T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MAMOGRAFİ ÇEKTİREN VE ÇEKTİRMEYEN KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE MAMOGRAFİYE İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

SÜMEYYE KUZUCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

SİVAS-2019

T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MAMOGRAFİ ÇEKTİREN VE ÇEKTİRMEYEN KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE MAMOGRAFİYE İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

SÜMEYYE KUZUCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MERYEM YILMAZ

SİVAS-2019

"Mamografi Çektiren ve Çektirmeyen Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının Belirlenmesi" adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Doç.Dr. Meryem YILMAZ
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Hesna GÜRLER
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

ONAY

Bu tez çalışması, 18.10.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.105 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

MAMOGRAFİ ÇEKTİREN VE ÇEKTİRMEYEN KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ VE MAMOGRAFİYE İLİŞKİN SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ

Sümeyye KUZUCU
Yüksek Lisans Tezi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Danışman: Doç. Dr. Meryem YILMAZ
2019, 112 sayfa

Amaç: Bu araştırma meme kanseri için mamografi (MMG) taramasına gelen ve cerrahi kliniklerde yatan hasta refakatçilerinden daha önce hiç MMG çekimi yaptırmamış olan kadınların meme kanseri risk faktörlerini ve MMG'ye ilişkin sağlık inançlarını belirlemek amacı ile yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırma, 11 Ocak 2018-1 Haziran 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında Sivas Numune Hastanesi MMG birimi ve Sivas Halk Sağlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) gezici MMG aracına MMG çektirmeye gelen kadınlar ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerde yatan hastaların refakatçilerinden daha önce hiç MMG çektirmemiş kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihler arasında 35 yaş üzeri MMG çekimine gelen 500 kadın ve hiç MMG çektirmemiş refakatçilerden oluşan 500 kadın olmak üzere toplam 1000 kadın oluşturdu. Veriler anket formu ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli MMG Ölçeği (CSİMMÖ) ile toplandı. Araştırmanın normal dağılım göstermeyen verilerinin analizinde bağımsız iki grup için Mann-Whitney U; bağımsız ikiden fazla grup için Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Kadınların sosyodemografik ve meme kanseri risk faktörü özelliklerinin CSİMMÖ alt boyutlarını yordama gücünü belirlemek için Linear Regresyon analizi kullanıldı. Veriler $p<0.05$ düzeyinde anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 51.48±8.243 olup, %53.2'sinin 50 yaş ve üzerinde olduğu, MMG çektiren kadınların %34.6'sının MMG'yi tarama nedeniyle çektirdiği, MMG çektirmeyen kadınların %66.6'sının kanser

olmadığı için MMG çektirmediği belirlendi. MMG çektiren kadınların duyarlılık boyutu, MMG çektirmeyenlerin yararlar, engeller, önyargılar ve toplam puanının daha yüksek olduğu yararlar boyutu dışındaki boyutlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Kadınların duyarlılık boyutu üzerinde MMG çektirme ($\beta= 0.128$, $p= 0.000$), oturduğu yer ($\beta= 0.069$, $p= 0.049$), egzersiz ($\beta= 0.103$, $p= 0.001$), ailede meme kanseri olması ($\beta= 0.195$, $p= 0.000$), menopoz ve OKS kullanma; yararlar boyutu üzerinde yaş ($\beta= 0.085$, $p= 0.013$), eğitim ($\beta= 0.206$, $p= 0.000$), ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı, sigara, alkol kullanma ve MMG'ye ilişkin bilgi; engeller boyutu üzerinde MMG çektirme ($\beta= -0.110$, $p= 0.000$), yaş ($\beta= 0.251$, $p= 0.000$), eğitim ($\beta= -0.153$, $p= 0.000$), ailede meme kanseri olması ve menopoz, ilk menstruasyon yaşı, emzirme, egzersiz, MMG'ye ilişkin bilgi ve MMG çektirme sayısı; önyargılar boyutu üzerinde MMG çektirme ($\beta= -0.329$, $p= 0.000$), yaş ($\beta= 0.089$, $p= 0.006$), eğitim ($\beta= -0.130$, $p= 0.000$), ailede meme kanseri olması, menopoz, alkol, egzersiz ve MMG'ye ilişkin bilgi; toplam puan üzerinde MMG çektirme ($\beta= -0.187$, $p= 0.000$), yaş ($\beta= 0.208$, $p= 0.000$), menopoz ($\beta= 0.143$, $p= 0.000$) etkili olduğu bulundu.

Sonuç olarak bu çalışmada, kadınların MMG sağlık inançlarını MMG çektirme, eğitim, yaş, ailede meme kanseri olması, OKS kullanmak, egzersiz yapmak, çocuk sayısı, menopoza girmek, emzirme, sigara, alkol kullanmak ve MMG'ye yönelik bilginin etkilediği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri, mamografi, risk faktörleri, sağlık inancı

ABSTRACT

DETERMINATION OF BREAST CANCER RISK FACTORS AND MAMMOGRAPHY-RELATED HEALTH BELIEFS OF WOMEN WHO UNDERGO MAMMOGRAPHY AND DO NOT UNDERGO MAMMOGRAPHY

Sümeyye KUZUCU
Master's Thesis
Department of Surgical Disaeses Nursing
Supervisor: Assoc. Prof. Dr.Meryem YILMAZ
2019, 112 page

Aim: This study was conducted to determine the health beliefs regarding breast cancer risk factors and mammography and of women who had never had mammography taken before from patient companions in surgical clinics and who incoming to mammography for breast cancer.

Methods: This descriptive and cross-sectional type of study was conducted between 11 January 2018-1 June 2018. Among the dates specified in the research universe were composed, Sivas Sample Hospital mammography unit and Sivas Public Health Cancer Early Diagnosis and Screening center mobile mammograhpy tool with women who come to have mammography and Sivas University Health Services Research and Application Hospital of women who had never had mammography before from patient companions surgical clinics. The sample of the study consisted of a total of 1,000 women, including 500 women aged 35 years and over who were undertaken mammography and 500 women who had never had mammography before from patient companions. Dates are collected with survey and Champion's Healht Belief Model Mammography Scale. In the analysis of the research's undistributed data was used to for two independent groups Mann-Whitney U; for more than independent groups Kruskal Wallis H test. Linear Regresion analysis was used to determine of the power predictive of women to perform sociodemographic and breast cancer risk factor characteristics in the subsizes of CSİMMÖ. Datas was accepted as significant at level $p<0.05$.

Results: It was determined that the mean age of women was 51.48 ± 8.243 years, 53.2% of them were 50 years and older, 34.6% of women who had received MMG due to screening, 66.6% of women who do not have MMG, do not have MMG because they do not have cancer. It was found that the dimension sensitivity of women who had MMG, the benefits, obstacles, prejudices and total score of those who did not have MMG were higher and the difference between the dimensions other than the benefits dimension was statistically significant ($p < 0.05$). Linear regression showed that the effective on the perceived susceptibility dimension of women, had received MMG ($\beta = 0.128$, $p = 0.000$), place of residence ($\beta = 0.069$, $p = 0.049$), exercise ($\beta = 0.103$, $p = 0.001$), having breast cancer in the family ($\beta = 0.195$, $p = 0.000$), using menopause and using OKS; on the perceived benefits dimension ($\beta = 0.085$, $p = 0.013$), education ($\beta = 0.206$, $p = 0.000$), age at first menstruation, giving birth status, age at first birth, number of children, smoking, alcohol use and information about MMG; on the perceived barrier dimension had received MMG ($\beta = -0.110$, $p = 0.000$), age ($\beta = 0.251$, $p = 0.000$), education ($\beta = -0.153$, $p = 0.000$), having breast cancer in the family and menopause, age at first menstruation, breastfeeding, exercise, information on MMG, and the number of had received MMG; on the perceived prejudgments dimension had received MMG ($\beta = -0.329$, $p = 0.000$), age ($\beta = 0.089$, $p = 0.006$), education ($\beta = -0.130$, $p = 0.000$), having breast cancer in the family, menopause, alcohol, exercise and information about MMG; on the total score had received MMG ($\beta = -0.187$, $p = 0.000$), age ($\beta = 0.208$, $p=0.000$), menopause ($\beta = 0.143$, $p=0.000$).

