

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN MEME KANSERİ TARAMA GRUBUNDAKİ KADINLARDA MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇLARI VE AİLE HEKİMLERİNİN BİREYİN SAĞLIK İNANCINDA VE TARAMA YAPTIRMASINDAKİ ROLÜ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatma Nur TİYEK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY – 2023

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN MEME KANSERİ TARAMA GRUBUNDAKİ KADINLARDA MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇLARI VE AİLE HEKİMLERİNİN BİREYİN SAĞLIK İNANCINDA VE TARAMA YAPTIRMASINDAKİ ROLÜ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fatma Nur TİYEK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cahit ÖZER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN MEME KANSERİ TARAMA GRUBUNDAKİ KADINLARDA MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇLARI VE AİLE HEKİMLERİNİN BİREYİN SAĞLIK İNANCINDA VE TARAMA YAPTIRMASINDAKİ ROLÜ

Dr. Fatma Nur TİYEK

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)……
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)……
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)……
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER

2. Prof. Dr. Erhan YENGİL

3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER III
IV. TABLOLAR LİSTESİ VII
V. KISALTMALAR LİSTESİ X
VI. TEŞEKKÜR XI
VII. ÖZET XII
VIII. ABSTRACT XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Epidemiyoloji 4
2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri 5
2.2.1. Kadın Cinsiyet 5
2.2.2. İleri Yaş 5
2.2.3. Irk ve Etnik Köken 5
2.2.4. Ağırlık ve Vücut Yağı 6
2.2.4.1. Menopoz Sonrası Kadınlarda VKİ'nin Etkisi 6
2.2.4.2. Menopoz Öncesi Kadınlarda VKİ'nin Etkisi 6
2.2.5. Uzun Boy 7
2.2.6. Yoğun Meme Dokusu 7
2.2.7. Kemik Mineral Yoğunluğu 7
2.2.8. Hormonal Faktörler 8
2.2.9. Reprodüktif Faktörler 9
2.2.10. Meme Kanseri Öyküsü 9
2.2.11. Aile Öyküsü 10

2.2.12. Alkol Tüketimi 10
2.2.13. Sigara Tüketimi 11
2.2.14. Terapötik İyonize Radyasyona Maruz Kalma 11
2.3. Meme Kanserinden Korunma 11
2.3.1. Birincil Korunma 12
2.3.1.1. Fiziksel Aktivite 12
2.3.1.2. Emzirme 12
2.3.1.3. Alkol tüketimi 13
2.3.1.4. Diyet 13
2.3.1.5. Obeziteden Korunma 13
2.3.1.6. Sigara Kullanımı 13
2.3.1.7. Erken Yaşta Doğum 14
2.3.1.8. Profilaktik Mastektomi 14
2.3.1.9. Profilaktik Ooferektomi 14
2.3.1.10. Kemoprevensiyon 14
2.3.2. İkincil Korunma 15
2.4. Meme Kanseri Klinik Bulgular 18
2.4.1. Kitle 18
2.4.2. Ağrı 18
2.4.3. Meme Başı Akıntısı 18
2.4.4. Meme Başında Retraksiyon ve Çökme 19
2.5. Meme Kanseri Tanı Basamakları 19
2.5.1. Anamnez 19
2.5.2. Radyolojik Görüntüleme 19
2.5.2.1. Mamografi 19
2.5.2.2. USG 20

2.5.2.3. MRG 21
2.6. Kanser Taramasında Aile Hekiminin Rolü 21
2.7. Sağlık İnanç Modeli 21
2.7.1. Sağlık İnanç Modeli Kavramları 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. Etik Kurul ve İzinler 23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 23
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü 23
3.4. Araştırmanın Tipi 24
3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli 24
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları 24
3.6.1. Anket İçeriği 24
3.6.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 24
3.7. İstatistiksel Analiz 25
4. BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 55
5.1. Aile Hekiminin Mamografi Taramasında Rolü 55
5.2. Klinik Meme Muayenesi Yapılmasının Mamografi Taramasına Etkisi 58
5.3. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografi Taramasına Etkisi 59
5.4. Aile Hekiminin SİMÖ'ye Etkisi 60
5.5. Klinik Meme Muayenesinin SİMÖ'ye Etkisi 64
5.6. Mamografi Taraması Yaptırmanın SİMÖ'ye Etkisi 66
5.7. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografinin Yarar ve Engel Algısına Etkisi 67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 69
7. KAYNAKLAR 71

8. EKLER 93
9. ÖZGEÇMİŞ 104

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Mamografi Taramasına Etkisi.. 27
Tablo 2. Katılımcıların Alışkanlıklarının Mamografi Taramasına Etkisi 27
Tablo 3. Katılımcıların Özgeçmiş ve Soy Geçmişinin Mamografi Taramasına Etkisi 28
Tablo 4. Ailede Meme Kanseri Varlığının Mamografi Taramasına Etkisi 28
Tablo 5. Katılımcıların Reprodüktif Döneminin Mamografi Taramasına Etkisi 29
Tablo 6. Aile Hekiminin Katılımcılara Danışmanlık Vermesinin Mamografi Taramasına Etkisi..... 30
Tablo 7. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografi Taraması Yaptırmaya Etkisi 31
Tablo 8. Hekim Tarafından Meme Muayenesi Olmanın Mamografi Taraması Yaptırmaya Etkisi..... 31
Tablo 9. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları ... 32
Tablo 10. Katılımcıların Aile Hekimini Tanıma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 32
Tablo 11. Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Hakkında Katılımcılara Bilgi Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 33
Tablo 12. Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Danışmanlık Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 34
Tablo 13. Aile Hekiminin Mamografi Taraması Hakkında Danışmanlık Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 35
Tablo 14. Aile Hekiminin Mamografi Sonucunu Takip Etme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 36
Tablo 15. Aile Hekimi Dışında Bir Hekim Tarafından Mamografi Taraması Hakkında Danışmanlık Alma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları..... 36
Tablo 16. Sağlık Çalışanı Yakını ile Mamografi Taraması Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 37
Tablo 17. Yakını İle Mamografi Taraması Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 38

Tablo 18. Mamografi Taraması Yaptırmanın Gerekliliğini Hekim, Sağlık Çalışanı Yakını Ya Da Sağlık Çalışanı Olmayan Yakını Dışında Başka Bir Kaynaktan Öğrenme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 39
Tablo 19. Mamografi Taramasının Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutuna Etkisi 39
Tablo 20. Sağlık Çalışanı ile Meme Kanseri Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 40
Tablo 21. Hekim Tarafından Meme Muayenesi Olma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 40
Tablo 22. Aile Hekiminin Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 41
Tablo 23. Katılımcıların Özgeçmişinde Kanser Varlığına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 42
Tablo 24. Katılımcıların Soy Geçmişinde Kanser Varlığına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 42
Tablo 25. Soy Geçmişte Meme Kanseri Varlığına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 43
Tablo 26. OKS Kullanma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 43
Tablo 27. Işın Tedavisi Alma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 44
Tablo 28. Katılımcıların Doğum Yapma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 44
Tablo 29. Gelir Düzeyine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 45
Tablo 30. Medeni Duruma Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 46
Tablo 31. Eğitim Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 47
Tablo 32. Çalışma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 48
Tablo 33. Çalışma Durumun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi 49
Tablo 34. Sigara İçme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları .. 50
Tablo 35. Sigara İçme Durumunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi 51

Tablo 36. İlk Adet Yaşına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 52
Tablo 37. İlk Adet Yaşının Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi 53
Tablo 38. İlk Doğum Yaşına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları 54

V. KISALTMALAR LİSTESİ

AH	: Aile Hekimi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BI-RADS	: Breast Imaging Reporting and Data System
ER	: Östrojen Reseptörü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
HT	: Hormon Tedavisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KMY	: Kemik Mineral Yoğunluğu
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
MMG	: Mamografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKS	: Oral Kontraseptif
PR	: Progesteron Reseptörü
RR	: Rölatif Risk
SEER	: Surveillance, Epidemology and End Results
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SİMÖ	: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TV	:Televizyon
USG	:Ultrasonografi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHI	: Women’s Health Initiative

VI. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince akademik ve tıbbi bilgi birikimini ve tecrübelerini bizden esirgemeyen, hoşgörülü, yardımsever ve samimi yaklaşımıyla her zaman yanımızda olan, tezimin her aşamasında yol gösteren ve yardımcı olan kıymetli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e

Bilgisini, deneyimini ve güler yüzünü bizden esirgemeyen, her zaman yanımızda olduğunu hissettiren kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Uzmanlık eğitimim süresince akademik ve tıbbi bilgi birikim ve deneyimini paylaşmasının yanısıra samimi ve sevecen tavırlarıyla desteklerini bizden esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e,

Asistanlık eğitimim boyunca rotasyon yaptığım bölümlerde deneyimlerinden ve bilgilerinden faydalandığım tüm değerli hocalarımıza ve istatistik kısmında yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Emre DİRİCAN'a

Bu güzel ortamda birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım, sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin verilerini toplarken birlikte çalıştığım emekleri bulunan sevgili intörn doktor arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında sevgi ve fedakarlıklarıyla yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, çok sevdiğim, çok kıymetli canım kardeşlerim ve bilhassa anne ve babama,

Sevgisini ve desteğini her zaman hissettiren, varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili eşim Mehmet TİYEK'e,

Varlığıyla hayatıma güneş gibi doğan, umut ışığım, oğlum Yusuf Agâh'a

Sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum...

Dr. Fatma Nur TİYEK

VII. ÖZET

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN MEME KANSERİ TARAMA GRUBUNDAKİ KADINLARDA MEME KANSERİ SAĞLIK İNANÇLARI VE AİLE HEKİMLERİNİN BİREYİN SAĞLIK İNANCINDA VE TARAMA YAPTIRMASINDAKİ ROLÜ

Amaç: Kadınların meme kanseri hakkında sağlık inançlarını ve sağlık inancının meme kanseri tarama davranışına etkisini görmek, aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü incelemek amaçlandı.

Yöntem: Üniversite Hastanesine başvuran meme kanseri tarama grubundaki kadınlara sosyodemografik özellikleri, meme kanseri risk faktörlerini, mamografi (MMG) tarama davranışı ve aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının meme kanseri danışmanlığıyla ilgili soruları içeren anket ve meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: 1082 kadın katılmıştır. Aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkındaki danışmanlığı, mamografi önermesi ve sonucunu takip etmesi ve klinik meme muayenesi yapması taramada etkili bulunmuştur. Aile hekiminin meme kanseri hakkında danışmanlık vermesinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) engel ($p=0,254$) ve MMG yarar ($p=0,532$) alt boyutu dışında diğer alt boyutlarında etkisi olduğu görülmüştür. Aile hekiminin meme kanseri risk faktörleri hakkında danışmanlık verdiği katılımcıların, vermediği katılımcılara göre duyarlılık ($p=0,002$), ciddiyet ($p=0,013$), KKMM yarar ($p=0,015$) ve öz etkililik ($p<0,001$) algılarının daha yüksek olduğu, MMG engel ($p<0,001$) algısının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Sağlık motivasyonu ($p=0,057$), KKMM engel ($p=0,224$) ve MMG yarar ($p=0,935$) algısının ise benzer olduğu görülmüştür. Mamografi danışmanlığı verilmesinin, MMG yarar ($p=0,386$) algısında etkisi olmadığı, engel algısında ($p=0,016$) etkisi olduğu mamografi sonucunun takip edilmesinin, MMG yarar algısında ($p=0,315$) etkisi olmadığı ancak engel algısında ($p<0,001$) ise etkisi olduğu görülmüştür.

Sonuçlar: Aile hekimlerinin koruyucu hekimlikte ve meme kanseri sağlık inancında önemli etkisinin olduğu, meme kanseri danışmanlığının KKMM engel ve MMG yarar algısında etkisi olmadığı, mamografi danışmanlığının MMG yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, Meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği, Aile hekimi

VIII. ABSTRACT

BREAST CANCER HEALTH BELIEFS AND THE ROLE OF FAMILY DOCTORS IN THE INDIVIDUAL'S HEALTH BELIEF AND IN SCREENING IN WOMEN IN BREAST CANCER SCREENING GROUP APPLYING TO UNIVERSITY HOSPITAL

Aim: It was aimed to see the health beliefs of women about breast cancer, the effect of health beliefs on breast cancer screening behavior, and to examine the role of family physicians in an individual's health belief and screening.

Methods: A questionnaire including sociodemographic characteristics, breast cancer risk factors, mammography (MMG) screening behavior and questions about breast cancer counseling of family physicians and other healthcare professionals, and a breast cancer health belief model scale were applied to the women in the breast cancer screening group who applied to the University Hospital.

Results: 1082 women participated. Counseling by the family physician about breast cancer and risk factors, recommending mammography and following the results, and performing clinical breast examination were found to be effective in screening. It was observed that the family physician's counseling about breast cancer had an effect on other sub-dimensions, except for such sub-dimensions as breast self-examination (BSE), obstacle ($p=0.254$) and MMG benefit ($p=0.532$). Participants who were counseled by their family physicians about breast cancer risk factors had higher perceptions of sensitivity ($p=0.002$), severity ($p=0.013$), BSE benefit ($p=0.015$) and self-efficacy ($p<0.001$) compared to participants who did not. On the other hand, MMG barrier ($p<0.001$) perception was found to be lower. Health motivation ($p=0.057$), BSE barrier ($p=0.224$) and MMG benefit ($p=0.935$) perception were found to be similar. It was found that providing mammography counseling had no effect on the perception of benefit ($p=0.386$) of MMG, but it had an effect on the perception of obstacle ($p=0.016$), and following the result of mammography had no effect on the perception of MMG benefit ($p=0.315$) but had an effect on the perception of obstacle ($p<0.001$).

Conclusion: It has been observed that family physicians have a significant effect on preventive medicine and breast cancer health belief, breast cancer counseling has no effect on BSE barrier and MMG benefit perception, and mammography counseling has no effect on MMG benefit perception.

Keywords: Breast cancer, Breast cancer health belief model scale, Family physician

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel olarak meme kanseri en sık teşhis edilen kanser türüdür. Her yıl iki milyondan fazla meme kanseri vakası görülmektedir (1). Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olmakla birlikte kadınlarda tanı konulan her dört kanserden biri meme kanseridir (2).

Meme kanseri, erken tanısı olan hastalıklardan biridir. Mamografi taraması 40-74 yaş arasındaki ortalama risk faktörlerine sahip bireylerde meme kanseri mortalitesinde %40 oranında azalma sağlamaktadır (3). Ancak Özoğul ve Sucu Dağ tarafından üniversitede çalışan kadınlara yapılan bir çalışmada 40 yaş üzerinde mamografi taraması yaptırma oranının %57,89 olduğu saptanmıştır (4). Özaydın ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada ise mamografi çektirme oranının %65,5 olduğu görülmüştür (5). Kırsal bölgede yaşayan kadınlara yapılan 2021 yılındaki bir çalışmada ise tarama yaptırma oranının %25,3 olduğu tespit edilmiştir (6). Bu bulgular bize tarama hedef kitlesine ulaşılamadığını göstermektedir. Hastanede çalışan kadınlara yapılan 2015 yılındaki bir çalışmada, katılımcıların tarama yöntemleri hakkında en çok oranda ebe, hemşire ve doktordan; en az oranda ise konferans ve seminerden bilgi aldığı görülmüştür (7). Başka bir çalışmada ise aile hekimlerinden en yüksek oranda bilgi alındığı bunun yanısıra ebe/hemşire, başka branş hekimi, akraba/komşu ve tv/internetin diğer bilgi kaynakları arasında olduğu bildirilmiştir (8). Ayrıca aynı çalışmada katılımcıların kanser taraması yaptırma nedenlerine bakıldığında en çok aile hekimi, ebe ve hemşire tavsiyesi ile yaptırdıkları tespit edilmiştir (8). Momenimovahed ve arkadaşlarının Asyalı kadınlar ile 2020 yılında yaptığı bir çalışmada bilgi, sosyodemografik faktörler, maliyet ve sigorta, kültürel faktörler, inanç, tutum ve duygu, öz yeterlilik, dini ve psikolojik faktörler, acı ve utanç, zaman kısıtlaması gibi faktörlerin tarama yaptırmanın önünde engel olduğu görülmüştür (9). 2021 yılında kırsal bölgede yaşayan kadınlara yapılan bir çalışmada ise mamografi taramasının önündeki en büyük engelin bilgisizlik olduğu bunun

yanısıra utanma-çekinme, gereksiz görme, ağrılı işlem olması ve kitle bulmaktan korkmanın diğer engeller arasında olduğu saptanmıştır (6). Taramaların hedef kitleye ulaşabilmesi için engellerin ortaya çıkarılıp aşılması önemlidir. Aker ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir çalışmada mamografi engel algısının, mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu görülmüştür (10). Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık arayışında engellerin ortaya çıkarılmasında etkili olan bir modeldir (11). Literatürdeki çalışmalarda sosyodemografik özelliklerin, soygeçmiş ve öz geçmişin meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğine etkisi incelenmiş (12-23). Aile hekiminin meme kanseri hakkında danışmanlık vermesinin meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğine etkisi incelenmemiştir. Literatürdeki birçok çalışmada ailede meme kanseri varlığının mamografi taramasına etkisi olduğu ancak başka bir çalışmada ise etkisi olmadığı görülmüştür (10, 24-29). Risk faktörlerine sahip bireylerin tarama ve takipleri için özel program gereklidir (30). Koruyucu hekimliğin işlevlerinden biri hastalık oluşmadan risk faktörlerinin belirlenmesidir (31). Aile hekiminin kendi nüfusuna kayıtlı bireylerin hastalıklarına dair risk faktörlerini göz önünde bulundurarak bir bütün halinde değerlendirme yapması gerekir. Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde kendi nüfusuna kayıtlı bireyleri kanser taramalarına yönlendirmede etkin rol oynamaktadır. Aile hekimlerinin kanser tarama programları kapsamında, kendisine kayıtlı nüfusa eğitim ve danışmanlık vererek takibini yapması koruyucu sağlık hizmeti açısından önem arz etmektedir (32).

Ülkemizde mamografi taraması etkin bir biçimde yapılamadığı için tarama oranları hedef kitlenin altında yer almaktadır. Bireylerin tarama yaptırmalarının önündeki engellerin fark edilerek çözümler üretilmesi gerekmektedir. Meme kanseri hakkında danışmanlık verilerek bireylerin engel algılarının aşılmasında sağlık çalışanları etkin rol almalıdır. Bireyin sağlık inancı, sağlık arayışındaki engellerin ortaya çıkarılmasında etkilidir. Kadınların tarama davranışlarına yönelik sağlık inançları ve tarama davranışını etkileyen faktörleri gösteren çalışmalar yetersizdir. Ayrıca bireyin tarama davranışında ve sağlık inancında aile hekiminin etkisini gösteren çalışmaların yetersiz olması bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı kadınların meme kanseri hakkında sağlık inançlarını ve sağlık inancının meme kanseri tarama davranışına etkisini görmek ayrıca aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epidemiyoloji

Meme kanseri, düşük ve orta gelirli ülkeler de dahil olmak üzere dünya çapında en sık teşhis edilen kanserdir (33). Genel olarak Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bir kadının hayatının herhangi bir döneminde meme kanserine yakalanma riski yaklaşık %13'tür. Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre son yıllarda insidans oranları her yıl %0,5 oranında artmıştır (34). Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda kansere bağlı ölümlerin ikinci en yaygın nedeni meme kanseridir (1). İnsidans oranları en yüksek Kuzey Amerika, Avustralya/Yeni Zelanda, Batı ve Kuzey Avrupa'da; en düşük ise Asya ve Sahraaltı Afrika'dadır (35). Bu uluslararası farklılıklar muhtemelen sanayileşmenin bir sonucu olarak toplumsal değişikliklerden kaynaklanmaktadır (örneğin; yağ alımındaki değişiklikler, vücut ağırlığı, menarş ve/veya emzirme yaşı ve daha az gebelik sayısı ve ilk doğumun geç yaşta olması gibi) (36). Meme kanserinde ırk ve etnik gruplar arasında bazı farklılıklar görülebilir. Siyah kadınlar meme kanseri sebebiyle en yüksek ölüm oranına sahiptir. Siyahi kadınlarda beyaz kadınlara göre 40 yaşından önce meme kanseri görülme ihtimali daha yüksektir (34).

Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre meme kanseri tanısı alma ortanca yaşının 62 olduğu, ülkemizde ise tanı alma ortanca yaşının 53 olduğu görülmüştür. Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre çok az sayıda kadının 45 yaşından önce tanı aldığı görülmüştür (34).

Türkiye 2017 verileri ile 2020 yılı GLOBOCAN verileri karşılaştırıldığında Türkiye'deki kanser insidansının dünyadaki kanser insidansına göre daha fazla olduğu görülmüştür. Türkiye'nin içinde yer aldığı Batı Asya bölgesine göre de kanser insidansı ortalaması daha yüksektir (2).

2.2. Meme Kanseri Risk Faktörleri

2.2.1. Kadın Cinsiyet

Meme kanseri kadınlarda erkeklere göre 100 kat daha sık görülür (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 280.000'den fazla kadına invaziv meme kanseri teşhisi konulmakta olup, erkeklerde ise yılda 3000'den az vaka görülmektedir (1).

2.2.2. İleri Yaş

Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artar. Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) veri tabanından elde edilen veriler kullanılarak, 2013 ve 2015 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir kadında meme kanseri gelişme olasılığı aşağıdaki gibidir (1):

- Doğumdan 49 yaşına kadar: %2,1 (49 kadında 1)
- 50-59 yaş: %2,4 (42 kadında 1)
- 60-69 yaş: %3,5 (28 kadında 1)
- 70 yaş ve üzeri: %7,0 (14 kadından 1)
- Hayatı Boyunca: %12,9 (8 kadında 1).

2.2.3. Irk ve Etnik Köken

Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksek meme kanseri riski beyaz kadınlarda görülür, ancak meme kanseri her büyük etnik/ırksal gruptaki kadınlar arasında en yaygın kanser türü olmaya devam etmektedir (1). Meme kanseri oranlarındaki ırk farklılıklarının çoğu, yaşam tarzıyla ilişkili faktörlere atfedilebilir. Menopoz sonrası 156.000'den daha fazla sayıda kadından oluşan bir kohort çalışmasında, beyaz kadınlar için yaşa göre düzeltilmiş meme kanseri insidansının diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür (37).

2.2.4. Ağırlık ve Vücut Yağı

Obezite (VKİ≥30 kg/m ^{2}), morbidite ve mortalitede genel bir artış ile ilişkilidir (38). Bununla birlikte, VKİ ile ilişkili meme kanseri riski menopoz durumuna göre farklılık göstermektedir.

2.2.4.1. Menopoz Sonrası Kadınlarda VKİ'nin Etkisi

Daha yüksek bir VKİ ve/veya perimenopozal kilo alımı, menopoz sonrası kadınlar arasında daha yüksek meme kanseri riski ile tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmektedir (39-41). Daha yüksek bir VKİ ve postmenopozal meme kanseri riski arasındaki ilişki, östrojen öncüllerinin adipoz dokudan östrojene periferik dönüşümünden kaynaklanan daha yüksek östrojen seviyelerine bağlı olabilir (42, 43). Bu mekanizmayı savunan veriler, normal VKİ'si olan kadınlar arasında bile daha yüksek vücut yağ yüzdesinin daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu düşündüren verilerdir (43). Yüksek VKİ yüksek insülin seviyesi ile ilişkili olduğundan, hiperinsülinemi obezite ve meme kanseri ilişkisine de katkıda bulunabilir (44).

2.2.4.2. Menopoz Öncesi Kadınlarda VKİ'nin Etkisi

Menopoz öncesi kadınlarda, postmenopozal kadınlardan farklı olarak yüksek VKİ daha düşük meme kanseri riski ile ilişkilidir (45, 46). 19 prospektif kohort çalışmasından yaklaşık 760.000 premenopozal kadından toplanan bireysel düzeydeki verileri kullanan çok merkezli bir analizde, 18 ile 24 yaşlarında en düşük ve en yüksek VKİ kategorileri (VKİ <17'ye karşı ≥35) arasında 4.2 kat artmış risk tespit edilmiştir. Bu bulgunun açıklaması belirsizliğini korumaktadır (46).

2.2.5. Uzun Boy

Uzun boy, hem menopoz öncesi hem de menopoz sonrası kadınlarda daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilidir (47, 48). Bir çalışmada, 175 cm boyunda olan kadınlarda meme kanseri gelişme olasılığının, 160 cm boyunda olan kadınlara göre %20 daha fazla olduğu görülmüştür (49). Bu ilişkinin altında yatan mekanizma bilinmemekle birlikte çocukluk ve ergenlik dönemindeki beslenme maruziyetlerinin etkisini yansıtıyor olabilir (50).

2.2.6. Yoğun Meme Dokusu

Meme dokusunun yoğunluğu, glandüler ve bağ dokusunun (parankim) yağ dokusuna göre miktarını yansıtır (51). Mamografik olarak yoğun meme dokusuna sahip olan kadınların, meme kanseri riski aynı yaşta olup meme dokusu yoğunluğu az olanlara göre daha yüksektir (51-55). Meme yoğunluğunun belirli bir meme kanseri alt tipi ile ilişkisi görülmemektedir (56, 57). Ayrıca meme yoğunluğunun daha yüksek meme kanseri mortalitesi ile ilişkisi olmadığı görülmektedir (58).

