır.

1.3 Hipotezler

Araştırma Sorusu: Kadınlarda hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı arasında ilişki var mıdır?

H0: Kadınlarda hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı arasında ilişki yoktur.

H1: Kadınlarda hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Meme Kanseri

2.1.1 Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC -The International Agency for Research on Cancer) 2018 yılı yeni tahminlere göre dünyada yeni tanı kanserli hasta sayısı 18 milyon, 2040 yılında ön görülen yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ise 29,5 milyon olarak belirtilmiştir. Buna göre kanserli hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. GLOBOCAN 2018 verilerine göre, 2018 yılında dünyada toplam 9,5 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünyada en sık görülen kanserler; akciğer (%11,6), meme (%11,6) ve kolon (%10,2) kanseri iken; kanserden ölümler en çok akciğer (%18,4), karaciğer (%9,2) ve mide kanseri (%8,2) nedeniyle olmaktadır (8).

Dünyada birçok ülkede kanser sebebiyle oluşan ölümler arasında ikinci sırada yer alan meme kanseri sık görülen bir hastalık türüdür (21). İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan sekiz kadından bir tanesi yaşamı boyunca meme kanseriyle mücadele etmektedir. Dünyadaki 70 yaş altı ölümlere bakıldığında, %60'larda kronik hastalıkların sebep olduğu ölümler ilk sırayı alırken, kanser nedeniyle ölümler ise ikinci sırada yer almaktadır (10). Meme kanserinin ülkemizdeki insidansı ise 100.000 / 43'tür. Dolayısıyla yıllık ortalama olarak 15.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmaktadır (12). Kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseri türleridir (22).

2.1.2 Meme Kanseri Etiyoloji ve Risk Faktörleri

İnsanlarda meme kanserinin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel, hormonal, sosyo-biyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekle birlikte, meme kanserli kadınların %70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir (23).

1- Cinsiyet: Tüm meme kanserli hastaların %99'u kadın, %1'i ise erkektir. Önceleri bunun kromozomal nedenlerle olduğu düşünülse de şimdilerde neredeyse kesin olarak hormonal nedenlerle ilişki kurulmaktadır (24).

2- Yaş: İkinci en önemli risk faktörüdür. Over hormonlarına maruz kalma ile ilişkilidir. Meme kanseri 20 yaşından genç kadınlarda nadir görülmektedir ve yaş ilerledikçe görülme oranı artmaktadır. Bu artış, yaşam süresinin uzaması, HRT kullanımında artış ve obezite ile ilişkilendirilmiştir. Amerika'da yeni vakaların %79'u ve meme kanserinden ölümlerin %88'i 50 yaş ve üzerinde olmaktadır. Meme kanseri insidansı 85 yaş sonrasında azalmaktadır. Bu durum, 80 yaş sonrasında tarama mamografinin azalması ile açıklanmaktadır (25).

3- Genetik Mutasyon: Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır. BRCA-1; östrojen reseptör aktivitesini düzenler, meme dokusunda proliferasyona neden olan östrojeni kontrol eder. DNA hasarlarını onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-2 ise sadece DNA'yı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önleyerek tümör oluşumunu engelleyen tümör baskılayıcı genlerdir. BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların mutasyon olmayan kadınlara oranla meme kanserine yakalanma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının varlığında meme kanseri riski yaklaşık %80 daha fazladır (26,27).

4- Aile Öyküsü: Kadınların birinci derece yakınlarından bir tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık iki kat arttırırken, birinci derece yakınlarından iki tanesinde meme kanseri olması riski yaklaşık üç kat arttırmaktadır. Birinci dereceden bir akrabasında (anne, kız kardeş, kendi kızı) meme kanseri olan kadınlarda, meme kanseri riski 2-3 kat daha yüksek olmaktadır. İkinci dereceden bir akrabasında meme kanseri olan kadınlarda da risk daha az düzeyde yükselmektedir. Özellikle hastalıktan etkilenen akraba kişinin annesi tarafındansa, akrabada bilateral meme kanseri varsa ve tanısı 50 yaşından önce konmuşsa bu risk yükselmektedir. Anne ve kız kardeşinde meme kanseri bulunan bir genç kadında hayat boyu meme kanseri gelişme riski yüzde 50'dir. Meme kanserinde artmış ailesel riskin ne oranda genetik etkenlere, ailesel yaşam tarzına veya beslenme alışkanlıklarına bağlı olduğunu söyleyebilmek mümkün olmamaktadır (28).

5- Gebelik: Çocuk sahibi olmayan ya da ilk gebelik yaşı 30'dan büyük olan kadınların meme kanseri riski artmaktadır. Gebelik yaşam boyu toplam menstural döngü sayısını azaltarak riski azaltmaktadır (29).

Erken yaşta doğum meme kanseri riskini belirgin olarak azaltır. Nulliparitede ise risk artar. Ne kadar erken canlı doğum yapılır ve laktasyon başlarsa meme epitelinin diferansiasyonu o kadar erken tamamlanır ve karsinojenlerden o kadar az etkilenir. Yirmi yaşından daha önce çocuk doğuran bir kadının riski, nullipar veya ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadının yaklaşık olarak yarısıdır (30).

6- Emzirme: Çalışmaların çoğu bir yıl veya daha uzun süre emzirmenin bir kadının meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Emzirme süresinin uzaması ile risk azalmaktadır (29).

Meme kanseri riskinin önlenmesinde emzirme oldukça önemlidir. Uzun süre emzirmenin, ovulatuvar zamanı kısalttığı ve dolayısıyla koruyucu bir etki oluşturduğu öne sürülmektedir. Kansere karşı etkisi tam olarak bilinmemekle beraber emzirmenin kansere karşı koruyucu olduğu belirtilmiş ve en az 12 ay emziren kadınların meme kanseri riskinin %4,3 düzeyinde azaldığı saptanmıştır (31).

7- Alkol: Ağır alkol alımının (günde 45 gramdan fazla) hiç içmemeye göre riski 1,46 oranında artırdığı gösterilmiştir. Nedeni tam açıklanamamakla birlikte, alkol alımıyla karsinojenik olabilecek toksik ürünlerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (32).

Kadınlarda alkol tüketiminin artmasıyla meme kanseri riski artmaktadır. Bu riskin, her gün yaklaşık 10 gr alkol tüketilmesi ile %7 ile %12 oranında olduğu belirtilmektedir (33). Risk, tüketilen alkolün tipine değil, ortalama tüketim miktarına bağlı artmaktadır. Alkol, östrojen üretim metabolik yolunu etkileyerek, dolaşımdaki östrojen düzeyinin artması ile meme kanseri riskini arttırmaktadır (34).

Alkolün günde 2-5 kadeh tüketilmesinin meme kanserinde belirgin bir artışa sebep olduğu belirtilmektedir. Özellikle 30 yaşından önce alkol tüketiminin artması ve günde bir bardaktan fazla tüketilmesi riski arttırmaktadır (35).

8- Irk: Beyaz tenli kadınlarda zencilere göre meme kanseri görülme oranı %20 daha fazladır. Fakat mortalite oranı siyah ırkta daha yüksektir. Bu durumun en önemli sebebinin siyah ırktaki insanların yaşadığı ülkelerdeki sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir. Bu durum, her yaş grubundandaki beyaz kadınlara göre Afrika kökenli Amerikalı kadınlar daha az ER+ (estrogen receptor positive) meme kanseri ve daha yüksek ER- (estrogen receptor negative) meme kanseri oranlarına sahip olmalarına bağlanabilir. Asya/Pasifik adasındaki yaşayan kadınlar düşük insidans ve ölüm oranına sahiptir. (36).

9- Yoğun Meme Dokusu: Memeler yağlı doku, lifli doku ve glandüler dokudan oluşur. Yoğun meme dokusu; daha fazla glandüler ve fibröz doku, daha az yağlı doku içerir. Yoğun meme dokusu olan kadınların meme kanseri riski normal yoğunluğa sahip olan kadınların 1,5-2 katıdır. Ne yazık ki, yoğun meme dokusu, mamografilerde kanserleri görmeyi zorlaştırabilir (37).

10- Oral Kontraseptif Kullanımı: Çoğu çalışma, oral kontraseptif kullanan kadınların hiç kullanmayan kadınlara göre biraz daha yüksek meme kanseri riskine sahip olduklarını bulmuştur. Haplar durdurulduğunda, bu risk zaman içinde normale döner. 10 yıldan daha kısa süre önce oral kontraseptif kullanmayı bırakan kadınlarda meme kanseri riskinde bir artış saptanmamıştır (37).

11- Hormon Replasman Tedavisi (HRT): HRT alan hastalarda meme kanseri riskini arttığı belirtilmektedir. Özellikle östrojenin, meme hücrelerinde mitoz bölünme hızını arttırdığını göstermektedir. Ayrıca memenin epitel ve yağ dokusunun, östrojene duyarlılığının oldukça fazla olduğu, meme dokusunda da yüksek düzeyde östrojenin metabolize olduğu bilinmektedir. Bu bilgiler ışığında, meme kanseri ile östrojen arasındaki ilişkide, vasküler sistemde dolaşan östrojen düzeyinden çok, meme hücrelerinin metabolizmasının etkili olduğu görüşü ağırlık kazanmaktadır (38).

Hormon replasman tedavisinin 5 yıllık kullanımı %15, 10 yıllık kullanımı ise %34 oranında meme kanseri riskini artırmaktadır. Her iki tedavi şekli için de

tedavinin durdurulmasından 5 yıl sonra meme kanseri risk artışı tedaviyi hiç kullanmayan kadınlar ile aynı düzeye düşmektedir (39).

12- Beslenme: Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obeziteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Bazı araştırmacılar bunun tümörün büyümesini stimüle ettiğine inanmaktadır (40). Diyetteki yağın kanser riskini nasıl arttırdığı konusunda çeşitli teoriler bulunmaktadır. Bunlardan birinci teoriye göre; yüksek yağlı bir diyet bağırsaklardaki bakterileri çoğaltmakta, bu bakteriler de östrojen hormonu birleşiklerinin üretimini arttırmaktadır. İkinci teoriye göre; fazla yağlı diyetle lif miktarı az olduğu için östrojenin yeniden emilimi artmaktadır (41).

13- Sigara: Son dönemde yapılan araştırmalar özellikle uzun süreli ve yoğun sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığını göstermektedir. Erken yaşlarda sigara içmeye başlayan kadınların; hiç sigara içmeyen kadınlara göre %21 daha yüksek meme kanseri riski bulunmaktadır (42).

14- Göğüs Duvarına Yüksek Doz Radyasyon: Yüksek doz radyasyona maruz kalan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı bilinmektedir. Çocukluk ve gençlik dönemlerinde göğüs bölgesine radyoterapi alınması meme kanseri riskini ciddi oranda artırmaktadır. Radyoterapiden 8 yıl sonra meme kanseri riski başlamakta ve 25 yıl sonra en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Tanı amacıyla uygulanan mamografi ve göğüs radyografisinin meme kanserini artırıcı bir risk taşımadığı belirtilmiştir (27).

15- Fiziksel Aktivite: Düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme kanseri riskinin %10-%20 oranlarında daha düşük olduğu gösterilmiştir (29). American Kanser Derneği "*düzenli fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini azalttığı fakat bu egzersizin ne kadar olduğunun önemli olduğu ve fiziksel aktivite süresi uzadıkça riskin azaldığı*" belirtilmektedir.

16- Diethylstilbestrol Maruziyeti: Düşük riskini azalttığı düşünülen diethylstilbestrol (DES) ilacının 1940-1960 yılları arasında bazı hamile kadınlara verildiği ve bu kadınlarda DES almayan kadınlara oranla meme kanseri gelişiminin yaklaşık %30 daha fazla olduğu"saptanmıştır (43).

17- Lobüler Karsinoma İnsitu: Lobüler karsinoma insitusu olan kadınlarda olmayan kadınlara göre invaziv meme kanseri gelişme olasılığı 7-12 kat daha fazladır. Lobüler karsinoma insitu genellikle mamografi ile tespit edilememekte, biyopsi ile tanılabilmektedir (29).

18- Obezite: Beden kitle indeksi 25 kg/m²'den büyük olan postmenopozal kadınlarda riskin 1,3-2,1 oranında arttığı gösterilmiştir. Tanı öncesi kilo alımı, yüksek riski belirler. Tanı sonrası ve tedavi sırasında kilo alımı ise kötü prognoz ve artmış nüks hızıyla birlikte. Santral obezitenin de nüks hızı ve mortalite hızıyla doğru orantılı bir ilişkisi vardır (44).