In conclusion, it was concluded that women affect MMG health beliefs, had received MMG, education, age, breast cancer in the family, using OKS, exercising, number of children, menopause, breastfeeding, smoking, alcohol use and information about MMG.

Keywords: Breast cancer, mammography, risk factors, health belief

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yoğun çalışma programına rağmen akademik bilgi ve desteğini ile bana rehberlik eden, cerrahi alan ve mamografi ile ilişkili önemli bilgileri öğrenmeme yardımcı olarak bilimsel bakış açımı genişleten danışman hocam sayın Doç. Dr. Meryem YILMAZ' a,

Araştırmamın istatiksel değerlendirmesini yapar iken bilgi ve desteğini benimle paylaşan kıymetli hocam Arş. Gör. Necmettin İŞCİ' ye ve çalıştığım kliniğimin hoşgörülü, değerli hekimi Uzm. Dr. Emrah ÇALIŞKAN' a,

Çalışmaya katılan tüm kadınlara,

Yaşamım boyunca bana emek veren, bilime ait eğitim ve çalışmalarımı sürdürürken varlıklarını hissettiren canım babama, anneme ve ablama,

Yürekten minnetimi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK.....i

ONAY.....ii

YÖNERGE..... iii

ÖZET.....iv

ABSTRACT.....vi

TEŞEKKÜR.....viii

İÇİNDEKİLER.....ix

TABLOLAR DİZİNİ.....xi

ŞEKİLLER DİZİNİ.....xv

KISALTMALAR DİZİNİ.....xvi

1. GİRİŞ.....1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....1

1.2. Araştırmanın Amacı.....3

1.3. Araştırma Soruları.....3

2. GENEL BİLGİLER.....5

2.1. Memenin Yapısı.....5

2.2. Memedeki Yaşam Boyu Değişiklikler.....5

2.3. Meme Kanserinin Oluşumu ve Klinik Bulguları.....6

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri.....6

2.5. Meme Kanserinde Erken Tanılama ve Tarama.....8

2.5.1. MMG Yararları.....17

2.5.2. MMG Zararları.....17

2.5.3. Meme Kanserinin Erken Tanı ve Taramasında Hemşirenin Rolleri19

2.6. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....19

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....23

3.1. Araştırmanın Tipi.....23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....23

3.3. Araştırmanın Evreni.....23

3.4. Araştırmanın Örneklemi.....24

3.5. Katılımcıların Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri 24
3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler 24
3.6.1. Bağımsız değişkenler 24
3.6.2. Bağımlı değişkenler 24
3.7. Veri Toplama Araçları 24
3.7.1. Anket Formu 244
3.7.2. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği (CSİMMÖ) 25
3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 26
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 26
3.10. Araştırmanın Etik Yönü 27
4. BULGULAR 28
5. TARTIŞMA 74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 80
6.1. Sonuçlar 80
6.2. Öneriler 87
7. KAYNAKLAR 88
EKLER 99
EK.1. Anket Formu 99
EK.2. Vıctorıa Champion'un Sağlık İnanç Modeline Göre Mamografi Ölçeği 102
EK.3. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu 103
İZİNLER 106
EK.4. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu 106
EK.5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği İzni 108
EK.6. Sivas Numune Hastanesi Uygulama İzni 109
EK.7. Sivas Halk Sağlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) 110
ÖZGEÇMİŞ 112

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı……..28

Tablo 2. Kadınların Meme Kanserinin Üreme ve Ailesel Risk Faktörlerinin Dağılımı…….....29

Tablo 3. Kadınların Meme Kanserinin Yaşam Tarzı Risk Faktörlerinin Dağılımı…….31

Tablo 4. Kadınların Mamografiye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı……...32

Tablo 5. Kadınların Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği (CSİMMÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……33

Tablo 6. Kadınların Eğitim Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……34

Tablo 7. Kadınların Çalışma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……35

Tablo 8. Kadınların Medeni Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……36

Tablo 9. Kadınların Yaşanılan Yere Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..37

Tablo 10. Kadınların Aile Tipine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..38

Tablo 11. Kadınların Aylık Gelirine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..39

Tablo 12. Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……40

Tablo 13. Kadınların İlk Menstruasyon Yaşına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……41
Tablo 14. Kadınların Doğum Yapma/Yapmama Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……42

Tablo 15. Kadınların İlk Doğum Yaşına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……43

Tablo 16. Kadınların Çocuk Sayısına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..44

Tablo 17. Kadınların Çocuklarını Emzirme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……45

Tablo 18. Kadınların Menopoza Girme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……46

Tablo 19. Kadınların Ailesinde Meme Kanseri Bulunma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..47

Tablo 20. Kadınların Meme Kanseri Olan Bireye Yakınlık Derecesine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..48

Tablo 21. Kadınların Oral Kontraseptif (OKS) Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..49

Tablo 22. Kadınların Oral Kontraseptif (OKS) Kullanım Süresine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……50

Tablo 23. Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……...51

Tablo 24. Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanım Süresine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..52

Tablo 25. Kadınların Sigara Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……53

Tablo 26. Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……54

Tablo 27. Kadınların Mamografiyi Bilme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……55

Tablo 28. Kadınların Bilgi Aldıkları Yere Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.56

Tablo 29. Mamografi Çektiren Kadınların Mamografi Çektirme Nedenlerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……..57

Tablo 30. Mamografi Çektirmeyen Kadınların Mamografi Çektirmeme Nedenlerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……...58

Tablo 31. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Champion'nun Mamografi İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi……59

Tablo 32. Kadınların Üreme Özellikleri ile Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi…….63
Tablo 33. Kadınların Meme Kanseri Aile Öyküsü, Menopoz ve Hormon Kullanma Durumları ile Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi……...66

Tablo 34. Kadınların Meme Kanserinin Yaşam Tarzı Risk Faktörlerine Göre Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi……69
Tablo 35. Kadınların Mamografiye İlişkin Özelliklerine Göre Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi……71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Cranicaudal pozisyon……...10

Şekil 2. Mediolateral-oblik pozisyon……10

Şekil 3. BIRADS sınıflamasına göre MMG bulgularının değerlendirilmesi…10

Şekil 4. MMG tarama rehberlerindeki önerilerin karşılaştırılması.....13

Şekil 5. Meme kanseri yüksek riskli kadınlarda MMG taraması……..18

Şekil 6. SİM' e göre meme kanseri tanısına yönelik tutum ve davranışlar…...22

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın ve Doğum Koleji)
ACS	American Cancer Society (Amerikan Kanser Derneği)
ACR	American Cancer Radiology (Amerikan Kanser Radyolojisi)
ADH	Atipik Duktal Hiperpilazi
ALH	Atipik Lezyon Hiperplazi
AMA	American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)
BI-RADS	Breast Imaging-Reporting and Data System (Meme Görüntüleme-Raporlama ve Veri Sistemi)
BRCA-1	Breast Cancer Susceptibility-1 (Meme Kanseri Duyarlılık-1)
BRCA-2	Breast Cancer Susceptibility-2 (Meme Kanseri Duyarlılık-2)
CSİMMÖ	Champion'un Sağlık İnanç Modeline Göre Mamografi Ölçeği
CTFPHC	Canadian Task Force on Preventive Health Care (Koruyucu Sağlık Bakımında Kanada Görev Gücü)
DBT	Digital Bilgisayarlı Tomografi
DCIS	İn situ duktal karsınoma
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
IARC	International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi

KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
LCIS	İn Situ Lobüler Karsinoma
MMG	Mamografi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)
OKS	Oral Kontraseptif
Rad	Radyasyon birimi
SBI	Society of Breast Imaging (Meme Görüntüleme Derneği)
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USG	Ultrasonografi
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force (ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri, Türkiye'de ve Dünya'daki gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kansere bağlı ölümlerin ana nedenidir ve gelişmiş ülkelerde kadınlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Qaseem, Lin, Mustafa, Horwitch, & Wilt, 2019). IARC (International Agency for Research on Cancer) 2018 verilerine göre meme kanserinin küresel insidansı 100.000 kadında 46.3; Türkiye'de ise, 2015 verilerine göre insidansı yüz binde 52.5 olarak rapor edilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2017). Ortalama riske sahip bir kadın için yaşam boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %7.8 ve mortalitesinin de %2.3 olduğu belirtilmektedir (Yiğit & Erdem, 2017).