2.2.7. Kemik Mineral Yoğunluğu

Kemikler ER'i içerdiği ve dolaşımdaki östrojen seviyelerine oldukça duyarlı olduğu için kemik mineral yoğunluğu (KMY), endojen ve eksojen östrojene uzun süreli maruz kalmanın bir nedeni olarak kabul edilmektedir. Yapılan birden fazla çalışmada, kemik yoğunluğu daha yüksek olan kadınların meme kanseri riski daha yüksek bulunmuştur (59-61). WHI tarafından 2008 yılında yapılan bir çalışmada (9941 postmenopozal kadın dahil), toplam kalça KMY T-skorundaki her birim artış daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir (HR 1.25, 95% CI 1.11-1.40) (61).

2.2.8. Hormonal Faktörler

Daha yüksek endojen östrojen seviyesi, hem postmenopozal hem de premenopozal kadınlarda daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilidir. Postmenopozal kadınlarda, daha yüksek meme kanseri riski ile daha yüksek hormon seviyeleri arasındaki ilişki koreledir (62-65). Postmenopozal kadınlarda aromataz inhibitörleri ile östrojen düzeylerinin düşürülmesinin, meme kanseri riskini azalttığı bulgusu bu kavramı destekler niteliktedir. Premenopozal kadınlarda, östrojen seviyesi ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi ölçmek, adet döngüsü varyasyonları nedeniyle zordur (66).

Menopoz sonrası kombine hormon tedavisinin kullanılması meme kanseri riskini artırır. Riskteki bu artış tipik olarak yaklaşık 4 yıllık kullanımdan sonra görülür. Kombine HT, kanserin daha ileri bir aşamada bulunma olasılığını da artırır. Meme kanseri riskinin, hormon replasman tedavisi bırakıldıktan 5 yıl sonra azaldığı görülmektedir (67).

Birçok epidemiyolojik çalışma, KOK kullanımı ile meme kanseri arasında ilişki olmadığını göstermektedir (68-74). Buna karşın bazı araştırmalar, her çalışmada mutlak risk düşük olmasına rağmen, KOK kullanımı ile meme kanseri arasında bir ilişki olduğunu bildirmektedir (75-79). Oral kontraseptif (OKS) bırakıldıktan 10 yıl sonra meme kanseri riski normale dönmektedir (67). Kişisel meme kanseri öyküsü olan kadınlar için KOK önerilmemektedir (80). 10 bireysel çalışmanın sistematik incelemesi, ailede meme kanseri öyküsü olanlarda KOK kullanımının meme kanseri riskini önemli ölçüde etkilemediğini göstermektedir (81). BRCA1 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcıları arasında KOK kullanımını araştıran bir meta-analizde, KOK kullanımı ile meme kanseri riski artmış ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ([OR] 1.21, %95 CI 0.93-1.58) (82).

Women's Health Initiative'nin raporlarında, daha yüksek insülin direnci seviyeleri daha yüksek meme kanseri insidansı (HR 1.34, %95 CI 1.12-1.61) ile ilişkilendirilmektedir (83, 84). Ek olarak, diyabet bir meme kanseri risk faktörü olarak kabul edilmese de 17 prospektif çalışmadan elde edilen geniş bir toplu analiz, insülin büyüme faktörü-1'in hem premenopozal hem de postmenopozal kadınlarda meme kanseri riski ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (85, 86).

2.2.9. Reprodüktif Faktörler

Erken menarş yaşı daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilidir (50, 87). 15 yaşında veya sonrasında adet gören kadınların hormon reseptörü pozitif meme kanseri geliştirme olasılığı, 13 yaşından önce adet gören kadınlara kıyasla daha azdır (HR 0.76, %95 CI 0.68-0.85) (50). Yapılan bir çalışmada, menarş başlangıcındaki her bir yıllık gecikme için meme kanseri riskinin %5 daha düşük olduğu görülmektedir (87).

İleri yaşta (genellikle 55 yaş sonrası) menopoza giren kadınlar östrojen ve progesterona daha uzun süre maruz kaldıkları için meme kanseri riskinde artış görülmektedir (67).

Nullipar kadınlar, doğum yapmış kadınlara kıyasla meme kanseri açısından daha yüksek risk altındadır (RR 1.2'den 1.7'ye) (88, 89). Multiparitenin meme kanserine karşı koruma sağlayıp sağlamadığı tartışmalıdır; çünkü multiparitenin etkilerini erken ilk term dönem gebelikten ayırmak zordur; bununla birlikte çalışmalar artan gebelik sayısıyla birlikte riskin azaldığını öne sürmektedir (87, 89, 90).

Paritenin etkisi, ilk term bebek doğum yaşına bağlı olarak da değişmektedir. İleri yaşta gebe kalan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır (87, 89, 90). Hemşirelerin Sağlık Çalışması'nda, menopoza yakın olan veya hiç doğum yapmamış kadınlara göre ilk çocuğunu 20 yaşında doğuran kadınlarda meme kanseri kümülatif insidansının (70 yaşına kadar) %20 daha düşük olduğu ve 25 yaşında doğuranlarda ise %10 daha düşük olduğu görülmektedir; ancak ilk çocuğunu 35 yaşında doğuran kadınlarda meme kanseri kümülatif insidansının %5 daha yüksek olduğu görülmektedir (88). Gebelikte ve sonrasında meme bezinde meydana gelen tam hücresel farklılaşmanın meme kanseri gelişiminden koruduğu öne sürülmektedir (91).

2.2.10. Meme Kanseri Öyküsü

Primer meme kanseri olan yaklaşık 340.000 kadını içeren SEER verilerini kullanan 2010 yılında yapılan bir araştırmaya göre ortalama 7.5 yıllık takip sırasında invaziv kontralateral meme kanseri insidansı %4'tür (92). Kişisel meme kanseri öyküsü olan kadınların, tanıdan sonraki ilk 5 ile 10 yıl içinde yaklaşık %4 ile %7

oranında kontralateral meme kanseri riski vardır (92). Kişisel bir meme kanseri öyküsü olanda, ailede meme kanseri öyküsünün varlığı kontralateral meme kanseri riskini daha da artırır (93).

2.2.11. Aile Öyküsü

Meme kanseri olan 50.000'den fazla kadın ve kontrol grubunun 100.000 kişi olduğu bir çalışmada, bir kadının meme kanseri olan birinci derece akrabası varsa meme kanseri riskinin yaklaşık 2 kat arttığı, meme kanseri olan 2 tane birinci derece akrabası varsa 3 kat arttığı görülmektedir. Etkilenen birinci derece akrabanın tanı yaşı da meme kanseri riskini etkilemektedir (94). Bununla birlikte, tanı yaşı daha geç olan akrabalarda bile aile öyküsü hala önemli bir risk faktörüdür. 400.000'den fazla kadının katıldığı prospektif bir kohort çalışmasında, birinci derece yakınında meme kanseri öyküsü olması, yakınına 50 yaşından önce veya sonra tanı konmuş olup olmadığına bakılmaksızın daha yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmektedir (95).

2.2.12. Alkol Tüketimi

Hem düşük (günde <1 içki) hem de yüksek (günde ≥3 içki) miktarda alkol tüketen kişilerde meme kanseri riskinin, içmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğuna dair tutarlı kanıtlar mevcuttur (96-101). 110 epidemiyolojik çalışmanın 2013 tarihli bir meta-analizi, kadın meme kanseri ile hafif alkol alımı arasında küçük ama anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (RR 1.05, %95 CI 1.02-1.08) (102). Alkol tüketimi hem ER hem de PR pozitif meme kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Menopoz sonrası 51.847 İsveçli kadından oluşan bir kohort çalışması, PR durumundan bağımsız olarak artan alkol alımı ile ER-pozitif meme kanseri arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (RR 1.35, %95 CI 1.02-1.80) (103).

2.2.13. Sigara Tüketimi

Sigara içimi ile meme kanseri arasındaki ilişki karmaşıktır. Sigara içen kadınların %50 kadarı aynı zamanda bilinen bir meme kanseri risk faktörü olan alkol tüketmektedir buna rağmen alkol kullanmayan kadınlarda sigarayla ilişkili meme kanseri riskinin hala daha yüksek olduğu görülmektedir (104). Pasif içicilik ve meme kanseri riski ile ilgili çalışmalar sonuçsuz kalmıştır ancak pasif içicilikle riskin arttığına dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır (105-107).

2.2.14. Terapötik İyonize Radyasyona Maruz Kalma

Hodgkin lenfoma tedavisinde, atom bombası veya nükleer santral kazalarından kurtulanlarda olduğu gibi genç yaşta göğüs bölgesinin iyonize radyasyona maruz kalması, meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkilidir (108-110). En savunmasız yaşlar 10 ile 14 aralığında olsa bile 45 yaşına kadar iyonize radyasyona maruz kalan kadınlarda yüksek risk görülmektedir (111).

2.3. Meme Kanserinden Korunma

Küresel olarak en sık görülen kanser türlerinden biri olan meme kanserinin risk faktörlerinin azaltılması ile birincil korunmanın; tarama testlerinin yapılarak ikincil korunmanın sağlanması ile meme kanserine bağlı morbidite, mortalite ve ekonomik maliyetlerin azaltılması düşünülmüştür (1, 112). Tarama ile erken evrede tanı konulması meme kanserinin tedavisinde ve prognozunda etkilidir (113).

Meme kanseri tarama programlarının etkin olabilmesi için kadınlarda meme kanseri farkındalığı oluşturulmalıdır. Toplum genelinde meme kanseri farkındalığı oluşturmak için 20 yaşından itibaren kadınlara verilmesi önerilen danışmalık hizmetlerinden biri de kendi kendine meme muayenesi hakkındadır (30). Meme kanseri farkındalığı oluşturmak için meme kanseri risk faktörleri, klinik bulguları, tarama yöntemleri, korunma yöntemleri ve erken aşamada teşhis hakkında verilen

eğitimlerle meme kanserinin önlenmesi için veya hastalığın erken aşamada tespiti için sağlık kurumlarına kadınların başvurması sağlanabilir (7).

2.3.1. Birincil Korunma

Birincil korunma, kanser teşhisi almadan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve kanseri engellemeye yönelik yaşam tarzı değişikliğidir (114). Birincil korunmada yaşam tarzı değişikliği önemlidir ancak meme kanseri açısından yüksek riskli bireylerde yaşam tarzı değişikliği yeterli olmayabilir; profilaktik yöntemlerin de (medikal ve cerrahi tedavi) düşünülmesi gerekebilir (115, 116).

2.3.1.1. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, serum östrojenlerini, insülini ve insülin büyüme faktör-1 düzeylerini azaltarak hormonal etkiler yoluyla meme kanseri riskini azaltabilmektedir (117-119). Literatürdeki 139 prospektif ve retrospektif çalışmanın bir meta-analizi, yaklaşık 237.000 meme kanseri vakası ve 4 milyon kontrol grup ile fiziksel aktivite ve kilo kaybını değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre yüksek fiziksel aktivitenin daha düşük meme kanseri riski ile ilişkili olduğu görülmektedir (120).

2.3.1.2. Emzirme

Gebelik ve emzirmenin sağladığı ömür boyu menstrüasyon döngüsünün azalması meme kanserine neden olan hormon maruziyetini düşürerek meme kanseri riskini azaltmaktadır (121). Literatürdeki 47 epidemiyolojik çalışmadan (invaziv meme kanseri olan yaklaşık 50.000 kadın ve 97.000 kontrol) elde edilen bireysel verileri içeren bir araştırmada, her 12 aylık emzirme için meme kanseri rölatif riskinde (RR) %4,3 oranında bir azalma olduğu görülmektedir (122).

2.3.1.3. Alkol tüketimi

Alkol, östrojen düzeyine etki ederek meme kanserine sebep olmaktadır (123). Az miktarda alkol tüketimi bile meme kanseri riskinde artışa sebep olmaktadır (124). Alkolün zararlı tüketiminin kontrol altına alınması veya alkol tüketiminin tamamen bitirilmesi ile meme kanserinin %14 oranında azalacağı uzmanlar tarafından bildirilmektedir (115).

2.3.1.4. Diyet

Diyetin meme kanserine etkisi tam olarak belirli değildir (115, 125). Meyve, sebze, tahıl ve baklagilden yüksek; kırmızı et, işlenmiş gıda ve yağdan fakir diyet meme kanserinin önlenmesinde etkilidir. Tüketilen besin ögesinin glisemik indeksi kanser riskine etki etmektedir (115, 123, 125). Yağdan zengin beslenme östrojen bileşiklerinin üretilmesini artırarak ve obeziteye sebep olarak meme kanseri riskini artırmaktadır (126).

2.3.1.5. Obeziteden Korunma

Vücuttaki fazla yağ östrojen bileşenlerini etkileyerek meme kanserine etki etmektedir. Özellikle menopoz sonrası obezite meme kanseri riskini artırmaktadır (112, 115, 123).

2.3.1.6. Sigara Kullanımı

Sigaranın meme kanserine etkisi tartışmalı bir konu olsa da mevcut kanıtlar erken yaşta sigara içenlerin meme kanseri açısından daha yüksek riske sahip olduğunu göstermektedir (127-131).

2.3.1.7. Erken Yaşta Doğum

Gebelik meme epitelinde koruyucu etkiye sahiptir. İlk doğumunu erken yaşta gerçekleştirenlere göre, hiç doğum yapmayanların veya ileri yaşta doğum yapanların meme kanseri riskinde artış olduğu görülmüştür (89).

2.3.1.8. Profilaktik Mastektomi

Profilaktik mastektomi, meme kanseri gelişme riskinde en büyük azalmayı sağlar. Hem retrospektif hem de prospektif gözlemsel çalışmalar, bilateral profilaktik mastektominin, BRCA gen mutasyonu olan hastalarda meme kanseri insidansını %90'dan fazla azalttığını göstermektedir (132). Hastaların yaşayabileceği olumsuz psikolojik etkilerin rekonstrüksiyon işlemi ile azaltılması sağlanabilir (133).

2.3.1.9. Profilaktik Ooferektomi

Profilaktik ooferektomi endikasyonlarından biri, BRCA-1 ya da BRCA-2 geninde mutasyon varlığıdır. Mutasyon varlığında uygulanan profilaktik ooferektomi, meme kanserine karşı koruyucu bir yöntemdir (134). Ayrıca bilateral ooferektominin unilateral ooferektomiye göre riski daha fazla azaltacağı söylenmektedir (135).

2.3.1.10. Kemoprevensiyon

Yaşam tarzı değişikliğinin yetersiz geldiği yüksek riskli kadınlarda, meme kanserinden korunma amacıyla tamoksifen, raloksifen veya fenretinid kullanılabilir. Bu yöntemde amaç meme kanseri gelişmeden karsinogenezisin önüne geçmek ya da yavaşlatmaktır (135).

2.3.2. İkincil Korunma

İkincil korunma, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi (MMG) gibi tarama yöntemleriyle klinik belirti vermeden önce tanı koymayı ayrıca morbidite ve mortaliteyi azaltmayı ve kişinin yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir (112, 136). Meme kanseri taraması ile erken tanının sağlanması için bireylere bu konuda eğitim verilerek bilgilendirme yapılması gerekmektedir (135). Meme kanseri tarama yöntemleri kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografidir (112, 136).

Kendi kendine uygulanan meme muayenesi yeterli olmasa da kanserin erken evrede saptanmasında önemli bir yöntemdir. Ucuz, karmaşık bir teknik ve eğitim gerektirmeyen, ev ortamında uygulanabilen bir yöntemdir (137, 138). KKMM'nin etkin olabilmesi için kadınların bu konuda istekli ve eğitimli olması; düzenli ve devamlı bir biçimde uygun olan periyodlarda uygulama yapmaları gerekmektedir (17). Literatürdeki bir vaka kontrol çalışması ise KKMM'nin meme kanserinin daha erken bir aşamada tanı konulmasında genel bir etkisi olmadığını bildirmiştir (139). Geniş katılımlı çalışmalarda KKMM uygulamasının, mortalite üzerine etkisinin olmadığı gösterilmiştir (140, 141). Literatürdeki birkaç çalışma ise benign hastalıklar için meme biyopsisi oranının, KKMM öğretilen kadınlar arasında önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (142). Kendi kendine meme muayenesinin yararları hakkında net görüşler olmasa da gelişmekte olan ülkelerde bu muayenenin, meme kanseri tarama yöntemlerinin bileşenlerinden biri olması ve diğer tarama yöntemleriyle birlikte uygulanması önem arz etmektedir. Ülkemizde de kadınlarda meme kanseri farkındalığının artırılıp KKMM'nin nasıl ve ne zaman uygulanacağının öğretilmesi gerekmektedir (143). KKMM uygulama zamanı premenopozal ve postmenopozal dönemde farklıdır. KKMM uygulamasına 20 yaşında başlayıp premenopozal dönemde adet bitiminden sonraki ilk gün içinde, postmenopozal dönemde ise her ayın belirli bir gününde düzenli olarak yapılması gerekmektedir (123). Emzirme döneminde de KKMM'ye devam edilmelidir. Emziren kadınlar, emzirdikten sonra yani meme boşaldıktan sonra yapmalıdır (144).

Bir uzman tarafından meme muayenesi yapılmasına klinik meme muayenesi denir (67). Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından 20 yasından 40 yaşına kadar 2 yılda

bir; 40 yaşından sonra ise yılda 1 kez klinik meme muayenesi önerilmektedir (67). Klinik meme muayenesi mamografi önerilmeyen 40 yaş altı kadınlarda, çeşitli nedenlerle önerilen ancak kılavuzlara uymayan kadınlarda ve düzenli taramaya katılan kadınlarda meme kanserinin daha erken saptanmasına katkı sağlayabilir. Bununla birlikte küçük tümörlerin büyük tümörlerden daha iyi prognoza sahip olduğu genel gözlemi dışında, KMM'nin sağ kalımı uzatmasına veya meme kanseri mortalitesini azaltmasına etkisi bilinmemektedir. Bu belirsizlik seviyesi göz önüne alındığında, çoğu tarama kılavuzu KMM'yi mamografinin tamamlayıcısı olarak önermektedir (145). KMM ayrıca mamografinin görüntüleme alanına girmeyen lezyonların tanısında da önem arz etmektedir (135). Klinik meme muayenesi adet sonrası ilk hafta içinde yapılmalıdır. Muayenede kitle, meme başı akıntısı, meme ucu çekilmesi, asimetri, çukurlaşma ve cilt değişikliklerine bakılmalıdır. Aksilla, supraklavikuler bölge ve göğüs duvarı muayene edilmelidir. Orta üç parmak ile hafif, orta ve derin basınç uygulanarak, dairesel şekilde meme başı areolar kompleksi dahil olacak şekilde palpasyon yapılmalıdır (146). Amerikan Kanser Derneği ise herhangi bir yaşta ortalama risk (yaşam boyu meme kanseri gelişme riski <%15) düzeyine sahip kadınlarda meme kanseri taraması için klinik meme muayenesini önermemektedir (67).

Klinik semptom veya şikayeti olmayan bir hastada tarama mamografisi yapılır. Tarama mamografisinin amacı, erken evre ve dolayısıyla tedavi edilebilir meme kanserini erken teşhis ederek morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Erken tanı, tedavi garantisi vermese de klinik bulgu olmadan meme kanserini saptamak için şu anda mevcut olan en iyi modalite tarama mamografisidir (147-151). Mamografi ile erken evre meme kanserini saptamanın potansiyel faydaları, mamografiden kaynaklanan radyasyonla ilişkili minimal risklerden çok daha ağır basmaktadır (152). Ülkemizde meme kanseri tarama programı kapsamında 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi ile tarama yapılması önerilmektedir (67). Amerikan Kanser Derneği, ortalama risk grubuna ait 40-44 yaş arası kadınlar için her yıl mamografi ile taramaya başlama seçeneğine sahip olabileceklerini belirtmekte olup, 45 ile 54 yaşlarındaki kadınların ise her yıl mamografi çektirmelerini, 55 yaş ve üstü kadınların ise her iki yılda bir veya her yıl mamografi çektirmesini önermektedir. Amerikan Kanser Derneği, yaşam beklentisi en az 10 yıl olduğu sürece mamografi ile taramanın

devam etmesini tavsiye etmektedir (67). Amerikan Kanser Derneği, yüksek riskli kadınlar için 30 yaşından itibaren her yıl meme manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) ve mamografi ile tarama yapılmasını önermektedir.

Meme kanseri için yüksek risk grubunda:

- Yaşam boyu meme kanseri riskinin yaklaşık %20 ile %25 arasında veya daha fazla olması
- Li-Fraumeni, Cowden veya Bannayan-Riley-Ruvalcaba sendromu olan veya bu sendromlardan birine sahip birinci derece akraba varlığı
- 10 ile 30 yaş arasında göğüs bölgesine radyoterapi alınması
- Kendisi genetik test yaptırmamış ancak BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonuna sahip birinci derece akraba varlığı
- Bilinen BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonu varlığı yer almaktadır (67).

Tanısal mamografi, meme şikayetleri ile başvuranlara, anormal klinik muayenesi olan hastalara ve anormal tarama mamografisi olanlara yapılır. Palpe edilebilen bir kitle, meme başı akıntısı veya ağrı gibi spesifik meme semptomları olan hastalara tanısal mamografi yapılmalıdır. Bir tarama mamogramında görülen anormallik malignite açısından çok şüpheli olsa bile lezyonun yaygınlığını ve herhangi bir ek bulgunun varlığını belirlemek için genellikle ek değerlendirme yapılması endikedir (153).

Hastanın özellikleri ve yorum yapan radyolog gibi bir dizi başkaca faktör de taramanın doğruluğunu etkilemektedir (154, 155). Stromadan ve parankimden yoğun memede mamografinin anormallikleri tespit etme potansiyeli düşer. Mamogram yorumlaması için BI-RADS kılavuzları, her mamogram raporunda meme yoğunluğunun bir cümle ile rapor edilmesini önermektedir (156). VKİ düşük olan kişilerde mamografi daha düşük duyarlılığa sahip olabilir. Yaşları 50 ile 64 arasında değişen 122.355 kadın üzerinde yapılan 12 aylık bir prospektif çalışmanın çok değişkenli bir analizinde, vücut kitle indeksi 25'in altında olanlarda mamografinin daha düşük bir duyarlılığa sahip olduğu tespit edilmiştir (157). Birçok çalışma, çok

sayıda tarama ve tanısal mamografileri değerlendiren radyologların mamografi yorumlarının daha doğru olduğunu öne sürmektedir (158-164).

2.4. Meme Kanseri Klinik Bulgular

2.4.1. Kitle

Kadınlarda memede ele gelen kitle yaygın bir semptomdur, ayırıcı tanısında benign ve malign etiyolojiler düşünülmelidir. Altta yatan en sık neden benign meme hastalıklarıdır (165-167). Semptomatik meme kanserinin en sık bulgusu kitledir. Meme kitlelerinin bazı karakterleri, benign ve malign ayrımında yardımcı olabilir. Benign kitle daha çok hareketli, pürüzsüz ve düzenli yapıda görülürken; malign kitle daha büyük, hareketsiz, sert ve heterojen dokuda görülmektedir (168).

2.4.2. Ağrı

Ağrı meme hastalıklarında görülebilen bir semptomdur. Benign meme hastalıklarında daha çok görülmektedir ancak ayırıcı tanısında malignite akla gelmelidir. Tek başına meme kanserinde görülme olasılığı azdır (169-174).

2.4.3. Meme Başı Akıntısı

Meme başı akıntısı, meme ağrısı ve meme kitlesinden sonra meme ile ilgili en yaygın üçüncü şikayettir (175). Patolojik meme başı akıntısı genellikle tek taraflı ve tek bir kanala lokalize, kalıcı ve spontandır. Seröz (berrak veya sarı), kanlı veya seröz-kanlı olabilir. Patolojik meme başı akıntısının yaygın etiyolojileri papillom, duktal ektazi, malignite ve enfeksiyondur. Patolojik meme başı akıntısının en yaygın nedeni ise benign bir papillomdur (176-178). Patolojik meme başı akıntısı vakalarının %5 ile 15'inde kanser bulunur (179-181).

2.4.4. Meme Başında Retraksiyon ve Çökme

Meme kanserinde meme başı retraksiyonu görülebilir ve malignite ile ilişkili olan retraksiyonlar asimetrik olma eğilimindedir (182). Memede asimetri, cilt retraksiyonu, şişkinlik, ödem, eritem veya cilt kalınlaşması malignite düşündüren diğer bulgulardır (168).

2.5. Meme Kanseri Tanı Basamakları

Meme kanseri tanısı anamnez, fizik muayene, radyolojik görüntüleme ve patolojik tanı bileşenlerinden oluşmaktadır.

2.5.1. Anamnez

İlk adet yaşı, menopoz durumu, hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif kullanımı ve radyasyona maruziyet sorulmalıdır. Kişisel öykü ve aile öyküsü ayrıntılı alınmalıdır. Kişisel öyküsünde meme biyopsisi ve meme hastalığı sorulmalıdır. Aile öyküsünde over ve meme kanseri varlığı ve yakınlık derecesi sorulmalıdır. Hastanın mevcut şikayetleri sorulmalıdır (183).