19- Meme Kanseri Öyküsü: Meme kanseri öyküsü olan kadınlarda, diğer memede kanser gelişme riski artar. Eğer erken yaşta (40 yaş altı) tanı konulmuşsa daha sonra meme kanseri gelişme riski yaklaşık olarak 4,5 kat artar (29).

2.1.3 Meme Kanseri Klinik Bulgular ve Belirtiler

- Memede ele gelen kitle
- Memenin bir kısmında veya memenin tamamında şişlik
- Meme başında çekilme
- Meme derisinde anormal görünüm
- Meme derisinin sertleşmesi
- Meme derisinde kızarıklık olması
- Meme başında akıntı olması
- Memede veya meme başında ağrı olması
- Meme komşu lenf düğümlerinde şişlik
- Üst kolda anormal şişlik yer almaktadır (45).

2.1.4 Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Tarama yöntemleri ile erken teşhisi ve etkili tedaviyi sağlayarak kanserin daha fazla ilerlemesi önlenir. Kullanılacak tarama yöntemleri; kendi kendine meme

muayenesi, mamografi ve klinik meme muayenesidir. Meme kanserinin klinik belirtileri ortaya çıkmadan önce erken dönemde saptanması ve bireyin iyileşme şansının artırılması, yaşam kalitesi ve süresini yükselterek morbidite ve mortalite oranının düşürülmesi amaçlanmaktadır (46).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'na önerilen ve ülkemizde kullanılan ulusal kanser tarama protokolüne göre;

□ 20-40 yaş: Her ay KKMM, yılda bir KMM.

□ 40-69 yaş: Ayda bir KKMM, yılda bir KMM, 2 yılda bir Mamografi çektirilmesi önerilmektedir (22).

Türkiye'de mamografi taramalarının kapsayıcılığı %20-30 civarındadır. Ancak mamografi taramalarının olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı gerekmektedir (47).

2.1.5 Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programı Esasları

2.1.5.1 Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, her ay düzenli uygulandığında kadınların meme dokusunu tanınmasını böylelikle değişiklikleri erken dönemde fark etmesini sağlayan, öğrenmesi ve uygulanması kolay, bireyin mahremiyetinin korunduğu, ekonomik ve zararsız bir yöntemdir (48,49).

KKMM'sinin meme kanseri ölüm oranlarını azalttığına dair kanıta dayalı çalışma bulunmamaktadır. Ancak yüksek riskli kadınlarda yardımcı yöntem olarak kullanılmasında bir görüş birliği vardır. Ayrıca KKMM, düzenli sağlık kontrollerinin yapılamadığı ve sağlık hizmetine erişimin problemlili olduğu mamografi tarama oranlarının düşük olduğu toplumlarda daha çok önem kazanmaktadır. KKMM'nin bir diğer katkısı da hedef popülasyonda meme kanseri farkındalığının oluşturulmasında belirgin katkı sağlayacak olmasıdır. KKMM'sini düzenli aralıklarda yapan kadınlar üzerinde yapılan çok sayıda çalışmada, KKMM yapan

kadınların meme kanserinin erken dönemde tespit oranlarının yapmayan kadınlara oranla daha fazla olduğu ve erken evrede sağ kalım oranının arttığı, mortalite oranının %19 oranında azaldığı bildirilmiştir (9,48,50,51).

Ayrıca literatürde kadınlarda genellikle meme kanserinin ilk belirtisinin ele gelen kitle bulgusu olması ve meme kanseri hastalarının yaklaşık %80'inin memedeki kitlelerini ilk kez kendileri tarafından yaptıkları kontrol esnasında fark etmeleri erken tanıda KKMM'nin önemini artırmaktadır. KKMM, kadınlarda farkındalıklarını arttırmada önemli rol oynadığı için KMM ve mamografi ile birlikte uygulanmaktadır (16,17,52).

Birçok çalışmada KKMM'nin mortaliteyi azaltmada etkisinin olmadığı belirtilse de kadınların düzenli olarak KKMM yapması ile %80'inin tespit ettiği saptanmıştır. Ayrıca birçok gelişmekte olan ülkede, sosyoekonomik durumun iyi olmadığı göz önüne alınarak KKMM'nin önemli olduğu ve kadınlar tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir (48,53).

KKMM, 20 yaşında başlayarak premenopozal dönemde her ay menstrasyonun ilk gününden itibaren 7–10. günlerinde, postmenopozal dönemde ise her ayın belli bir gününde yapılmalıdır. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. KKMM emzirme döneminde emzirme sonlarında uygulanmalıdır (54).

Gözle değerlendirme KKMM'nin ilk basamağını oluşturur. Bu meme muayenesi şeklinde belden yukarı çıplak olarak yeterli ışık kaynağında ayna karşısına geçilir. Daha sonraki aylık kontrollerde oluşabilecek değişikliklerin farkına varılması için ilk muayenedeki memenin normal durumunu, duruş şeklini memelerin şekil ve büyüklüklerinin kayıt edilmesi gerekir. Ayna karşısında her muayenede, memelerin büyüklüğündeki ve şeklindeki değişimler, meme başında içe çekilme, şişkinlik, meme derisinde çukurlaşma ve renk değişikliği bulguları olup olmadığı kontrol edilir. İlk olarak kollar her iki yana gevşek bir şekilde bırakılır ve memenin görünüşü incelenir. Memeler büyüklük ve şekil değişikliği, meme derisinde kaşıntı eritem, göğüs ucunun şekli ve duruşu bakımından incelenir (55,56).

Daha sonra kollar yukarı kaldırılır ve memenin görünüşü incelenir. Özellikle meme başının hizası ya da iki meme arasında şekil ve büyüklük bakımından farklılıklar gözlemlenir. Kollar aşağıda olacak şekilde vücut öne doğru eğilir. Kollar ve dirsekler dışarı doğru döndürülerek meme kasları sıkılır. Meme bu esnada öne doğru düşer ve memede şekil ve dış hat değişikliklerinin olup olmadığına bakılır (57). Pektoral kasların gerilmesi için eller kalçalara koyulup bastırılır. Bu duruş şeklinde iken meme uçlarının her ikisinde içe çekilme, meme derisinde büzülme bulgusu varlığı kontrol edilir. Bu pozisyonda iken meme kenarları şekil bozukluğu açısından incelenir (27).

Memelerin elle değerlendirmesinde; öncelikle muayene edilecek bölgenin doğru şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Muayene edilecek bölgenin yatay olarak göğüs kemiğinin ortasından koltukaltına kadar, dikey olarak ise köprücük kemiği ile memenin birkaç cm altının arasında kalan bölge olduğu belirtilmektedir. Elle muayenede elin orta üç parmağının iç kısımları kullanılmalı, dairesel, dikey ya da merkezden dışa tarayarak yapılmalıdır. Her memede tarama toplam üç kez hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak tekrarlanmalıdır.

Elle muayene hem yatar pozisyonda hem de ayakta iken yapılmalıdır. Yatar pozisyonda sağ meme incelenecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilerek sağ kol başın altına konulmalıdır. Daha sonra sol el parmaklarıyla yukarıda anlatıldığı gibi sağ meme muayene edilir ve sol memeye geçilerek aynı işlemler sol memede de tekrarlanmalıdır. Ayakta muayenede ise sağ meme muayene edilecekse sağ el enseye yerleştirilerek yatar pozisyonda elle yapılan işlemler uygulanır. Sol meme için ise sol kol enseye yerleştirilip aynı işlemler tekrarlanır. Ayakta muayene sırasında kayganlık sağlanıp daha iyi hissedilmesi için ideal olan duşta eller sabunluyken yapılmasıdır (57,58).

2.1.5.2 Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM, kadınlara sağlık profesyonelleri tarafından yapılması gereken fizik muayenedir. KMM'sinde inspeksiyon ve palpasyon yöntemleri kullanılarak, her iki memenin boyutları, derisi ve meme başı meme kanseri risk belirtileri açısından kontrol edilir. Kadınlarda yoğun meme dokusu sebebi ve periferik yerleşimi olan mamografi sınırları içine giremeyen kitlelerin mamografi ile tespiti yapılamamakta

olup bu kitlelerin erken tanısında KMM'sinin önemli bir rolü vardır. Ayrıca meme kanserinde KMM, riskli grubun tespiti ve risk analizi çerçevesinde kadınlarda tarama yaşının öne alınması gereksiniminin sağlanması açısından önem taşımaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, KMM özel bir araç gerektirmemesi, muayene sırasında kadınların meme kanseri farkındalığının yaratılması gibi potansiyel avantajları sebebiyle meme kanseri erken tanısında hala önemli bir metot olarak düşünülebilir. Meme kanseri olan hastaların yaklaşık %60'ı KMM esnasında tanı almaktadır. Ayrıca son çalışmalar %54 duyarlılığa ve %96 özgüllüğe sahip olduğunu göstermektedir. KMM, mamografiye alternatif veya mamografiye eklenecek bir tarama yöntemi olabilir (9,52,59–62).

Türkiye'de yapılan çalışmalardan Koç ve Sağlam'ın 2009'da yaptıkları çalışmaya göre kadınların yalnız %24'ünün KMM yaptığı ve kadınların %89'unun KMM hakkında bilgisiz olduğu saptanmıştır. Klinik meme muayenesi ile birlikte mamografinin yaptırılması meme kanserinin erken tanısında önemlidir ve her iki yöntemin uygulanması güvenilirliğini yükseltmektedir (63).

2.1.5.3 Mamografi

Meme Kanseri taramasında altın standart olan mamografi, memenin yağ ve glandüler yapılarını inceleyen yumuşak doku radyografi tekniğidir. Mamografi günümüzde meme kanserinin tanı ve tedavisinde en etkin, kolay ve ucuz yöntem olup hem tarama hem de tanı amacı ile kullanılmaktadır. Mamografi memede ele gelen lezyonlara göre çok daha erken bir evrede olan, klinik olarak gizli durumdaki, palpe edilemeyen meme kanserlerini belirlemeye yaramaktadır. Mamografik taramasına bağlı meme kanseri mortalitesinde %16-36 arasında değişen oranlarda azalma olduğu bulunmuştur. Türkiye'de meme kanseri görülme yaşı birçok batı ülkesine göre daha gençtir (%40'ı 50 yaş altında) ve kanserler ileri evrede tespit edilmektedir. Türkiye'de meme kanserleri en çok birinci evrede (%44), sonra ikinci evrede (%27), bunu takiben üçüncü evrede (%21) ve dördüncü evrede (%8) belirlenmektedir (64).

Türkiye’de Mamografi çekimi, mamografi cihazı bulunan; Üniversite hastanelerinde, Devlet hastanelerinde, Özel hastanelerde ve KETEM’lerde yapılmaktadır. KETEM’ler toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenebilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve mortalitesini azaltmak amacıyla kurulmuştur. KETEM'lerin önemli çalışma alanlarından biri meme kanseri toplum farkındalığını artırarak meme taramasına katılan kişi yüzdesinde artış sağlamak, ileri evrede tanı alan meme kanseri olgularını azaltmak, meme kanseri mortalitesinde azalma sağlamaktır (11).

Ülkemizde erken tanı amacıyla ulusal tarama programı oluşturulan kanserlerden biri meme kanseri olmak üzere Dünya Sağlık Örgütü ’de meme kanseri için ulusal bir tarama programı belirlenmesini ve uygulanmasını önermektedir (65).

Ülkemizdeki meme kanseri tarama programı ulusal standartları kapsamında toplum tabanlı mamografi taraması, kadınlarda 40 yaşında başlayarak ve 69 yaşına kadar olan devam etmekte olup 2 yılda bir tekrarlanmaktadır. Temel tarama yöntemi mamografi taraması olmakla birlikte, mamografi yönteminin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her bireye KMM’si de yapılmaktadır. Ayrıca kadınlarda meme kanserine ilişkin farkındalık yaratmak amacıyla da her kadına 20 yaşından sonra KKMM’si uygulaması için danışmanlık hizmeti verilmektedir (11,66).

2.2 Hasta Aktiflik Düzeyi

Hasta aktifliği kavramında, hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için bağımsız olarak eyleme geçebilme becerileri ve istekleri vurgulanmaktadır (67).