Meme kanseri önlenemediğinden meme kanserinden ölümleri azaltmanın en uygun yolu tedavi edilebilir aşamada erken tanılanmasıdır (Tsochatzidis, Costaridou & Pratikakis, 2019). Bu nedenle meme kanseri taraması, erken tanı ile kansere bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltmada önemli bir yaklaşımdır (Qaseem et al., 2019). Ortalama riskli kadınlarda meme kanseri taraması için önerilen stratejiler, tarama aralıkları, mamografi (MMG) dışındaki görüntüleme yöntemlerinin rolü ve klinik meme muayenesinin (KMM) rolü, başlama ve sonlandırılan yaşlar rehber geliştiriciler arasında anlaşmazlık noktaları olmuştur. Rehberlere dahil edilen tarama yöntemleri KMM ve meme görüntülemedir (mamografi [MMG], ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme [MRG] ve dijital meme tomosentezi [DBT]) (Qaseem et al., 2019). Asemptomatik meme kanser lezyonları için sıklıkla farklı stratejiler (Harris, Wilt & Qaseem, 2015), daha az rutin MMG ve daha kişiselleştirilmiş tarama yöntemi kullanılmasını önermekle birlikte en sık kullanılan tarama testi MMG'dir (Yeom, Chae, Kim, Cha, Shin & Choi, 2019; Keating & Pace, 2018). MMG, bir meme röntgenidir ve meme kanseri riskini azaltmak için en iyi tarama testidir.

MMG taraması ile ilişkili 1970-1980'lerde yapılan randomize kontrollü çalışmalarında, meme kanseri mortalitesini %19-20 oranında azalttığı bildirilmiştir (Gøtzsche & Jørgensen, 2013). Bununla birlikte, nüfusa dayalı tarama programlarının etkisi, farkındalık düzeyi nedeni ile farklılık gösterebilir

(Møller, Lousdal, Kristiansen & Stavring, 2019). MMG ile yapılan taramada amaç, bir kitle hissedilmeden önce meme karsinomunu in situ aşamasında iken belirlemektir (Gøtzsche & Jorgensen, 2013). Tarama mamografisi, 50 yılı aşan bir süredir uygulanan, mortaliteyi azalttığı kanıtlanmış etkin bir tarama yöntemidir (Özmen, 2015). ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF) tarafından 50 ve 74 yaşları arasındaki kadınlarda iki yılda bir MMG, 40-49 yaşları arasında ise MMG ile tarama kararının kişiselleştirilmesini önermektedir (Siu, 2016). Türkiye'de meme kanseri erken tanı için ulusal tarama programı oluşturulan iki kanser türünden birisi olup 40-69 yaş arası bütün kadınlarda iki yılda bir dijital/konvansiyonel MMG yapılması önerilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015). TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu), (2014) sağlık istatistikleri verilerine göre ülkemizde MMG çektirmeyenlerin oranı %75.1 iken çektirenlerde bu oran %8.3'dür (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015).

MMG çektirme oranı gelişmekte olan ülkelerde ekonomik, utanma, kanser çıkma korkusu vb. gibi nedenlerle hala oldukça düşüktür. Gelişmiş ülkelerde de MMG çektirme oranının istenilen düzeyde olmadığı ve bunun sağlık sistemi, sosyal ve bireysel düzeyde engellerden kaynaklandığı belirtilmiştir. Bireysel engeller içinde en önemlilerinden birisi kadınların inançlarıdır. İnanç bireylerin sağlıklarını korumaya yönelik tutum ve davranışlarını, sağlık bakımına ulaşmadaki engelleri belirleme özelliklerine sahiptir (Sarma, Johnson & Hwang, 2015).

Bilindiği üzere bireylerin sağlıklı olma durumunu etkileyen genetik özelliklerinin yanısıra bilgi, tutum ve davranışı da önemlidir. Sağlık inancı, bireyin yaşadığı sorun karşısında sergileyeceği davranışı ve sağlık algısını etkilemektedir (Champion, 1987; Champion, 1999; Gonzalez, 1990). Bu nedenle meme kanserinin erken tanısı için kadınların MMG çektirmeye ilişkin inançlarının belirlenmesi önemlidir. Sağlık İnanç Modeli (SİM), bir grup sosyal psikolog tarafından, hastalığın erken teşhisi ve önlenmesi için tarama programlarına katılımın yetersiz olduğunu açıklamak için geliştirilmiştir. Champion (1985), bir kişinin koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmek için tehdidin farkında olması gerektiğini ileri sürmüştür.

Tanılanan meme kanseri evresi Türkiye'de bölgeden bölgeye değişiklik göstermektedir. Özellikle İç ve Doğu Anadolu bölgelerinde, ileri evrelerde kanser daha sık rapor edilmektedir (Yılmaz & Sayın, 2013). Bu nedenle bu bölgede MMG tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin ve inançların belirlenmesi önemlidir. İlk önce meme kanserinin ciddiyeti anlaşılmalı ve meme kanserinin ortaya çıkma riskinin anlaşılması, MMG taramasının yararlı bir aktivite olarak görünmesini sağlayabilir. Ancak MMG taramasının zararlı olabileceği yönünde ifadelerde bulunmaktadır (Nelson, Fu, Cantor, Pappas,, Daeges & Humphrey, 2016).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma meme kanseri için MMG taramasına gelen ve cerrahi kliniklerde yatan hasta refakatçilerinden daha önce hiç MMG çekimi yaptırmamış olan kadınların meme kanseri risk faktörlerini ve sağlık inançlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı.

1.3. Araştırma Soruları

1. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların özellikleri, meme kanseri risk faktörleri ve MMG'ye ilişkin özellikleri arasındaki farklar nedir?
2. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeğine (CSİMMÖ) göre puan ortalamaları nedir?
3. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların sosyodemografik özelliklerine göre CSİMMÖ puanları arasında fark var mıdır?
4. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların üreme özelliklerine göre CSİMMÖ puanları arasında fark var mıdır?
5. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların ailede meme kanseri bulunma özelliklerine göre CSİMMÖ puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
6. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların meme kanserinin yaşam tarzı risk faktörlerine göre CSİMMÖ puanları arasında fark var mıdır?
7. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların MMG'ye ilişkin bilgi durumu özelliklerine göre CSİMMÖ puanları arasında fark var mıdır?
8. Kadınların özellikleri CSİMMÖ puanları üzerinde etkili midir?

9. Kadınların meme kanseri risk faktörleri CSİMMÖ puanları üzerinde etkili midir?
10. Kadınların MMG'ye ilişkin özelliklerinin CSİMMÖ puanları üzerinde etkili midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Kadınlarda meme östrojen ve progesteron hormonlarının kontrolü ile gelişim gösteren ikincil cinsiyet organıdır. Meme fötal hayatın 5-6. haftasında ektoderm tabakasından süt çizgisi boyunca gelişen ve kadının yaşam döngülerine göre çeşitli değişikliklere maruz kalan, göğüs ön duvarında gelişmiş, sternumun iki yanında, ikinci ile altıncı interkostal aralıkta yer alan; aksillaya doğru uzantılı ve kendisini çevreleyen deri ile pektoralis major kasının fasyası arasında yerleşmiş, süt üretimi gibi özel bir görevi olan ter (apokrin) bezidir (Özmen, Fidaner, Aksaz, Bayol, Dede, Göker ve ark., 2009).