2.5.2. Radyolojik Görüntüleme

2.5.2.1. Mamografi

Mamografi meme hastalıklarının tanı ve taramasında yaygın kullanılan, etkinliği kanıtlanmış memenin ana görüntüleme tekniğidir (184). Amerikan Radyoloji Koleji ve Amerikan Kanser Derneği tarafından meme görüntüleme raporlama ve veri sistemi (BI-RADS), bir mamografi raporunun formatını standart hale getirmek için geliştirilmiş olup daha sonra ultrasonografi (USG)'ye adapte edilmiştir (185).

BI-RADS SINIFLAMASI

BI-RADS 0:Yetersiz tetkik

BI-RADS 1: Negatif

BI-RADS 2: Benign

BI-RADS 3: Muhtemelen benign

BI-RADS 4: Şüpheli

4A: Düşük malignite şüphesi

4B: Malignite için orta derecede şüphe

4C: Yüksek malignite şüphesi

BI-RADS 5: Çok yüksek derecede malignite düşündürür

BI-RADS 6: Kanıtlanmış malignite vardır

BI-RADS 1 ve 2'de rutin takip yapılmalıdır. BIRADS 0'da ek inceleme yapılmalıdır. BI-RADS 3'te 6 ay sonra kontrol gereklidir. BI-RADS 4 ve 5'te doku teşhisi gereklidir (185).

2.5.2.2. USG

Meme kanseri açısından ortalama veya düşük risk (yaşam boyu meme kanseri riski<%15) grubundaki kadınlarda tarama USG'si önerilmez. USG, meme yoğunluğu fazla olan kadınlar da dahil olmak üzere ortalama veya düşük risk grubunda mortaliteyi azaltmak için bir tarama modalitesi olarak değerlendirilmemektedir (186). Mamografik taramaya USG eklenmesinin meme kanseri mortalitesini azalttığı henüz gösterilmemiştir (187). Meme kanseri açısından ortalama riskli kadınlarda, mamografi ve tamamlayıcı USG taramasını tek başına mamografi taramasıyla karşılaştıran randomize çalışma yoktur (188). Meme kanserinden şüphelenilen hastalarda palpe edilebilen bir kitle varsa ve/veya mamografide bir anormallik görülüyorsa meme ultrasonografisi sıklıkla ilk tanısal değerlendirmeye eklenir (189).

2.5.2.3. MRG

Amerikan Kanser Derneği ortalama riskli (yaşam boyu meme kanseri riski <%15) kadınlara meme kanseri taraması için MRG önermemektedir (189). Mamografide yoğun meme dokusu olan ortalama riskli kadınların tamamlayıcı meme USG'si veya MRG taramasını destekleyecek büyük ve ileriye dönük çalışmalar yoktur (190). Amerikan Kanser Derneği, yüksek riskli (yaşam boyu meme kanseri riski >%20) kadınlar için 30 yaşından itibaren her yıl meme MRG ve mamografi ile tarama yapılmasını önermektedir (67).

2.6. Kanser Taramasında Aile Hekiminin Rolü

Sağlık eğitimi vermek aile hekimlerinin görevleri arasındadır (31). Aile hekimleri, bireyi yakından tanıyıp koruyucu sağlık hizmetleri ve eğitimlerinin nasıl verileceğini en iyi bilen kişilerdir. Koruyucu sağlık hizmetinin önemi giderek artmakta olup aile hekimi bireye yönelik biyopsikososyal yaklaşım ile koruyucu sağlık hizmetinde önem arz etmektedir (32). Koruyucu hekimlik, sağlık hizmetleri arasında en etkin olarak birinci basamakta yapılmaktadır (31). Aile hekimi, kendi nüfusuna kayıtlı bireylere bütüncül bir yaklaşım sergileyip bir bütün olarak değerlendirmelidir (32). Aile hekimi birey merkezli yaklaşımın yanında aile ve topluma yönelik olma özellikleriyle de toplum sağlığında önemli yer almaktadır (31, 32). Toplumun bütününü ilgilendiren kanser tarama programlarının hedefe ulaşabilmesinde aile hekimlerinin önemi büyüktür. Kendi bünyesine kayıtlı kişilere kanser tarama programları hakkında danışmanlık verilmesinde, taramaların takibinde, tarama için uygun yaştaki hedef kitleye ulaşılmasında ve tarama sonuçlarının iletilmesinde aile hekimlerinin rolü çok önemlidir (32).

2.7. Sağlık İnanç Modeli

Kişi hasta olunca sağlığına kavuşmak için çaba gösterir ama çağdaş halk sağlığı felsefesine göre daha önemli olan hastalığa yakalanmadan sağlığın korunması ve iyileştirilmesidir (191).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), kişinin tutum ve davranışlarının nedenini ortaya koyan, kişinin sağlığını koruyup geliştiren davranışlarla birlikte hasta bireyi sağlık arayışında neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklayan, ölçen ve yol gösteren bir modeldir (11). Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski belki de en çok kullanılan modeldir (191). Sağlık İnanç Modeli bireyin sağlık davranışı ile inanç, değer ve tutumları arasında ilişki olduğunu söyleyen, olumsuz inanç ve tutumların tespitiyle kişiye özel sağlık uygulamalarının belirlenmesinde etkili olan bir modeldir (191).

2.7.1. Sağlık İnanç Modeli Kavramları

Hassasiyet/Duyarlılık: Kişinin hastalığa yakalanabileceğinin farkında olması ve bireysel riskin algılanmasıdır. Hassasiyet arttıkça risk oluşturan faktörlerden uzak durma ve koruyucu sağlık davranışı gösterme ihtimali artmaktadır (191, 192).

Ciddiyet/Önemseme: Sağlık probleminin bireyde oluşturabileceği zararlı sonuçların ve bireysel tehdidin algılanmasıdır (191, 192).

Yarar algısı: Bireyin hastalıktan korunmak için sergileyeceği davranış değişikliğinin olumlu sonuçlarının ve yararının algılanmasıdır (191, 192).

Engel algısı: Bireyin hastalığın oluşmasında ya da sağlığın iyileştirilmesinde koruyucu sağlık davranışının önünde bireysel olarak algıladığı engellerdir (191, 192).

Öz etkililik: Kişinin istenilen sonuca erişebilmek için sergileyeceği sağlık davranışında bireysel yeterliliğine olan inancıdır. Öz etkililik arttıkça eyleme geçme olasılığı ve yapılan eylemin etkinliği artmaktadır (191, 192).

Sağlık motivasyonu: Bireyin sağlığının devamı ve iyileştirilmesi için sağlık arayışında genel niyet ve isteklilik halidir (192).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11/04/2019 tarih ve 11 sayılı kararı ile araştırmanın yürütülmesi için izin alınmıştır (Ek-D).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evreni Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran meme kanseri tarama grubundaki kadınlardan oluşmaktadır. Etik izin alındıktan sonra başlanan çalışma 1 Ocak 2020 ile 30 Haziran 2021 tarihleri arasında 18 aylık bir sürede yapılmıştır.

Hedefimiz 1000 kişiye ulaşmak olup 1082 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 40-69 yaş aralığında olmaları
- Kadın cinsiyette olmaları
- Okuma yazma bilmeleri
- Meme kanseri tanısı almamış olmaları.

3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli

Dahil edilme kriterlerine uyan ve aydınlatılmış yazılı onamı alınan meme kanseri tarama grubundaki kadınlara, anket ve ölçek yüz yüze görüşmeyle uygulanmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Kaynakları

Çalışmaya katılmayı gönüllülük esasına göre kabul eden kişilerden aydınlatılmış yazılı onam alındıktan sonra literatüre uygun şekilde hazırlanmış olan anket ve meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği (SİMÖ) kullanılmıştır.

3.6.1. Anket İçeriği

Literatür taraması yapılarak hazırlanmış olup 30 sorudan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri, meme kanseri risk faktörleri, mamografi taraması yaptırma davranışı, aile hekiminin ve diğer sağlık çalışanlarının meme kanseri danışmanlığı ile ilgili soruları içeren bölümlerden oluşmaktadır.

3.6.2. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Victoria Champion Sağlık İnanç Modeli'ni baz alarak 1984 tarihinde meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni geliştirmiş ve revize etmiştir (193).

Araştırmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği alınan Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe'ye uyarlanan versiyonu kullanılmıştır (193).

Duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, kendi kendine meme muayenesinin yararları, engelleri, öz etkililiği, mamografinin yararları ve engelleri olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Duyarlılık üç, ciddiyet altı, sağlık motivasyonu beş, kendi kendine meme muayenesinin yararları dört, engelleri sekiz, öz etkililiği on, mamografinin yararları beş ve engelleri on bir olmak üzere toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçek likert tipi olup 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. 'Kesinlikle katılmıyorum' ifadesi 1, 'katılmıyorum' 2, 'kararsızım' 3, 'katılıyorum' 4, 'kesinlikle katılıyorum' 5 puan anlamına gelmektedir. Her alt boyut kendi içinde değerlendirilmekte olup ölçek tek bir toplam puan olarak hesaplanmamaktadır (192).

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda SPSS 22 paket programı kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans ve yüzde istatistikleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenler karşılaştırılırken ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik ile sürekli değişkenler karşılaştırılırken Student t ve Anova testi kullanılmıştır. Anova testi uyguladıktan sonra farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post-hoc Tukey HSD ve LSD testi kullanılmıştır. Yapılan testlerde anlamlılık $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamıza 40-69 yaş aralığında 1082 kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 50,93±7,52, boy ortalaması 161,71±5,65 ve kilo ortalaması ise 70,9±12,3'tür. Katılımcılardan 516 (%47,68) kişinin eğitim seviyesi ilkokul iken, 186 (%7,2) kişinin ise lisans düzeyindedir. Katılımcılardan 884 (%81,7)'ü evliyken, 749 (%69,2)'u çalışmamakta olup, 480 (%44,4)'inin ise gelir seviyesi gider seviyesinden azdır.

Katılımcılardan 744 (%68,8) kişi hiç sigara içmemekte olup, 975 (%90,1) kişi ise alkol kullanmamaktadır.

Katılımcılardan 819 (%75,7)'unun ilk adeti 12-14 yaş aralığındadır. Doğum öyküsüne bakıldığında 941 (%87)'i doğum yapmamışken, 852 (%78,7)'sinin ise ilk doğumu 30 yaş öncesidir. Katılımcılardan 810 (%74,9)'u OKS kullanmamaktadır.

Katılımcılardan 551 (%50,9) kişi menopoza girmiş olup, menopoza girme yaş ortalaması 47,86±4,7'dir. Menopoza giren kadınlar arasında 506 (%91,8) kişi hormon replasman tedavisi almamaktadır.

Katılımcılardan 1050 (%97)'si hiç ışın tedavisi almamışken, 1032 (%95,4)'sinin ise herhangi bir kanser öyküsü yoktu.

Soy geçmişinde kanser olan 349 (%32,3) kişiden 139'unun ailesinde meme kanseri vardı. Katılımcıların 943 (%87,2)'ünün ailesinde meme kanseri yoktu ancak 1 (%0,1) kişinin ise hem anne hem de iki kız kardeşinde meme kanseri vardı.

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+ n(%)	MMG- n(%)	p
Eğitim Durumu	İlkokul	237(45,9)	279(54,1)	0,689
	Ortaokul	71(45,8)	84(54,2)	
	Lise	113(50,2)	112(49,8)	
	Üniversite	84(45,2)	102(54,8)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	350(46,7)	399(53,3)	**0,001**
	Çalışıyor	117(42,1)	161(57,9)	
	Emekli	38(69,1)	17(30,9)	
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	215(44,8)	265(55,2)	0,313
	Gelirim giderimle aynı	220(49,4)	225(50,6)	
	Gelirim giderimden çok	70(44,6)	87(55,4)	
Medeni Durum	Evli	417(47,2)	467(52,8)	**0,002**
	Bekar	25(30,5)	57(69,5)	
	Boşanmış	22(44,9)	27(55,1)	
	Dul	41(61,2)	26(38,8)	

Tablo 1'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmektedir. Çalışan katılımcılardan 161 (%57,9)'inin mamografi çektirmediği, emekli olanların ise 38 (%69,1)'inin mamografi çektirdiği tespit edildi (p=0,001). Bekar katılımcılardan 57 (%69,5)'sinin, dul katılımcıların ise 26 (%38,8)'sının mamografi çektirmediği saptandı (p=0,002). Eğitim durumunun (p=0,689) ve gelir düzeyinin (p=0,313) mamografi taraması yaptırmada etkisi görülmedi.

Tablo 2. Katılımcıların Alışkanlıklarının Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+	MMG-	p
		n(%)	n(%)	
Alkol Kullanma	Alkol+	52(48,6)	55(51,4)	0,674
	Alkol-	453(46,5)	522(53,5)	
Sigara İçme	Hiç içmedim	335(45)	409(55)	0,116
	İçtim bıraktım	90(53,9)	77(46,1)	
	Hala içiyorum	80(46,8)	91(53,2)	

Tablo 2'de madde kullanımın mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmekte olup, sigara (p=0,116) ve alkol (p=0,674) kullanımının tarama yaptırmada etkisi olmadığı görüldü.

Tablo 3. Katılımcıların Özgeçmiş ve Soy Geçmişinin Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+	MMG-	p
		n(%)	n(%)	
Herhangi bir kanser öykünüz var mı?	Var	27(54)	23(46)	0,288
	Yok	478(46,3)	554(53,7)	
Ailede kanser öyküsü	Var	197(56,4)	152(43,6)	**<0,001**
	Yok	308(42)	425(58)	
Ailede meme kanseri öyküsü var mı?	Ailede meme kanseri öyküsü yok	418(44,3)	525(55,7)	
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	47(59,5)	32(40,5)	
	Anne ya da kız kardeş	36(65,5)	19(34,5)	
	Anne ve iki kız kardeş	3(75)	1(25)	
Işın tedavisi aldınız mı?	Evet	16(50)	16(50)	0,702
	Hayır	489(46,6)	561(53,4)	
HRT kullandınız mı?	Evet	29(64,4)	16(35,6)	0,084
	Hayır	258(51)	248(49)	

Tablo 3'te özgeçmiş ve soy geçmişin mamografi taraması yatırmaya etkisi görülmektedir. Ailesinde kanser öyküsü olanların 197 (%56,4)'si, olmayanların 308 (%42)'i mamografi taraması yaptırmaktadır (p<0,001). Özgeçmişinde radyoterapi (p=0,702), hormon replasman tedavisi (p=0,084) ve kanser öyküsü olmasının (p=0,288) ise tarama yaptırmaya etkisi görülmedi.

Katılımcıların 943 (%87) 'ünde ailede meme kanseri öyküsü yoktu. Akrabalık düzeyi ile mamografi ilişkisini araştırmaya yetecek alt grup sayılarına ulaşılamadı.

Tablo 4. Ailede Meme Kanseri Varlığının Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+	MMG-	p
		n(%)	n(%)	
Ailede meme kanseri öyküsü	Aile öyküsü -	418(%44,3)	525(%55,7)	**<0,001**
	Aile öyküsü +	87(%62,6)	52(%37,4)	

Tablo 4'te ailede meme kanseri varlığının mamografi taramasına etkisi görülmektedir. Ailesinde meme kanseri olanlardan 87 (%62,6) kişi, olmayanlardan 418 (%44,3) kişi mamografi taraması yaptırdığını ifade etti (p<0,001).

Tablo 5. Katılımcıların Reprodüktif Döneminin Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+	**MMG-**	**p**
		n(%)	**n(%)**	
Doğum yapma	Evet	456(48,5)	485(51,5)	**0,002**
	Hayır	49(34,8)	92(65,2)	
Çocuk doğurma yaşı	<30 yaş ilk doğum	417(48,9)	435(51,1)	**0,007**
	>30 yaş ilk doğum	39(43,3)	51(56,7)	
	Çocuk yok	49(35)	91(65)	
Doğum kontrol hapı kullanma	OKS+	149(54,8)	123(45,2)	**0,002**
	OKS-	356(44)	454(56)	
İlk adet başlama yaşı	≥15 yaş	90(47,1)	101(52,9)	0,982
	12-14 yaş	382(46,6)	437(53,4)	
	≤11 yaş	33(45,8)	39(54,2)	

Tablo 5'te reprodüktif dönemin mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmektedir. Doğum yapan katılımcıların 456 (%48,5)'sı, yapmayanların ise 49 (%34,8)'u mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p=0,002). En çok mamografi taraması yaptırma oranı 30 yaş öncesi ilk doğumunu yapan kadınlardayken (%82,6), en az ise 30 yaş sonrası yapan kadınlarda (%7,7) olduğu görüldü (p=0,007). Oral kontraseptif kullanan 149 (%54,8) kişi, kullanmayan 356 (%44) kişi mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p=0,002). İlk adet görme yaşının mamografi taraması yaptırmada etkisi yoktu (p=0,982).

Tablo 6. Aile Hekiminin Katılımcılara Danışmanlık Vermesinin Mamografi Taramasına Etkisi

		MMG+ n(%)	MMG- n(%)	p
Aile hekimini bilme	Evet	446(52,9)	397(47,1)	**<0,001**
	Hayır	59(24,7)	180(75,3)	
AH ile meme kanseri hakkında konuşma	Evet	266(67,3)	129(32,7)	**<0,001**
	Hayır	239(34,8)	448(65,2)	
AH risk faktörleri hakkında önerilerde bulundu mu?	Evet	216(65,7)	113(34,3)	**<0,001**
	Hayır	289(38,4)	464(61,6)	
AH MMG çektirmeniz gerektiğini söyledi mi?	Evet	168(74,7)	57(25,3)	**<0,001**
	Hayır	337(39,3)	520(60,7)	
MMG sonucunuzu aile hekimi sordu mu?	Evet	180(90,5)	19(9,5)	**0,001**
	Hayır	325(36,8)	558(63,2)	
AH size meme muayenesi yaptı mı?	Evet	137(70,6)	57(29,4)	**<0,001**
	Hayır	368(41,4)	520(58,6)	

Tablo 6'da aile hekiminin meme kanseri hakkında danışmanlık vermesinin mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmektedir. Aile hekimine kontrollere gidenlerden 446 (%52,9) kişi, gitmeyenlerden 59 (%24,7) kişi mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p<0,001). Aile hekiminin meme kanseri hakkında bilgi verdiği katılımcılardan 266 (%67,3) kişi, bilgi vermediği katılımcılardan 239 (%34,8) kişi mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p<0,001). Aile hekiminin meme kanseri danışmanlığında risk faktörleri hakkında önerilerde bulunduğu katılımcıların 216 (%65,7)'sı, önerilerde bulunmadığı katılımcıların 289 (%38,4)'u mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p<0,001). Aile hekiminin meme kanseri danışmanlığında mamografi taraması yaptırmasını önerdiği katılımcılardan 168 (%74,7) kişi, önermediği katılımcılardan 337 (%39,3) kişi mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p<0,001). Aile hekiminin mamografi danışmanlığında mamografi sonucunu takip ettiği katılımcıların 180 (%90,5)'i, sonucunu takip etmediği katılımcıların 325 (%36,8)'i mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p=0,001). Aile hekiminin meme muayenesi yaptığı katılımcılardan 137 (%70,6) kişi, meme muayenesi yapmadığı katılımcılardan 368 (%41,4) kişi mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p<0,001).

Tablo 7. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografi Taraması Yaptırmaya Etkisi

		MMG+	MMG-	p
		n(%)	n(%)	
Başka hekim MMG çektirmeniz gerektiğini söyledi mi?	Evet	254(87,3)	37(12,7)	**<0,001**
	Hayır	251(31,7)	540(68,3)	
AH MMG çektirmeniz gerektiğini söyledi mi?	Evet	168(74,7)	57(25,3)	**<0,001**
	Hayır	337(39,3)	520(60,7)	
MMG çektirmeniz gerektiğini sağlık çalışanı yakınınız mı söyledi?	Evet	62(62)	38(38)	**0,001**
	Hayır	443(45,1)	539(54,9)	
MMG çektirmeniz gerektiğini yakınınız söyledi mi?	Evet	26(48,1)	28(51,9)	0,824
	Hayır	479(46,6)	549(53,4)	
MMG çektirmeniz gerektiğini başka yerden mi öğrendiniz?	Evet	48(35,3)	88(64,7)	**0,004**
	Hayır	457(48,3)	489(51,7)	

Tablo 7'de mamografi danışmanlığı alma yerinin mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmektedir. Aile hekimi dışında başka bir hekim tarafından mamografi danışmanlığı alan katılımcıların 254 (%87,3)'ü, danışmanlık almayan katılımcıların ise 251 (%31,7)'i mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p<0,001). Sağlık çalışanı yakını tarafından mamografi taraması yaptırması önerilenlerden 62 (%62) kişi, önerilmeyenlerden 443 (%45,1) kişi mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p=0,001). Mamografi taraması yaptırması gerektiğini hekim, sağlık çalışanı yakını ve sağlık çalışanı olmayan bir yakını dışında başka yerden öğrenen katılımcılardan 48 (%35,3) kişi, hiçbir yerden öğrenmeyen katılımcılardan ise 457 (%48,3) kişi mamografi taraması yaptırdığını bildirdi (p=0,004). Yakını tarafından mamografi taraması önerilmesinin tarama yaptırmaya etkisi görülmedi (p=0,824).

Tablo 8. Hekim Tarafından Meme Muayenesi Olmanın Mamografi Taraması Yaptırmaya Etkisi

		MMG+	MMG-	p
		n(%)	n(%)	
Bir doktor tarafından meme muayenesi oldunuz mu?	Evet	413(71,8)	162(28,2)	**<0,001**
	Hayır	92(18,1)	415(81,9)	
AH size meme muayenesi yaptı mı?	Evet	137(70,6)	57(29,4)	**<0,001**
	Hayır	368(41,4)	520(58,6)	

Tablo 8'de hekim tarafından meme muayenesi olmanın mamografi taraması yaptırmaya etkisi görülmektedir. Bir doktor tarafından meme muayenesi olan katılımcıların 413 (%71,8)'ü, muayene olmayanların 92 (%18,1)'si mamografi taraması yaptırdığını belirtti (p<0,001).

Tablo 9. Katılımcıların Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	**Min**	**Max**	**Ort±SD**
Duyarlılık toplam puan	3,00	15,00	7,29±2,50
Ciddiyet toplam puan	6,00	30,00	19,89±5,01
Sağlık motivasyonu toplam puan	5,00	30,00	20,11±3,56
KKMM yarar toplam puan	4,00	20,00	15,18±3,34
KKMM engel toplam puan	8,00	40,00	19,81±5,68
KKMM öz etkililik toplam puan	10,00	50,00	33,94±8,21
MMG yararları toplam puan	5,00	25,00	18,43±3,41
MMG engelleri toplam puan	11,00	55,00	27,95±7,79

Tablo 9'da katılımcıların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçek alt boyutları görülmektedir.

Tablo 10. Katılımcıların Aile Hekimini Tanıma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	AH tanıma+ Ort±SD	**AH tanıma- Ort±SD**	**p**
Duyarlılık toplam puan	7,31±2,54	7,22±2,37	0,619
Ciddiyet toplam puan	19,91±5,02	19,79±4,98	0,737
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,39±3,45	19,10±3,77	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,42±3,30	14,30±3,36	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,58±5,86	20,64±4,96	**0,005**
KKMM öz etkililik toplam puan	34,65±8,24	31,42±7,59	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	18,57±3,39	17,94±3,44	**0,013**
MMG engelleri toplam puan	27,33±7,73	30,16±7,64	**<0,001**

Tablo 10'da aile hekimini tanıma durumunun meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Sağlık motivasyonu (p<0,001), kendi kendine meme muayenesinin yararları (p<0,001), öz etkililiği (p<0,001) ve mamografinin yararları (p=0,013) alt boyutlarında aile hekimini tanıyan katılımcıların

tanımayanlara göre daha yüksek puan aldığı saptandı. Kendi kendine meme muayenesinin engelleri (p=0,005) ve mamografinin engelleri (p<0,001) alt boyutlarında ise daha düşük puan aldığı tespit edildi.

Aile hekimini tanıyan katılımcılarla, tanımayan katılımcıların duyarlılık (p=0,619) ve ciddiyet (p=0,737) alt boyutlarında benzer puan aldığı görüldü.

Tablo 11. Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Hakkında Katılımcılara Bilgi Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	AH meme kanseri hakkında konuşma+ Ort±SD	AH meme kanseri hakkında konuşma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,64±2,52	7,09±2,47	**<0,001**
Ciddiyet toplam puan	20,51±4,90	19,53±5,03	**0,002**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,43±3,46	19,92±3,61	**0,022**
KKMM yarar toplam puan	15,50±3,34	14,99±3,33	**0,016**
KKMM engel toplam puan	19,55±5,78	19,96±5,62	0,254
KKMM öz etkililik toplam puan	35,37±7,88	33,11±8,28	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	18,52±3,63	18,38±3,27	0,532
MMG engelleri toplam puan	26,87±8,12	28,58±7,53	**0,001**

Tablo 11'de aile hekiminin meme kanseri hakkında katılımcılara bilgi vermesinin sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p<0,001), ciddiyet (p=0,002), sağlık motivasyonu (0,022), KKMM'nin yararları (p=0,016) ve öz etkililiği (p<0,001) alt boyutlarında aile hekiminin meme kanseri hakkında bilgi verdiği katılımcıların, bilgi vermediği katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı, mamografinin engelleri (p=0,001) alt boyutunda ise daha düşük puan aldığı görüldü.