İnsan davranışlarını açıklayan teoriler, hasta aktifliği ile yakından ilişkilidir. Günümüze kadar insan davranışlarını ve davranış değişikliğini tanımlayan ve öngören bir çok teori, yöntem, ölçek (Sağlık kontrol odağı, Bandura’nın öz etkililik teorisi, Self

efficacy scale– Sherer ve arkadaşları/Öz etkililik yeterlik ölçeği – Gözüm ve Aksayan; Sağlık inanç modeli / Health Belief Model – Rosenstock ve arkadaşları; Stages of Change Model - Prochaska ve Di Clemente) geliştirilmiştir. Bu ölçek ve yöntemler incelendiğinde, aktivasyonun tüm elemanlarını içermedikleri görülmektedir. Davranış teorileri, sağlık davranışlarını açıklamak, öngörmek, sağlık bakım girişimlerini ve öz yönetim eğitimi programlarını geliştirmek amacıyla günümüze kadar kullanılmıştır. Hibbard, dar bir davranış aralığını öngörmeye odaklanma eğiliminde olmalarının, günümüze kadar tanımlanan davranış teorilerinin dezavantajı olduğunu ortaya koymuş ve hasta aktifliğinin daha geniş aralıktaki unsurları içerdiğini belirtmiştir. Aktifliğin kavramsal yapısını incelemiş ve bu unsurları; bilgi, beceri, inanç ve kendine güven olarak tanımlamıştır (1).

Koşar'ın 2015'te yaptığı çalışmada hasta aktifliği kavramının elemanları şu şekilde açıklanmıştır:

Bilgi; Bireyin mevcut sağlık problemi ve semptomları, semptomlarıyla nasıl baş edeceği, sürdürmesi gereken izlemler, tedavisi, hastalığına özgü karşılaşılabileceği durum değişiklikleri, değişikliklere nasıl müdahale edebileceği ve sağlık personeline başvurması gereken durumlar hakkında yeterli bilgiye sahip olması yer almaktadır.

Beceri; Bireyin mevcut sağlık problemine ilişkin öz yönetim davranışı becerilerini geliştirme, egzersiz yapma ve şartlar uygun olmadığında da egzersiz, doğru beslenme ve izlemler için fırsat yaratma, kilo kontrolü, aktivite planlama vb. gerçekleştirebilme durumudur.

İnanç; Bireyin kendi sağlığından ve bakımından birincil olarak sorumlu olan kişinin kendisi olduğuna, öz yönetim davranışlarını yapıp sürdürdüğünde semptomlarının kontrol altında olacağına inanmasıdır.

Kendine güven; Bireyin mevcut durumuna ilişkin öz yönetim davranışlarını, günlük yaşamında, stresli olduğu zamanlarda bile yapıp sürdürebileceği konusunda kendine güveninin olmasıdır.

İstek; Bireylerin sağlıklarını ve bakımlarını yönetme konusundaki isteklilik durumlarıdır (68).

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure-PAM), Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Amerika'nın Oregon eyaletinde geliştirilmiş ve 2005 yılında kısa formu çalışılmıştır. Geçerli, güvenilir, tek boyutlu, Guttman tipi bir ölçüm aracıdır. Hollanda ve Danimarka'da da geçerlik güvenirliği çalışılan PAM, Amerika'da ruhsal sağlık sorunu olan bir populasyon için de uyarlanmıştır. PAM, bireyin sağlığını ve sağlık bakımını yönetebilmesi için, bilgi, beceri, inanç ve güvenini değerlendirir (69,70). PAM'a göre aktiflik dört aşamalı bir süreçtir: Bu aşamalar: Aktif rol almanın önemine inanma, eyleme geçmek için bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken bile rutini korumadır (1,71).

Birinci aşamada, birey henüz kendi sağlığında aktif bir rol alması gerektiğini kavrayamamıştır, bakımın sadece pasif bir katılımcısı olduğunu düşünmektedir. Kendisini sağlığından ve bakımından sorumlu hissetmez. Sağlığını yönetebilme konusunda kendisine güvenmemektedir. Problem çözme ve baş etme yetenekleri yeterli değildir.

İkinci aşamada, bireyin temel durumlarıyla ilgili bilgi (sağlığı, tedavisi ve öz bakımı) eksikliği olabilir. Mevcut durumla, kendi sağlığı ve önerilen sağlık rejimi arasında geniş kapsamda bağlantı kuramamıştır. Sağlığını yönetme becerileri eksiktir. Davranış değişikliği konusunda deneyimi ve başarısı azdır. Sorumluluk sahibi olarak doktorunu görmekte ve ona güvenmektedir.

Üçüncü aşamada, bireyin durumu ve tedavisi ile ilgili temel bilgisi vardır. Davranış değişikliği yapma konusunda bir miktar deneyimi ve başarısı vardır. Bireyler, eyleme geçmeye başlamaktadır, ancak yeni davranışları destekleyen güven ve beceri eksiklikleri olabilmektedir.

Dördüncü aşamada, bireyler gerekli olan birçok davranış değişikliğini yapmaktadır, ancak davranışı zaman içinde ve stres durumunda koruyup sürdürebilme konusunda zorluk yaşayabilmektedirler (20).

Üç ve dördüncü aşamalar eyleme geçmek için bilgi ve yanı sıra güveninin olması ve eyleme geçme aşamaları kısa girişimlerle desteklendiğinde, mevcut aktiflik düzeylerinin pozitif yönde değiştiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Hastaların daha fazla soru sormasını sağlamaya yönelik girişimler, bilgi arama

davranışlarında kaydedilen düzeyde farklılıklar sağlamıştır. Daha fazla soru soran hastalar durumuyla ilgili daha fazla bilgi alabilmişler, bakımlarında daha çok yer alabilmişler ve doktor ziyaretlerinde daha güçlü hissetmişlerdir (68).

Bir bireyin PAM'dan aldığı puan ne kadar aktif olduğunu gösterir (69). Dixon, Hibbard ve Tusler'in, farklı aktiflik düzeyindeki bireylerin öz yönetim davranışlarını yarı yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirdikleri çalışmalarında, düşük aktiflik düzeyindeki bireyler, başarılı öz yönetimi bir boyun eğiş olarak görürken, yüksek aktiflik düzeyindeki bireyler, güvende hissetme olarak görmektedir. Düşük aktiflik düzeyindeki bireyler, bilgi ve güven eksikliğini bariyer olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Stres hem düşük hem de yüksek aktiflik düzeyindeki bireylerin rutinlerini bozmaktadır. Yüksek aktiflik düzeyindeki bireyler, sağlık ekibi ile bakımı ortak yürütebilmek için konuşmayı tercih etmektedirler (72).

Green ve arkadaşları tarafından, ruhsal sağlık sorunu olan hastaların aktiflik düzeyini belirlemek amacıyla PAM kullanılmış olup, daha aktif olan bireylerin, daha iyi baş etme skorlarına sahip olduğu, psikiyatrik ilaç kullanımı yönlendirmelerine daha iyi uyum sağladıkları, ilaçlar ve etkilerinden daha memnun oldukları, ruhsal ve fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu ve daha iyi yaşam kalitesi gösterdikleri saptanmıştır (69).

Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı, popülasyonları sadece sağlık risk düzeylerine göre değil, aynı zamanda aktiflik düzeylerine göre de gruplandırılabilir. Bu durum öz yönetim becerileri eksik olan hastaların daha yüksek sağlık risk grubuna girmeden önce, erken girişimlerin uygulanabilmesini ve hem zamanı hem de kaynakları hasta ve sağlık sistemi için değerli kullanabilmeyi sağlar ve hasta aktivasyonunu tanımlama, hasta bireyi değerlendirme, daha az uyum gösterebilecek önerilere ve öz bakım stratejilerine uymada daha fazla yardıma ihtiyacı olabilecek hastaları belirlemede ve aktivasyon düzeyine uygun girişimleri saptayıp, bakım planı geliştirmede kullanılabilir (69). PAM, günümüz sağlık sistemi içerisinde, aktiflik düzeyi düşük bireyleri, bakımın kalitesini, maliyetini, güvenilirliğini sorgulayan, tıbbi hatalara karşı uyanık olabilen, tedavi protokolünün farkında olan, kaliteli bilgi isteyen ve aldığı sağlık bakımını bu çerçevede sorgulayan bireyler haline dönüştürmek için girişimlere izin verir (73). Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir,

düzeye uygun bir hedef ile başlanır ve düzey adım adım arttırılırsa, hastalar küçük başarıları deneyimleyebilecek ve etkili öz yönetim için gerekli güven ve beceriyi inşa edebilecektir (20). Bu nedenlerle çalışmamızın hasta aktiflik düzeyini belirleme ve arttırma yönündeki uygulamalara katkı vereceği düşünülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırma Modeli

Araştırma, kesitsel analitik çalışma olarak planlanmıştır. Yaptığımız araştırmada hasta aktiflik düzeyinin meme kanseri tarama davranışı ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu doğrultuda Dokuz Eylül Üniversitesi'ne bağlı 11 no'lu Gaziemir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 20-69 yaş aralığındaki kadın bireylerden çalışmamıza katılanların tümüne Sosyo-demografik Veri Formu ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı uygulanmıştır.

3.2 Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil olma kriterleri:

- Gönüllülük
- 20-69 yaş aralığında kadın olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama kriterleri:

- İletişim kurmayı engelleyecek bedensel veya zihinsel sorunu olmak
- Geçmişte meme kanseri tanısı almış olmak
- Meme kanseri tanısı ile tedavi görmekte olmak

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Gaziemir 11 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 20-69 yaş arası kadın bireyler olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimi basit rastgele yöntemle yapılmış ve örneklem sayısı Open Epi programında güç %80, hata payı %5, prevalans evreni bilinmeyen örnekleme göre %50 olarak alındığında ulaşılabilecek kişi sayısı 321 kişi olarak hesaplanmıştır. Olası ulaşılamayacak kişiler de olabileceğinden örneklem sayısı, ulaşılabilecek kişi sayısının

üzerine %20 eklenerek 386 kişi olarak hesaplanmıştır. Toplamda 400 kişiye ulaşılmış bunların 10 tanesi geçmişte kanser tanısı almış, 4 tanesi ise hala kanser tedavisi görmekte olduğundan dolayı; araştırmanın örneklemini 20-69 yaş aralığında (Art. Ort. $38,94 \pm 11,40$) 386 kadın oluşturmaktadır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan “Sosyodemografik Veri Formu” ve hasta aktiflik düzeyi belirlemeye yönelik “Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı” kullanılmıştır.

3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara öncelikli olarak sosyodemografik verilerini sorgulayan araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuş bir anket formu verilmiştir. Toplam 10 sorudan oluşan bu formda katılımcının yaşı, eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu, medeni durumu, kendi kendine meme muayenesini hangi sıklıkta yaptığı, klinik meme muayenesini hangi sıklıkta yaptırdığı, mamografiyi hangi sıklıkta çektiği, eğer kendi kendine meme muayenesi yapmıyorsa nedeni, eğer mamografi yaptırmıyorsa nedeni soruldu.

3.4.2 Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM)

PAM (Patient Activation Measure) Hibbard ve arkadaşları tarafından hasta aktiflik düzeyini saptayıp değerlendirebilmek amacıyla 2004’de geliştirilmiş olup, Ölçek Hibbard ve arkadaşları tarafından 2005’te revize edilmiş, 13 soruluk kısa formu geliştirilmiştir (1,20). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Koşar tarafından (2015) yapılmıştır ve cronbach alpha katsayısı: 0,81’dir (68).

PAM, geçerli, yüksek düzeyde güvenilir, tek boyutlu, Guttman tipi bir ölçektir. Ölçek 22 madde olup, çalışılmış olan kısa formu 13 maddeden oluşmaktadır.

Aktiflik dört aşamalı bir süreçtir:

1. Aktif rol almanın önemine inanma, 2. Eyleme geçmek için bilgi ve güven, 3. Eyleme geçme, 4. Stres altındayken bile rutini korumadır.

Ölçeğin cevapları: 1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= katılıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum, 5= Bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklindedir (Hibbard et all., 2004).

Bir bireyin 13 maddeye verdiği puanlar sırayla puanlama tablosuna girildiğinde, o bireyin aktiflik puanı ve hangi aşamada yer aldığı ortaya çıkmaktadır. (Ölçek puanlaması yalnızca bu tablo kullanılarak yapılabilmektedir. Ölçek kullanılmadan önce istenmesi gerekir).

Ölçek maddeleri: Kesinlikle katılıyorum: 4 puan, Katılıyorum: 3 puan, Katılmıyorum: 2 puan, Kesinlikle katılmıyorum: 1 puan, Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum: 0 puan (spss için) şeklinde puanlanmaktadır.