2.2. Memedeki Yaşam Boyu Değişiklikler

Memeler ergenlik çağına kadar gelişmemiş olarak kalır. Ergenlik öncesi meme laktiferos kanalları içerir, alveolleri yoktur. Ergenlikten önce, erkek ve kadın meme dokusu arasında fonksiyonel ya da yapısal olarak belirgin farklar bulunmaz. Ergenliğin başlangıcı ile kadın memesinin morfolojisi ve işlevinde dramatik değişiklikler ortaya çıkamaya başlar. Bu değişiklikler, memenin çeşitli normal hormonlara özgün tepkisinin bir sonucudur. Overlerden östrojen ve progesteron salınımı ile kanallar çoğalmaya başlar ve kanalların ucunda lobül hücrelerinin sert kitleleri oluşur. Ancak memeler gebeliğe kadar gelişimini tam olarak tamamlayamazlar. Gebelik sırasında alveollerde salgılama görünür. Erken haftalarda, artmış meme başı ve areolar pigmentasyon ile duktal filizlenme ve lobüler proliferasyon meydana gelir. Gebeliğin son günlerinde memeler; sarı, yapışkan, seröz sıvı olan kolostrum salgılar, bu daha sonra gerçek süt salgısına dönüşür. Laktasyon bittiğinde, glandüler doku eski durumuna döner. Menopozdan sonra, memenin glandüler dokusunda atrofi gelişir, bağ dokusu daha az hücresel hale gelir ve kollajen miktarı azalır. Bazı kadınlarda, memenin belirgin yağ infiltrasyonu bu aşamada gerçekleşir, diğerlerinde memeler oldukça küçülür. Yeni doğan memesinde bazen, kolostrum benzeri bir materyalin ("cadı sütü") deşarjı ile jinekomasti oluşabilir (Ellis & Mahadevan, 2013).

Postmenapozal meme dokusu ise, genelde 40 yaşlarının sonu ya da 50'li yaşların başında başlar ve sonrasında da pendülöz sarkık yapısına bürünür. Bu dönemde genellikle hormonal değişikliklere bağlı lobüler yapıların sayısında azalma ve atrofiler oluşur, glandular dokunun yerini yağ dokusunun alması, gevşek paralobüler ve intralobüler bağ doku hücre yapısının azalıp kollajenizeleşmesi, meme yoğunluğunda azalma ve MMG duyarlılığında artış yaşanır. Buna rağmen bazı kadınlarda 60-70 yaşlarında da meme dokusu premenapozal dönemdeki gibi lobüler yapısını sürdürebilmektedir (Özmen ve ark., 2009).

2.3. Meme Kanserinin Oluşumu ve Klinik Bulguları

Meme kanseri, memenin duktus ve lobüllerinde gelişir. Uzun ve sinsi prognotik sürece sahip meme kanseri, kitle boyutunun küçük olduğu ve tedavi edilebilir in situ evrede (hücre duvarını aşmayan evre) belirti vermez. Onkogenlerin aktifleşmesi, transkripsiyon düzenleyici mekanizmalar, sinyal moleküllerinin etkilenmesi, büyüme faktörü ve BRCA1, BRCA2 ve P53 gibi tümör supressör genlerin fonksiyonlarının baskılanması gibi çeşitli genetik ve fizyolojik olaylar sonrası meme hücrelerinde kanser gelişimi başlar (Öztürk, 2006).

Meme kanserinde vakaların %70'inde ilk bulgu kitledir. Kitle genellikle ağrısız ve serttir. Memenin tamamı ya da bir kısmında şişlikler, meme derisi inflamasyonu ya da çukurlaşmalar, meme ucunun içe çökmesi sırasında ağrı görülebilir. Memede kızarıklık, pullanma ve portakal kabuğu görünümü ya da meme başının kalınlaşması, meme ucundan süt, kan ya da kahverengi, yeşil renkte akıntı olması diğer klinik bulgularıdır (Aydıner & Topuz, 2007).

2.4. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Multifaktöriyel olarak genetik, çevresel, hormonsal ve biyopsikososyal gibi pek çok etken kaynaklı gelişebilen meme kanserinde bazı özelliklere sahip kadınlarda kanserin insidansı daha yüksektir. Meme kanseri, üreme döngüsü, yaşam tarzı, çevre, genetik yatkınlıklar ve hastalığın aile öyküsünden etkilenen karmaşık bir etiyoloji göstermektedir (Reszka & Przybek, 2016). Meme

kanseri etiyolojisinde kalıtsal (değiştirilemeyen) ve kalıtsal olmayan (değiştirilebilen) risk faktörleri etkilidir. Kalıtsal meme kanseri vakalarının çoğunluğunun BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Kalıtsal olmayan ve değiştirilemeyen risk faktörleri arasında meme kanserine katkıda bulunan en önemli faktör aile öyküsü (Debra, Mary, Linda, Bethany, Barbara et al., 2018) kadın cinsiyeti ve yaştır (Mori, Tanaka, Suzuki, Daniels, Watanabe & Hirose, 2017).

Meme kanseri risk faktörleri; genetik mutasyonlar (Neuhouser, Aragaki, Prentice, Manson, Chlebowski, Carty et al., 2015) erken menstruasyon, geç menopoz (Burstein, Lacchetti, Anderson, Buchholz, Davidson, Gelmon et al., 2016; Pan, Zhongyum, Lıng, Ding, Chen, Zha et al., 2014) dens (yoğun) meme dokusu (Melnikow, Fenton, Whitlock, Miglioretti, Weyrich, Thompson et al., 2016), iki ve daha fazla birinci derece akraba varlığı (Brewer, Jones, Schoemaker, Asworth & Swerdlow, 2017), ilk doğumu 35 yaşından sonra yapmak ya da hiç doğurmamış olmak (Santos, Dolzhenko, Hodges, Smith & Hannon, 2015), emzirmeme (Zhao, Wang, Wu, Xiao, Yao, Wang et al., 2015), fiziksel aktivite yapmamak (Adraskela, Veisaki, Koutsiliers & Philippou, 2017; Desnoyers, Riesco, Fulop & Pavic, 2016), menopoz sonrası obezite (Colditz & Petrson, 2017; Krygiou, Kalliala, Markozannes, Gunter, Paraskevaidis, Gabra et al., 2017), kombine östrojen ve progesteron içeren replasman tedavileri (De, Neutel, Oliyotto & Morrison, 2010; Parker & Pierce, 2016), yaşamın erken döneminde radyasyona maruz kalmak (Demirkazık, 2014), OKS ve HRT gibi hormon kullanma (Sibio, Abriata, Forman & Sierra, 2016), yüksek eğitim (Hosseinzadeh, Zıaei, Mahdavi, Aghajari, Yahidi & Fateh, 2014) gibi yaşam tarzı ve davranışsal risk faktörleri olarak sıralanmaktadır. Meme kanseri için güçlü risk etkeni olup olmadığı netleşmemiş faktörler; sürekli sigara (Sezer, Yılmaz, Gürler & Koyuncu, 2011; Parker & Pierce, 2016; Ilic, Vlajınac & Marinkowic, 2013) ve alkol kullanımı (Scoccianti, Lauby, Bello, Chajes & Romieu, 2014) olarak sınıflandırılabilir. Buna ek, koltuk altı ter önleyici losyonlar (Dieterich, 2014), çoklu doymamış yağ alımı (Turner, 2011) gece çalışma (Dieterich, Stubert, Reimer, Berling & Erickson 2014; Pepstonka,

Burdelak, Bukowska, Krysicka & Konteczko, 2013) diğer yaşam tarzı risk faktörleridir.

2.5. Meme Kanserinde Erken Tanılama ve Tarama

Tarama programlarının amacı, hastalığın asemptomatik olduğu dönemde erken tanı ve tedavisidir (Kelleher & Radley, 2006). Meme kanseri tarama programlarında da bu amaca ulaşılabilmesi için tarama testlerinin uygun, kolay ulaşılabilir, toplum tarafından tanınması, kabul görmesi, yaygınlaştırılması ve farkındalık, inancın oluşturulması önemlidir (Başkan, Atahan, Arıbal, Özaydın, Balcı &Yavuz, 2012). Türkiye'de MMG oranının %13.6 olduğu belirtilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2015). Erken tanı ve tarama programlarının mortalite üzerine etkileri ile ilişkili bir çalışmada (Schopper & Wolf, 2009) 50 yaş üzeri kadınlarda tarama programlarının mortalite oranını %16-36 arasında azalttığı belirlenmiştir.