Aile hekiminin meme kanseri hakkında bilgi verdiği katılımcılarla, bilgi vermediği katılımcıların KKMM'nin engelleri (p=0,254) ve mamografinin yararları (p=0,532) alt boyutlarında benzer puan aldığı saptandı.

Tablo 12. Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Danışmanlık Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	AH risk faktörleri hakkında önerilerde bulundu mu? + Ort±SD	AH risk faktörleri hakkında önerilerde bulundu mu? - Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,64±2,53	7,13±2,47	**0,002**
Ciddiyet toplam puan	20,46±4,98	19,64±5,0	**0,013**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,42±3,47	19,97±3,59	0,057
KKMM yarar toplam puan	15,55±3,34	15,01±3,33	**0,015**
KKMM engel toplam puan	19,50±5,85	19,95±5,61	0,224
KKMM öz etkililik toplam puan	35,62±7,69	33,20±8,32	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	18,44±3,62	18,42±3,31	0,935
MMG engelleri toplam puan	26,68±8,18	28,51±7,55	**<0,001**

Tablo 12'de aile hekimlerinin meme kanseri risk faktörleri hakkında danışmanlık verme durumunun sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,002), ciddiyet (p=0,013), KKMM'nin yararları (p=0,015) ve öz etkililiği (p<0,001) alt boyutlarında aile hekiminin meme kanseri risk faktörleri hakkında danışmanlık verdiği katılımcıların, vermediği katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak mamografinin engel (p<0,001) alt boyutunda ise daha düşük puan aldığı saptandı.

Aile hekiminin meme kanseri risk faktörleri hakkında danışmanlık verdiği katılımcılarla, vermediği katılımcıların sağlık motivasyonu (p=0,057), KKMM'nin engelleri (p=0,224) ve mamografinin yararları (p=0,935) alt boyutlarında benzer puan aldığı tespit edildi.

Tablo 13. Aile Hekiminin Mamografi Taraması Hakkında Danışmanlık Verme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Aile hekimi mamografi çektirmesini önerdi mi? + Ort±SD	Aile hekimi mamografi çektirmesini önerdi mi? - Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,77±2,48	7,16±2,49	**0,001**
Ciddiyet toplam puan	20,83±4,75	19,64±5,04	**0,001**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,38±3,27	20,03±3,63	0,193
KKMM yarar toplam puan	15,32±3,35	15,14±3,34	0,487
KKMM engel toplam puan	19,67±5,96	19,85±5,61	0,660
KKMM öz etkililik toplam puan	35,20±7,51	33,60±8,35	**0,006**
MMG yararları toplam puan	18,25±3,56	18,47±3,37	0,386
MMG engelleri toplam puan	26,84±7,96	28,25±7,73	**0,016**

Tablo 13'te aile hekiminin mamografi taraması hakkında danışmanlık verme durumunun, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,001), ciddiyet (p=0,001) ve KKMM'nin öz etkililiği (p=0,006) alt boyutlarında aile hekiminin mamografi danışmanlığı verdiği katılımcıların vermediği katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak mamografinin engel (p=0,016) alt boyutunda ise daha düşük puan aldığı saptandı.

Aile hekiminin mamografi taraması hakkında danışmanlık verdiği katılımcılarla, vermediği katılımcıların sağlık motivasyonu (p=0,193), KKMM'nin yararları (p=0,487), engelleri (p=0,66) ve mamografinin yararları (0,386) alt boyutlarında benzer puan aldığı bulundu.

Tablo 14. Aile Hekiminin Mamografi Sonucunu Takip Etme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Aile hekiminin mamografi taramasının sonucunu takip etmesi+ Ort±SD	Aile hekiminin mamografi taramasının sonucunu takip etmesi- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,67±2,54	7,20±2,48	**0,016**
Ciddiyet toplam puan	20,94±4,25	19,65±5,13	**<0,001**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,19±3,53	20,09±3,57	0,710
KKMM yarar toplam puan	15,43±3,4	15,12±3,33	0,234
KKMM engel toplam puan	19,16±5,73	19,96±5,66	0,070
KKMM öz etkililik toplam puan	35,58±8,01	33,57±8,21	**0,002**
MMG yararları toplam puan	18,65±3,69	18,38±3,34	0,315
MMG engelleri toplam puan	25,90±7,84	28,42±7,71	**<0,001**

Tablo 14'te aile hekimlerinin mamografi danışmanlığında sonuç takibinin ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,016), ciddiyet (p<0,001) ve KKMM'nin öz etkililiği (p=0,002) alt boyutlarında aile hekiminin mamografi sonucunu takip ettiği katılımcıların, takip etmediği katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak mamografinin engel (p<0,001) alt boyutunda ise daha düşük puan aldığı görüldü.

Aile hekiminin mamografi sonucunu takip ettiği katılımcılarla, takip etmediği katılımcıların sağlık motivasyonu (p=0,710), KKMM'nin yararları (p=0,234), engelleri (p=0,070) ve mamografinin yararları (p=0,315) alt boyutlarında benzer puan aldığı tespit edildi.

Tablo 15. Aile Hekimi Dışında Bir Hekim Tarafından Mamografi Taraması Hakkında Danışmanlık Alma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Başka hekim size mamografi çektirmesini önerdi mi? + Ort±SD	Başka hekim size mamografi çektirmesini önerdi mi? - Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,64±2,65	7,16±2,43	**0,006**
Ciddiyet toplam puan	20,12±4,88	19,8±5,05	0,354
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,84±3,18	19,83±3,66	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,78±3,06	14,96±3,41	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,42±5,91	19,96±5,59	0,164
KKMM öz etkililik toplam puan	34,95±8,66	33,56±8,01	**0,014**
MMG yararları toplam puan	19,05±3,37	18,20±3,40	**<0,001**
MMG engelleri toplam puan	25,50±7,84	28,86±7,58	**<0,001**

Tablo 15'te aile hekimi dışında başka bir hekim tarafından mamografi taraması hakkında danışmanlık alma durumunun, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,006), sağlık motivasyonu (p<0,001), KKMM'nin yararları (p<0,001), öz etkililiği (p=0,014) ve mamografinin yararları (p<0,001) alt boyutlarında aile hekimi dışında başka bir hekimden danışmanlık alan katılımcıların, almayan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak mamografinin engel (p<0,001) alt boyutunda ise daha düşük puan aldığı görüldü. Aile hekimi dışında bir hekim tarafından mamografi taraması hakkında danışmanlık alan katılımcılarla, almayan katılımcıların ciddiyet (p=0,354) ve KKMM'nin engelleri (p=0,164) alt boyutlarında benzer puan aldığı tespit edildi.

Tablo 16. Sağlık Çalışanı Yakını ile Mamografi Taraması Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Sağlık çalışanı olan yakınınız size mamografi çektirmenizi önerdi mi? + Ort±SD	Sağlık çalışanı olan yakınınız size mamografi çektirmenizi önerdi mi? - Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,33±2,59	7,28±2,49	0,877
Ciddiyet toplam puan	20,38±4,58	19,84±5,05	0,306
Sağlık motivasyonu toplam puan	19,85±3,72	20,13±3,54	0,443
KKMM yarar toplam puan	15,22±3,21	15,17±3,36	0,905
KKMM engel toplam puan	20,44±5,29	19,75±5,72	0,253
KKMM öz etkililik toplam puan	34,98±6,36	33,83±8,37	0,099
MMG yararları toplam puan	18,35±2,94	18,44±3,45	0,798
MMG engelleri toplam puan	28,03±7,40	27,95±7,84	0,924

Tablo 16'da sağlık çalışanı yakınının mamografi taraması hakkında bilgi vermesinin, katılımcıların sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Sağlık çalışanı yakınının mamografi taraması hakkında bilgi verdiği katılımcılarla, bilgi vermediği katılımcıların ölçeğin tüm alt boyutlarında benzer puan aldığı tespit edildi.

Tablo 17. Yakını İle Mamografi Taraması Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Mamografi çektirmeniz gerektiğini yakınınız söyledi mi? + Ort±SD	Mamografi çektirmeniz gerektiğini yakınınız söyledi mi? - Ort±SD	P
Duyarlılık toplam puan	7,05±2,85	7,30±2,48	0,475
Ciddiyet toplam puan	21,92±4,56	19,78±5,01	**0,002**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,38±3,14	20,09±3,58	0,557
KKMM yarar toplam puan	15,27±3,32	15,17±3,34	0,829
KKMM engel toplam puan	21,38±4,93	19,73±5,71	**0,021**
KKMM öz etkililik toplam puan	32,72±7,33	34,0±8,25	0,263
MMG yararları toplam puan	19,55±3,08	18,37±3,41	**0,013**
MMG engelleri toplam puan	29,79±6,59	27,86±7,84	0,076

Tablo 17'de katılımcıların sağlık çalışanı olmayan yakınının mamografi taraması hakkında öneride bulunmasının, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Ciddiyet (p=0,002) ve mamografinin yararları (p=0,013) alt boyutlarında sağlık çalışanı olmayan yakını tarafından mamografi taraması önerilen katılımcıların, önerilmeyen katılımcılardan daha yüksek puan aldığı tespit edildi. Duyarlılık (p=0,475), sağlık motivasyonu (p=0,557), KKMM'nin yararları (p=0,829), öz etkililiği (p=0,263) ve mamografinin engelleri(p=0,076) alt boyutlarında benzer puan aldığı görüldü. KKMM engel alt boyutunda ise sağlık çalışanı olmayan yakını tarafından mamografi taraması önerilen katılımcıların daha yüksek puan aldığı saptandı (p=0,021).

Tablo 18. Mamografi Taraması Yaptırmanın Gerekliliğini Hekim, Sağlık Çalışanı Yakını Ya Da Sağlık Çalışanı Olmayan Yakını Dışında Başka Bir Kaynaktan Öğrenme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Mamografi taraması yaptırmanız gerektiğini başka yerden öğrendiniz mi? + Ort±SD	Mamografi taraması yaptırmanız gerektiğini başka yerden öğrendiniz mi? - Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,29±2,29	7,29±2,53	0,995
Ciddiyet toplam puan	19,73±4,85	19,91±5,03	0,699
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,11±3,9	20,10±3,51	0,981
KKMM yarar toplam puan	15,33±3,72	15,15±3,29	0,561
KKMM engel toplam puan	18,54±5,69	20,0±5,66	**0,005**
KKMM öz etkililik toplam puan	34,58±9,11	33,84±8,07	0,326
MMG yararları toplam puan	18,49±3,45	18,42±3,4	0,829
MMG engelleri toplam puan	28,75±7,51	27,84±7,83	0,202

Tablo 18' de mamografi taramasının gerekliliğini hekim, sağlık çalışanı yakını ya da sağlık çalışanı olmayan yakını dışında bir yerden öğrenme durumunun, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Mamografi taraması yaptırmanın önemini hekim, sağlık çalışanı yakını ya da sağlık çalışanı olmayan yakını dışında başka bir yerden öğrenen katılımcıların, öğrenmeyen katılımcılara göre KKMM'nin engel alt boyutunda daha düşük puan aldığı saptandı (p=0,005). Ölçeğin diğer alt boyutlarında ise benzer puan aldığı görüldü.

Tablo 19. Mamografi Taramasının Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutuna Etkisi

	MMG+ Ort±SD	**MMG- Ort±SD**	**p**
Duyarlılık toplam puan	7,51±2,59	7,09±2,40	**0,006**
Ciddiyet toplam puan	20,46±4,87	19,38±5,07	**<0,001**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,63±3,44	19,65±3,60	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,71±3,17	14,71±3,42	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,40±5,78	20,18±5,58	**0,024**
KKMM öz etkililik toplam puan	35,39±8,31	32,66±7,91	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	19,05±3,28	17,89±3,43	**<0,001**
MMG engelleri toplam puan	25,81±7,96	29,83±7,14	**<0,001**

Tablo 19'da mamografi taramasının sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Mamografi taraması yaptırmanın, ölçeğin tüm alt boyutlarında etkisi olduğu görüldü.

Tablo 20. Sağlık Çalışanı ile Meme Kanseri Hakkında Konuşma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Sağlık çalışanı ile meme kanseri hakkında konuşma+ Ort±SD	Sağlık çalışanı ile meme kanseri hakkında konuşma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,40±2,57	6,98±2,27	**0,01**
Ciddiyet toplam puan	20,18±4,99	19,09±4,97	**0,001**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,41±3,5	19,28±3,59	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,55±3,25	14,17±3,39	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,58±5,85	20,46±5,15	**0,016**
KKMM öz etkililik toplam puan	34,90±8,19	31,33±7,67	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	18,59±3,55	18±2,95	**0,006**
MMG engelleri toplam puan	27,01±7,98	30,51±6,65	**<0,001**

Tablo 20'de sağlık çalışanlarının meme kanseri hakkında danışmanlık verme durumunun, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,01), ciddiyet (p=0,001), sağlık motivasyonu (p<0,001), KKMM'nin yararları (p<0,001), öz etkililiği (p<0,001) ve mamografinin yararları (p=0,006) alt boyutlarında sağlık çalışanının meme kanseri hakkında konuştuğu katılımcıların, konuşmadığı katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak KKMM'nin engelleri (p=0,016) ve mamografinin engelleri (p<0,001) alt boyutlarında ise daha düşük puan aldığı saptandı.

Tablo 21. Hekim Tarafından Meme Muayenesi Olma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Hekim tarafından meme muayenesi olma+ Ort±SD	Hekim tarafından meme muayenesi olma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,44±2,63	7,12±2,34	**0,038**
Ciddiyet toplam puan	20,26±4,94	19,46±5,05	**0,008**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,48±3,58	19,69±3,49	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,70±3,22	14,58±3,38	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,44±5,80	20,24±5,52	**0,022**
KKMM öz etkililik toplam puan	35,17±8,27	32,54±7,91	**<0,001**
MMG yararları toplam puan	18,79±3,52	18,02±3,23	**<0,001**
MMG engelleri toplam puan	26,65±8,14	29,44±7,11	**<0,001**

Tablo 21'de katılımcıların hekim tarafından meme muayenesi olmasının, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık

(p=0,038), ciddiyet (p=0,008), sağlık motivasyonu (p<0,001), KKMM'nin yararları (p<0,001), öz etkililiği (p<0,001) ve mamografinin yararları (p<0,001) alt boyutlarında hekim tarafından meme muayenesi olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak KKMM'nin engelleri (p=0,022) ve mamografinin engelleri (p<0,001) alt boyutlarında ise daha düşük puan aldığı tespit edildi.

Tablo 22. Aile Hekiminin Meme Muayenesi Yapma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Aile Hekimine meme muayenesi olma+ Ort±SD	Aile Hekimine meme muayenesi olma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,76±2,48	7,18±2,49	**0,004**
Ciddiyet toplam puan	20,69±4,71	19,71±5,05	**0,014**
Sağlık motivasyonu toplam puan	19,75±3,57	20,18±3,56	0,128
KKMM yarar toplam puan	15,12±3,29	15,19±3,35	0,789
KKMM engel toplam puan	20,11±5,73	19,75±5,67	0,428
KKMM öz etkililik toplam puan	34,91±7,96	33,72±8,25	0,069
MMG yararları toplam puan	18,03±3,65	18,52±3,35	0,073
MMG engelleri toplam puan	27,02±8,54	28,16±7,61	0,064

Tablo 22'de aile hekiminin katılımcılara meme muayenesi yapma durumunun, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,004) ve ciddiyet (p=0,014) alt boyutlarında aile hekiminin meme muayenesi yaptığı katılımcıların, yapmadığı katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak ölçeğin diğer alt boyutlarında ise benzer puan aldığı görüldü.

Tablo 23. Katılımcıların Özgeçmişinde Kanser Varlığına Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Kanser öyküsü+ Ort±SD	Kanser öyküsü- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	8,34±2,6	7,24±2,49	**0,002**
Ciddiyet toplam puan	20,52±4,91	19,86±5,01	0,364
Sağlık motivasyonu toplam puan	19,74±4,31	20,12±3,52	0,533
KKMM yarar toplam puan	14,86±3,52	15,19±3,33	0,486
KKMM engel toplam puan	21,68±4,94	19,72±5,7	**0,018**
KKMM öz etkililik toplam puan	33,42±8,12	33,96±8,21	0,646
MMG yararları toplam puan	18,38±3,23	18,43±3,42	0,910
MMG engelleri toplam puan	28,6±7,49	27,92±7,81	0,552

Tablo 23'te katılımcıların özgeçmişinde meme kanseri dışında malignite varlığına göre, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutları görülmektedir. Özgeçmişinde kanser olan katılımcıların, olmayanlara göre duyarlılık (p=0,002) ve KKMM engel (p=0,018) puanı daha yüksekti. Ölçeğin diğer alt boyutlarında ise katılımcıların benzer puan aldığı görüldü.

Tablo 24. Katılımcıların Soy Geçmişinde Kanser Varlığına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Ailede kanser öyküsü+ Ort±SD	Ailede kanser öyküsü- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,60±2,64	7,14±2,42	**0,004**
Ciddiyet toplam puan	20,27±5,1	19,70±4,95	0,082
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,68±3,43	19,83±3,59	**<0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,97±3,08	14,80±3,4	**<0,001**
KKMM engel toplam puan	19,31±5,78	20,05±5,62	**0,045**
KKMM öz etkililik toplam puan	34,71±8,52	33,57±8,03	**0,033**
MMG yararları toplam puan	18,92±3,25	18,19±3,46	**0,001**
MMG engelleri toplam puan	26,58±7,78	28,61±7,72	**<0,001**

Tablo 24'te katılımcıların soy geçmişinde kanser varlığı durumunun, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,004), sağlık motivasyonu (p<0,001), KKMM'nin yararları (p<0,001), öz etkililiği (p=0,033) ve mamografi yararları (p=0,001) alt boyutlarında soy geçmişinde kanser olan katılımcıların, olmayan katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı ancak KKMM

(p=0,001) ve mamografi engelleri (p<0,001) alt boyutlarında ise daha düşük puan aldığı saptandı. Ciddiyet alt boyutunda ise benzer puan aldığı görüldü (p=0,082).

Tablo 25. Soy Geçmişte Meme Kanseri Varlığına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Ailede meme kanseri öyküsü- Ort±SD	Ailede meme kanseri öyküsü+ Ort±SD	P
Duyarlılık toplam puan	7,12±2,42	8,46±2,74	**<0,001**
Ciddiyet toplam puan	19,73±4,97	20,92±5,14	**0,009**
Sağlık motivasyonu toplam puan	19,97±3,57	21,02±3,39	**0,001**
KKMM yarar toplam puan	15,09±3,34	15,74±3,28	**0,033**
KKMM engel toplam puan	19,91±5,59	19,17±6,28	0,194
KKMM öz etkililik toplam puan	33,76±8,18	35,11±8,34	0,071
MMG yararları toplam puan	18,38±3,43	18,76±3,23	0,213
MMG engelleri toplam puan	28,19±7,75	26,37±7,94	**0,01**

Tablo 25'te soy geçmişte meme kanseri varlığına göre sağlık inanç modeli ölçek alt boyutları görülmektedir. Duyarlılık (p<0,001), ciddiyet (p=0,009), sağlık motivasyonu (p=0,001) ve KKMM'nin yararları (p=0,033) alt boyutlarında soy geçmişinde meme kanseri olan katılımcıların, olmayanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edildi. KKMM'nin engelleri (p=0,194), öz etkililiği (p=0,071) ve mamografinin yararları (p=0,213) alt boyutlarında ise benzer puan aldığı saptandı. Soy geçmişinde meme kanseri olanların, olmayanlara göre mamografi engel algısının daha yüksek olduğu görüldü (p=0,01).

Tablo 26. OKS Kullanma Durumuna Göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	OKS kullanma+ Ort±SD	OKS kullanma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,47±2,61	7,23±2,46	0,177
Ciddiyet toplam puan	20,43±5,08	20,43±5,08	**0,040**
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,25±3,2	20,06±3,67	0,446
KKMM yarar toplam puan	15,41±3,32	15,10±3,35	0,191
KKMM engel toplam puan	19,41±5,8	19,95±5,64	0,180
KKMM öz etkililik toplam puan	35,35±8,17	33,46±8,17	**0,001**
MMG yararları toplam puan	18,57±3,18	18,38±3,48	0,422
MMG engelleri toplam puan	27,61±7,42	28,07±7,91	0,399

Tablo 26'da katılımcıların oral kontraseptif kullanma durumunun sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. OKS kullanan katılımcıların, OKS kullanmayan katılımcılara göre ciddiyet (p=0,04) ve KKMM öz etkililik (p=0,001) puanı daha yüksekti. Ölçeğin diğer alt boyut puanları ise benzerdi.

Tablo 27. Işın Tedavisi Alma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Işın tedavisi+ Ort±SD	Işın tedavisi- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	8,43±2,27	7,25±2,50	**0,009**
Ciddiyet toplam puan	20,09±4,09	19,88±5,03	0,816
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,28±3,31	20,10±3,57	0,784
KKMM yarar toplam puan	14,09±2,97	15,21±3,35	0,062
KKMM engel toplam puan	21±6,09	19,78±5,67	0,234
KKMM öz etkililik toplam puan	33,96±6,5	33,94±8,25	0,984
MMG yararları toplam puan	17,87±3,85	18,45±3,39	0,348
MMG engelleri toplam puan	29,28±8,43	27,91±7,77	0,331

Tablo 27'de katılımcıların ışın tedavisi alma durumunun, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Işın tedavisi alan katılımcıların, almayanlara göre duyarlılık puanı daha yüksekti (p=0,009). Ölçeğin diğer alt boyutlarında ise puanlar benzerdi.

Tablo 28. Katılımcıların Doğum Yapma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

	Doğum yapma+ Ort±SD	Doğum yapma- Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	7,27±2,48	7,40±2,64	0,572
Ciddiyet toplam puan	19,92±4,97	19,68±5,24	0,594
Sağlık motivasyonu toplam puan	20,12±3,49	20,04±4,01	0,844
KKMM yarar toplam puan	15,16±3,32	15,29±3,47	0,679
KKMM engel toplam puan	19,82±5,67	19,77±5,81	0,917
KKMM öz etkililik toplam puan	33,88±8,12	34,3±8,77	0,573
MMG yararları toplam puan	18,48±3,39	18,09±3,51	0,213
MMG engelleri toplam puan	27,94±7,84	28,05±7,49	0,874

Tablo 28'de katılımcıların doğum yapma durumunun, sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Doğum yapan ve yapmayan katılımcıların ölçeğin tüm alt boyutlarında aldıkları puanlar benzerdi

Tablo 29. Gelir Düzeyine Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	Gelirim giderimden az	480	7,19±2,43	0,46
	Gelirim giderimle aynı	445	7,33±2,43	
	Gelirim giderimden çok	157	7,46±2,5	
Ciddiyet toplam puan	Gelirim giderimden az	480	19,88±5,23	0,362
	Gelirim giderimle aynı	445	19,72±4,78	
	Gelirim giderimden çok	157	20,38±4,90	
Sağlık motivasyonu toplam puan	Gelirim giderimden az	480	20,01±3,61	0,698
	Gelirim giderimle aynı	445	20,21±3,47	
	Gelirim giderimden çok	157	20,12±3,68	
KKMM yarar toplam puan	Gelirim giderimden az	480	15,05±3,36	0,078
	Gelirim giderimle aynı	445	15,44±3,33	
	Gelirim giderimden çok	157	14,83±3,27	
KKMM engel toplam puan	Gelirim giderimden az	480	19,98±5,77	0,442
	Gelirim giderimle aynı	445	19,55±5,60	
	Gelirim giderimden çok	157	20,06±5,67	
KKMM öz etkililik toplam puan	Gelirim giderimden az	480	33,71±8,41	0,426
	Gelirim giderimle aynı	445	33,91±8,38	
	Gelirim giderimden çok	157	34,70±6,99	
MMG yararları toplam puan	Gelirim giderimden az	480	18,52±3,32	0,495
	Gelirim giderimle aynı	445	18,43±3,59	
	Gelirim giderimden çok	157	18,15±3,14	
MMG engelleri toplam puan	Gelirim giderimden az	480	27,99±7,68	0,507
	Gelirim giderimle aynı	445	27,71±8,04	
	Gelirim giderimden çok	157	28,54±7,43	

Tablo 29'da gelir düzeyinin, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutlarında, gelir düzeyine göre farklılık görülmedi.