Puanlama tablosuna girilirken, Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum seçeneği 5 puan olarak girilmektedir. Spss'e girilirken ise 0 olarak girilmektedir.

Bir bireyin 13 maddeye verdiği puanlar sırayla puanlama tablosuna girildiğinde, o bireyin aktiflik puanı ve hangi aşamada yer aldığı ortaya çıkmaktadır. Ölçüm aracından alınan Aktiflik puanları 0-100 arasında değişmektedir.

Aşama 1: en düşük aktiflik: < 47

Aşama 2: 47 – 55

Aşama 3: 55 – 72

Aşama 4: en yüksek aktiflik: > 72.5 (1).

3.5 Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözel ve yazılı onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik anket formu ve hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı (PAM), yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anket ve ölçek formlarının doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.6 İstatistiksel Analiz

Analiz aşamasına geçilmeden önce anketlerde eksik veya yanlış cevap olup olmadığına bakılmıştır. Uygulamalar sonucunda elde edilen veriler düzenlenmesi ve analizinde IBM SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Daha sonra verilerin analize uygunluğunu değerlendirmek amacıyla kayıp değer, uç değer, normallik, doğrusallık ve homojenliklerine bakılmış, aritmetik ortalamanın yanı sıra standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve hasta aktiflik düzeyleri arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız Gruplar t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ise Ki Kare testleriyle incelenmiştir.

3.7 Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1 Bağımlı Değişkenler

Meme kanseri tarama davranışı durumu

3.7.2 Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik özellikler

Hasta aktiflik düzeyi puanı

3.8 Gereklİ İzinler

Araştırmanın izni Dokuz Eylöl Üniwersitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/18-10 karar nosuyla ve DEÜ Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığından alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacını belirten bir açıklama yapılmış ve gönüllölük onamı yazılı olarak alınmıştır.



4. BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 1. Katılımcıların Yaş Açısından Dağılımı

Yaş Aralığı	n	%
20-39	213	55,20
40-69	173	44,80
20-69	386	100,0

Çalışmaya katılan kadınların 213'ü (%55,20) 20-39 yaş aralığında, 173'ü (%44,80) 40-69 yaş aralığındadır (Tablo 5). Bu oranlama mevcut 20-39 ve 40-69 kadın nüfusuyla doğru orantılı olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim Durumları	n	%
Okur -Yazar Değil	18	4,70
İlköğretim	138	35,80
Lise	125	32,40
Üniversite	105	27,20
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların eğitim durumlarını içeren bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 18'inin okur-yazar olmadığı (%4,70), 138'inin ilköğretim mezunu (%35,80), 125'inin lise mezunu (%32,40), 105'inin üniversite mezunu (%27,20) ve 3'ünün yüksek lisans-doktora mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Gelir Düzeylerinin Dağılımı

Gelir Düzeyi	n	%
Düşük	57	14,80
Orta-Yüksek	329	85,20
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların gelir düzeylerini içeren bilgiler Tablo 3'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 57'sinin düşük gelirli (%14,80), 329'unun orta-yüksek gelirli (%85,20) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Durumlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	n	%
Ev Hanımı	245	63,50
Çalışıyor	102	26,40
Emekli	39	10,10
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların çalışma durumlarını içeren bilgiler Tablo 4'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 245'inin ev hanımı (%63,40), 102'sinin çalışıyor durumda (%26,40) ve 39'unun emekli (%10,10) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumlarının Dağılımı

Medeni Durum	n	%
Bekar	51	13,20
Evli	335	86,80
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların çalışma durumlarını içeren bilgiler Tablo 5'te gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 51'i bekar (%13,20), 335'i evlidir (%86,80).

Tablo 6. Hasta Aktiflik Düzeylerinin Dağılımları

	n	%
1. Aşama (En Düşük)	158	40,90
2. Aşama	66	17,10
3. Aşama	96	24,90
4. Aşama (En Yüksek)	66	17,10
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların aktiflik düzeylerini içeren bilgiler Tablo 6'da gösterilmektedir. Buna göre, katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 158'inin en düşük hasta aktiflik düzeyi olan 1. aşamada (%40,90), 66'sının 2. aşamada (%17,10), 96'sının 3. aşamada (%24,10) ve 66'sının ise en yüksek aktiflik düzeyi olan 4. aşamada (%17,10) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenesinin Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı

Kendi Kendine Yapılan Meme Muayenesinin Sıklığı	n	%
Hiç	185	47,90
Düzensiz Aralıklarla	108	28,00
Düzenli Aralıklarla (Ayda Bir Kez)	93	24,10
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığıyla ilgili bilgiler Tablo 7’de gösterilmektedir. Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 185’inin (%47,90) hiç kendi kendine meme muayenesi yapmadığı, 108’inin (%28,00) düzensiz aralıklarla ve 93’ünün (%24,10) ayda bir kez olmak üzere düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Klinik Meme Muayenesinin Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı

Klinik Meme Muayenesinin Sıklığı	n	%
Hiç	260	67,40
Düzensiz Aralıklarla	75	19,40
Düzenli Aralıklarla (Yılda Bir Kez)	51	13,20
TOPLAM	386	100,0

Katılımcıların klinik meme muayenesi yaptırma sıklığıyla ilgili bilgiler Tablo 8’de gösterilmektedir. Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 260’ının (%67,40) hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı, 75’inin (%19,40)

düzensiz aralıklarla ve 51'inin (%13,20) ayda bir kez olmak üzere düzenli olarak doktora giderek klinik meme muayenesi yaptırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 9. Mamografi Çektirme Sıklığına İlişkin Yanıtların Dağılımı

Mamografi Çektirme Sıklığı	n	%
Hiç	60	34,70
Düzensiz Aralıklarla	60	34,70
Düzenli Aralıklarla (İki yılda Bir Kez)	53	30,60
TOPLAM	173	100,0

Katılımcıların mamografi çekirme sıklığıyla ilgili bilgiler Tablo 9'da gösterilmektedir. 40-69 yaş arası katılımcılar değerlendirildiğinde 173 katılımcının 60'ının (%34,70) hiç mamografi çekmediği, 60'ının (%34,70) düzensiz aralıklarla ve 53'ünün (%30,60) ayda bir kez olmak üzere düzenli olarak mamografi çektiği tespit edilmiştir.

Tablo 10. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılmamasının Nedenlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı

Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılmamasının Nedenleri	n	%
İhmal ediyorum.	168	40,50
Nasıl yapıldığını bilmiyorum.	120	28,90
Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.	71	17,10
Kitle bulmaktan korkuyorum.	26	6,30

Ailemde meme kanseri öyküsü olmadığı için korkmuyorum.	18	4,90
Meme kanseri olacağıma inanmıyorum.	12	2,90
TOPLAM	415	100,0

Not: Çoklu yanıt verilmesi sebebiyle toplam “n” sayısı katılımcıların sayısından fazla görünmektedir.

Çalışmaya katılan 386 kadının 281’i (%72,80) bu soruyu yanıtlarken 105’i (%27,20) ise yanıt vermemiştir. Verilen toplam 415 yanıtın 168’inin (%40,50) “İhmal ediyorum.” seçeneği, 120’sinin (%28,90) “Nasıl yapıldığını bilmiyorum.” seçeneği, 71’inin (%17,10) “Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.” seçeneği, 26’sinin (%6,30) “Kitle bulmaktan korkuyorum.” seçeneği, 18’inin (%4,90) “Ailemde meme kanseri öyküsü olmadığı için korkmuyorum.” seçeneği ve 12’sinin (%2,90) “Meme kanseri olacağıma inanmıyorum.” seçeneği olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Mamografi Çektirmeme Nedenlerine İlişkin Yanıtların Dağılımı

Mamografi Çektirmeme Nedenleri	n	%
İhmal ediyorum.	63	37,50
Şikayetim yok.	42	25,00
Bilgi eksikliğim var.	30	17,90
Ailemde meme kanseri olmadığı için gerek duymuyorum.	12	7,10
Kötü sonuç çıkar diye korkuyorum.	9	5,40
Zaman bulamıyorum.	9	5,40
Utaniyorum.	3	1,80
TOPLAM	168	100,0

Not: Çoklu yanıt verilmesi sebebiyle toplam “n” sayısı katılımcıların sayısından fazla görünmektedir.

Çalışmaya katılan 40-69 yaş arasındaki 173 kadının verdiği toplam 168 yanıtın 63'ünün (%37,50) "İhmal ediyorum," seçeneği, 42'sinin (%25,00) "Şikayetim yok." seçeneği, 30'unun (%17,90) "Bilgi eksikliğim var." seçeneği, 12'sinin (%7,10) "Ailemde meme kanseri olmadığı için gerek duymuyorum." seçeneği, 9'unun (%5,40) "Kötü sonuç çıkar diye korkuyorum." seçeneği, 9'unun (%5,40) "Zaman bulamıyorum." seçeneği, ve 3'ünün (%1,80) "Utaniyorum." seçeneği olduğu tespit edilmiştir.

4.2 Analitik Bulgular

Tablo 12. Hasta Aktivlik Düzeylerinin Meme Kanseri Tarama Davranışları ile İlişkisi

Karşılaştırılan Değişkenler	n	SD	χ^2	p
Kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ile hasta aktivlik düzeyi	386	6	15,70	,02*
Klinik meme muayenesi yaptırma davranışı ile hasta aktivlik düzeyi	386	6	20,41	,00**
Mamografi çekirme davranışı ile hasta aktivlik düzeyi	173	6	20,27	,01**

Kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ile hasta aktivlik düzeyi arasında ($p < ,05$), klinik meme muayenesi yaptırma davranışı ile hasta aktivlik düzeyi arasında ($p < ,01$) ve mamografi çekirme davranışı ile hasta aktivlik düzeyi arasında ($p < ,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 13. Katılımcıların Hasta Aktivlik Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması

Yaş Grupları	n	Art. Ort.	Ss	t	p
20-39 Yaş	213	2,42	1,16	4,76	,00***
40-69 Yaş	173	1,88	1,06		

Çalışmaya katılan 20-39 yaş aralığındaki 213 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 2,42 \pm 1,16) ve 40-69 yaş aralığındaki 173 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 1,88 \pm 1,06) hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t = 4,76$; $p < ,001$). Buna göre 20-39 yaş aralığındaki katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının 40-69 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 14. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Yaş Grupları	n	Art. Ort.	Ss	t	p
20-39 Yaş	213	58,07	16,90	4,92	,00***
40-69 Yaş	173	50,10	14,90		

Çalışmaya katılan 20-39 yaş aralığındaki 213 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 58,07 \pm 16,90) ve 40-69 yaş aralığındaki 173 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 50,10 \pm 14,90) hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t = 4,92$; $p < ,001$). Buna göre 20-39 yaş aralığındaki katılımcıların hasta aktiflik skorları ortalama puanlarının 40-69 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 15. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Medeni Durum	n	Art. Ort.	Ss	t	p
Evli	335	2,24	1,16	-2,70	,01**
Bekar	51	1,82	,99		

Çalışmaya katılan evli 335 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 2,24 \pm 1,16) ve bekar 51 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 1,82 \pm ,99) hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (t = -2,70 ; p < ,01). Buna göre evli katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının bekar katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 16. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Medeni Durum	n	Art. Ort.	Ss	t	p
Evli	335	55,24	16,51	-2,29	,02*
Bekar	51	49,61	15,65		

Çalışmaya katılan evli 335 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 55,24 \pm 16,51) ve bekar 51 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 49,61 \pm 15,65) hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (t = -2,29 ; p < ,05). Buna göre evli katılımcıların hasta aktiflik skorları ortalama puanlarının bekar katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 17. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Çalışma Durumları	n	Art. Ort.	Ss
Ev Hanımı	245	2,10	1,15
Çalışıyor	102	2,53	1,12
Emekli	39	1,77	,99
TOPLAM	386	2,18	1,15

Tablo 18. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	f	p
Grupların Arasında	20,52	2	10,26	8,11	,00***
Grupların İçinde	484,78	383	1,27		
Toplam	505,31	385			

Çalışmaya katılan kadınların çalışma durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında hasta aktiflik düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir ($f_{(2, 383)} = 8,11$; $p < ,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda çalışan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının ev hanımı ile emekli olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 19. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Çalışma Durumları	n	Art. Ort.	Ss
Ev Hanımı	245	53,35	16,31
Çalışıyor	102	58,70	16,22
Emekli	39	50,68	16,69
TOPLAM	386	54,50	16,49