Palpe edilemeyen lezyonların tanılanmasında MMG önemlidir. MMG'nin genel olarak palpe edilemeyen, 1 cm'den küçük erken evre meme kanserlerinde mortaliteyi %30-50 oranında azalttığı belirtilmektedir. MMG 40-49 yaş aralığında yararlı olduğu belirtilmekle birlikte 50 yaş ve üzeri kadınlarda da yararlıdır. Bilim insanları tarafından MMG'nin 50-69 yaş grubunda mortalite oranında %30-40 azalma saptandığı belirtilmektedir (Çelik, Tuna, Öztürk & Yılmaz, 2009). Kadınlar MMG'yi kendi istekleri, çevresindeki insanlar ya da sağlık personelleri tarafından davet ya da nüfusun belli bir grubuna ulaşmak amacı ile tarama yöntemi ile yaptırabilir. Tarama programlarının uygulanması oldukça güç bir durumdur. Çünkü tarama için bu konuda eğitimli, deneyimli ekip, uzun periyotlar için bütçe ve kaynak sorunu yaşanmadan eksiksiz tarama ve hedef kitlelerinin iyi belirlenmiş olması gerekmektedir (Özmen ve ark., 2009).

MMG, 1913 yıllarında Albert Salmon tarafından mastektomi örnekleri üzerinde MMG'de yardımcı lenf düğümlerindeki tümörlerin yayılımını göstermek için radyografik çalışmalar yapması sonrasında infiltrasyonu yüksek kanser hücrelerini çevre hücrelerden radyografik olarak ayrılabileceğini gösterilmiştir. Daha sonra 1930'lu yıllarda bu konuda çalışmalarına devam

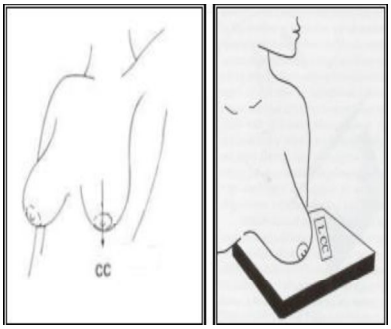
ederek röntgen yönteminin meme patolojilerinin erken belirlenmesinde önemini ortaya koymuştur. Ancak MMG'nin ilk gelişim evresi olarak cerrahların bu yöntemde X ışını kullanma fikri kabul edilmektedir. 1953 yılarında memenin görüntü kontrastını etkileyen fiziksel faktörlerin olduğu ve memenin sıkıştırılmasının görüntü kalitesini etkilediği fark edilmesine rağmen 1960'lı yıllara kadar bu röntgen yöntemi ile ilişkili spesifik bilgiler keşfedilmemiştir. Bu yıllarda Robert L. Egan tarafından kolaylıkla yeniden üretilebilen, yüksek mili-amper, düşük kilo-voltajlı MMG tekniğini anlatmıştır. Daha sonra 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri Halk Sağlığı Servisi Kanser Kontrol Programı'nın desteklediği bir konferans düzenlenmiştir. Bu konferansta Egan tarafından geliştirilen MMG asemptomatik kadınlarda iyi ve kötü huylu ayrımını yapabilen, yararlı ve kullanışlı bir görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmiştir (Heddson, Rönnow, Olsson & Miller, 2007). MMG tarihinin ikinci evresinda (1970) cerrahlar ile radyologların işbirliği, üçüncü evresinde detektör ve film teknoloji gelişimin artması, radyologların yanı sıra özel şirketlerin katılımı ile gelişimine devam etmiştir (Heddson et al., 2007).

Türkiye'de ilk MMG ile sistematik meme kanseri taraması 1999-2000 yıllarında İzmir'in Narlıdere ilçesinde ikincisi Balıkesir'de yapılmıştır. Ulusal düzeyde kanserin farkındalığının artırılması ve tarama alt yapısının oluşturulması için ilk kez 2004 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından meme kanseri tarama standartları yayınlanmıştır (Özmen ve ark., 2009). Standartların yayınlanmasından sonra bütçe ödeme talimatlarının bütünleştirilmesinin sağlanması için yaş gruplarında herhangi bir sağlık güvencesi olmayan kadınlara T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında ücretsiz MMG çekilmesi Bakanlar Kurulu kararı ile resmi gazetede yayımlanmıştır (http://www.resmi-gazete.org/sayi/13560/20059250-4736-sayilikanun-1-inci-maddesinin-birinci-fikrasi-hukmunden-muaftutulacaklarin-tespitine-dair-20023654-sayili-karanamamenineki-kararda-degisiklik-yapilmasina-iliskin-karar.htmladresi (Son erişim tarihi: 01.09.2018).

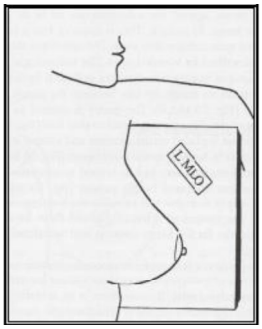
MMG işlemi, tanı koyma ve tarama amacıyla yapılmaktadır. Her iki amaçlı MMG'de de düşük x ışın dozları, yüksek görüntü kalitesi, görüntü işleme

olanakları, dijital arşivleme, kimyasal kullanımı olmaksızın; film ekran MMG'si yerine dijital MMG tercih edilmektedir (Sardanelli, Fallenberg, Clauser, Trimboli, Herrero, Thomas et al., 2016; Prummel, Muradali, Shumak, Majpruz, Jiang, Done et al., 2016).

Tanı amacı ile yapılan MMG, ele gelen kitle, meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu, ciltte değişiklikler vb. klinik bulgu durumlarında meme kanserinin varlığını ya da yokluğunu belirlemek için yapılmaktadır. Tarama MMG'si KKMM ya da KMM ile saptanamayan lezyonların saptanmasında periyodik olarak uygulanan yöntemdir. Tarama MMG, craniocaudal ve mediolateral-oblik pozisyonlarda yapılır. Tarama MMG'si ise, çekim yapılmadan önce ya da sonra KMM yapılır. Gerekirse, bulgu veren memeden ek yeni görüntüler alınır (Sardanelli et al., 2016) (Şekil 1-2).



Şekil 1. Craniocaudal pozisyon



Şekil 2. Mediolateral- oblik pozisyon

MMG'nin değerlendirilmesinde terminoloji kullanımı, raporlamanın belirli kurallar ile yapılması, bilgileri depolama işlemlerinde standardizasyon önemlidir. Bu nedenle American Cancer Radiology (ACR) tarafından 1993'te tanımlanmış Breast Imaging and Reporting Data System (BIRADS) standardizasyon için kullanılmaktadır (Şekil 3).

Şekil 3. BIRADS sınıflamasına göre MMG bulgularının değerlendirilmesi

BIRADS	MMG bulgular
BIRADS-0	Ek inceleme ve/veya önceki mamogramlara gereksinim vardır. -Ek incelemeler gerektiren bir bulgu vardır. Bu durum hemen her zaman tarama MMGlerinde ortaya çıkmaktadır. -Spot kompresyon, magnifikasyon, özel MMGk projeksiyonlar ya da USG gerekebilmektedir. -Eğer inceleme negatif değilse ve tipik iyi huylu (benign) bulgular yoksa önceki MMGlerle karşılaştırılmalıdır.