Tablo 30. Medeni Duruma Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	Evli	884	7,26±2,48	0,418
	Bekar	82	7,47±2,52	
	Boşanmış	49	7,75±2,92	
	Dul	67	7,04±2,41	
Ciddiyet toplam puan	Evli	884	19,97±5,01	0,637
	Bekar	82	19,59±5,0	
	Boşanmış	49	19,20±5,21	
	Dul	67	19,59±4,80	
Sağlık motivasyonu toplam puan	Evli	884	20,07±3,53	0,763
	Bekar	82	20,51±4,0	
	Boşanmış	49	20,14±3,97	
	Dul	67	20,13±3,07	
KKMM yarar toplam puan	Evli	884	15,17±3,33	0,653
	Bekar	82	15,41±3,19	
	Boşanmış	49	14,69±3,87	
	Dul	67	15,35±3,31	
KKMM engel toplam puan	Evli	884	19,86±5,62	0,932
	Bekar	82	19,64±5,56	
	Boşanmış	49	19,89±6,97	
	Dul	67	19,43±5,77	
KKMM öz etkililik toplam puan	Evli	884	33,90±8,05	0,318
	Bekar	82	34,76±8,63	
	Boşanmış	49	35,04±8,54	
	Dul	67	32,59±9,38	
MMG yararları toplam puan	Evli	884	18,42±3,40	0,091
	Bekar	82	18,18±3,09	
	Boşanmış	49	17,79±4,10	
	Dul	67	19,29±3,20	
MMG engelleri toplam puan	Evli	884	28,04±7,68	0,9
	Bekar	82	27,71±7,74	
	Boşanmış	49	27,57±9,33	
	Dul	67	27,44±8,28	

Tablo 30’da medeni durumun, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutlarında medeni duruma göre farklılık görülmedi.

Tablo 31. Eğitim Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	İlkokul	516	7,10±2,44	**0,015**
	Ortaokul	155	7,52±2,45	
	Lise	225	7,68±2,64	
	Üniversite	186	7,13±2,47	
Ciddiyet toplam puan	İlkokul	516	19,61±5,17	0,088
	Ortaokul	155	19,69±5,05	
	Lise	225	20,60±4,79	
	Üniversite	186	19,96±4,69	
Sağlık motivasyonu toplam puan	İlkokul	516	19,87±3,56	**<0,001**
	Ortaokul	155	19,58±3,22	
	Lise	225	20,16±3,65	
	Üniversite	186	21,15±3,53	
KKMM yarar toplam puan	İlkokul	516	15,02±3,45	**0,006**
	Ortaokul	155	14,64±3,11	
	Lise	225	15,39±3,24	
	Üniversite	186	15,80±3,26	
KKMM engel toplam puan	İlkokul	516	19,87±5,70	**0,001**
	Ortaokul	155	20,52±5,31	
	Lise	225	20,41±6,0	
	Üniversite	186	18,36±5,31	
KKMM öz etkililik toplam puan	İlkokul	516	33,10±8,82	**0,006**
	Ortaokul	155	34,0±7,30	
	Lise	225	34,72±7,66	
	Üniversite	186	35,27±7,55	
MMG yararları toplam puan	İlkokul	516	18,59±3,53	**0,008**
	Ortaokul	155	17,57±3,45	
	Lise	225	18,45±3,34	
	Üniversite	186	18,67±3,02	
MMG engelleri toplam puan	İlkokul	516	28,40±7,57	0,144
	Ortaokul	155	28,16±7,79	
	Lise	225	27,65±8,07	
	Üniversite	186	26,92±8,01	

Tablo 31'de eğitim durumunun, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçek alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Duyarlılık (p=0,015), sağlık motivasyonu (p<0,001), kendi kendine meme muayenesinin yararları (p=0,06), engelleri (p=0,01), öz etkililiği (0,006) ve mamografinin yararları (p=0,008) alt boyutlarında, toplam puan ortalaması eğitim durumuna göre farlılık göstermektedir.

Eğitim durumunun, ciddiyet (p=0,088) ve mamografinin engelleri (p=0,144) alt boyutlarında ise etkisi görülmemektedir.

Tablo 32. Çalışma Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	Çalışmıyor	749	7,28±2,44	0,513
	Çalışıyor	278	7,38±2,68	
	Emekli	55	6,96±2,37	
Ciddiyet toplam puan	Çalışmıyor	749	19,93±5,09	0,462
	Çalışıyor	278	19,94±4,78	
	Emekli	55	19,07±5,0	
Sağlık motivasyonu toplam puan	Çalışmıyor	749	19,81±3,61	**<0,001**
	Çalışıyor	278	20,87±3,43	
	Emekli	55	20,30±2,86	
KKMM yarar toplam puan	Çalışmıyor	749	15,03±3,41	0,069
	Çalışıyor	278	15,45±3,18	
	Emekli	55	15,81±3,12	
KKMM engel toplam puan	Çalışmıyor	749	20,21±5,64	**0,003**
	Çalışıyor	278	18,95±5,76	
	Emekli	55	18,78±5,36	
KKMM öz etkililik toplam puan	Çalışmıyor	749	33,40±8,43	**0,003**
	Çalışıyor	278	35,37±7,58	
	Emekli	55	34,03±7,41	
MMG yararları toplam puan	Çalışmıyor	749	18,37±3,45	0,679
	Çalışıyor	278	18,58±3,32	
	Emekli	55	18,49±3,36	
MMG engelleri toplam puan	Çalışmıyor	749	28,31±7,72	**0,041**
	Çalışıyor	278	27,38±8,0	
	Emekli	55	26,03±7,43	

Tablo 32'de çalışma durumunun, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Sağlık motivasyonu ($p<0,001$), kendi kendine meme muayenesinin engelleri ($p=0,003$), öz etkililiği ($p=0,003$) ve mamografinin engelleri ($p=0,041$) alt boyutları çalışma durumuna göre farklılık göstermektedir.

Tablo 33. Çalışma Durumun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi

Değişkenler	Kategoriler (i-j)		p
Sağlık motivasyonu toplam puan	Çalışmıyor	Çalışıyor	**<0,001**
		Emekli	0,315
	Çalışıyor	Çalışmıyor	**<0,001**
		Emekli	0,276
	Emekli	Çalışmıyor	0,315
		Çalışıyor	0,276
KKMM engel toplam puan	Çalışmıyor	Çalışıyor	**0,002**
		Emekli	0,070
	Çalışıyor	Çalışmıyor	**0,002**
		Emekli	0,834
	Emekli	Çalışmıyor	0,700
		Çalışıyor	0,834
KKMM öz etkililik toplam puan	Çalışmıyor	Çalışıyor	**0,001**
		Emekli	0,578
	Çalışıyor	Çalışmıyor	**0,001**
		Emekli	0,266
	Emekli	Çalışmıyor	0,578
		Çalışıyor	0,266
MMG engelleri toplam puan	Çalışmıyor	Çalışıyor	0,091
		Emekli	**0,037**
	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,091
		Emekli	0,239
	Emekli	Çalışmıyor	**0,037**
		Çalışıyor	0,239

Tablo 33'te katılımcıların çalışma durumuna göre meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin alt maddelerindeki toplam puan ortalamasındaki farklılığın, hangi alt kategorilerden kaynaklandığı görülmektedir. Sağlık motivasyonu ($p<0,001$), kendi kendine meme muayenesinin engelleri ($p=0,002$), öz etkililiği ($p=0,001$) ve mamografi engelleri ($p=0,037$) alt boyutlarında, çalışma durumuna göre toplam puan ortalamasındaki farklılığı çalışmıyor ve çalışıyor olma durumunun arasındaki farklılıklar belirlemiştir.

Tablo 34. Sigara İçme Durumuna Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	Hiç içmedim	744	7,29±2,44	0,372
	İçtim bıraktım	167	7,09±2,33	
	Hala içiyorum	171	7,47±2,9	
Ciddiyet toplam puan	Hiç içmedim	744	19,89±4,99	0,40
	İçtim bıraktım	167	20,24±4,74	
	Hala içiyorum	171	19,50±5,30	
Sağlık motivasyonu toplam puan	Hiç içmedim	744	20,08±3,57	0,148
	İçtim bıraktım	167	19,80±3,29	
	Hala içiyorum	171	20,54±3,75	
KKMM yarar toplam puan	Hiç içmedim	744	15,10±3,36	0,291
	İçtim bıraktım	167	15,14±3,13	
	Hala içiyorum	171	15,54±3,45	
KKMM engel toplam puan	Hiç içmedim	744	19,91±5,65	0,252
	İçtim bıraktım	167	20,07±4,85	
	Hala içiyorum	171	19,16±6,5	
KKMM öz etkililik toplam puan	Hiç içmedim	744	33,43±8,15	**0,004**
	İçtim bıraktım	167	34,38±7,56	
	Hala içiyorum	171	35,70±8,82	
MMG yararları toplam puan	Hiç içmedim	744	18,36±3,4	0,527
	İçtim bıraktım	167	18,47±3,32	
	Hala içiyorum	171	18,69±3,54	
MMG engelleri toplam puan	Hiç içmedim	744	28,08±7,73	0,532
	İçtim bıraktım	167	28,04±7,04	
	Hala içiyorum	171	27,34±8,74	

Tablo 34'te sigara içme durumunun, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. Kendi kendine meme muayenesinin öz etkililiği alt boyutu, katılımcıların sigara içme durumuna göre farklılık göstermektedir(p=0,004).

Tablo 35. Sigara İçme Durumunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi

Değişkenler	Kategoriler(i-j)		p
KKMM öz etkililik toplam puan	Hiç içmedim	İçtim bıraktım	0,366
		Hala içiyorum	**0,003**
	İçtim bıraktım	Hiç içmedim	0,366
		Hala içiyorum	0,297
	Hala içiyorum	Hiç içmedim	**0,003**
		İçtim bıraktım	0,297

Tablo 35'te katılımcıların sigara içme durumuna göre, kendi kendine meme muayenesinin öz etkililiği alt boyutundaki farklılığın hangi alt kategoriden kaynaklandığı görülmektedir. Kendi kendine meme muayenesinin öz etkililiği alt boyutunun, sigara içme durumuna göre farklılığını hiç sigara içmeme ile hala sigara içme durumundaki farklılıklar belirlemiştir (p=0,003).

Tablo 36. İlk Adet Yaşına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	15 yaş ve üstü	191	7,54±2,44	**0,042**
	12-14 yaş arası	819	7,18±2,45	
	11 yaş ve altı	72	7,80±3,05	
Ciddiyet toplam puan	15 yaş ve üstü	191	20,38±4,87	0,14
	12-14 yaş arası	819	19,72±4,98	
	11 yaş ve altı	72	20,51±5,59	
Sağlık motivasyonu toplam puan	15 yaş ve üstü	191	20,02±3,44	0,557
	12-14 yaş arası	819	20,16±3,56	
	11 yaş ve altı	72	19,72±3,88	
KKMM yarar toplam puan	15 yaş ve üstü	191	15,07±3,32	0,643
	12-14 yaş arası	819	15,23±3,32	
	11 yaş ve altı	72	14,90±3,62	
KKMM engel toplam puan	15 yaş ve üstü	191	19,68±5,85	0,927
	12-14 yaş arası	819	19,84±5,61	
	11 yaş ve altı	72	19,94±6,17	
KKMM öz etkililik toplam puan	15 yaş ve üstü	191	33,40±8,64	0,585
	12-14 yaş arası	819	34,08±7,99	
	11 yaş ve altı	72	33,76±9,38	
MMG yararları toplam puan	15 yaş ve üstü	191	18,30±3,17	0,709
	12-14 yaş arası	819	18,48±3,38	
	11 yaş ve altı	72	18,22±4,30	
MMG engelleri toplam puan	15 yaş ve üstü	191	28,53±7,76	0,333
	12-14 yaş arası	819	27,76±7,78	
	11 yaş ve altı	72	28,68±7,97	

Tablo 36'da ilk adet görme yaşının, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. İlk adet görme yaşına göre, duyarlılık alt boyutunda farklılık görülmektedir (p=0,042).

Tablo 37. İlk Adet Yaşının Sağlık İnanç Modeli Ölçeğine Etkisinin Alt Grup Analizi

Değişkenler	Kategoriler(i-j)		p
Duyarlılık toplam puan	15 yaş ve üstü	12-14 yaş arası	0,077
		11 yaş ve altı	0,451
	12-14 yaş arası	15 yaş ve üstü	0,077
		11 yaş ve altı	**0,045**
	11 yaş ve altı	15 yaş ve üstü	0,451
		12-14 yaş arası	**0,045**

Tablo 37'de katılımcıların ilk adet görme yaşına göre, duyarlılık alt boyutundaki farklılığın hangi alt kategorilerden kaynaklandığı görülmektedir. İlk adet görme yaşına göre duyarlılık alt boyutundaki farklılığı, ilk adetini 12-14 yaş aralığında görme durumu ile ilk adetini 11 yaş ve altında görme durumu arasındaki farklılıklar belirlemiştir (p=0,045).

Tablo 38. İlk Doğum Yaşına Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutları

Değişkenler	Kategoriler(i-j)	N	Ort±SD	p
Duyarlılık toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	7,21±2,42	0,116
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	7,75±2,94	
	Çocuk yok	140	7,44±2,66	
Ciddiyet toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	19,84±5,02	0,251
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	20,71±4,45	
	Çocuk yok	140	19,67±5,22	
Sağlık motivasyonu toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	20,15±3,46	0,771
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	19,91±3,75	
	Çocuk yok	140	20±4,01	
KKMM yarar toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	15,14±3,35	0,724
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	15,25±3,20	
	Çocuk yok	140	15,37±3,37	
KKMM engel toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	19,82±5,59	0,999
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	19,81±6,36	
	Çocuk yok	140	19,80±5,84	
KKMM öz etkililik toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	33,73±8,15	0,214
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	35,23±7,73	
	Çocuk yok	140	34,34±8,78	
MMG yararları toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	18,54±3,40	0,09
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	17,8±3,24	
	Çocuk yok	140	18,17±3,49	
MMG engelleri toplam puan	30 yaş öncesi ilk doğum	852	27,88±7,83	0,816
	30 yaş sonrası ilk doğum	90	28,38±7,93	
	Çocuk yok	140	28,12±7,52	

Tablo 38'de ilk doğum yaşının, sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutlarına etkisi görülmektedir. İlk doğum yaşına göre ölçek alt boyutlarında farklılık görülmemektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, meme kanseri tarama grubundaki kadınlarda meme kanseri sağlık inançlarını ve sağlık inancının tarama yaptırmaya etkisini, aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü incelemektedir. Bireyin meme kanseri sağlık inancında aile hekimlerinin rolünü araştıran ilk çalışma olması yönüyle önem arz etmektedir. Bu çalışma, aile hekimlerinin meme kanseri danışmanlığı vermesinin bireyin meme kanseri sağlık inancına etkisini göstermektedir. Bununla birlikte anket sonrası bilgilendirme amacıyla meme kanseri taraması hakkında broşür dağıtılması toplum genelinde meme kanseri farkındalığına katkı sağlamaktadır.

5.1. Aile Hekiminin Mamografi Taramasında Rolü

Bu çalışmada aile hekimini tanımanın, aile hekiminin meme kanseri, risk faktörleri, mamografi taraması hakkında danışmanlık vermesi ve mamografi sonucunu takip etmesinin mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu görüldü. Bu bulgular bize aile hekiminin meme kanseri birincil korunmasında katılımcılara danışmanlık vermesinin, ikincil korunma davranışına etki ettiğini göstermektedir. Aile hekiminin tarama sonuçlarını takip etmesinin, bireyin sağlığının korunmasında ve tarama davranışında olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bulgular aile hekiminin meme kanseri hakkında farkındalık oluşturmasının, tarama davranışının sergilenmesinde katkısı olduğunu ve bireyin aile hekimi ile iletişim halinde olmasının ikincil korunmada etkisi olduğunu bize göstermektedir.

Meissner ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada, 40 yaş ve üzeri sağlık hizmetine erişim sorunu olmayanlar arasında son bir yıl içinde birinci basamak başvurusu yapmış olmanın, mamografi taraması yaptırmada etkili olmadığı görülmüş. (194) Bizim çalışmamızda farklı olarak son bir yıl içindeki başvuruya bakılmamış olup aile hekimi ile iletişim halinde olmanın etkisine bakılmıştır. Birinci

basamakta 2014 yılında yapılan bir çalışmada ise düzenli sağlık kurumuna başvurmanın mamografi taraması yaptırmada etkili olmadığı görülmüş (195). Özaydın ve arkadaşları tarafından 40-69 yaş arası kadınlara yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanına düzenli takibe gitmenin tarama yaptırmadaki rolüne bakılmış olup etkili olduğu görülmüş (196). Barr ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise birinci basamağa düzenli periyotlarla kontrole gitmenin ve birinci basamağa kontrol için başvuru sayısı artışının mamografi çektirmede etkili olduğu; düzenli periyotlarla kadın doğum uzmanına takip edilmenin ve takip sıklığının artmasınında tarama yaptırmaya etkisi olduğu görülmüş. Ayrıca aynı çalışmada hem kadın doğum uzmanında hem de birinci basamakta takip edilenlerin, sadece birinci basamağa veya sadece kadın doğum uzmanına takip edilenlere göre daha çok takip mamografisi çektirdiği görülmüş (197). Barr ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, bizim çalışmamıza benzer şekilde birinci basamağın bireylerin ikincil korunma davranışındaki etkisini göstermektedir (197).

Meissner ve arkadaşları tarafından, Amerika Birleşik Devletleri'nde 40 yaş ve üzeri sağlık hizmetine erişim sorunu olmayanlar arasında yapılan çalışmada, doktor tarafından mamografi tavsiyesi ve katılımcıların eğitim düzeyinin tarama yaptırmadaki etkisinin irdelenmesi neticesinde, hekim önerisi ve eğitim düzeyi birlikteliğinin tarama yaptırmada etkili olduğu görülmüş (194). Bizim çalışmamızda, eğitimden bağımsız şekilde mamografi tavsiyesinin taramadaki etkisi incelenmiştir. Samsun'da yaşayan 20 yaş üstü kadınlara yapılan 2015 yılındaki bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak meme kanseri hakkında bilgi almanın, mamografi taraması yaptırmada etkisinin bulunmadığı görülmüş (10). Bulgulardaki bu farklılık, hedef kitlemizin mamografi tarama grubundaki kadınları içermesinden kaynaklı olabilir (10). Masoudiyekta ve arkadaşları tarafından 20-60 yaş arası kadınlara yapılan bir çalışmada, meme kanseri ve sağlık inanç modeli ile ilgili eğitimin, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu ancak klinik meme muayenesinde ise etkili olmadığı görülmüş (198). Bizim çalışmamızda aile hekiminin meme kanseri, risk faktörleri ve mamografi hakkında danışmanlık vermesinin tarama yaptırmadaki etkisine bakılırken, Ghaffari ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında eğitim müdahalesinin tarama yaptırmadaki etkisine bakılmış (199).

Literatürdeki bu çalışmada, eğitimin mamografi tarama niyetinde etkili olduğu ancak tarama yaptırmada etkili olmadığı görülmüş; bizim çalışmamızda ise meme kanseri hakkında danışmanlığın mamografi taramasında etkili olduğu görüldü. Bulgulardaki bu farklılığın, aile hekimi ile yineleyen temasların tarama yaptırmadaki etkisine bağlı olduğunu söyleyebiliriz (199). Birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınlara yapılan 2022 yılındaki bir çalışmada meme kanseri, risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında müdahale eğitimi verilmesinin kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi davranışında etkili olduğu görülmüş (200). Bu çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde bireylerin meme kanseri hakkında bilgilendirilmesinin tarama yaptırmada önemli rolü olduğunu göstermektedir (200).

İspanyol kadınlara yapılan 2006 yılındaki bir çalışmada ise son 2 yılda kadın doğum uzmanına ve birinci basamak hekimine takipli olmanın, hekimler tarafından mamografi sevkinin ve mamografi tavsiye edilmesinin tarama yaptırmada etkili olduğu görülmüş (201). Bizim çalışmamıza benzer şekilde bu çalışma, hekimlerin mamografi danışmanlığının bireylerin tarama yaptırmasında önemli rolü olduğunu göstermektedir (201). Minnesota'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada ise 40-44 yaş ve 45-49 yaş arası yüksek riskli kadınlarda tarama önerilerine bakıldığında, kadın doğum uzmanlarının aile hekimleri ve diğer uzmanlardan anlamlı düzeyde daha çok mamografi taraması önerdiği görülmüş (202). Aksoy ve arkadaşları tarafından 40 yaş ve üstü kadınlara yapılan çalışmada ise mamografi hakkında bilgi sahibi olmanın tarama yaptırmada etkisi olduğu görülmüş (203). KETEM'de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların tarama yaptırmasındaki etkenler sorulduğunda, en yüksek oranın aile hekiminin önerisi olduğu görülmüş olup, söz konusu çalışma bizim çalışmamıza benzer şekilde aile hekimlerinin ikincil korunmadaki önemini göstermektedir (204). Literatürdeki başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak mamografi taramasının önündeki engellere bakılmış ve önemli engellerden birinin doktor tavsiyesinin yetersiz olması bildirilmiş (205). Bizim çalışmamızdan farklı olarak mamografi sonucu BIRADS-0 olan kadınların taramaya devam etmelerindeki etkenlerin araştırıldığı Tayvan'da yapılan 2016 yılındaki bir çalışmada, doktor önerisinin en yüksek oranda etkili faktör olduğu görülmüş (206). Bu çalışmaya benzer şekilde, bizim çalışmamız da mamografi taraması yapılmasında hekimlerin önemini göstermektedir (206).

Literatürde yer alan 2019 yılındaki bir çalışmada mamografi bilgi düzeyinin; 2022 yılındaki bir başka çalışmada, risk faktörleri ve tarama yöntemlerini bilmenin; 2013 yılındaki bir çalışmada ise tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmanın mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu görülmüş (27, 207, 208). Literatürdeki çalışmalar bilgi sahibi olmanın taramadaki önemini gösterirken, bizim çalışmamız aile hekiminin meme kanseri danışmanlığının mamografi taramasındaki önemini göstermektedir (27, 207, 208). Bu bulgular ışığında bireylerde meme kanseri farkındalığı arttıkça taramaların daha etkili olabileceğini söyleyebiliriz. Literatürdeki başka bir çalışmada ise mamografi hakkında bilgi sahibi olmanın mamografi taraması yaptırmada etkili olmadığı, 2022 yılındaki bir çalışmada ise meme sağlığı hakkında bilgi sahibi olmanın KKMM ve KMM yaptırmada etkili olduğu ancak mamografi taraması yaptırmada etkisinin olmadığı görülmüş (195, 209). Bizim çalışmamızda aile hekiminin danışmanlığı ile bireylerin farkındalığının artırılmasının taramadaki olumlu etkisi görülmüş ancak 2022 ve 2014 yılında yapılan çalışmalarda bilgi sahibi olmanın mamografi taramasında etkisiz olduğu görülmüş (195, 209). Bu bulgular ışığında sonuçlardaki farklılığının bilgi edinilen kaynaklara bağlı olabileceğini ve aile hekimlerinin danışmanlığının taramada önemli bilgi kaynağı olduğunu söyleyebiliriz.

5.2. Klinik Meme Muayenesi Yapılmasının Mamografi Taramasına Etkisi

Bu çalışmada, aile hekiminin klinik meme muayenesi yapmasının mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgu, bize bireyin sağlık taramalarında aile hekiminin önemi göstermekte olup aile hekimlerinin kendi nüfusuna kayıtlı bireylere klinik meme muayenesi yapmasının ikincil korunma yöntemi olan mamografi davranışında etkisi olduğunu göstermektedir. Sox ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılan bir çalışmada ise iç hastalıkları uzmanının aile hekimine göre daha çok klinik meme muayenesi yaptığı görülmüş (210). Bizim çalışmamıza benzer şekilde diğer çalışmalarda da klinik meme muayenesinin tarama yaptırmada etkili olduğu görülmüş (195, 211). Bu bulgular ışığında, hekimin klinik meme muayenesi yapmasının bireyin meme kanseri farkındalığını artırdığını söyleyebiliriz.