Tablo 20. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	f	p
Grupların Arasında	2689,07	2	1344,53	5,05	,01**
Grupların İçinde	102051,72	383	266,45		
Toplam	104740,79	385			

Çalışmaya katılan kadınların çalışma durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında hasta aktiflik skorlarının farklılaştığı belirlenmiştir ($f_{(2, 383)} = 5,05$; $p < ,01$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda çalışan kadınların hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamalarının ev hanımı ile emekli olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 21. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Ekonomik Duruma Göre Karşılaştırılması

Ekonomik Durum	n	Art. Ort.	Ss	t	p
Düşük Gelir	57	1,53	,89	-5,75	,00***
Orta – Yüksek Gelir	329	2,29	1,15		

Çalışmaya katılan düşük gelir düzeyindeki 57 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 1,53 \pm ,89) ve orta-yüksek gelir düzeyindeki 329 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 2,29 \pm 1,15) hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t = -5,75$; $p < ,001$). Buna göre orta-

yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 22. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Ekonomik Duruma Göre Karşılaştırılması

Ekonomik Durum	n	Art. Ort.	Ss	t	p
Düşük Gelir	57	46,06	16,01	-4,28	,00***
Orta – Yüksek Gelir	329	55,96	16,16		

Çalışmaya katılan düşük gelir düzeyindeki 57 kadın (Art. Ort. \pm Ss = 46,06 \pm 16,01) ve orta-yüksek gelir düzeyindeki 329 kadının (Art. Ort. \pm Ss = 55,96 \pm 16,16) hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (t = -4,28 ; p < ,001). Buna göre orta-yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların hasta aktiflik skorları ortalama puanlarının düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Eğitim Durumları	n	Art. Ort.	Ss
Okur-Yazar Değil	18	1,00	0,00
İlköğretim Mezunu	138	1,85	1,07
Lise Mezunu	125	2,46	1,22
Lisans Mezunu	102	2,49	1,00
TOPLAM	386	2,18	1,15

Tablo 24. Katılımcıların Hasta Aktiflik Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p
Grupların Arasında	60,19	3	20,06	17,22	,00***
Grupların İçinde	445,12	382	1,17		
Toplam	505,31	385			

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında hasta aktiflik düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir ($F_{(3, 382)} = 17,22$; $p < ,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda okur – yazar olmayan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının ilköğretim, lise ve lisans mezunu olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca ilköğretim mezunu olan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının da lise ile lisans mezunu kadınların ortalamalarından düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 25. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikleri

Eğitim Durumları	n	Art. Ort.	Ss
Okur-Yazar Değil	18	36,47	4,42
İlköğretim Mezunu	138	49,57	14,63
Lise Mezunu	125	59,35	18,10
Lisans Mezunu	102	58,29	14,15
TOPLAM	386	54,50	16,49

Tablo 26. Katılımcıların Hasta Aktiflik Skorlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	f	p
Grupların Arasında	13652,93	3	4550,98	19,09	,00 ^{***}
Grupların İçinde	91087,85	382	238,45		
Toplam	104740,79	385			

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında hasta aktiflik skorlarının farklılaştığı belirlenmiştir ($f_{(3, 382)} = 19,09$; $p < ,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda okur – yazar olmayan kadınların hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamalarının ilköğretim, lise ve lisans mezunu olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca ilköğretim mezunu olan kadınların hasta aktiflik skorlarına ilişkin ortalamalarının da lise ile lisans mezunu kadınların ortalamalarından düşük olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

5.1 Meme Kanseri Tarama Davranışı

Meme kanseri tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de kadınlar arasında en sık görülen kanser türlerinden biridir (74). Tüm yaş gruplarındaki kadınlarda en sık görülen bazı kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımlarında %24,6 oranında birinci sırada meme kanseri yer almaktadır (75). Bir kadının yaşamı boyu meme kanserine yakalanma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (76). Bu nedenle, kanserin tedavisini kolaylaştırmak yaşam süresini uzatmak için erken tanı son derece önemlidir. Meme kanserinin erken tanısında; tarama programı kapsamında yer alan meme muayenesi için hekime gitme, mamografi çekirme ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) önemli bir yere sahiptir (77,78). KKMM uygulaması daha çok kadınların memelerindeki değişikliklerin farkında olmaları için önemlidir. Çünkü meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğunun hasta tarafından tespit edildiği bilinmektedir (79,80).

Kadınların kanser tarama programlarını kullanma sıklıkları birçok araştırmaya konu olmuştur. Farklı ülkelerin kadınlarının KKMM yapma oranları; Hong-Kong'da %48, Nijerya'da %34,9, Kore'de %29,3, Ürdün'de %26 ve İran'da %12,6 olarak bulunmuştur (81). Ülkemizde kadınların KKMM yapma oranlarını inceleyen çalışmaların sonuçları, çalışmaların yapıldığı evrene göre farklılıklar göstermektedir. KKMM yapma sıklığı Şekerci ve Sohbet'in 2018'de sağlık alanı dışında eğitim gören 1114 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada, %3,4 iken (82), Aliye ve Aziz Bulut'un 2017'de Bingöl'de evhanımları ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise %87,3 olarak tespit edilmiştir (83). KKMM yapma oranı Türk ve ark'nın 2017'deki çalışmasında %25,6 (84), Sohbet ve Karasu'nun 2017'de Gaziantep'de 233 kadınla yaptıkları çalışmada %21,5 olarak bulunmuştur (85). Çalışmamızda katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 185'inin (%47,90) hiç KKMM yapmadığı, 108'inin (%28,00) düzensiz aralıklarla ve 93'ünün (%24,10) ayda bir kez olmak üzere düzenli olarak KKMM yaptığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda düzenli KKMM yapma oranı Şekerci ve Sohbet ile Sohbet ve Karasunun verilerinden yüksek olsa da literatürdeki diğer verilerden olumsuz şekilde

düşüktür. Bu durum katılımcıların bu konudaki bilgi düzeyi ve farkındalığının düşük olmasına bağlanabilir.

Ülkemizde kadınlar pek çok nedenle tarama yöntemlerini gerektiği gibi yaptırmamaktadır. Kaya ve ark'nın 2017'de Ankara'da 564 kadın ve erkek sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada katılımcılar kanser taramalarını düzenli yaptırmama nedeni olarak %66,6 oranında zaman bulamadığını, %32,0 oranında sağlıklı olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir (86). Sohbet ve Karasu'nun 2017'de yaptıkları çalışmada yapmayı bilmediği için (%48,5), bir şey bulmaktan korktuğu için (%18,0), ailesinde ve yakın çevresinde meme kanseri tanısı alan kişiler olmadığı için (%10,3) KKMM yapmadığını belirtmiştir (85). Açıkgoz ve ark'nın 2015'de İzmir'de 161 kadınla yaptıkları çalışmada ise katılımcıların 52,5'u bilmediğini, %43,8'i ihmal ettiğini belirtmiştir (16). Gür ve ark'nın çalışmasında katılımcılara düzenli KKMM yapmamasının nedeni sorulduğunda 'korkuyorum' (%44,0) cevabını vermişlerdir (87). İlhan ve ark'nın 2014'de 336 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada katılımcılar KKMM yapmama nedeni olarak en sık şikayeti olmadığı için gereksiz bulduklarını belirtmişlerdir (88). Uncu ve ark'nın çalışmasında ise katılımcılar KKMM yapmama sebebi olarak ihmal ettiğini (%40,3), unuttuğunu (%32,7) ve risk taşıdığını düşünmediğini (%27) belirtmişlerdir (89). Çalışmamızda katılımcıların %40,50'si ihmal ettiği için, %28,90'ı nasıl yapıldığını bilmediği için, %17,10'u şikayeti olmadığından gereksiz bulduğu için, %6,30'u kitle bulmaktan korktuğu için, %4,90'ı ailesinde meme kanseri olmadığından korkmadığı için ve %2,90'ı meme kanseri olacağına inanmadığı için her ay düzenli KKMM yapmadığını belirtti. Kanser taramalarının amacı şikayet oluşmadan hastalığı yakalayıp erken tanı koymaktır. Katılımcıların çoğunlukla ihmalkarlığı, KKMM yapmayı bilmemesi ve şikayeti olmadığı için yapmayı gereksiz bulması, kadınların kanser taramaları konusunda yeteri kadar bilgilendirilmediklerini, bu konudaki farkındalıklarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

KMM sıklığı Nguetack ve ark'nın 2018'de Kamerun'da 445 kadınla yaptıkları bir çalışmada %49,2 (90), Nilaweera ve ark'nın 2012'de Sri Lanka'da 219 kadınla yaptıkları çalışmada %34,7 olarak bulunmuştur (91). Brezilya'da 40 yaş üstü kadınlarla yapılan bir çalışmada en az bir kez KKM sıklığı %74,6 olarak tespit

edilmiştir (92). KMM sıklığı Türk ve ark'nın 2017'de yapılan çalışmasında %11,4 (84), Şekerci ve Sohbet'in 2018'de yapılan çalışmasında %4 (82), Bulut ve Bulut'un 2017'de yapılan çalışmasında %23 (83), Sohbet ve Karasu'nun 2017'de yaptığı çalışmasında ise %15,5 olarak tespit edilmiştir (85). Çalışmamızda klinik meme muayenesi yaptırma sıklığıyla ilgili verilerimize bakıldığında ise katılımcıların geneli değerlendirildiğinde 386 katılımcının 260'nın (%67,40) hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığı, 75'inin (%19,40) düzensiz aralıklarla ve 51'inin (%13,20) ayda bir kez olmak üzere düzenli olarak doktora giderek klinik meme muayenesi yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda KMM yapılma oranı ülkemizde yapılan çalışmalarla paralel fakat dünyada çalışmalardan daha düşüktür. Bu sonuçlara göre KMM yapılması düşük seviyededir. Oysa ki, memede bulunan kitlelerin tanısında KMM ve mamografi önemli rol oynamaktadır. Bu sonuçlar kadınların tarama amacıyla değil de şikayetleri olduğunda KMM yaptırdığı ve mamografi çektiği sonucunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların, şikayeti olmadığı için KMM yaptırmamış olması, hekim önerisiyle KMM yaptırma oranının düşük olması, meme kanseri tarama açısından olumsuz sonuçlardır.

Meme kanseri taramasında mamografi temel yöntemdir. İngiltere'de 160,921 kadının katıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, düzenli aralıklarla mamografi kontrolüne çağrılan grubun, düzenli tarama yaptırmayan gruba göre meme kanseri mortalitesinin anlamlı şekilde düşük olduğu belirtilmiştir (93). Ülkemizde 40 yaşından sonra tüm kadınlara 2 yılda bir mamografi çekilerek meme kanseri taraması yapılması önerilmektedir. Bazı Avrupa ülkelerinin meme kanseri tarama oranları incelenecek olursa; Fransa'da %52,7, Almanya'da %54,1, İspanya'da %67, Danimarka'da %73, Finlandiya'da %84 oranında katılım sağlandığı bildirilmektedir (94). Finlandiya'da tüm meme kanseri vakalarının neredeyse üçte ikisi taramada tespit edilmektedir. Ayrıca tarama çağındaki kadınlarda invaziv kanserlerin yarısından fazlası tarama ile tespit edilmektedir (95). Türkiye Kanser Kontrol Planı 2016 verilerine göre meme kanseri tarama oranı %30-35 arasında değişmekteyken; ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda mamografi çekirme oranları %11,4 - %39,6 arasında değişmektedir (81,84,85,96,97). Bizim çalışmamızda 40-69 yaş arası katılımcıların mamografi çekirme sıklığıyla ilgili bilgiler değerlendirildiğinde 173 katılımcının 60'nın (%34,70) hiç mamografi çekmediği, 60'nın (%34,70)

düzensiz aralıklarla ve 53'ünün (%30,60) iki yılda bir olmak üzere düzenli olarak mamografi yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın verisi Türkiye geneli tarama oranları ile benzerdir ve bu oran ile Avrupa ülkelerinin oldukça gerisinde kalmıştır. Kadınlara sağlık çalışanları tarafından en güncel ve doğru bilgilerin sunulması gerekli eğitimlerin verilmesiyle ve bu oranın hızla artacağı düşünülmektedir. Ayrıca çeşitli çalışmalarla kadınların farkındalıkları arttırılarak mamografi tarama davranışının düzenliliği istenen seviyeye gelebilir.