BIRADS-1	Normal bulgular -Negatif, yorum yapacak bulgu yoktur, memeler simetrik. -Kitle, yapısal bozukluk veya kuşkulu kalsifikasyon yoktur.
BIRADS-2	Benign bulgular -Negatif bir MMGdir. -yorumlayan kişi tamamen benign olan bir lezyonu belirtmek isterse bu kategoriyi kullanır. -Kalsifik fibroadenom, multipl sekretuvar kalsifikasyonlar, yağ içerikli lezyonlar (yağ kisti, lipom, galatosel, karışık dansiteli hamartomlar) gibi karakteristik görünümleri olan lezyonlar bu kategoride belirtilir. -İntramammarian lenf nodu, implant, ameliyata bağlı yapısal bozulma da bu kategoride belirtilir. -Kötü huylu (Malignite) kuşkusu olan hiçbir bulgu yoktur.
BIRADS-3	Bening olma olasılığı yüksek bulgu -Kısa aralıklarla takip önerilir. -Malign olma olasılığı çok düşük (< %2) -Takip süresi içinde değişiklik göstermemesi beklenir. -Bu kategorideki bir lezyon kısa aralıklar ile (6 aylık) uzun dönemde (2 yıl ya da daha uzun) stabilitesi kanıtlanıncaya kadar takip edilmelidir. -Eğer takip sırasında lezyonun boyutunda ve yaygınlığında değişiklik olursa biyopsi yapılmalıdır. -Bazen klinik veya hastaya bağlı nedenlerle takip yerine biyopside tercih edilebilir.
BIRADS-4	Kuşkulu bulgu -Biyopsi önerilir. -Bu lezyonlar, kanserin karakteristik özelliklerini taşımazlar ancak malign olma olasılıkları kategori 3'ten fazladır (%2-95 arasında) -Radyolog açısından biyopsi endikasyonu vardır. -4A, 4B, 4C olarak alt gruplara ayrılabilmektedir. -4A: Düşük risk, 4B: Orta risk, 4C: Yüksek risk -Biyopsi önerilen lezyonların büyük bir kısmı bu kategoride yer almaktadır.
BIRADS-5	Büyük olasılıkla malign lezyon -Biyopsi ve uygun yaklaşım yapılmalıdır. -Bu lezyonların malign çıkma olasılığı çok yüksektir (> %95) -Biyopsi ile histolojik tanı basamağı ayrı olarak yapabileceği gibi, frozen ile çalışarak doğrudan ameliyat planlanabilir.

Meme; cilt, cilt altı yağ dokusu, glandüler yapı, duktuslar ve aradaki bağ dokusu gibi aralarında kontrast farklılığının düşük olduğu yapılardan oluşmaktadır. Bu kontrast farklılığından dolayı X ışını absorbsiyon değeri de birbirine yakın olacaktır. Bu nedenle yüksek kalitede görüntü elde etmek için meme kompresyonu ve hastaya doğru pozisyon verilmesi, düşük voltaj uygulanması (kanserli vakalarda) önemlidir. Ağrıya neden olan bası, meme dokusunun kalınlığını azaltarak, kullanılan dozu ve saçılan radyasyonu azaltmada etkilidir. Menopoza girmemiş kadınlarda MMG'nin menstruasyonun 7-12. günlerinde yapılması, ağrıyı azaltabilir. Yaşanan ağrı, kompresyonu etkilemekte; düşük kalitede görüntü, tekrarlayan MMG çekimleri, MMG çekimini geciktirme ya da hiç çektirmeme gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Kadınların %50'si kompresyon ağrısı yaşamazken, %40'ı hafif %12'si orta düzey ve %4'ü çok ağrı yaşamaktadır (Drossaert, Boer & Seydel, 2002).

MMG çekimi sırasında 34 yıl tekrarlanan MMG çekimlerinde radyasyona bağlı meme kanseri riskinin tarandığı 1000/1 olduğu belirlenmiştir (Yaffe & Mainprize, 2011). Amerikan Kanser Derneği de, MMG ile alınan ortalama radyasyon dozunu her bir çekim için 0.1 - 0.2 rad (rad= radyasyon doz birimi), olarak bildirmiştir (American Cancer Society, http://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screenin-test-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html, (Son Erişim Tarihi: 28.03.2018).

MMG tarama ile kanser erken evrede tanılanarak kontrol altına alınabilmektedir (Çelik, Çubuk & Altıntoprak, 2017). Tarama amaçlı pek çok yöntem kullanılsa da mortaliteyi azalttığı öne sürülen tek yöntem MMG'dir. MMG için davet kadınların %20-30'unda, taramaya rutin olarak katılan kadınlarda ise, %55-63 oranlarında mortaliteyi azalttığı belirtilmektedir. Meme kanseri için yayınlan rehberlerde de asemptomatik ya da ortalama risk taşıyan kadınlarda ilk önce MMG ya da ultrasonografiyi önerilmektedir (Mointicciolo, Sickles, Arleo, Monsees, & McGinty, 2017).

MMG taramasının meme kanserini erken evrede belirlemesi ve bu nedenle mortalitede azalmaya neden olmasından dolayı dünyada birçok kurum tarafından meme kanseri rehberi yayınlanmıştır. Bu rehberler: American Cancer Society (ACS), U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), American College of Radiology (ACR) ve Society Breast Imaging (SBI), The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Medical Association (AMA), National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Tarama rehberlerinin amacı, uygulamaların bilimsel verilere dayanarak kanıta dayalı olarak bireylerin yararına düzenlenmesidir (Çelik ve ark., 2017). Rehberlerde MMG tarama önerilerinin karşılaştırılması Şekil 4'de verilmiştir.

Şekil 4. MMG tarama rehberlerindeki önerilerin karşılaştırılması

Kuruluşlar	MMG başlangıç yaşı	MMG durdurma yaşı	MMG sıklığı
ACR (2017)	40 yaş	Bireyin sağlık durumuna göre ayarlama (Yaşam beklentisi 5-7 yılın altına indiğinde)	Yıllık
SBI	40 yaş	Bireyin sağlık durumuna göre ayarlama (Yaşam beklentisi 5-7 yılın altına indiğinde)	Yıllık
ACS (2015)	45 (<40-44 yaş isteğe bağlı)	Beklenen yaşam süresi <10 yıl	45-54 yaş arası yıllık ≥55 yaş iki yılda bir
ACOG (2017)	40 (tartışmalı; isteğe bağlı)	75 yaş (>75 yaş karara bağlı)	Yıllık ya da 2 yılda 1
AMA	40 yaş	Belirtilmemiş	
NCCN (2018)	40 yaş	Belirtilmemiş	Yıllık

USPSTF (2016)	50 (40-49 yaş arası tartışmalı; isteğe bağlı)	75 yaş	2 yılda 1
CTFPHC (2018)	50 yaş	Belirtilmemiş	2-3 yılda 1
WHO (2014)	50 yaş	75 yaş	2 yılda 1

ACR: American College of Radiology (Mainiero et al., 2017); SBI: Society Breast Imaging (Çelik ve arkadaşları, 2017) ACS: American Cancer Society (Oeffinger et al., 2015); ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Practice Bulletin No: 179 Summary, 2017); AMA: American Medical Association (Stapleton et al., 2018) NCCN: National Comprehensive Cancer Network (NCCN Clinical Practice Guidellines in Oncology, 2018), USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force (Siu, 2016); CTFPHC: Canadian Task Force on Health Care (Klarenbach et al., 2018) ; WHO: World Health Organization (WHO, 2014)

ACS, CTFPHC, USPSTF, WHO rehberlerine göre öneriler (Qaseem et al., 2019):

1. Ortalama risk taşıyan 40-49 yaş arası kadınlarda düzenli MMG taramasının kadınların tercihlerine bırakılması gerektiği, potansiyel yarar zarar dengesi göz önüne alındığında bu yaş grubu için zararın (aşırı teşhis, aşırı tedavi, yanlış pozitif sonuçlar gibi) çoğunlukta olduğu yönündedir.