5.3. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografi Taramasına Etkisi

Bu çalışmada mamografi danışmanlığı alma yerinin mamografi taramasına etkisine bakılmıştır. Hekim, sağlık çalışanı yakını, sosyal medya, kitap, broşür vs yerlerden bilgi almanın tarama yaptırmada etkili olduğu ancak sağlık çalışanı olmayan yakını tarafından mamografi bilgisi verilmesinin, mamografi taramasına etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, bize tarama için danışmanlık verilmesinin önemini ve sağlık çalışanlarının bireylerin tarama davranışında önemli rol aldıklarını göstermektedir. Bu bulgular, kendi sağlığıyla ilgili kararları veremeyen, yakınlarının desteğine ihtiyaç duyan kişilerin yakını tarafından mamografi tavsiyesinin taramaya etkisinin olmadığını düşündürmektedir. Ayrıca sağlık arayışı için başkalarının desteğine ihtiyaç duyan bireylerin, sağlık inançları eğitiminin üzerinde durulmasının gerekli olduğunu bize göstermektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde literatürdeki birçok çalışmada doktor veya sağlık çalışanı tavsiyesinin mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu görülmüş (212-215). Başka bir çalışmada ise sağlık çalışanları tarafından mamografi önerilmesinin mamografi taramasını 6,8 kat arttırdığı görülmüş (216). 40 yaş ve üzeri 784 kadına yapılan bir çalışmada ise mamografi bilgi kaynağının tarama yaptırmaya etkisine bakıldığında, çalışmamıza benzer şekilde hekimin bilgi vermesinin tarama yaptırmada etkili olduğu; çalışmamızdan farklı olarak telefon, aile/arkadaş, medya, çalışma yeri ve broşür gibi diğer kaynakların ise etkili olmadığı görülmüş (217). Özaydın ve arkadaşlarının yaptığı 2009 yılındaki bir araştırmada ise çalışmamıza benzer şekilde hekim tarafından bilgi verilmesinin, mamografi taraması yaptırmada etkili olduğu ve bilgi alanların daha çok tarama yaptırdıkları görülmüş, aynı çalışmada televizyon ve akraba/arkadaştan bilgi almanın da tarama yaptırmada etkisinin olduğu ancak çalışmamıza benzer şekilde bu kaynaklardan bilgi alanların almayanlara göre daha az tarama yaptırdığı görülmüş (196). KETEM'de yapılan bir çalışmada ise aile hekiminin önerisi, ASM'den tarama amaçlı davet için aranma, aile sağlığı merkezine başka amaçlı başvurusunda tarama hakkında bilgilendirilme, yakınına yakın geçmişte kanser tanısı konması, ailesinde kanser hastası ya da buna bağlı ölüm varlığı, başka bir

hastaneden yönlendirilme, şüpheli semptomların varlığı gibi tarama yaptırmadaki etkenlere bakıldığında, en yüksek tarama yaptırmadaki oranın aile hekimin önerisi ile olduğu görülmüş (204). Tıp fakültesi meme polikliniği ve aynı fakültenin birinci basamak sağlık biriminde 1208 kadın ile yapılan bir çalışmada, hastane ve birinci basamağa başvurunun mamografi taramasına etkisine bakıldığında, hastaneye başvurunun mamografi taraması yaptırmada daha etkili olduğu görülmüş (211). Literatürdeki çalışmalara ve bizim çalışmamıza bakıldığında, bireylerin mamografi taraması yaptırmasında hekimlerin etkin rol aldığını ancak tarama hedef kitlesine ulaşılamadığı için bu konuda çalışmaların gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

5.4. Aile Hekiminin SİMÖ'ye Etkisi

Sağlık profesyonellerine yapılan 2022 yılındaki bir çalışmada, KKMM eğitimi almanın KKMM yarar ve öz etkililik algısında etkili olduğu ancak ölçeğin diğer alt boyutlarında etkisinin olmadığı görülmüş (218). Aile sağlığı merkezinde yapılan 2020 yılındaki bir çalışmada ise mamografi alt boyutları incelenmemiş olup, kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olmanın, duyarlılık ve ciddiyet algısında etkisi olmadığı, sağlık motivasyonu ve KKMM'nin tüm alt boyutlarında ise etkili olduğu görülmüş (15). Yurtta kalan ve sağlık alanı dışında üniversite okuyan öğrencilere yapılan bir çalışmada ise meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmanın duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu ve KKMM yarar algısında etkili olmadığı, KKMM engel algısında ve öz etkililik algısında etkili olduğu görülmüş lakin bu çalışmada da mamografi alt boyutları incelenmemiş (18). Ordu'da yapılan 656 kadından oluşan bir çalışmada meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi sahibi olmanın duyarlılık ve ciddiyet algısında etkili olmadığı ancak sağlık motivasyonu, yarar, engel ve öz etkililik algısında ise etkili olduğu görülmüş (22).

Masoudiyekta ve arkadaşlarının yaptığı 2018 yılındaki bir çalışmada ise meme kanseri ve sağlık inanç modeli eğitiminin müdahale grubunda duyarlılık, ciddiyet, KKMM yarar, engel ve öz etkililik algısında etkili olduğu görülmüş ancak çalışmada mamografi yarar ve engel algısına bakılmamış (198). Ailesinde kanser öyküsü olanlara yapılan 2022 yılındaki bir çalışmada ise meme kanseri, risk faktörleri, tarama

yöntemleri hakkında müdahale eğitimi verilmesinin duyarlılık, ciddiyet ve sağlık motivasyonu algısında etkili olmadığı ancak KKMM'nin ve MMG'nin tüm alt boyutlarında etkili olduğu görülmüş (200). Shakery ve arkadaşlarının yaptığı 2021 yılındaki bir çalışmada ise meme kanseri, risk faktörleri ve KKMM ile ilgili müdahale eğitiminin kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM engel ve öz etkililik algısında etkili olduğu ancak ciddiyet ve KKMM'nin yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüş olup, bu çalışmada mamografi alt boyutuna bakılmamış (219). Üniversitede okuyan 1114 öğrencinin katıldığı bir araştırmada ise mamografi alt boyutu incelenmemiş olup meme kanseri, risk faktörleri, tanısı, tedavisi ve KKMM eğitiminin ölçeğin diğer tüm alt boyutlarında etkili olduğu görülmüş (220). Karasu ve arkadaşlarının sağlık alanı ile ilgili eğitim gören üniversite öğrencilerine yaptığı 2017 yılındaki bir araştırmada, mamografi alt boyutu incelenmemiş, diğer alt boyutlarında ise meme kanseri, risk faktörleri, tarama yöntemleri ve KKMM eğitiminin etkili olduğu görülmüş (221). Rezaeian ve arkadaşlarının 40 yaş ve üstü kadınlara yaptığı 2014 yılındaki bir çalışmada ise ölçeğin KKMM alt boyutları incelenmemiş olup diğer alt boyutlarında ise meme kanseri, tarama yöntemleri, mamografi tarama kılavuzu ve SİMÖ ile ilgili eğitimin müdahale grubunda etkili olduğu görülmüş (222). Sağlık fakültesinde okuyan 48 öğrenciye yapılan yarı deneysel bir çalışmada ise ölçeğin mamografi alt boyutuna bakılmamış olup diğer alt boyutlarında ise sağlık inanç modeli ve meme kanseri hakkında eğitim verilmesinin ve KKMM hakkında broşür dağıtılmasının etkili olmadığı görülmüş (223). İl sağlık müdürlüğünde çalışan 32 kadının katıldığı 2007 yılındaki bir çalışmada ölçeğin mamografi alt boyutu incelenmemiş olup diğer alt boyutlarında ise meme kanseri ve tarama yöntemleri ile ilgili eğitimin etkisinin olmadığı görülmüş (224). Üniversite öğrencilerine yapılan yarı deneysel olan 2020 yılındaki bir çalışmada, meme kanseri ve KKMM eğitiminin ciddiyet, sağlık motivasyonu ve KKMM'nin yarar algısında etkili olmadığı ancak duyarlılık algısında ve KKMM'nin diğer alt boyutlarında etkili olduğu görülmüş, mamografi alt boyutları ise incelenmemiş (225). Kadın akademisyenlere yapılan bir çalışmada, KKMM'yi bilmenin duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu ve MMG'nin yarar algısında etkili olmadığı ancak KKMM 'nin tüm alt boyutlarında ve MMG'nin engel algısında etkili olduğu görülmüş (226).

Bu çalışmada, literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak aile hekiminin, bireyin meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğine etkisine bakılmıştır. Aile hekiminin duyarlılık ve ciddiyet algısında etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın bireyin duyarlılık ve ciddiyet algısında etkili olmadığı ancak aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgilendirmesi, mamografi taramasını önermesi ve mamografi sonucunu takip etmesinin duyarlılık ve ciddiyet algısında etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular, bize bireyin hayatının bir döneminde meme kanserine yakalanabileceğinin farkındalığında, meme kanserinin zararlı sonuçlarının algılanmasında ve koruyucu sağlık davranışının sergilenmesinde aile hekiminin etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, aile hekiminin sağlık motivasyonu algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın ve meme kanseri hakkında bilgi vermesinin sağlık motivasyonu algısında etkili olduğu ancak meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgilendirmesi, mamografi taraması önermesi ve mamografi sonucunu takip etmesinin sağlık motivasyonu algısında etkili olmadığı görülmüştür. Bu bulgular, aile hekimi ile iletişim halinde olmanın ve meme kanseri hakkında bilgi vermesinin kişinin sağlığının iyileşmesi için sağlık arayışı isteğinde etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bulgu bize aile hekiminin meme kanseri risk faktörleri ve mamografi hakkında danışmanlık vermesinin, bireyin sağlığının iyileşmesi için sağlık arayışı isteğinde etkili olmadığını göstermektedir. Bu durum aile hekimlerinin, risk faktörleri ve mamografi danışmanlığı esnasında bireyleri sağlık arayışı için motive edecek bilgilendirmelere zaman ayırmamasından kaynaklı olabilir. Aile hekimleri meme kanseri danışmanlığında, bireylerin tarama yaptırmasında etkili olan meme kanseri sağlık inancı algısına yönelik eğitimler vermelidir.

Bu çalışmada aile hekiminin KKMM yarar algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın, aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, KKMM'nin yarar algısında etkili olduğu ancak mamografi taramasını önermesi ve mamografi sonucunu takip etmesinin KKMM'nin yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu bulgular bize aile hekiminin tek başına mamografi danışmanlığı vermesinin, bireyin koruyucu davranış olan KKMM'nin yarar algısında etkili olmadığını ancak risk faktörleri hakkında bilgi verdiğinde ise KKMM'nin yarar algısında etkisinin olduğunu göstermektedir. Aile hekimleri meme kanseri hakkında

danışmanlık verirken kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi taraması hakkında bilgi vermelidir.

Bu çalışmada aile hekiminin KKMM engel algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın KKMM'nin engel algısında etkili olduğu ancak meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, mamografi taraması önermesinin ve mamografi sonucunu takip etmesinin KKMM'nin engel algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Aile hekiminin meme kanseri danışmanlığında, kendi kendine meme muayenesinin önemi üzerinde durması ve KKMM eğitimi vermesi önemlidir ancak bu bulgular bize aile hekimlerinin bireylerin kendi kendine meme muayenesinin önündeki engellerin azaltılmasında yeterince etkili olmadığını göstermektedir. Bu durum, aile hekimlerinin meme kanseri danışmanlığında KKMM eğitiminde engellere zaman ayırmamasından kaynaklı olabilir. Aile hekimleri kendi nüfusuna kayıtlı bireylere meme kanseri sağlık inancı ile ilgili seminer düzenleyip, taramaların önündeki engellerin aşılmasında yol gösterebilir.

Bu çalışmada aile hekiminin KKMM öz etkililik algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın, aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, mamografi önermesinin ve mamografi sonucunu takip etmesinin KKMM'nin öz etkililiği algısında etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular, bireyin aile hekimi ile iletişim halinde olmasının ve meme kanseri danışmanlığı vermesinin bireyin kendi kendine meme muayenesini yapmasında ve kendisini bu konuda yeterli görmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki birçok çalışmadan farklı olarak bu çalışmada, ölçeğin mamografi alt boyutu da incelenmiştir (15, 18, 198, 219-221, 223-225). Bu çalışmada aile hekiminin mamografi yarar algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın mamografinin yarar algısında etkili olduğu ancak aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, mamografi önermesinin ve mamografi sonucunu takip etmesinin mamografinin yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu bulgular bize aile hekiminin meme kanseri ve özellikle mamografi danışmanlığı vermesinin, bireyin meme kanserinden korunmak için mamografi taraması yaptırmasının olumlu sonuçlarının ve yararlarının algılanmasında etkili olmadığını göstermektedir. Bu durum, aile hekimlerinin mamografi danışmanlığında bireylere tarama için yol gösterirken, taramanın yararlarından az bahsetmesinden kaynaklı

olabilir. Danışmanlık esnasında kanser taramalarının faydalarının üzerinde durulmalıdır. Aile hekimlerinin mamografi danışmanlığı esnasında mamografinin faydalarından bahsetmesi ve tarama için önerilerde bulunması önemlidir.

Bu çalışmada aile hekiminin mamografi engel algısına etkisine bakıldığında, aile hekimini tanımanın, aile hekiminin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, mamografi önermesinin ve mamografi sonucunu takip etmesinin, mamografinin engel algısında etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgular, aile hekimi ile iletişim halinde olmanın ve aile hekiminin meme kanseri, özellikle mamografi danışmanlığı vermesinin koruyucu sağlık davranışı olan mamografi taraması yaptırmanın önündeki engel algısının azalmasında etkisinin olduğunu göstermektedir.

5.5. Klinik Meme Muayenesinin SİMÖ'ye Etkisi

Bu çalışmada aile hekimi tarafından meme muayenesi yapılmasının meme kanseri sağlık inancına etkisi incelenmiştir. Aile hekiminin klinik meme muayenesi yapmasının duyarlılık ve ciddiyet algısında etkili olduğu ancak ölçeğin diğer alt boyutlarında ise etkili olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada bir hekim (tüm branşlar dahil) tarafından yapılan klinik meme muayenesinin, ölçeğin tüm alt boyutlarında etkisinin olduğu görülmüştür. Bu bulgular, hekim tarafından yapılan klinik meme muayenesinin bireyin meme kanseri için bireysel riskinin ve oluşturabileceği zararlı sonuçlarının algılanmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu bulgular ışığında, aile hekimi tarafından yapılan klinik meme muayenesinin, diğer hekimler tarafından yapılan meme muayenesi kadar birey koruyucu sağlık davranışını sergilerken yarar algısı ve engel algısı üzerinde etkili olmadığını söyleyebiliriz. Ayrıca bu bulgular ile aile hekimlerinin diğer hekimler kadar bireyin sağlık arayışı için motivasyonunda ve koruyucu sağlık davranışı için kendisini yeterli hissetmesinde etkili olmadığını söyleyebiliriz. Bu durum, aile hekimlerinin bu konuda yeterli deneyim ve vaktinin olmamasından kaynaklanabilir. Sağlığın korunmasında önemli rolü olan ayrıca kendisine kayıtlı nüfusla yineleyen temasları olan aile hekimlerinin, klinik meme muayenesinde etkin rol almak için çalışmalar yapması önem arz etmektedir.

Ordu'da 656 kadının katılımıyla yapılan bir araştırmada, hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılmasının KKMM engel, sağlık motivasyonu ve KKMM öz etkililik algısında etkili olduğu ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak diğer alt boyutlarda etkili olmadığı görülmüş (22). Darvishpour ve arkadaşlarının 20-65 yaş arası kadınlara yaptığı bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak klinik meme muayenesinin SİMÖ'ye etkisinin olmadığı görülmüş (227). Yapılan çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki farklılığın, katılımcıların yaş aralığından kaynaklı olabileceğini söyleyebiliriz. İleri yaş, meme kanseri için risk faktörü olduğundan bizim çalışmamızdaki katılımcıların 40-69 yaş aralığında olmasının, meme kanseri sağlık inancını etkilediğini söyleyebiliriz.

Kadın sağlık çalışanlarına yapılan bir çalışmada, klinik meme muayenesinin duyarlılık, yarar ve engel algısında etkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak klinik meme muayenesi yaptıranların yarar algısının daha düşük olduğu, engel algısının ise daha yüksek olduğu görülmüş (228). Bu bulguların çalışma popülasyonlarının farklılığından kaynaklı olabileceğini söyleyebiliriz. Ayrıca çalışmamızdaki katılımcılar belirli bir meslek grubundan olmadığı için toplum genelini daha çok yansıtıyor olabilir.

Literatürdeki başka bir çalışmada ise bir uzman tarafından klinik meme muayenesi yapılmasının engel, güven ve sağlık motivasyonu algısında etkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüş (69). Aile sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada ise hastanede klinik meme muayenesi olmanın duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM'nin yarar ve öz etkililik algısında etkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak ciddiyet ve KKMM'nin engel algısında ise etkisinin olmadığı görülmüş (15). Bizim çalışmamızın hastanede, diğer çalışmanın ise ASM'de yapılması sonuçların farklı olmasına sebep olmuş olabilir.

Katılımcılarını 200 kadın akademisyenin oluşturduğu bir çalışmada, klinik meme muayenesi olmanın KKMM öz etkililik ve mamografinin engel algısında etkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak SİMÖ'nün diğer bileşenlerine etkisinin bulunmadığı görülmüş (229). Kadın akademisyenlere yapılan başka bir çalışmada, hekim tarafından klinik meme muayenesi olmanın duyarlılık, KKMM öz etkililik, mamografi engelleri ve sağlık motivasyonu algısında etkili olduğu görülmüş (226).

Aile sağlığı merkezinde 40 yaş ve üzeri 416 kadın katılımcıyla geliştirilen 2020 yılındaki bir araştırmada, klinik meme muayenesinin ciddiyet ve sağlık motivasyonu algısı ile ilişkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak duyarlılık algısıyla ilişkili olmadığı görülmüş (29). Kulakçı ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencilerine yapılan 2015 yılındaki bir çalışmada, geçen yıl sağlık çalışanı tarafından meme muayenesi yapılmasının KKMM öz etkililik algısında etkili olduğu ancak çalışmamızdan farklı olarak mamografi alt boyutuna bakılmamış olup ölçeğin diğer alt boyutlarında ise etkisinin olmadığı görülmüş (21). Yapılan çalışma ile bizim çalışmamızdaki sonuçların farklılığı, bizim çalışmamızın meme kanseri tarama grubundaki kadınlara yapılmasından kaynaklı olabilir.

20-69 yaş arası kadınlara yapılan bir çalışmada, klinik meme muayenesi olmanın, KKMM öz etkililik ve mamografi engel algısında etkili olduğu ancak bizim çalışmamızdan farklı olarak diğer alt boyutlarda etkisinin olmadığı görülmüş (14). İleri yaş meme kanseri için bir risk faktörüdür. Bizim çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması daha yüksek olduğundan, meme kanseri duyarlılığı ve farkındalığının diğer çalışmadaki katılımcılara göre daha yüksek olabileceğini ve bu durumun ölçeğin tüm alt boyutlarını etkilediğini söyleyebiliriz.

5.6. Mamografi Taraması Yaptırmanın SİMÖ'ye Etkisi

Bu çalışmada mamografi taraması yaptırmanın, meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutlarında etkili olduğu görülmüştür. Avcı ve arkadaşları tarafından kadın akademisyenlere yapılan 2014 yılındaki bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak mamografi engelleri ve sağlık motivasyonu algısında etkili olduğu ancak ölçeğin diğer alt boyutlarında etkisinin olmadığı görülmüş (226). Çalışmamızdaki katılımcıların, meme kanserini risk olarak algılamaları nedeniyle kanserin oluşturacağı zararlı sonuçların farkındalığının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca çalışmamızdaki katılımcıların, sağlığın korunması için bireysel yeterliliğine olan inancı ve sergileyeceği davranış değişikliğinin olumlu sonuçlarının algılanmasının daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Kadın akademisyenlerden oluşan 200 katılımcı ile yapılan bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak mamografi taraması yaptırmanın duyarlılık, KKMM ve mamografi engel algısında etkili olduğu ancak diğer alt boyutlarda etkisinin olmadığı görülmüş (229). 321 kadının katılımıyla gerçekleştirilen 2013 yılındaki bir araştırmada ise çalışmamızdan farklı olarak duyarlılık, KKMM öz etkililik ve mamografi engel algısı olmak üzere üç alt boyutta etkisinin bulunduğu görülmüş (14). Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamıza göre tarama yaptıran kişilerin, sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde daha fazla motive olduklarını ve sağlık arayışı için engel algılarının daha düşük olduğunu, kendilerini bu konuda yeterli hissetiklerini söyleyebiliriz.

5.7. Mamografi Danışmanlığı Alma Yerinin Mamografinin Yarar ve Engel Algısına Etkisi

Literatürdeki çalışmalarda KKMM bilgi kaynağının SİMÖ'ye etkisine bakılırken, bu çalışmada farklı olarak mamografi danışmanlığı alma yerinin SİMÖ'ye etkisine bakılmıştır (230, 231). Bu çalışmada, aile hekiminin mamografi önermesinin engel algısında etkisinin olduğu ancak yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca aile hekimi dışında başka bir hekim tarafından mamografi taraması önerilmesinin mamografi yarar ve engel algısında etkili olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak, aile hekiminin bireyin mamografi taramasının önünde bireysel olarak algıladığı engellerin azalmasında, diğer branşlardaki hekimler gibi etkisi olduğu ancak mamografi çektirmenin yararları algısında, diğer branş hekimleri kadar etkisinin olmadığı sonucunu çıkarabiliriz. Aile hekimleri bireylerin koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesinde öneli rol oynamaktadır. Kendi nüfusuna kayıtlı bireyleri kanser taramalarına yönlendirmelidir. Bu bulgulara göre aile hekimlerinin mamografi danışmanlığına daha fazla önem vermesinin gerekli olduğunu söyleyebiliriz.

Bu çalışmada sağlık çalışanı yakını tarafından mamografi taraması önerilmesinin, mamografi yarar ve engel algısında etkili olmadığı görülmüştür. Sağlık çalışanı olmayan yakını tarafından mamografi taraması önerilmesinin, mamografi

yarar algısında etkili olduğu; engel algısında ise etkisiz olduğu görülmüştür. Mamografi taramasını dergi, gazete, televizyon gibi başka kaynaktan öğrenme durumunun, mamografi yarar ve engel algısında etkili olmadığı görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak, bireylerin mamografinin yararlarının algılanmasında ve tarama yaptırmada önündeki engellerin azalmasında hekimlerin medyadan daha etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmanın kısıtlılıklarına bakıldığında, bu çalışmada meme kanseri taramasında ve meme kanseri sağlık inanç modelinde aile hekiminin rolü araştırılmıştır. Çalışma birinci basamakta yapılmadığı için aile hekiminin rolünü tam yansıtamıyor olabilir. Sadece bir bölgede yapıldığı için toplum genelini yansıtmayabilir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için çalışmaya katılanların meme kanseri duyarlılığı daha fazla olabileceğinden elde edilen veriler topluma genellenemeyebilir.

Çalışmanın meme kanseri bilinçlendirme masasında yapılması planlamış olup, katılımcıların çalışmaya katılım esnasında randevularını kaçırma kaygılarından dolayı anketler poliklinik önünde muayene sırasını beklerken uygulanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, meme kanseri tarama grubundaki kadınların meme kanseri hakkında sağlık inançlarını, sağlık inancının meme kanseri tarama davranışına etkisini ve aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada, katılımcılara anket sonrası meme kanseri taramaları hakkında bilgilendirme yapılmış olup toplumda meme kanseri farkındalığı sağlanmıştır. Bireyin meme kanseri sağlık inancında aile hekiminin rolünü araştıran ilk çalışma olup önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, özgeçmişte kanser varlığının mamografi taraması yaptırmada etkili olmadığı görüldü. Özgeçmişte kanser varlığının, taramanın önünde engel teşkil etmesi araştırılması gereken konulardan biridir. Aile hekimlerinin meme kanseri danışmanlığında özellikle risk faktörü olan bireyleri tarama yaptırmaya teşvik etmesi önem arz etmektedir.

Bu çalışmada aile hekimlerinin meme kanseri ve risk faktörleri hakkında danışmanlık vermesinin, mamografi taramasına yönlendirmesinin ve sonucunu takip etmesinin ayrıca klinik meme muayenesi yapmasının mamografi taramasında etkili olduğu görülmüştür. Bu durum bize aile hekimlerinin koruyucu hekimlikte önemli rol aldığını göstermektedir. Aile hekimlerinin kendi nüfusuna kayıtlı bireylere meme kanseri hakkında danışmanlık vermesi, taramanın toplum temelli olmasında ve meme kanserine bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasında etkilidir.

Bu çalışmada, mamografi danışmanlığı alma yerinin tarama yaptırmada önemli olduğu görülmektedir. Hekim tavsiyesinin önemli olduğu görülmekte olup, taramanın toplum temelli olabilmesi için aile hekimleri düzenli aralıklarla takip ettiği bireylere danışmanlık vermelidir. Ancak bu çalışmada kitap, broşür ve sosyal medyanın olumlu etkisi olmadığı görülmektedir. Sağlık bakanlığının meme kanseri farkındalığı hakkında etkili çalışmalarda bulunması önem arz etmektedir. Eğitim seminerlerinin düzenlenmesi bireylerin farkındalığında önemlidir.

Bu çalışmada, bireyin aile hekimini tanımasının meme kanseri sağlık inancında etkili olduğu ancak duyarlılık ve ciddiyet algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Bireyin duyarlılık ve ciddiyet algısı arttığında koruyucu sağlık davranışını sergileme ihtimali artmaktadır. Aile hekimleri danışmanlığı esnasında bireylere sağlık inancı eğitimi vererek koruyucu sağlık davranışının artmasını sağlayabilir.

Bu çalışmada, aile hekiminin meme kanseri hakkında bilgi vermesinin KKMM engel ve MMG yarar algısında etkili olmadığı görülmüştür. Aile hekiminin meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi vermesinin, sağlık motivasyonu, KKMM engel ve MMG yarar algısında etkisinin olmadığı görülmüştür. Ayrıca aile hekiminin mamografi taraması hakkında bilgi vermesinin sağlık motivasyonu, KKMM engel, KKMM yarar ve MMG yarar algısı üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür. Aile hekimleri meme kanseri danışmanlığında bireyleri koruyucu sağlık davranışı için motive etmeli ve yönlendirmelidir. Taramaların önündeki engellerin ortaya çıkarılıp aşılmasında yardımcı olmalıdır. Kendi nüfusuna kayıtlı bireylere mamografi taramasının faydalarından bahsetmeli ve yol göstermelidir.