Mamografi yaptırmama nedenleri incelendiğinde Keskin'in 2018'deki çalışmasında kadınların en sık gerekçeleri meme probleminin olmaması (%56,8), zaman bulamamak (%47,2) ve önemsememek (%45,3) olarak saptanmıştır (98). Yıldırım ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların en sık mamografi yaptırmama nedeni mamografi yaptırmının gerekli olduğunu bilmemek (%43,6) bulunmuştur (99). Leong ve arkadaşları Singapur'da yaptıkları araştırmada en fazla gözlenen nedenleri; yeterli zaman olmaması (%42,5), işlem sırasında acı çekme korkusu (%26,9) ve kendilerinin kansere yakalanmayacağına ilişkin inançlarıdır (%24,6) (100). Çetin ve arkadaşları Belçika'da yaşayan 35-49 yaş arası Türk kadınlarla yaptığı çalışmada ise sorun olmadıkça mamografi yaptırmının gereksiz olduğunu düşünmek (%38), bir şey çıkmasından korkmak (%38) ve zararlı olduğunu düşünmek (%25), mamografi yaptırmama nedenleri arasında yer almıştır (101). Chagpar ve arkadaşlarının çalışmasında mamografi yaptırmama nedeni olarak en sık gerekçe mamografi yaptırmak için bir sebebi olmamak (%39), doktorun önermemiş olması (%14) saptanmıştır (102). Çalışmamıza bakıldığında katılımcılardan 40-69 yaş arasındaki 173 kadının verdiği toplam 168 yanıtın 63'ünün (%37,50) "İhmal ediyorum." seçeneği, 42'sinin (%25,00) "Şikayetim yok." seçeneği, 30'unun (%17,90) "Bilgi eksikliğim var." seçeneği, 12'sinin (%7,10) "Ailemde meme kanseri olmadığı için gerek duymuyorum." seçeneği, 9'unun (%5,40) "Kötü sonuç çıkar diye korkuyorum." seçeneği, 9'unun (%5,40) "Zaman bulamıyorum." seçeneği ve 3'ünün (%1,80) "Utaniyorum." seçeneği olduğu tespit edilmiştir. Etkin şekilde kanser tarama hedeflerine ulaşabilmemiz için, bireylerin tarama yöntemleri ve sıklıklarını doğru şekilde bilmesi gerekmektedir. Bu amaçla bireylere eğitim ve motivasyon desteği sağlanmalıdır.

5.2 Hasta Aktiflik Düzeyi

Sonuçlara göre araştırmada yer alan katılımcıların 158'inin (%40,90) hasta aktiflik düzeyinin birinci aşaması olan ve henüz kendi sağlıklarında aktif bir rol almaları gerektiğini kavrayamadıkları bölümde yer aldıkları belirlenmiştir. Hastanın sağlık ve sağlık hizmetlerini yönetme konusunda bilgi, beceri ve güvene sahip olmasının hasta aktifliği olarak tanımlandığı daha önce belirtilmişti. Bu sonuç ile katılımcıların alması gereken sağlık hizmetleri konusunda bilgili ve bilinçli olmadığı veya doğru yönlendirilmediği ve hizmete erişim konusunda sıkıntı yaşadığı gözler önüne serilmektedir. Katılımcıların 66'sının (%17,10) hasta aktiflik düzeyinin ikinci aşaması olan mevcut durumla, kendi sağlığı ve önerilen sağlık rejimi arasında geniş kapsamda bağlantı kuramadığı ve sağlığını yönetme becerileri eksik kaldığı bölümde yer aldığı belirlenirken, katılımcıların 96'sının ise (%24,10) hasta aktiflik düzeyinin üçüncü aşaması olan davranış değişikliği yapma konusunda bir miktar deneyimi ve başarısının olduğu ve eyleme geçmeye başladıkları bölümde yer aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların 66'sının (%17,10) ise en yüksek aktiflik düzeyi olan dördüncü aşamada olduğu tespit edilmiştir. Dördüncü aşamada bireyler gerekli olan birçok davranış değişikliğini yapmaktadır, ancak davranışı zaman içinde ve stres durumunda koruyup sürdürebilme konusunda zorluk yaşayabilmektedirler (20).

Ritter ve Lorig'e (2014) göre kişinin kendi koşulları hakkında bilgi ve beceriye sahip olması daha iyi bir aktiflik düzeyine yol açacaktır (103). Bireyin aktiflik düzeyi, öz bakımlarını yapma ve öz yönetimi sürdürebilme durumunu, bu da sağlık çıktılarına etkilemektedir. Daha aktif olan hastalar sağlığı geliştiren öz yönetim davranışlarına daha fazla katılma eğilimindedirler (104). Bu nedenle hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi önemlidir. Çünkü bireyin aktiflik düzeyinin bilinmesi, davranışı yapıp sürdürebileceğine dair inancının yanı sıra, ondan yapması beklenen sağlık davranışını yapma isteği, gerekli görüp görmediği, bilgi düzeyi, motivasyon durumu, davranışı gerçekleştirme, stresli durumlarda bile koruyup sürdürebilme durumunun değerlendirilmesini ve bireyin düzeyine uygun girişimlerin uygulanmasını sağlar (105). Böylece popülasyonlar sadece sağlık risk düzeylerine göre değil, aynı zamanda aktiflik düzeylerine göre de gruplandırılabilir. Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir, düzeyine uygun bir hedef ile başlanır ve düzey adım adım arttırılırsa, hastalar

küçük başarıları deneyimleyebilecek ve etkili öz yönetim için gerekli güven ve beceriyi inşa edebilecektir(20).

Tek'in çalışmasında (2019) Tek'in çalışmasında, kanser hastalarında yas belirtilerinin ve distres düzeyinin hasta aktiflik düzeyi ile ilişkisi incelenmiş ve katılımcıların %7,5'inin hasta aktifliğinin 1.düzye, %32,5' inin 2.düzye, %48,3' ünün 3.düzye, %11,7'sinin 4.düzye olduğu belirlendi (106). Farklı olarak çalışmamızda katılımcıların çoğu birinci aktiflik düzeyindedir. Tek'in örnekleminin kanser hastalarından oluşması dolayısıyla katılımcıların mevcut hastalık durumlarının bu farklılığa yol açtığı düşünülmektedir. Greene ve Hibbard'ın (2011), Minnesota'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18 yaş üstü 25.047 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların, %46'sının 4.düzye, %33'ünün 3.düzye, %14'ünün 2.düzye ve %7'sinin 1.düzye hasta aktifliğine sahip olduğu bulunmuştur (105). Hasta aktiflik düzeyleri bizim çalışmamızdakinden oldukça yüksek tespit edilmiş. Bu farklılığın çalışmaların yürütüldüğü ülkelerde farklı sağlık politikaları uygulanmasından aynı zamanda farklı sosyokültürel değerlere sahip popülasyonlarda yapılmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz çünkü ABD ulusal verilerine göre bireylerin yarısına yakını yüksek aktiflik düzeyinde tespit edilmiştir (107). Skolasky ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ortalama hasta aktiflik düzeyi skorunu 56.6 bulmuştur. Katılımcılar birinci evrede %18,00, ikinci evrede %29,10, üçüncü evrede %35,70 ve dördüncü evrede 17,20 olacak şekilde dağılım göstermiştir. Bu çalışma, evreninin birden fazla komorbiditesi olan yaşlı hastalardan oluşması açısından bizim çalışmamızdan oldukça farklıdır (108).

Çalışmamızda hasta aktiflik düzeyi diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bu durumun hastaların eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Hastaların %40,90'ının aktifliğinin 1.düzye olması çalışmamızın sadece kadın cinsiyeti içeriyor olmasına, hastaların bilgili ve bilinçli olmamasına, hekim tarafından doğru ve yeterli yönlendirilmemesine ve hizmete erişim konusunda sıkıntı yaşamasına bağlı olabilir.

5.3 Hasta Aktiflik Düzeyi ile Meme Kanseri Tarama Davranışı ve Demografik Özellikler Arasındaki İlişki ve Karşılaştırmalar

Araştırmamızda çalışmaya katılan 20-39 yaş aralığındaki 213 kadın ve 40-69 yaş aralığındaki 173 kadının hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre 20-39 yaş aralığındaki katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının 40-69 yaş aralığındaki katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Green ve arkadaşlarının sağlık okur yazarlığı ile hasta aktivasyonu arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada daha genç olan katılımcıların aktivasyon düzeylerini daha yüksek bulmuşlar (109). Bu çalışma katılımcılarının 65 yaş üstü erişkinlerden oluşması açısından bizim çalışmamızdan farklıdır. Hibbard ve arkadaşlarının 25-59 yaş arası katılımcılarla yaptıkları etnik köken ve hasta aktiflik düzeyi ilişkisini araştırdıkları çalışmada genç yaş grubunda aktivite düzeyi daha yüksek bulunmuştur (110). Hibbard ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçları bizim çalışmamıza benzerdir. Şeyh ve arkadaşlarının acil servise başvuran 18 yaş üstü bireylerde yaptıkları sağlık okur yazarlığı ile hasta aktivasyon düzeyini araştırdıkları çalışmada artan yaşla birlikte aktivasyon seviyelerinin azaldığı bulunmuştur (111). Bu durumun 20-39 yaş aralığındaki kadınların çalışma hayatında daha aktif rol almaları, sosyal hayatta daha çok uyaranla karşılaşmaları ve daha yüksek eğitim düzeylerine sahip olmaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Diğer bulgularımıza göre evli 335 kadın ve bekar 51 kadının hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre evli katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının bekar katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. McCabe ve arkadaşlarının atrial fibrilasyonu olan katılımcılarda hasta aktivasyonu ile öz yönetim arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında tam zamanlı istihdam ve evli olmak veya ciddi bir ilişki içinde olmak, daha yüksek aktivasyon seviyeleri ile ilişkilendirilmiş. Bu durum muhtemelen daha yüksek bir sosyal desteğin sonucu olabilir. Bir eş/partner sahibi olmak kişiyi karşı tarafa karşı daha sorumlu hissetmesine neden olabilir ve kişinin sağlığı hakkında daha aktif olma ihtimalini artırabilir.

Kadınların çalışma durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında ise hasta aktiflik düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda çalışan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının ev hanımı ile emekli olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmüştür. Bahrom ve arkadaşlarının Malezyada birinci basamak sağlık merkezine başvuran 18-80 yaş aralığındaki 285 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, çalışan bireylerin daha yüksek aktivasyon seviyelerinde oldukları bulunmuş. Bu çalışma birinci basamakta yapılması açısından bizim çalışmamıza benzer özelliktedir. Çalışma durumu, eğitim seviyesinin yüksekliğine paralel olabilir ve bu durum sağlık okur yazarlığı ile bağlantılı olabilir. Çeşitli çalışmalar sağlık okuryazarlığı ile hasta aktivasyonu arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirdiği için bu durum daha yüksek aktivasyon seviyesiyle ilişkisini açıklayabilir (112).

Araştırmamızda çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarına göre hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında hasta aktiflik düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc testlerden Tukey Testi sonucunda okur – yazar olmayan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının ilköğretim, lise ve lisans mezunu olan kadınların ortalamalarından istatistiksel olarak düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca ilköğretim mezunu olan kadınların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamalarının da lise ile lisans mezunu kadınların ortalamalarından düşük olduğu görülmüştür. Kvale ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların aktiflik puan ortalamaları arttıkça eğitim düzeylerinin de yükseldiği bulunmuştur (113). Hay ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada hastaların aktiflik puanları yüksek olanların eğitim düzeyinin lise, lisans düzeyinde olduğu belirlenmiştir (114). Kişilerin eğitim düzeyinin artması çalışma hayatında daha aktif rol almalarına neden olmuş olabilir ve bu durum sosyal uyaranlarla daha sık karşılaşmalarına dolayısıyla aktiflik düzeylerinin artmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca eğitim düzeyinin yükselmesi sağlık okur yazarlığını arttırmış olabilir. Çeşitli çalışmalarda sağlık okur yazarlığı ile aktivasyon düzeyi arasındaki olumlu ilişki gösterilmiştir (112).

Çalışmamıza katılan düşük gelir düzeyindeki 57 kadın ve orta-yüksek gelir düzeyindeki 329 kadının hasta aktiflik düzeylerine ilişkin ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalama değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre orta-yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların hasta aktiflik düzeyi ortalama puanlarının düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların ortalama puanlarından yüksek olduğu görülmüştür.