2. Ortalama risk taşıyan 50-74 yaş grubunda yapılan randomize kontrollü çalışmalar sonucunda meme kanseri mortalitesini azalttığı kanıtı ile iki yılda bir MMG taramanın yapılması gerektiğini öne sürülmektedir. Bununla birlikte rehberlerde MMG sıklığın değişkenliğini inceleyen randomize kontrollü çalışma bulunmaması, yapılan gözlemsel çalışmalarda da bu sıklık değişkenliğinin meme kanseri mortalitesinde farklılık göstermediği ifade edilmektedir (Nelson et al., 2016). Bu nedenle yıllık yapılması yerine iki yılda bir yapılan taramaların sıklık gerekçesi, olası zararı artırmamak yönündedir. Yıllık MMG yapılan kadınlarda iki yılda bir yapılanlara kıyasla ölümlerde artış (1000 kadın başına 2 vaka), yaşam yıllarında (1000 kadı başına 23 yaşam yılı) düşüş olduğu ifade edilmektedir. Aşırı teşhis (1000 kadın başına 6 vaka), yanlış pozitif sonuç (1000 kadın başına 845 vaka), gereksiz meme biyopsisi (1000 kadın başına 82 biyopsi) ve aşırı tedavi artışına neden olmakta olduğu öne sürülmektedir (Mandelbatth, Stout, Schechter, Vanden Broek, Miglioretti, Krapcho et al., 2016).

3. Ortalama risk taşıyan 75 yaş üzeri kadınlarda yaşam beklentisi 10 yıl ve altı kadınlarda klinisyenler MMG taramasını sonlandırması eğilimindedir.

Meme kanseri tarama programları, ülkede kamu otoritelerinin ya da kamusal kurumların, var olan kaynakların kullanımı ile olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak üzere oluşturulan hizmetlerdir. Kamu kurumunun bu hizmet için ayırdığı rezervler (bütçe, cihaz sayısı, ilgili sağlık personelleri vb.) göz önüne alınarak belirli yaş gruplarına ve belirli özellikteki kadın nüfusuna ulaşmayı amaç edinir. Kanser taramalarının toplum tabanlı olabilmesinde kıstas, hedef nüfusun %70'ine ulaşabilir nitelik taşımasıdır (Keskinkılıç, Gültekin, Karaca, Öztürk, Boztaş, Karaca ve ark., 2016). Türkiye'de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülen "Meme Kanseri Tarama Programları Ulusal Standartları" çerçevesinde aile hekimliğine kayıtlı kadınların yalnızca vatandaşlık kimlik numaraları ile 40-69 yaş grubu dâhil MMG çektirebileceği, mobil digital MMG araçları ile ücretsiz tarama hizmetini sunmaktadır. İşlem öncesi yapılan bilgilendirme sonrasında yapılan çekimler, ilgili kurumların sorumlu sağlık profesyoneli tarafından yorumlanmaktadır; patolojik bulgu içermeyen rapordaki bireylerin 2 yıl sonra MMG'ye davet edilmesi, patolojik bulgu içeren raporlarda ise, mevcut birimin genel cerrahi uzmanına bireylerin yönlendirilmesi şeklinde ülkenin il, ilçe ve köylerinde bu hizmet sürdürülmektedir. Türkiye'deki 81 ilin 1.Basamak Sağlık Kuruluşları Tarama Merkezleri'nde (Sabit KETEM, Mobil KETEM, Sosyal Hizmet Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlüğü) yıllık ortalama 600.000 MMG bulgusunun çift kör raporlama ve BIRADS skorlama sistemi ile kayıt ve izlemi yapılmaktadır. Geri çağrılma oranının, ilk kez taramaya katılanlarda en fazla %15 (istenilen hedef %10) olması sağlanmaktadır. Sonraki tur taramalarda en fazla %10 (istenilen hedef %5) olacak şekilde bir program sağlanmaya çalışılmaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/idari-ve-mali-isler-db/Merkez_MMG_Raporlama_Hizmet_Alimi/Merkezi_MMG_Raporlama_Teknik_sartnamesi.pdf. Son Erişim Tarihi: 19.05.2018).

Uzman sayısının yetersiz olması, hizmete erişim sorunları, sağlık tehdidi problemine ilişkin farkındalığın eksikliği kaynaklı Türkiye'de taramaların kapsayıcılığı meme kanseri için %30-35 düzeyinde olduğu belirtilmiştir. Literatürde ise belirtilen bu düzeyin altında olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur. (Keskinkılıç ve ark., 2016). Akova ve arkadaşları (2019), Sivas ili Ulusal Kanser Tarama Programı çerçevesinde 2016-2017 yılları arasında meme kanseri taramasına katılım oranlarını ve tarama sonuçlarını inceledikleri çalışmalarında; 2016 yılı için hedef nüfusa ulaşma oranının %15.8, 2017 yılı için %16.1 olarak saptadıklarını belirtmişlerdir. Kög ve arkadaşları (2012), Etlik KETEM 'de 2008-2010 yılları arası yaptıkları çalışmada, serviks ve meme kanseri taraması amaçlı toplam 10963 kadının mektup ya da telefon ile davet edilmesi sonucu 1478 (%13.5) kadının taramaya katıldığı saptanmıştır Kög, Turan, Karabük Karayünlü, Özgül, Demir ve ark., 2012).

Türkiye'de MMG çektirme standardı; MMG çekimine 40 yaşında başlanıp iki yılda bir, 50 yaş altındaki riskli grupta hekimlerin belirleyeceği yaş ve sıklıkta, 50-69 yaş arasındaki kadınlarda 2 yılda bir kez MMG çekimi önerilmektedir (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Ulusal kanser tarama programları. http://ketem.org/hangi_tarama.php. (Son Erişim Tarihi: 01.09.2018). Risk faktörü varlığında 30 yaşında da MMG'ye başlanabileceği, taramayı sonlandırma yaşı için ise, bireyin genel durumu ve yaşam beklentisi gibi durumlarının göz önüne alınarak yapılması önerilmektedir.

MMG için meme kanseri riskinin normal, orta ve yüksek tanımlanması önemlidir. Meme kanseri riski normal kadınlar; bilinen bir riski bulunmayan kadınları (Çelik ve ark., 2017), orta riskli; kişisel meme kanseri öyküsü, öncesinde tanılanmış yüksek riskteki meme lezyonu, meme kanserini riskini artırdığı bilinen gen mutasyonu, çocukluk çağı göğüs bölgesi radyasyon maruziyeti bulunmayan grubu içermektedir (Qaseem et al., 2019). Meme kanseri riski yüksek kadın tanımı aşağıdakileri içermektedir (NCCN, 2018 rehberi):

1. Tanılanmış meme kanseri öyküsü olanlar,
2. Yaşam boyu meme kanseri riski %20 olanlar (aile öyküsüne bağlı),

3. 30 yaş öncesi göğüs bölgesine radyasyon alanlar,
4. 35 yaş ve üzeri kadınlarda 5 yıllık invaziv meme kanseri riski %1,7 ve üzeri olanlar,
5. LCIS ya da ADH/ALH öyküsüne bağlı yaşam boyu meme kanseri riski %20 ve üzeri olanlar,
6. Genetik yatkınlığı olduğu bilinen/şüphesi bulunan, genetik danışmanlık gereksinimi bulunan kadınlardır.

2.5.1. MMG Yararları

Mamografi, meme kanserini tanılamadaki yarar zarar dengesinde tartışma tazeliğini koruyor olsa da günümüzde kanserin taramasında kullanılan etkin bir yöntemdir. Mamografinin fayda ve zararla ilgili yönlerini tahmin edebilmek ya da belirleyebilmek için çeşitli yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Meme kanserinden kurtarılan yaşam sayısı, ölüm tahminleri ve kanserin belirlenebilmesi için yapılan epidemiyolojik aşırı tanı tahminleri gibi ilişkilerin açıklanması bu yaklaşımlara örnek olabilir. IARC'nin son zamanlarda hem randomize kontrollü hem de gözlemsel çalışmalarda, mamografinin meme kanserinin mortalitesini azalttığı belirtilmektedir (Howfind, Marta, & Sofie, 2016). Ayrıca mamografik tarama azaldığında meme kanseri insidansının arttığı da belirtilen ifadeler arasında yer almaktadır. Kanserin erken tanılanmasına olanak sağlayarak morbiditenin önüne geçilmesinde ve kanser tedavisinin agresyonunun -daha az agresif tedavi- azaltılmasında önemli görevleri üstlenmektedir (Bleyer & Welch, 2012).