Bireylerin koruyucu sağlık davranışı gerçekleştirmesinde sağlık inancı önemlidir. Bu yüzden taramaların toplum temelli olabilmesi için bireylere sağlık inancı hakkında eğitim verilmelidir. Bireye kapsamlı olarak yaklaşan aile hekimlerine büyük görev düşmektedir. Aile hekimleri toplumun sağlığını ilgilendiren kanser taramaları hakkında danışmanlık verilmesinde, uygun kitleye tarama yapılmasında ve tarama sonuçlarının takibinde ve gerektiğinde ileri basamaklara sevkinde önem arz etmektedir. Aile hekimleri meme kanseri danışmanlığı esnasında bireylerin koruyucu sağlık davranışının önündeki engellerin aşılmasında yol göstermeli ve koruyucu sağlık davranışı için bireyleri motive etmelidir.

Sonuç olarak aile hekimlerinin meme kanseri danışmanlığı vermesi, bireyin tarama yaptırmasında ve meme kanseri sağlık inancında önem arz etmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021;71(1):7-33.

2. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf Son erişim tarihi: 20.06.2022

3. Seely JM, Alhassan T. Screening for breast cancer in 2018-what should we be doing today? Current oncology (Toronto, Ont). 2018;25(Suppl 1):S115-s24.

4. Özoğul E, Sucu-Dağ G. Üniversitede çalışan kadınların meme kanserinde erken tanıya yönelık sağlık inançları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2019;12(4):264-73.

5. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC, Gorpe S, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(4):214-24.

6. Saçıkara Z, Koçoğlu-Tanyer D. Kırsal bölgede yaşayan kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım ve bilgi durumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(1):43-52.

7. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2015;11(1).

8. Altun Y. Factors influencing women's participation in cancer screening. Turkish Journal of Family Medicine Primary Care. 2020;14(2):210-5.

9. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Hassanipour S, Salehiniya H. A review of barriers and facilitators to mammography in Asian women. Ecancermedicalscience. 2020;14:1146.

10. Aker S, Öz H, Kaynar-Tunçel E. Practice of breast cancer early diagnosis methods among women living in Samsun, and factors associated with this practice. The journal of breast health. 2015;11(3):115.

11. McCord AS. Knowledge, attitudes, health beliefs, and locus of control of males related to prostate cancer prevention: The University of Alabama at Birmingham; 1997.

12. Bakır N, Demir C. Hemşirelerin meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarının belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2020;7(3):266-71.

13. Efe-Arslan D, Tosun-Güleroğlu F, Bahçelİ A, Kocaöz S. Sağlık profesyonellerinin meme kanseri risk düzeyi ve sağlık inançları. Sağlık Bilimleri Dergisi.31(2):210-8.

14. Yilmaz D, Bebis H, Ortabag T. Determining the awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish residential women. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(5):3281-8.

15. Kulakçı-Altıntaş H, Korkmaz-Aslan G. Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020;7(3):249-61.

16. Alagöz MN, Tuncer Ö. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 20-69 yaş aralığındaki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2021;12(4):192-200.

17. Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (kkmm) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2008;4(2).

18. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(4):195-9.

19. Celik S, Tasdemir N, Sancak H, Demirel M, Akman O, Kara M. Breast cancer awareness among Turkish nursing students. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20):8941-6.

20. Kıssal A, Kartal B, Cetin O. The determination of knowledge, applications and health beliefs of third-and fourth-grade nursing students regarding breast self-exam. The Journal of Breast Health. 2017;13(1):10.

21. Kulakci H, Kuzlu-Ayyildiz T, Yildirim N, Ozturk O, Kose-Topan A, Tasdemir N. Effects of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among nursing students in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(8):3565-72.

22. Erbil N, Bolukbas N. Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2012;13(11):5823-8.

23. Gerçek S, Duran Ö, Yıldırım G, Karayel H, Demirli-Çakmak H. Kredi yurtlar kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(3):157-61.

24. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC, Gorpen S, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(4):214-24.

25. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. Journal of Human Rhythm. 2015;1(3):90-4.

26. Dişcigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. Marmara Medical Journal. 2007;20(1):29-36.

27. Khazir Z, Morrowati Sharifabad MA, Vaezi AA, Enjezab B, Fallahzadeh H, Yari F. Predictors of mammography based on Health Belief Model in Khorramabad women. J Educ Health Promot. 2019;8:180.

28. AlJunidel R, Alaqel M, AlQahtani SH, AlOgaiel AM, F AL, Alshammari S. Using the Health Belief Model to Predict the Uptake of Mammographic Screening Among Saudi Women. Cureus. 2020;12(10):e11121.

29. Tarı-Selcuk K, Avcı D, Yılmaz-Dundar G, Mercan Y. Breast cancer screening behaviors in women aged 40 years and over in a semi-urban region in Turkey: relationships with health beliefs. Healthcare (Basel). 2020;8(2).

30. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016(4):185-8.

31. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27:412-8.

32. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı Yayını Ankara. 2016.

33. GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data. Erişim adresi: https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data Son erişim tarihi: 08.06.2022

34. American Cancer Society/Breast Cancer. Erişim adresi: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/how-common-is-breast-cancer.html Son erişim tarihi: 22.06.2022

35. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.

36. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019;69(1):7-34.

37. Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, Rohan T, Aragaki A, Lane D, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. Journal of the National Cancer Institute. 2005;97(6):439-48.

38. Apovian CM. Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. The American journal of managed care. 2016;22(7 Suppl):s176-85.

39. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). Int J Cancer. 2004;111(5):762-71.

40. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. Jama. 2006;296(2):193-201.

41. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). Cancer Causes Control. 2002;13(8):741-51.

42. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Roddam A, Dorgan JF, Longcope C, et al. Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women. J Natl Cancer Inst. 2003;95(16):1218-26.

43. Neuhouser ML, Aragaki AK, Prentice RL, Manson JE, Chlebowski R, Carty CL, et al. Overweight, obesity, and postmenopausal invasive breast cancer risk: a secondary analysis of the Women's Health Initiative randomized clinical trials. JAMA Oncol. 2015;1(5):611-21.

44. Gunter MJ, Hoover DR, Yu H, Wassertheil-Smoller S, Rohan TE, Manson JE, et al. Insulin, insulin-like growth factor-I, and risk of breast cancer in postmenopausal women. J Natl Cancer Inst. 2009;101(1):48-60.

45. Nelson HD, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara ES, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;156(9):635-48.

46. Schoemaker MJ, Nichols HB, Wright LB, Brook MN, Jones ME, O'Brien KM, et al. Association of body mass index and age with subsequent breast cancer risk in premenopausal women. JAMA Oncol. 2018;4(11):e181771.

47. Ahlgren M, Melbye M, Wohlfahrt J, Sørensen TI. Growth patterns and the risk of breast cancer in women. N Engl J Med. 2004;351(16):1619-26.

48. Green J, Cairns BJ, Casabonne D, Wright FL, Reeves G, Beral V. Height and cancer incidence in the Million Women Study: prospective cohort, and meta-analysis of prospective studies of height and total cancer risk. Lancet Oncol. 2011;12(8):785-94.

49. Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson L, Folsom AR, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. American Journal of Epidemiology. 2000;152(6):514-27.

50. Ritte R, Lukanova A, Tjønneland A, Olsen A, Overvad K, Mesrine S, et al. Height, age at menarche and risk of hormone receptor-positive and -negative breast cancer: a cohort study. Int J Cancer. 2013;132(11):2619-29.

51. McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15(6):1159-69.

52. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. N Engl J Med. 2007;356(3):227-36.

53. Boyd NF, Rommens JM, Vogt K, Lee V, Hopper JL, Yaffe MJ, et al. Mammographic breast density as an intermediate phenotype for breast cancer. Lancet Oncol. 2005;6(10):798-808.

54. Wong CS, Lim GH, Gao F, Jakes RW, Offman J, Chia KS, et al. Mammographic density and its interaction with other breast cancer risk factors in an Asian population. Br J Cancer. 2011;104(5):871-4.

55. Advani SM, Zhu W, Demb J, Sprague BL, Onega T, Henderson LM, et al. Association of breast density with breast cancer risk among women aged 65 years or older by age group and body mass index. JAMA Netw Open. 2021;4(8):e2122810.

56. Ziv E, Tice J, Smith-Bindman R, Shepherd J, Cummings S, Kerlikowske K. Mammographic density and estrogen receptor status of breast cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004;13(12):2090-5.

57. Yaghjyan L, Colditz GA, Collins LC, Schnitt SJ, Rosner B, Vachon C, et al. Mammographic breast density and subsequent risk of breast cancer in postmenopausal women according to tumor characteristics. J Natl Cancer Inst. 2011;103(15):1179-89.

58. Gierach GL, Ichikawa L, Kerlikowske K, Brinton LA, Farhat GN, Vacek PM, et al. Relationship between mammographic density and breast cancer death in the Breast Cancer Surveillance Consortium. J Natl Cancer Inst. 2012;104(16):1218-27.

59. Zhang Y, Kiel DP, Kreger BE, Cupples LA, Ellison RC, Dorgan JF, et al. Bone mass and the risk of breast cancer among postmenopausal women. N Engl J Med. 1997;336(9):611-7.

60. Cauley JA, Lucas FL, Kuller LH, Vogt MT, Browner WS, Cummings SR. Bone mineral density and risk of breast cancer in older women: the study of osteoporotic fractures. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Jama. 1996;276(17):1404-8.

61. Chen Z, Arendell L, Aickin M, Cauley J, Lewis CE, Chlebowski R. Hip bone density predicts breast cancer risk independently of Gail score: results from the Women's Health Initiative. Cancer. 2008;113(5):907-15.

62. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Travis RC, Brinton LA, Helzlsouer KJ, et al. Steroid hormone measurements from different types of assays in relation to body mass index and breast cancer risk in postmenopausal women: Reanalysis of eighteen prospective studies. Steroids. 2015;99(Pt A):49-55.

63. Missmer SA, Eliassen AH, Barbieri RL, Hankinson SE. Endogenous estrogen, androgen, and progesterone concentrations and breast cancer risk among postmenopausal women. J Natl Cancer Inst. 2004;96(24):1856-65.

64. Beattie MS, Costantino JP, Cummings SR, Wickerham DL, Vogel VG, Dowsett M, et al. Endogenous sex hormones, breast cancer risk, and tamoxifen response: an ancillary study in the NSABP Breast Cancer Prevention Trial (P-1). J Natl Cancer Inst. 2006;98(2):110-5.

65. Farhat GN, Cummings SR, Chlebowski RT, Parimi N, Cauley JA, Rohan TE, et al. Sex hormone levels and risks of estrogen receptor-negative and estrogen receptor-positive breast cancers. J Natl Cancer Inst. 2011;103(7):562-70.

66. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Travis RC, Alberg AJ, Barricarte A, et al. Sex hormones and risk of breast cancer in premenopausal women: a collaborative reanalysis of individual participant data from seven prospective studies. Lancet Oncol. 2013;14(10):1009-19.

67. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari Son erişim tarihi: 22.06.2022

68. Jordan SJ, Wilson LF, Nagle CM, Green AC, Olsen CM, Bain CJ, et al. Cancers in Australia in 2010 attributable to and prevented by the use of combined oral contraceptives. Aust N Z J Public Health. 2015;39(5):441-5.

69. Oral-contraceptive use and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 1986;315(7):405-11.

70. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer (Nurses' Health Study, United States). Cancer Causes Control. 1997;8(1):65-72.

71. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Engl J Med. 2002;346(26):2025-32.

72. Michels KA, Pfeiffer RM, Brinton LA, Trabert B. Modification of the associations between duration of oral contraceptive use and ovarian, endometrial, breast, and colorectal cancers. JAMA Oncol. 2018;4(4):516-21.

73. Vessey M, Yeates D. Oral contraceptive use and cancer: final report from the Oxford-Family Planning Association contraceptive study. Contraception. 2013;88(6):678-83.

74. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliott AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. BMJ. 2007;335(7621):651.

75. Iversen L, Sivasubramaniam S, Lee AJ, Fielding S, Hannaford PC. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(6):580.e1-.e9.

76. Karlsson T, Johansson T, Höglund J, Ek WE, Johansson Å. Time-dependent effects of oral contraceptive use on breast, ovarian, and endometrial cancers. Cancer Res. 2021;81(4):1153-62.

77. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. N Engl J Med. 2017;377(23):2228-39.

78. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet. 1996;347(9017):1713-27.

79. Hunter DJ, Colditz GA, Hankinson SE, Malspeis S, Spiegelman D, Chen W, et al. Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19(10):2496-502.

80. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016;65(3):1-103.

81. Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. Contraception. 2009;80(4):372-80.

82. Moorman PG, Havrilesky LJ, Gierisch JM, Coeytaux RR, Lowery WJ, Peragallo Urrutia R, et al. Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast

cancer among high-risk women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2013;31(33):4188-98.

83. Pan K, Nelson RA, Wactawski-Wende J, Lee DJ, Manson JE, Aragaki AK, et al. Insulin resistance and cancer-specific and all-cause mortality in postmenopausal women: The Women's Health Initiative. J Natl Cancer Inst. 2020;112(2):170-8.

84. Pan K, Chlebowski RT, Mortimer JE, Gunter MJ, Rohan T, Vitolins MZ, et al. Insulin resistance and breast cancer incidence and mortality in postmenopausal women in the Women's Health Initiative. Cancer. 2020;126(16):3638-47.

85. Wolf I, Sadetzki S, Catane R, Karasik A, Kaufman B. Diabetes mellitus and breast cancer. Lancet Oncol. 2005;6(2):103-11.

86. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Roddam AW. Insulin-like growth factor 1 (IGF1), IGF binding protein 3 (IGFBP3), and breast cancer risk: pooled individual data analysis of 17 prospective studies. Lancet Oncol. 2010;11(6):530-42.

87. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2012;13(11):1141-51.

88. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol. 2000;152(10):950-64.

89. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol. 1994;139(8):819-35.

90. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev. 1993;15(1):36-47.

91. Colditz GA, Frazier AL. Models of breast cancer show that risk is set by events of early life: prevention efforts must shift focus. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 1995;4(5):567-71.

92. Nichols HB, Berrington de González A, Lacey JV, Jr., Rosenberg PS, Anderson WF. Declining incidence of contralateral breast cancer in the United States from 1975 to 2006. J Clin Oncol. 2011;29(12):1564-9.

93. Reiner AS, Sisti J, John EM, Lynch CF, Brooks JD, Mellemkjær L, et al. Breast cancer family history and contralateral breast cancer risk in young women: an update from the Women's Environmental Cancer and Radiation Epidemiology Study. J Clin Oncol. 2018;36(15):1513-20.

94. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. Lancet. 2001;358(9291):1389-99.

95. Braithwaite D, Miglioretti DL, Zhu W, Demb J, Trentham-Dietz A, Sprague B, et al. Family History and Breast Cancer Risk Among Older Women in the Breast Cancer Surveillance Consortium Cohort. JAMA Intern Med. 2018;178(4):494-501.

96. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. Br J Cancer. 2015;112(3):580-93.

97. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. BMJ. 2015;351:h4238.

98. Singletary KW, Gapstur SM. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. Jama. 2001;286(17):2143-51.

99. Allen NE, Beral V, Casabonne D, Kan SW, Reeves GK, Brown A, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. J Natl Cancer Inst. 2009;101(5):296-305.

100. Chen WY, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC. Moderate alcohol consumption during adult life, drinking patterns, and breast cancer risk. Jama. 2011;306(17):1884-90.

101. White AJ, DeRoo LA, Weinberg CR, Sandler DP. Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. Am J Epidemiol. 2017;186(5):541-9.

102. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Ann Oncol. 2013;24(2):301-8.

103. Suzuki R, Ye W, Rylander-Rudqvist T, Saji S, Colditz GA, Wolk A. Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. J Natl Cancer Inst. 2005;97(21):1601-8.

104. Gram IT, Park SY, Kolonel LN, Maskarinec G, Wilkens LR, Henderson BE, et al. Smoking and risk of breast cancer in a racially/ethnically diverse population of mainly women who do not drink alcohol: The MEC Study. Am J Epidemiol. 2015;182(11):917-25.

105. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2015;154(2):213-24.

106. Anderson LN, Cotterchio M, Mirea L, Ozcelik H, Kreiger N. Passive cigarette smoke exposure during various periods of life, genetic variants, and breast cancer risk among never smokers. Am J Epidemiol. 2012;175(4):289-301.

107. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, Gram IT, Vilier A, Fervers B, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: results from the EPIC cohort. Int J Cancer. 2014;134(8):1871-88.

108. Henderson TO, Amsterdam A, Bhatia S, Hudson MM, Meadows AT, Neglia JP, et al. Systematic review: surveillance for breast cancer in women treated with chest radiation for childhood, adolescent, or young adult cancer. Ann Intern Med. 2010;152(7):444-55; w144-54.

109. Pukkala E, Kesminiene A, Poliakov S, Ryzhov A, Drozdovitch V, Kovgan L, et al. Breast cancer in Belarus and Ukraine after the Chernobyl accident. Int J Cancer. 2006;119(3):651-8.

110. Ostroumova E, Preston DL, Ron E, Krestinina L, Davis FG, Kossenko M, et al. Breast cancer incidence following low-dose rate environmental exposure: Techa River Cohort, 1956-2004. Br J Cancer. 2008;99(11):1940-5.

111. John EM, Kelsey JL. Radiation and other environmental exposures and breast cancer. Epidemiol Rev. 1993;15(1):157-62.

112. Coughlin SS, Smith SA. The impact of the natural, social, built, and policy environments on breast cancer. J Environ Health Sci. 2015;1(3).

113. Webb ML, Kopans DB, Cady BJC. Reply to a failure analysis of invasive breast cancer: most deaths from disease occur in women not regularly screened. 2014;120(18):2937-8.

114. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;18(1):61-72.

115. Union For International Cancer Control (UICC).Prevention: breast cancer risk factors and prevention.Erişim adresi: https://www.fredhutch.org/content/dam/public/labsprojects/Science-Projects/bci2_5/pdf/UICC_Prevention_Risk_Factors_FA.pdf. Son erişim tarihi: 11.06.2022

116. Cummings SR. Primary prevention of breast cancer: new approaches. Maturitas. 2007;57(1):39-41.

117. Ligibel JA, Campbell N, Partridge A, Chen WY, Salinardi T, Chen H, et al. Impact of a mixed strength and endurance exercise intervention on insulin levels in breast cancer survivors. J Clin Oncol. 2008;26(6):907-12.

118. Fairey AS, Courneya KS, Field CJ, Bell GJ, Jones LW, Mackey JR. Effects of exercise training on fasting insulin, insulin resistance, insulin-like growth factors, and insulin-like growth factor binding proteins in postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2003;12(8):721-7.

119. Irwin ML, Varma K, Alvarez-Reeves M, Cadmus L, Wiley A, Chung GG, et al. Randomized controlled trial of aerobic exercise on insulin and insulin-like growth factors in breast cancer survivors: the Yale Exercise and Survivorship study. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18(1):306-13.

120. Hardefeldt PJ, Penninkilampi R, Edirimanne S, Eslick GD. Physical activity and weight loss reduce the risk of breast cancer: a meta-analysis of 139 prospective and retrospective studies. Clin Breast Cancer. 2018;18(4):e601-e12.

121. Anstey EH, Shoemaker ML, Barrera CM, O'Neil ME, Verma AB, Holman DM. Breastfeeding and breast cancer risk reduction: Implications for Black Mothers. Am J Prev Med. 2017;53(3s1):S40-s6.

122. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet. 2002;360(9328):187-95.

123. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukiełka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 2017;24(4):549-53.

124. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2017-2018. Erişim adresi: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-factsand-figures-2017-2018.pdf. Son erişim tarihi: 30.06.2022

125. American Cancer Society. Can breast cancer be prevented? Erişim adresi: https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/can-i-lower-my-risk.html. Son erişim tarihi: 22.06.2022

126. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;10(4):72-82.

127. Knight JA, Fan J, Malone KE, John EM, Lynch CF, Langballe R, et al. Alcohol consumption and cigarette smoking in combination: A predictor of contralateral breast cancer risk in the WECARE study. 2017;141(5):916-24.

128. Catsburg C, Miller AB, Rohan TE. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. International journal of cancer. 2015;136(9):2204-9.

129. Gaudet MM, Carter BD, Brinton LA, Falk RT, Gram IT, Luo J, et al. Pooled analysis of active cigarette smoking and invasive breast cancer risk in 14 cohort studies. 2017;46(3):881-93.

130. McKenzie F, Ellison-Loschmann L, Jeffreys M, Firestone R, Pearce N, Romieu I. Cigarette smoking and risk of breast cancer in a New Zealand multi-ethnic case-control study. J PLoS One. 2013;8(4):e63132.

131. Kispert S, McHowat J. Recent insights into cigarette smoking as a lifestyle risk factor for breast cancer. J Breast Cancer: Targets Therapy. 2017;9:127.

132. Franceschini G, Di Leone A, Terribile D, Sanchez MA, Masetti R. Bilateral prophylactic mastectomy in BRCA mutation carriers: what surgeons need to know. Ann Ital Chir. 2019;90:1-2.

133. Sørensen J, Hertz A. Cost-effectiveness of a systematic training programme in breast self-examination. Eur J Cancer Prev. 2003;12(4):289-94.

134. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak SD, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. J Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2011;7(2).

135. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. J Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;10(4):72-82.

136. Bulut A, Bulut A. Knowledge, attitudes and behaviors of primary health care nurses and midwives in breast cancer early diagnosis applications. J Breast Cancer: Targets Therapy. 2017;9:163.

137. Akhtari-Zavare M, Latiff LA, Juni MH, Said SM, Ismail IZ. Knowledge of female undergraduate students on breast cancer and breast self-examination in Klang Valley, Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(15):6231-5.

138. Godavarty A, Rodriguez S, Jung YJ, Gonzalez S. Optical imaging for breast cancer prescreening. Breast Cancer (Dove Med Press). 2015;7:193-209.

139. Newcomb PA, Weiss NS, Storer BE, Scholes D, Young BE, Voigt LF. Breast self-examination in relation to the occurrence of advanced breast cancer. J JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 1991;83(4):260-5.

140. Semiglazov V, Moiseyenko V, Bavli J, Migmanova NS, Seleznyov N, Popova R, et al. The role of breast self-examination in early breast cancer detection (results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad). J European journal of epidemiology. 1992;8(4):498-502.

141. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. J Journal of the national Cancer Institute. 2002;94(19):1445-57.

142. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. J British journal of cancer. 2003;88(7):1047-53.

143. SEÇGİNLİ S, NAHCİVAN NÖJSvT. Kendi kendine meme muayenesi: Yeni öneriler neler? 2006;16(4):13-8.

144. Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. J Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005;8(1):72-83.

145. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. J CA: a cancer journal for clinicians. 2004;54(6):345-61.

146. Salzman B, Fleegle S, Tully AS. Common breast problems. American family physician. 2012;86(4):343-9.

147. Tabár L, Vitak B, Chen HHT, Yen MF, Duffy SW, Smith RA. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. J Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2001;91(9):1724-31.

148. Tabar L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A, et al. Efficacy of breast cancer screening by age. New results swedish two-county trial. J Cancer. 1995;75(10):2507-17.

149. Bassett L, Liu T, Giuliano A, Gold R. The prevalence of carcinoma in palpable vs impalpable, mammographically detected lesions. J AJR American journal of roentgenology. 1991;157(1):21-4.

150. Michaelson JS, Silverstein M, Wyatt J, Weber G, Moore R, Halpern E, et al. Predicting the survival of patients with breast carcinoma using tumor size. J Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2002;95(4):713-23.

151. Kopans DB. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. J Cancer. 2002;94(2):580-1; author reply 1-3.

152. Miglioretti DL, Lange J, van den Broek JJ, Lee CI, van Ravesteyn NT, Ritley D, et al. Radiation-induced breast cancer incidence and mortality from digital mammography screening: a modeling study. Ann Intern Med. 2016;164(4):205-14.

153. Kopans DB. Breast imaging and the standard of care for the symptomatic patient. Radiology. 1993;187(3):608-11.

154. Kerlikowske K, Creasman J, Leung JW, Smith-Bindman R, Ernster VL. Differences in screening mammography outcomes among White, Chinese, and Filipino women. Arch Intern Med. 2005;165(16):1862-8.

155. Gill KS, Yankaskas BC. Screening mammography performance and cancer detection among black women and white women in community practice. Cancer. 2004;100(1):139-48.

156. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology. 1995;196(1):123-34.

157. Banks E, Reeves G, Beral V, Bull D, Crossley B, Simmonds M, et al. Influence of personal characteristics of individual women on sensitivity and specificity of mammography in the Million Women Study: cohort study. Bmj. 2004;329(7464):477.

158. Esserman L, Cowley H, Eberle C, Kirkpatrick A, Chang S, Berbaum K, et al. Improving the accuracy of mammography: volume and outcome relationships. J Natl Cancer Inst. 2002;94(5):369-75.

159. Smith-Bindman R, Chu P, Miglioretti DL, Quale C, Rosenberg RD, Cutter G, et al. Physician predictors of mammographic accuracy. J Natl Cancer Inst. 2005;97(5):358-67.

160. Beam CA, Conant EF, Sickles EA. Association of volume and volume-independent factors with accuracy in screening mammogram interpretation. J Natl Cancer Inst. 2003;95(4):282-90.

161. Barlow WE, Chi C, Carney PA, Taplin SH, D'Orsi C, Cutter G, et al. Accuracy of screening mammography interpretation by characteristics of radiologists. J Natl Cancer Inst. 2004;96(24):1840-50.