Hasta aktiflik düzeyinin pozitif olarak sosyo-ekonomik durumla ilişkili olduğunu yani sosyo-ekonomik durum arttıkça hasta aktiflik düzeyinin arttığını ve sosyo-ekonomik durumun sağlık sonuçlarının güçlü bir öngörücüsü olduğunu belgeleyen geniş bir literatür vardır (107,115). Bu nedenle hasta aktiflik düzeyinin farklı sosyo-ekonomik duruma sahip insanlar için sağlık sonuçlarıyla tutarlı bir şekilde ilişkili olup olmadığını değerlendirmek önemlidir. Alt sosyoekonomik gruptaki hastalar daha düşük aktiflik seviyelerine sahip olma eğilimindedir (105,107). En düşük aktiflik seviyesine sahip hastalar da müdahalelere en duyarlı görünmektedir (67). Daha yüksek gelirli bölgelerde yaşayanlar, düşük gelirli bölgelerde yaşayanlardan daha yüksek hasta aktiflik puanlarına sahiptir. Ayrıca, yüksek gelirli bölgelerdekilerin sigara içme, obez olma veya acil servisi kullanma olasılığı önemli ölçüde daha düşüktür ve normal aralıkta klinik göstergelere sahip olma ve kanser taramaları yapma olasılıkları daha yüksektir (105). Düşük gelir seviyelerine sahip kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşım imkanları daha sınırlı olabilir, geçim kaygılarının yüksek olması sağlık durumları ile ilgili değişimleri ön planda düşünmemelerine neden olabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına kendi kendine meme muayenesi yapma davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında, klinik meme muayenesi yaptıрма davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında ve mamografi çekirme davranışı ile hasta aktiflik düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Greene ve Hibbard'ın (2011), Minnesota'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18 yaş üstü 25.047 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalar arasından meme kanseri taraması yaş aralığındaki 7.792 kadının tarama durumlarına bakıldığında, çalışmamızla benzer olarak aktiflik durumu arttıkça tarama yaptıрма oranlarının anlamlı olarak arttığı saptanmış (105).

Literatürde hasta aktiflik düzeyi ile kadınlarda meme kanseri tarama davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma oldukça sınırlıdır. Hasta aktiflik düzeyi kavramını açıklarken insan davranışlarını açıklayan teorilerin hasta aktifliği ile yakından ilişkili olduğundan bahsetmiştik. Bu nedenle meme kanseri tarama davranışı ile diğer insan davranış teorileri arasındaki ilişkiye bakan birkaç çalışmanın sonuçlarını inceledik.

Aslaner, 2019 yüksek lisans tez çalışmasında çalışan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ile sağlık inançları arasındaki ilişkiyi incelemiş, sağlık inanç modelinin güven-yarar, ciddiyet, duyarlık, sağlık motivasyonu-öz yeterlilik alt boyutlarından yüksek, engel algısı alt boyutundan düşük puan alan katılımcıların meme kanseri taramalarına daha yüksek oranda katıldığı bulunmuş (116). Çalışmamızda farklı bir ölçek kullanılmış olsa da PAM, sağlık inanç modeli parametrelerini kapsadığı için sonuçlarımızın benzer olduğunu söyleyebiliriz. Taşçı, 2020 doktora tez çalışmasında 40 yaş üzeri kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarını sağlık inanç modeli ile değerlendirmiş ve önceki çalışmalara benzer şekilde SİM ölçeğinin güven-yarar, ciddiyet, duyarlık, sağlık motivasyonu-öz yeterlilik alt boyutlarından yüksek, engel algısı alt boyutundan düşük puan alanların daha yüksek oranda meme kanseri taramalarını yaptırdığını bulmuş. Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla paralellik göstermekle birlikte kullanılan ölçekler açısından farklılık mevcuttur (117).

2004 yılından bu yana, hasta aktiflik düzeyinin sağlıklı davranışlarla, sağlık bakım sisteminin uygun kullanımı ile ilişkili olduğunu bulan bir dizi kesitsel çalışma yapılmıştır. Bununla birlikte, çalışmaların çoğu, öz-bildirim yapılan sağlık sonuçlarına güvenilmesi ve nispeten küçük örneklemelerin kullanılması nedeniyle sınırlıdır. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarla bu çalışma da daha fazla örnekle karşılaştırılabilecektir. Ayrıca hasta aktiflik düzeyi ile meme kanseri tarama davranışı arasındaki ilişkileri ve sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırmaları gösteren bu çalışma literatürde gelecekte yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada hasta aktiflik düzeyi arttıkça meme kanseri tarama davranışı da artmaktadır veya meme kanseri tarama davranışı arttıkça hasta aktiflik düzeyi artmaktadır. Hasta aktiflik düzeyi ile demografik özellikleri karşılaştırdığımızda ise 20-39 yaş aralığındaki, evli, lise veya lisans mezunu, çalışan, orta-yüksek gelir

düzeyine sahip kadınların hasta aktiflik düzeyleri karşılaştırıldıkları gruplara göre daha yüksektir. Buna göre 20-39 yaş aralığındaki, evli, lise veya lisans mezunu, çalışan, orta-yüksek gelir düzeyine sahip kadınların hasta aktiflik düzeyleri daha yüksek olduğu için meme kanseri tarama davranışlarını daha yüksek oranda gerçekleştireceklerdir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- i. Çalışmamızın örneklemini DEÜ 11 No'lu EASM'ne kayıtlı kadın hastalar oluşturduğundan bu çalışmanın tüm evreni temsil etmesi mümkün değildir.
- ii. Örneklemin randomize edilmeden aile sağlığı merkezine başvuran kadın hastalar arasından seçilmiş olması sonuçlarımızı etkilemiş olabilir.

Yukarıdaki maddeler araştırmanın sınırlılıklarını göstermektedir.

Hasta aktiflik düzeyleri arttıkça meme kanseri tarama davranışı artmaktadır. Kadınların meme kanseri tarama davranışına uyumlarını arttırmak için hasta aktiflik düzeylerinin artırılması gerekmektedir.

Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracının, birinci basamak hekiminin günlük pratiğinde kolaylıkla uygulanabilecek bir yöntem olduğu görülmektedir. Böylelikle hastanın düzeyine uygun bir hedef belirlenip uygun şekilde müdahale edilebilecektir.

Meme kanseri açısından risk grubunda olan popülasyon sadece sağlık risk düzeylerine göre değil, aynı zamanda aktiflik düzeylerine göre de gruplandırılmalıdır. Hekim hastanın aktiflik düzeyine göre müdahalede bulunmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res.* 2004;39(4 I):1005–26.
2. Cancer Key Facts [Internet]. World Health Organizations (WHO). 2018. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Ölüm Nedeni İstatistikleri [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2016. Available from: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015 Mar 1;136(5):E359–86.
5. Özmen V. Breast Cancer in the World and Turkey. *Meme Sağlığı Derg.* 2008;4:7–12.
6. Greif JM. Mammographic screening for breast cancer: An invited review of the benefits and costs. *Breast.* 2010;19(4):268–72.
7. Topuz E. Meme Kanseri: Tanı-Tedavi-Takip. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2006.
8. No Title [Internet]. Globocan. 2018. Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
9. Gençtürk N. Meme kanserinden korunma. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2006;10(4):72–82.
10. Keskinçılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca MZ, et al., editors. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1st ed. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2016. 32 p.
11. Ünlü F. Kanser Taramaları Neden Önemli [Internet]. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. 2018. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-yayinlar/sunumlar>.

12. Özkan S, Keskinılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, et al. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013.
13. Üskent N. Üskent N. Meme kanserinin doğal seyri, gelişimi, risk faktörleri, dünyadaki dağılımı ve epidemiyolojisi. In: Olgular Işığında Meme Kanseri Kitabı. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2003.
14. Güney E. İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi [yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
15. Demir Yildirim A, Ozaydin AN. Sources of Breast Cancer Knowledge of Women Living in Moda / İstanbul and Their Attendance to Breast Cancer Screening. J Breast Heal. 2014;10(1):47–56.
16. Acikgoz A, Cehreli R, Ellidokuz H. Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. J Breast Heal. 2015;11(1):31–8.
17. Kartal A, İnci FH, Koştı N, Özen Çınar İ. Effect of Individual Training Given to Women in the Home Environment on Health Beliefs for Breast Self-examination. Pamukkale Med J. 2017;10(1):7–13.
18. Köse MR, Başara BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir TA, Aygün A, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Başara BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir TA, editors. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017; 2017.
19. Deen D, Lu WH, Rothstein D, Santana L, Gold MR. Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. Patient Educ Couns. 2011;84(2):257–60.
20. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. Health Serv Res. 2005;40(6

I):1918–30.

21. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin.* 2019;69(1):7–34.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı. Meme kanseri tarama programı ulusal standartları [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>
23. Darendeliler E. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. İstanbul Üniversitesi Onkol Enstitüsü Yayınları. 1997;3:16–32.
24. Hultborn R, Hanson C, Köpf I, Verbiené I, Warnhammar E, Weimarck A. Prevalence of Klinefelter’s syndrome in male breast cancer patients. *Anticancer Res.* 1997;17(6 D):4293–7.
25. Karayurt Ö. Onkoloji Hemşireliğinde Meme Kanseri. 1st ed. Can G, editor. Nobel Tıp Kitapevleri; 2014. 617–649 p.
26. Öztürk M. Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri. 54th ed. İstanbul: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi; 2006. 15–26 p.
27. Kaymakçı Ş. Meme Hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti F, editors. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 5th ed. Akademisyen Kitabevi; 2020. p. 935–65.
28. Bavbek S. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. Topuz E, Aydın A, Dinçer M, editors. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2003. 72–89 p.
29. Breast Cancer Facts & Figures [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/ac-spc-042725.pdf>
30. Colditz GA. Fat, estrogens, and the time frame for prevention of breast cancer. *Epidemiology.* 1995;6(3):209–11.
31. Onat H, Başaran M. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. 1st ed.

İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005.

32. Hamajima N, Hirase K, Tajima K. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58.515 women with breast cancer and 95.067 women without the disease. *Br J Cancer*. 2000;87(11):1234–45.
33. Allen N, Beral V, Casabonne D, SW K, GK R, A B, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(5):296–305.
34. Fentiman IS. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. *Int J Clin Pract*. 2001;55(8):527–30.
35. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. Breast Cancer. *Lancet P*.; 2005. 172–741 p.
36. Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E, et al. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması: Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. *Meme Sağlığı Derg*. 2009;5(3):125–34.
37. Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change [Internet]. American Cancer Society. 2017. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>
38. Ünal G, Ünal H, Çerçel A. Meme Hastalıkları. İstanbul: Ofset; 2001. 246–250 p.
39. Ban K, Godellas C. Epidemiology of breast cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2014;23(3):409–22.
40. Aydın İ, Işıklı Z. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. Edirne: 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Bildiri özet Kitabı; Üniversite Yayınları; 2004.

41. Kavas A. Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3rd ed. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 2003. 124–147 p.
42. Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Ryan Diver W, Hannan LM, Thun MJ. Active smoking and breast cancer risk: Original cohort data and meta-analysis. Vol. 105, Journal of the National Cancer Institute. 2013. p. 515–25.
43. Titus-Ernstoff L, Hatch EE, Hoover RN, Palmer J, Greenberg ER, Ricker W, et al. Long-term cancer risk in women given diethylstilbestrol (DES) during pregnancy. Br J Cancer. 2001;84(1):126–33.
44. Ballard-Barbash R, Schatzkin A, Taylor PR, Kahle LL. Association of Change in Body Mass with Breast Cancer. Cancer Res. 1990;50(7):2152–5.
45. Çopurlar K. Kadınların Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Meme Kanseri Bilgi ve Tarama Davranışının İncelenmesi [yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.
46. Smeltzer S, Bare B, Brunner, Suddarth. Medical Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams &Wilkins, USA. 2005. :1445–84.
47. Meme kanseri taramaları [Internet]. Ankara; 2012. 6 p. Available from: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
48. Akyolcu N, Uğraş G. Kendi kendine meme muayenesi erken tanıda ne kadar önemli? J Breast Heal. 2011;7(1):10–4.
49. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu N. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2012;19(4):124–30.
50. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. Meme Sağlığı Derg. 2008;4(2):84–91.
51. Koca B. Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilmenin Kadın Sağlığı Açısından Önemi. Yeni Tıp Derg. 2010;27:10–4.

52. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. ACU Sağlık Bil Derg. 2016;2016(4):185–8.
53. Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith RA, Yip CH, Bese NS, et al. Breast cancer in limited-resource countries: An overview of the breast health global initiative 2005 guidelines. Breast J. 2006;12(1):3–15.
54. Çetintaş S. Meme Kanserinde Kendi Kendine Muayene ve Fizik Muayene. Çetintaş S, Kayıhan E, editors. Bursa: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005. 163–168 p.
55. Aktan M, İnan A. Hastaneye başvuran kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi. Klin Bilim. 2004;10(6):642–7.
56. Avcı İ, Işıklı Z. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. Sağlık ve Toplum Derg. 2006;16:91–4.
57. Kendi Kendine Meme Muayenesi. Türk Jinekolojik Onkol Derneği. 2013;
58. İğci A, Asoğlu O. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri. Topuz E, Aydın A, Dinçer M, editors. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2003.
59. Seçginli S. Meme kanseri taraması: Son yenilikler neler? Vol. 10, TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011. p. 193–200.
60. Andıç S. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması [yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2011.
61. Başkan S, Atahan K, Arıbal E, Özyayın N, Balcı P, Yavuz E. Meme kanserinde tarama ve tanı. J Breast Heal. 2012;8(3):100–25.
62. Masoudiyekta L, Bayatıyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi A, Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of

- breast cancer screening in women. *Asia Pacific J Oncol Nurs*. 2018;5(1):114–20.
63. 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 Derg*. 2009;5(1):25–33.
64. Özmen V. Türkiye’de Meme Kanseri [Internet]. 2012. Available from: http://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Dunyada_ve_Turkiyede_Meme_Kanseri%23Vahit_Ozmen.pdf
65. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme Ve Uygulama Durumları. *J Breast Heal*. 2013;9(1):5–10.
66. Başak F. Konya İli, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Sci*. 2016;1:19–24.
67. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff*. 2013;32(2):207–14.
68. Koşar C. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması [yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2015.
69. Hibbard JH, Greene J. Who are we reaching through the patient portal: engaging the already engaged? *Int J Pers Cent Med*. 2011;1(4):788–93.
70. Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P. Translation, adaptation and validation of the American short form patient activation measure (PAM13) in a danish version. *BMC Public Health*. 2009;9.
71. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res*. 2007;42(4):1443–63.
72. Dixon A, Hibbard J, Tusler M. How do people with different levels of

- activation self-manage their chronic conditions? Patient. 2009;2(4):257–68.
73. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient’s level of activation. Am J Manag Care. 2009;15(6):353–60.
74. Erkin Ö, Ardahan M. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi’nin pullardaki tarihi. Lokman Hekim J. 2004;4(3):22–8.
75. Kanser İnsidansları Kısa Raporu [Internet]. Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. 2013. Available from: http://kanser.gov.tr/Dosya/2016_Haberler/kanser_insidanslari_2013_kisa_rapor.pdf
76. Alpteker H, Avcı A. Determine the knowledge of the women about breast cancer and their practice about breast self examination. J Breast Heal. 2010;6(2):74–9.
77. Erkoç A, Oran F, Yorulmaz H. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. J Breast Heal. 2011;7(2):101–5.
78. Karadağ M. Bir sağlık yüksekokulundaki öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi davranış ve inançlarının belirlenmesi. Türkiye Klin J Nurs Sci. 2010;2(1):1–10.
79. Kum S, Göksu A, Kelkitli E, Yücel İ. Orta Karadeniz bölgesinde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. Türk Onkol Derg. 2004;19(1):24–7.
80. Dewal L. Testicular and breast self-examination knowledge and practices of certified athletic trainers and the secondary prevention of such cancers in intercollegiate student athletes. Am J Health Stud. 2006;21:28–35.
81. Keten H, Yildirim F, Olmez S, Cer H, Celik M. Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. Gaziantep Med

- J. 2014;20(3):212.
82. Gümüş Şekerci Y, Sohbet R. Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Eğitiminin Öğrencilerin Sağlık Bilgisi, İnanç ve Uygulamalarına Etkisi. GOP Tak E A H Özgün araştırma. 2019;
 83. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. *Breast Cancer Targets Ther.* 2017;9:163–9.
 84. Turk R, Eroglu K, Terzioglu F, Taskin L. An Example from the Rural Areas of Turkey: Women Breast Cancer Risk Levels and Application and Knowledge Regarding Early Diagnosis- Scan of Breast Cancer. *J Breast Heal.* 2017;13(2):67–73.
 85. Sohbet R, Karasu F. Kadınların Meme Kanseri Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi Investigation Of The Knowledge, Behavior And Applications Of Their Women Towards Breast Cancer. Vol. 6, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi. 2017.
 86. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Demirci Şahin A. Sağlık Çalışanlarının Kanseri Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J.* 2017;17(1).
 87. Gur K, Kadioglu H, Sezer A. Breast Cancer Risks and Effectiveness of BSE Training among Women Living in a District of İstanbul. *J Breast Heal.* 2014 Jul 21;10(3):154–60.
 88. İlhan N, Co AG, Tanboga E, Sengul A, Batmaz M. Behavior of College Students in Health Related Departments Towards Early Diagnosis of Breast Cancer. *J Breast Heal.* 2014;10(3):147–53.
 89. Uncu F, Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *J Breast Heal.* 2011;7:167–75.
 90. Nguetack CT, N'djeudjui C, Engbang JPN, Nana TN, Ekane GH, Tebeu PM.

Knowledge, Attitude, and Practice on Breast Cancer among Health Professionals in Douala References Hospitals, Cameroon. *J Cancer Educ.* 2018;33(2):457–62.

91. Nilaweera RIW, Perera S, Paranagama N, Anushyanthan AS. Knowledge and practices on breast and cervical cancer screening methods among female health care workers: A Sri Lankan experience. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13(4):1193–6.
92. Gonçalves-Silva AC, Murta-Nascimento C, Eluf-Neto J. Assessing screening practices among health care workers at a tertiary-care hospital in Sao Paulo, Brazil. *Clinics.* 2010;65(2):151–5.
93. Duffy SW, Vulkan D, Cuckle H, Parmar D, Sheikh S, Smith RA, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. *Lancet Oncol.* 2020;21(9):1165–72.
94. Altobelli E, Rapacchietta L, Angeletti PM, Barbante L, Profeta FV, Fagnano R. Breast cancer screening programmes across the WHO European region: Differences among countries based on national income level. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(4).
95. Heikkinen S. Lifestyle Factors And Breast Cancer in Finland [doktora tezi]. Helsinki: University of Helsinki; 2017.
96. Aksoy YE, Ceber Turfan E, Sert E, Mermer G. Barriers on Breast Cancer Early Detection Methods. *J Breast Heal.* 2015;11(1):26–30.
97. Aker S, Oz H, Kaynar Tuncel E. Practice of Breast Cancer Early Diagnosis Methods among Women Living in Samsun, and Factors Associated with This Practice. *J Breast Heal.* 2015;11(3):115–22.
98. Keskin OÖ. Birinci basamakta mamografi çektiren ve çektirmeyen kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi [yüksek lisans tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2018.

99. Demir Yıldırım A, Özaydin AN. Sources of Breast Cancer Knowledge of Women Living in Moda / İstanbul and Their Attendance to Breast Cancer Screening. *J Breast Heal*. 2014 Jan 10;10(1):47–56.
100. Leong SSH, Heng R, Emmanuel SC. Survey on mammographic screening among women aged 40 to 65 years old at polyclinics. *Singapore Med J*. 2007;48(1):34–40.
101. Çetin N, Tulay N, Benli A, Demir N, Kartounian J. Meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin Türk kadınlarının bilgi, tutum ve görüşleri. *Dirim*. 2007;82(1):311–22.
102. Chagpar AB, McMasters KM. Trends in Mammography and Clinical Breast Examination: A Population-Based Study. *J Surg Res*. 2007;140(2):214–9.
103. Ritter PL, Lorig K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(11):1265–73.
104. Koşar C, Büyükkaya Besen D. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg*. 2015;8(1):45–51.
105. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med*. 2012;27(5):520–6.
106. Tek S. Kanser Hastalarında Yas Belirti ve Distres Düzeyinin Hasta Aktiflik Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
107. Hibbard JH, Cunningham PJ. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? *Res briefs Cent Stud Heal Syst Chang*. 2008;(8):1–9.
108. Skolasky RL, Green AF, Scharfstein D, Boulton C, Reider L, Wegener ST. Psychometric properties of the patient activation measure among multimorbid

- older adults. *Health Serv Res.* 2011;46(2):457–78.
109. Greene J, Hibbard JH, Tusler M. How Much Do Health Literacy and Patient Activation Contribute to Older Adults' Ability to Manage Their Health? *AARP Public Policy Inst.* 2005;(June).
 110. Hibbard JH, Greene J, Becker ER, Roblin D, Painter MW, Perez DJ, et al. Racial/ethnic disparities and consumer activation in health. *Health Aff.* 2008 Oct;27(5):1442–53.
 111. Sheikh S, Hendry P, Kalynych C, Owensby B, Johnson J, Kraemer DF, et al. Assessing patient activation and health literacy in the ED. *Am J Emerg Med.* 2016;34(1):93–6.
 112. McCabe PJ, Stuart-Mullen LG, McLeod CJ, Byrne TO, Schmidt MM, Branda ME, et al. Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation. *Patient Prefer Adherence.* 2018;12:1907–16.
 113. Kvale EA, Huang CHS, Meneses KM, Demark-Wahnefried W, Bae S, Azuero CB, et al. Patient-centered support in the survivorship care transition: Outcomes from the Patient-Owned Survivorship Care Plan Intervention. *Cancer.* 2016 Oct 15;122(20):3232–42.
 114. Hay JL, Zabor EC, Kumar J, Brennessel D, Kemeny MM, Lubetkin EI. Cancer beliefs and patient activation in a diverse, multilingual primary care sample. *Psychooncology.* 2016;25(9):1071–8.
 115. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff.* 2002;21(2):60–76.
 116. Aslaner Ç. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Meme Kanseri Korunma Davranışlarının Karma Yöntemle Araştırılması [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
 117. Taşçı D. 40 yaş ve üzeri kadın hastalarda meme kanseri tarama yöntemlerini kullanma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi.

Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2020.



8. EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu Dokuz Eylül Üniversitesi'ne bağlı 11 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde Kadınlarda Hasta Aktiflik Düzeyi ve Meme Kanseri Tarama Davranışını araştıran tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı - Soyadı:

Tarih - İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı - Soyadı:

Tarih - İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans- Doktora

3. Ekonomik durumunuz:

Düşük Orta Yüksek

4. Çalışma durumunuz:

Ev Hanımı Çalışıyor Emekli

5. Medeni durumunuz:

Bekar Evli

6. Kendi kendinize meme muayenesini hangi sıklıkta yaparsınız?

Hiç yapmadım.

Ayda bir kez, düzenli aralıklarla yaparım.

Düzensiz aralıklarla yaparım. **(Düzensiz yapıyorsanız en son ne zaman yaptınız?**)

7. Doktorunuza klinik meme muayenesini hangi sıklıkta yaptırarsınız?

Hiç yaptırmadım.

Yılda en az 1 kere yaptırım.

Düzensiz aralıklarla yaptırım. **(Düzensiz yaptırıyorsanız en son ne zaman yaptırınız?**)

8. Mamografini hangi sıklıkta çektirirsiniz?

Hiç çektirmedim.

En az 2 yılda 1 düzenli çektirim.

Düzensiz aralıklarla çektirim. **(Düzensiz çektiriyorsanız en son ne zaman çektirdiniz?**)

9.Kendi kendinize meme muayenesi yapmıyorsanız nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Nasıl yapıldığını bilmiyorum.
- Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.
- Ailemde meme kanseri öyküsü olmadığı için korkmuyorum.
- İhmal ediyorum.
- Kitle bulmaktan korkuyorum.
- Meme kanseri olacağıma inanmıyorum.
- Diğer

10. Mamografi yaptırmıyorsanız nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Ailemde meme kanseri olmadığı için gerek duymuyorum.
- Zaman bulamıyorum.
- Şikayetim yok.
- Bilgi eksikliğim var.
- Kötü sonuç çıkar diye korkuyorum.
- Randevu güçlüğü yaşıyorum.
- İhmal ediyorum.
- Utanıyorum.
- Acıtıyor.
- Diğer.....

EK-3: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ (PAM)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan sorumlu kişi benim.					
2. Kendi sağlık bakımında aktif rol almak sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığımla ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					
12. Sağlığımla ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					