162. Buist DS, Anderson ML, Smith RA, Carney PA, Miglioretti DL, Monsees BS, et al. Effect of radiologists' diagnostic work-up volume on interpretive performance. Radiology. 2014;273(2):351-64.

163. Haneuse S, Buist DS, Miglioretti DL, Anderson ML, Carney PA, Onega T, et al. Mammographic interpretive volume and diagnostic mammogram interpretation performance in community practice. Radiology. 2012;262(1):69-79.

164. Miglioretti DL, Gard CC, Carney PA, Onega TL, Buist DS, Sickles EA, et al. When radiologists perform best: the learning curve in screening mammogram interpretation. Radiology. 2009;253(3):632-40.

165. Morrow M. The evaluation of common breast problems. American family physician. 2000;61(8):2371-8, 85.

166. Klein S. Evaluation of palpable breast masses. American family physician. 2005;71(9):1731-8.

167. Schoonjans JM, Brem RF. Fourteen-gauge ultrasonographically guided large-core needle biopsy of breast masses. J Ultrasound Med. 2001;20(9):967-72.

168. Pearlman MD, Griffin JL. Benign breast disease. Obstetrics and gynecology. 2010;116(3):747-58.

169. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. Mayo Clin Proc. 2004;79(3):353-72.

170. Duijm LE, Guit GL, Hendriks JH, Zaat JO, Mali WP. Value of breast imaging in women with painful breasts: observational follow up study. Bmj. 1998;317(7171):1492-5.

171. Leddy R, Irshad A, Zerwas E, Mayes N, Armeson K, Abid M, et al. Role of breast ultrasound and mammography in evaluating patients presenting with focal breast pain in the absence of a palpable lump. Breast J. 2013;19(6):582-9.

172. Goodwin PJ, DeBoer G, Clark RM, Catton P, Redwood S, Hood N, et al. Cyclical mastopathy and premenopausal breast cancer risk. Results of a case-control study. Breast Cancer Res Treat. 1995;33(1):63-73.

173. Plu-Bureau G, Thalabard JC, Sitruk-Ware R, Asselain B, Mauvais-Jarvis P. Cyclical mastalgia as a marker of breast cancer susceptibility: results of a case-control study among French women. Br J Cancer. 1992;65(6):945-9.

174. Aiello EJ, Buist DS, White E, Seger D, Taplin SH. Rate of breast cancer diagnoses among postmenopausal women with self-reported breast symptoms. J Am Board Fam Pract. 2004;17(6):408-15.

175. Lee S-J, Trikha S, Moy L, Baron P, Green ED, Heller SL, et al. ACR appropriateness criteria® evaluation of nipple discharge. J Journal of the American College of Radiology. 2017;14(5):S138-S53.

176. Vargas HI, Vargas MP, Eldrageely K, Gonzalez KD, Khalkhali I. Outcomes of clinical and surgical assessment of women with pathological nipple discharge. Am Surg. 2006;72(2):124-8.

177. Nelson RS, Hoehn JL. Twenty-year outcome following central duct resection for bloody nipple discharge. Ann Surg. 2006;243(4):522-4.

178. Kooistra BW, Wauters C, van de Ven S, Strobbe L. The diagnostic value of nipple discharge cytology in 618 consecutive patients. Eur J Surg Oncol. 2009;35(6):573-7.

179. King TA, Carter KM, Bolton JS, Fuhrman GM. A simple approach to nipple discharge. Am Surg. 2000;66(10):960-5; discussion 5-6.

180. Murad TM, Contesso G, Mouriesse H. Nipple discharge from the breast. Ann Surg. 1982;195(3):259-64.

181. Jardines L. Management of nipple discharge. Am Surg. 1996;62(2):119-22.

182. Neville EM, Freeman AH, Adiseshiah M. Clinical significance of recent inversion of the nipple: a reappraisal. J R Soc Med. 1982;75(2):111-3.

183. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. J World journal of clinical oncology. 2014;5(3):283.

184. Feig SA, Duffy SW. Screening results, controversies and guidelines. Diagnosis of Diseases of the Breast: Saunders, Philadelphia, PA; 2010. p. 56-78.

185. Özel BD, Özel D, Özkan F, Halefoglu AM, Özer Ö, Basak M. BIRADS ultrasonografi solid meme lezyonlarinda biopsi öncesi yeterli fikir verebilir mi? J Şişli Etfal Hastanesi Tip Bülteni. 2015;49(4):284.

186. Sprague BL, Stout NK, Schechter C, van Ravesteyn NT, Cevik M, Alagoz O, et al. Benefits, harms, and cost-effectiveness of supplemental ultrasonography screening for women with dense breasts. Ann Intern Med. 2015;162(3):157-66.

187. Slanetz PJ, Freer PE, Birdwell RL. Breast-density legislation--practical considerations. N Engl J Med. 2015;372(7):593-5.

188. Gartlehner G, Thaler K, Chapman A, Kaminski-Hartenthaler A, Berzaczy D, Van Noord MG, et al. Mammography in combination with breast ultrasonography versus mammography for breast cancer screening in women at average risk. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(4):Cd009632.

189. Flobbe K, Bosch AM, Kessels AG, Beets GL, Nelemans PJ, von Meyenfeldt MF, et al. The additional diagnostic value of ultrasonography in the diagnosis of breast cancer. Arch Intern Med. 2003;163(10):1194-9.

190. Sprague BL, Gangnon RE, Burt V, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Wellman RD, et al. Prevalence of mammographically dense breasts in the United States. J Natl Cancer Inst. 2014;106(10).

191. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. J Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(3):230-7.

192. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. J Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004;6(1):71-85.

193. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe uyarlamlarına ilişkin sonuçlar. J Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004;6(1):71-85.

194. Meissner HI, Breen N, Taubman ML, Vernon SW, Graubard BI. Which women aren't getting mammograms and why? (United States). Cancer Causes Control. 2007;18(1):61-70.

195. Yusof A, Chia YC, Hasni YM. Awareness and prevalence of mammography screening and its predictors--a cross sectional study in a primary care clinic in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(19):8095-9.

196. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünalan PC, Gorpe S, Öner BR, Özmen V. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. J Meme Sağlığı Dergisi. 2009;5(4):214-24.

197. Barr JK, Franks AL, Lee NC, Herther P, Schachter M. Factors associated with continued participation in mammography screening. Prev Med. 2001;33(6):661-7.

198. Masoudiyekta L, Rezaei-Bayatiyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(1):114-20.

199. Ghaffari M, Rad TN, Mohammadi S, Rakhshanderou S. Effect of an intervention on the breast cancer screening behavior in women: application of integrated behavioral model. Int J Prev Med. 2018;9:99.

200. Olgun S, Dizer B. Evaluating the Effect of Health Education Intervention on the Health Beliefs and Behaviors of First-Degree Female Relatives of Breast Cancer Patients. South Asian J Cancer. 2022;11(1):14-8.

201. Luengo-Matos S, Polo-Santos M, Saz-Parkinson Z. Mammography use and factors associated with its use after the introduction of breast cancer screening programmes in Spain. Eur J Cancer Prev. 2006;15(3):242-8.

202. Blaes A, Vogel RI, Nagler RH, Allen A, Mason S, Teoh D, et al. Breast cancer screening practices for high-risk women: a cross-sectional survey of primary care providers. J Womens Health (Larchmt). 2020;29(5):686-92.

203. Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J Breast Health. 2015;11:26-30.

204. Aker AA, Baysal ŞA, Anıl G, Mercimek B, Peynirci İ, Karaca E, et al., editors. Kocaeli Derince KETEM'e kanser taraması için başvuran kadınların değerlendirilmesi. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.

205. Crane LA, Kaplan CP, Bastani R, Scrimshaw SC. Determinants of adherence among health department patients referred for a mammogram. Women Health. 1996;24(2):43-64.

206. Kuo CS, Chen GR, Hung SH, Liu YL, Huang KC, Cheng SY. Women with abnormal screening mammography lost to follow-up: An experience from Taiwan. Medicine (Baltimore). 2016;95(24):e3889.

207. Racine L, Andsoy I, Maposa S, Vatanparast H, Fowler-Kerry S. Examination of breast cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among Syrian Refugee Women in a Western Canadian Province. Can J Nurs Res. 2022;54(2):177-89.

208. Charkazi A, Samimi A, Razzaghi K, Kouchaki GM, Moodi M, Meirkarimi K, et al. Adherence to recommended breast cancer screening in Iranian turkmen women: the role of knowledge and beliefs. ISRN Prev Med. 2013;2013:581027.

209. Ngan TT, Jenkins C, Minh HV, Donnelly M, O'Neill C. Breast cancer screening practices among Vietnamese women and factors associated with clinical breast examination uptake. PLoS One. 2022;17(5):e0269228.

210. Sox CH, Dietrich AJ, Tosteson TD, Winchell CW, Labaree CE. Periodic health examinations and the provision of cancer prevention services. Arch Fam Med. 1997;6(3):223-30.

211. Sadikoglu G, Ozcakir A, Dogan F, Gokgoz S, Bilgel N. Mammography utilization among Turkish women. J Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(2):377-81.

212. Miller AM, Champion VL. Mammography in older women: one-time and three-year adherence to guidelines. Nurs Res. 1996;45(4):239-45.

213. Mayne L, Earp J. Initial and repeat mammography screening: different behaviors/different predictors. J Rural Health. 2003;19(1):63-71.

214. Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: a meta-analytic review. Prev Med. 2007;45(4):252-61.

215. Karadağ-Çaman Ö, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. J Firat Med J. 2014;19(2):95-100.

216. Champion V. Relationship of age to mammography compliance. Cancer. 1994;74(1 Suppl):329-35.

217. Metsch LR, McCoy CB, McCoy HV, Pereyra M, Trapido E, Miles C. The role of the physician as an information source on mammography. J Cancer practice. 1998;6(4):229-36.

218. Efe-Arslan D, Tosun-Güleroğlu F, Bahçeli A, Kocaöz S. Sağlık profesyonellerinin meme kanseri risk düzeyi ve sağlık inançları. Sağlık Bilimleri Dergisi.31(2):210-8.

219. Shakery M, Mehrabi M, Khademian Z. The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. BMC Med Inform Decis Mak. 2021;21(1):248.

220. Gümüş-Şekerci Y, Sohbet R. Meme kanseri ve erken tanı yöntemleri eğitiminin öğrencilerin sağlık bilgisi, inanç ve uygulamalarına etkisi. 2019.

221. Karasu F, Göllüce A, Güvenç E, Polat F, Delibaş L, Bayır B, et al. Bir vakıf üniversitesindeki öğrencilere meme kanseri hakkında verilen eğitiminin etkinliği. J Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;10(1):14-24.

222. Rezaeian M, Sharifirad G, Mostafavi F, Moodi M, Abbasi MH. The effects of breast cancer educational intervention on knowledge and health beliefs of women 40 years and older, Isfahan, Iran. J Journal of education health promotion. 2014;3.

223. Kıssal A, Kartal B. Effects of health belief model-based education on health beliefs and breast self-examination in nursing students. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019;6(4):403-10.

224. Aydın-Avcı İ, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. J Florence Nightingale Journal of Nursing. 2007;15(60):119-28.

225. Çevik-Durmaz Y, Doğan R, Türkben-Polat H, Uzun E, Şakar H, Yalçınkaya-Önder E. Üniversite Öğrencilerine verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine yönelik eğitimin öğrencilerin kaygi düzeyine ve sağlik inançlarina etkisi. J Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.23(2):259-66.

226. Avci IA, Kumcagiz H, Altinel B, Caloglu A. Turkish female academician self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(1):155-60.

227. Darvishpour A, Vajari SM, Noroozi S. Can health belief model predict breast cancer screening behaviors? Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(5):949-53.

228. Yılmaz M, Durmuş T. Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. J Breast Health. 2016;12(1):18-24.

229. Kirag N, Kızılkaya M. Application of the Champion Health Belief Model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: a cross sectional descriptive study. J BMC Women's Health. 2019;19(1):1-10.

230. Yucel SC, Orgun F, Tokem Y, Avdal EU, Demir M. Determining the factors that affect breast cancer and self breast examination beliefs of Turkish nurses in academia. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(3):1275-80.

231. Polat E, Taştekin A. Hijyenik ped ambalajı üzerindeki kendi kendine meme muayenesi uyarılarının kız üniversite öğrencileri üzerindeki etkisinin incelenmesi. J Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2020;5(1):41-57.

8. EKLER

Ek-A. Onam Formu

Ek-B. Anket Formu

Ek-C. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ek-D. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

Ek-E. Ölçek Kullanım İzni

Ek-F. Meme Kanseri Bilgilendirme Broşürü

Ek-A. Onam Formu

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: Üniversite Hastanesine Başvuran Meme Kanseri Tarama Grubundaki Kadınlarda Meme Kanseri Sağlık İnançları ve Aile Hekimlerinin Bireyin Sağlık İnancında ve Tarama Yaptırmasındaki Rolü' Araştırmanın Amacı: Üniversite hastanesine başvuran meme kanseri tarama grubundaki kadınlarda meme kanseri hakkında sağlık inançlarının incelenmesi ve sağlık inancının meme kanseri taramasını yaptırmasına etkisi ve aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü incelemek. Araştırmaya Katılma Süresi: 6 ay Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:1000 kişi

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmada 'Üniversite hastanesine başvuran meme kanseri tarama grubundaki kadınlarda meme kanseri hakkında sağlık inançlarının incelenmesi ve sağlık inancının meme kanseri taramasını yaptırmasına etkisi ve aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırmasındaki rolünü incelemeyi' amaçladık.

Bu nedenle size yaşınız, eğitim durumunuz, gelir düzeyiniz, meme kanseri risk faktörleri gibi sorular içeren 30 soruluk bir anket uygulanacaktır ve anketin yanında 52 soruluk Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Soruları cevaplamanız yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Sizden herhangi bir tetkik yaptırmanız istenmeyecektir. Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Çalışmaya katılmanız tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır veya tedavi sürecinizde değişiklik oluşturmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden ve bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmadan istediğiniz anda geri çekilme hakkına sahipsiniz. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Fatma Nur TİYEK Adresi:Aile Hekimliği A.D	Telefon : ([redacted]) Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

Ek-B. Anket Formu

Sayın Hanımefendi,

Bu kadınların meme kanseri konusunda sağlık inançlarını öğrenmek amacıyla Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan bir araştırmadır. Düşünceleriniz sadece bilimsel ortamda paylaşılacak ve kimliğiniz gizli tutulacaktır.

1-Yaşınız…

2-Boy: 3.Kilo:

4-Eğitim durumunuz nedir?

(1) Okuryazar değil (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

5-Medeni durumunuz nedir?

(1) Evli (2) Bekar (3) Boşanmış (4) Dul

6-Çalışma durumunuz nedir?

(1) Çalışmıyor (2) Çalışıyor… (3) Emekli

7-Gelir düzeyiniz nedir?

(1) Gelirim giderimden az (2) Gelirim giderimle aynı (3) Gelirim giderimden çok

8-Sigara içiyor musunuz?

(1) Hiç içmedim (2) İçtim bıraktım (…paket/yıl) (3) Hala içiyorum(…paket/yıl)

9-Alkol kullanıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır Varsa; Miktarı:

10-Herhangi bir kanser öykünüz var mı?

(1) Evet… (2) Hayır

11-Ailenizde herhangi bir kanser öyküsü var mı?

(1) Evet… (2) Hayır

12-Ailede meme kanseri öykünüz var mı?

(1) Yok

(2) Bir hala/teyze ya da büyükanne

(3) Anne ya da kız kardeş

(4) Anne ve kız kardeş

(5) Anne ve iki kız kardeş

13-Herhangi bir neden ile göğüs bölgenize ışın tedavisi aldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

14-Kaç doğum yaptınız? (Ölü doğumlar dahil)

(1) Yapmadım

(2) Canlı Doğum…

(3) Ölü Doğum…

15-Çocuk doğurma yaşınız?

(1) Otuz yaş öncesi ilk doğum (2) Otuz yaş sonrası ilk doğum (3) Çocuk yok

16-Çocuğunuzu/ çocuklarınızı ne kadar süre emzirdiniz? (Her çocuk ayrı)

1. Çocuk….. ay 2. Çocuk …….ay 3. Çocuk .....…ay 4. Çocuk .....…ay

17-Doğum kontrol hapı kullandınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

18-Kullandıysanız ne kadar süre? .....

19-Menstruasyon başlama yaşınız kaç?

(1) 15 yaş ve üstü (2) 12-14 yaş arası (3) 11yaş ve altı

20-Menopoza girme yaşınız? .....

21-Menopoz sırasında ya da sonrasında hormon tedavisi kullandınız mı?

(1) Evet kullandım(… Başladım… Süre kullandım)

(2) Hayır kullanmadım

22-Bir sağlık çalışanı ile hiç meme kanseri hakkında konuştunuz mu?/ Kiminle:

(1) Evet …… (2) Hayır

23-Aile hekiminiz kim? ….

24-Aile hekiminizle meme kanseri hakkında konuştunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

25-Risk faktörleri hakkında aile hekiminiz önerilerde bulundu mu?

(1) Evet (2) Hayır

26-Mamografi çektirdiniz mi?

(1) Evet (2) Hayır

27-Mamografi çektirmeniz gerektiğini size kim söyledi?

(1) Aile hekimi (2) Başka bir hekim (3) Sağlık çalışanı olan bir yakını

(4) Sağlık çalışanı olmayan bir yakını (5) Diğer

28-Mamografi sonucunuzu aile hekiminiz sordu mu?

(1) Evet (2) Hayır

29-Bir doktor tarafından meme muayenesi oldunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

30-Aile hekiminiz size meme muayenesi yaptı mı?

(1) Evet (2) Hayır

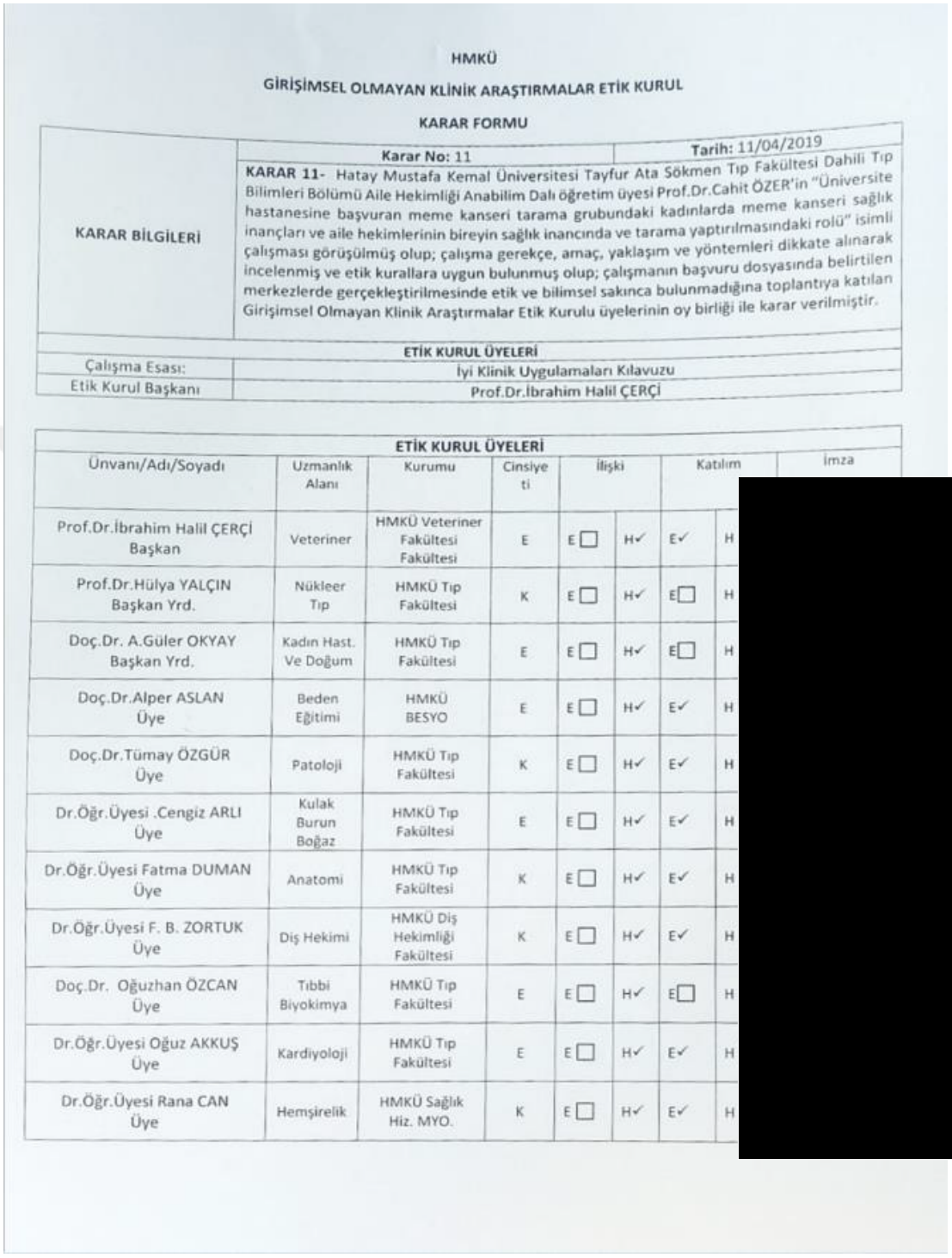
Ek-C. Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

(KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi) Sayın hanımefendi; her soru için kendinize uygun olan seçeneği işaretleyin. 1=kesinlikle katılmıyorum 2=katılmıyorum 3=kararsızım 4=katılıyorum 5=kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir	1	2	3	4	5
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.	1	2	3	4	5
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum	1	2	3	4	5
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur	1	2	3	4	5
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım	1	2	3	4	5
6. Meme kanserini düşünmekten korkarım	1	2	3	4	5
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek	1	2	3	4	5
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşımla, birlikte olduğum kişiyle) ilişkimi tehdit eder.	1	2	3	4	5
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek	1	2	3	4	5
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.	1	2	3	4	5
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
12.Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.	1	2	3	4	5
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Dengeli beslenirim.	1	2	3	4	5
15. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.	1	2	3	4	5
16. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.	1	2	3	4	5
17. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.	1	2	3	4	5
18. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.	1	2	3	4	5
19. KKMM yapmaktan sıkılıyorum	1	2	3	4	5

20. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor	1	2	3	4	5
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur	1	2	3	4	5
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.	1	2	3	4	5
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.	1	2	3	4	5
24. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez.	1	2	3	4	5
25. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.	1	2	3	4	5
26. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.	1	2	3	4	5
27. KKMM'nin nasıl yapılacağını biliyorum	1	2	3	4	5
28. KKMM'yi doğru bir şekilde yapabilirim.	1	2	3	4	5
29. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim.	1	2	3	4	5
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	1	2	3	4	5
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	1	2	3	4	5
32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.	1	2	3	4	5
33. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum	1	2	3	4	5
34. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim	1	2	3	4	5
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim	1	2	3	4	5
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim	1	2	3	4	5
37. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.	1	2	3	4	5
38. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.	1	2	3	4	5
39. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.	1	2	3	4	5
40. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.	1	2	3	4	5
41. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.	1	2	3	4	5
42. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.	1	2	3	4	5

43. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım	1	2	3	4	5
44. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
45. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.	1	2	3	4	5
46. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.	1	2	3	4	5
47. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.	1	2	3	4	5
48. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.	1	2	3	4	5
49. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak	1	2	3	4	5
50. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam	1	2	3	4	5
51. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var	1	2	3	4	5
52. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.	1	2	3	4	5

Ek-D. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi



HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 11	Tarih: 11/04/2019
	KARAR 11- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in "Üniversite hastanesine başvuran meme kanseri tarama grubundaki kadınlarda meme kanseri sağlık inançları ve aile hekimlerinin bireyin sağlık inancında ve tarama yaptırılmasındaki rolü" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL ÜYELERİ	
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ

ETİK KURUL ÜYELERİ								
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım		İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E☐	H✓	E☐	H	
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E☐	H	
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E☐	H✓	E✓	H	
Doç.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	H	
Dr.Öğr.Üyesi .Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	H	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E☐	H✓	E✓	H	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E☐	H	
Dr.Öğr.Üyesi Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E☐	H✓	E✓	H	
Dr.Öğr.Üyesi Rana CAN Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. MYO.	K	E☐	H✓	E✓	H	

Ek-E. Ölçek Kullanım İzni



Ek-F. Meme Kanseri Bilgilendirme Broşürü



9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Fatma Nur TİYEK, 0[redacted] tarihinde [redacted] ilinde doğmuştur. İlkokul eğitimini 1998-2003 yılları arasında Kahramanmaraş'ta 100. Yıl İlköğretim Okulu'nda tamamlamıştır. Ortaokul eğitimini ise 2003-2004 yılları arasında 100. Yıl İlköğretim Okulu ve 2004-2006 yılları arasında ise Özel Beyza İlköğretim Okulu'nda tamamlamıştır. Lise eğitimini 2006-2010 yılları arasında Özel Beyza Fen Lisesi'nde tamamlayarak okul birinciliği derecesiyle mezun olmuştur. Tıp eğitimine 2010 yılında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde başlamış olup 2016 yılında mezun olmuştur. 11.12.2017 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başlamış olup araştırma görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.