2.5.2. MMG Zararları

Tarama programlarının yarar-zarar ile ilişkili tartışmalar devam ettirmektedir. Ancak beklenen en büyük yararın meme kanseri nedenli mortalitenin azalmasıdır. Ancak MMG'nin kaçınılmaz zararları da vardır. Bunlar; aşırı teşhis (overdiagnoz), aşırı tedavi (overtreatment) (Nelson et al., 2016), yanlış negatif sonuç, yanlış pozitif sonuç ve bunlara bağlı ek tarama kullanımı için geri çağırılma, uzun süren radyasyon maruzluğu (Miglioretti, Lange, Vanden Broek, Lee, Van Ravesteyn, Ratley et al., 2016), ağrı, psikolojik sorunlar (kaygı, korku gibi) ve meme kanserine özgü rahatsızlıklar,

çekim sırasında yaşanan ağrı (Nelson et al., 2016) gibi zararlarının olduğu ifade edilmektedir. Bu zararlardan biri olan yanlış negatif sonuç alımında, 10.000 kadında %10-13 oranında sonuçlarda yanlışlık olduğu rapor edilmiştir (Siu, 2016; WHO, 2014). Yanlış pozitif sonuç alma; bireylerde ek görüntülemelere, gereksiz tedaviye neden olacağı için yaşanan fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar, taramaya devamı engelleyicidir (Monticciolo et al., 2017).

Şekil 5. Meme kanseri yüksek riskli kadınlarda MMG taraması

Popülasyon	**Taramaya Başlama Zamanı**	**Sıklık**
I.derece akrabasında premenopozal meme kanseri bulunanlar	1.derece akrabada meme kanserinin tanımlandığı yaştan (en erken tanı konulan akrabasının yaşından) 10 yıl önce başlatılmalıdır. 25 yaşında olmamalıdır.	Yıllık
Meme kanseri tanısı alanlar	Tanı ile başlar (yaşa bakılmaksızın)	Yıllık
Meme biyopsisi sonucu lobüler neoplazi (LCIS, ALH) veya ADH/DCIS saptananlar	Tanı ile başlar (yaşa bakılmaksızın)	Yıllık
Over kanseri tanısı alanlar	Tanı ile başlar (yaşa bakılmaksızın)	Yıllık
Bilinen veya şüphelenilen (I.derece yakınında BRCA mutasyonu bilinen ancak, kendisi test yaptırmamış BRCA gen mutasyonu taşıyıcısı olanlar	BRCA1 taşıyıcılığı/şüphesi: 25'li yaşlarda BRCA2 taşıyıcılığı/şüphesi: 25-30'lu yaşlarda (25 yaşın altında olmamalıdır)	Yıllık
Göğüs ve mediasten bölgesinden radyasyon tedavisi alan olgular (10 ve 30 yaşları arasında) (25 yaşın altında olmamalıdır)	Radyoterapi sonrası 8.yılda veya 25 yaşla birlikte (hangisi geç olursa)	Yıllık
Aile hikâyesine göre (maternal ve paternal) yaşam boyu meme kanseri riski %20 ve üzeri olanlar	30'lu yaşlar (25 yaşından önce olmamak şartıyla) ya da en erken tanı konulan akrabasının yaşından 10 yıl önce (hangisi geç olursa)	Yıllık

Kaynak: Çelik ve ark., 2017

2.5.3. Meme Kanserinin Erken Tanı ve Taramasında Hemşirenin Rolleri

Hemşirelerin bağımsız rollerinden olan danışmanlık ve eğitici rolü ile meme kanserinin bireyler arasında tanınmasında, farkındalığın artırılmasında ve gerekli meme sağlığını koruyucu davranışların yerine getirilmesinde katkısı oldukça fazladır. Meme kanserini önleyici davranış olarak görülen ve altın standart olan MMG taraması da hemşirelere ihtiyaç duymaktadır. MMG çekimlerinde hemşirelerin; hastaya mevcut çekimin yapılma nedenlerini, hangi sıklıkta yapılacağı, çekimin ne kadar süreceği, çekim sırasında bireylerin yaşayabileceği duygu durumuna empati ile yaklaşacağını ifade etmesi, radyasyonun ne oranda olduğu, çekim sırasında kompresyonun oluşturacağı ağrı ve rahatsızlık, MMG çekimi öncesi koltuk altına krem, deodorant, losyon benzeri maddelerin sürülmemesi ve çekim sırasında yaşayacağı olumsuzluk durumlarını çekim görevlisine belirtmesi vb. ile ilişkili bilgileri vermelidir. (Karayurt, 2014).

2.6. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Bireylerin sağlıklı olma durumunu etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler arasında genetik özelliklerin yanı sıra kişinin bilgi, tutum ve davranışı da önemlidir. Bu bağlamda sağlık inancı, bireyin yaşadığı sorun karşısında sergileyeceği davranış ve sağlık algısını etkilemektedir (Champion, 1987; Champion, 1999; Gonzalez, 1990). Bu nedenle meme kanserinin erken tanısı için kadınların MMG çektirmeye ilişkin inançlarının belirlenmesi önemlidir. Model bireylerin bu tutum ve davranışlarının nedeninin açıklanmasında, bireyin sağlığına verdiği değeri, rutinde kullanılan yöntemlerin etkinliğini, yararlarını ya da varsa eksikliğini bilme, bakıma ulaşmadaki engel ve ön yargılarını belirlemede kullanılan etkin bir rehberdir (Mccord, Gilchrist, Grossman, King, McCormick, Oprandi et al., 2004).

Model, 1950'li yıllarda Hocbhbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından, sağlık eğitiminin etkinliğini artırmak için psikososyal bir model geliştirmek amacı ile Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramından yararlanılarak oluşturulmuştur (Janz & Becker, 1984). Yapılan araştırmalarda yaş, cinsiyet, sosyoekonomik statü, etnik köken gibi özelliklerin sağlığı koruma

davranışlarında etkili olduğu görülmüştür. Ancak sağlık hizmet sunumu ücretsiz olsa bile düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerin hizmetten daha az yararlandıkları fark edilmiştir (Conner & Norman, 2005). Bu nedenle koruyucu sağlık davranışında başka faktörlerinin etkisi olabileceği düşünülerek Rosenstock, 1966'da ilk kez Sağlık İnanç Modeli (SİM)'in kullanılabilir halini ortaya koymuştur. Sonraki yıllarda Becker ve arkadaşları tarafından genişletilmiş ya da sağlık inanç ve davranışı etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele ilave edilmiştir (Champion, 1985). Yapılan 46 kalitatif çalışmada temel bileşenlerin; ciddiyet, yarar, engel, duyarlılık algısı olduğu belirlenmiştir (Champion & Skinner, 2008). Daha sonra 8 bileşen; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığı şeklinde geliştirilmiştir (Rezska & Pryzberk, 2016).

Sağlık İnanç Model'indeki meme kanseri erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar kuramsal çerçevede Şekil 6'da gösterilmiştir (Bulluough & Bulluough, 1990).

Champion'un meme kanserine yönelik SİM ölçeği Türkiye'de eş zamanlı üç farklı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır (Gözüm & Aydın, 2003; Karayurt, 2003; Seçginli & Nahcivan, 2003). Ölçeğin MMG'ye uyarlaması Yılmaz ve Sayın (2013) tarafından yapılmıştır. Champion'un Sağlık İnanç Modeli MMG Ölçeği (CSİMMÖ), duyarlılık, yararlar, engeller ve ön yargılar olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır:

Duyarlılık algısı (susceptibility); bireyin sağlık durumunu tehdit eden risklere ilişkin algısıdır. Bu, gelişebilecek tanının kabulünü ve hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Çünkü birey kendini ne kadar risk altında görürse risk oluşturacak durumları bir o kadar azaltmaya çalışacaktır. Bu bağlamda ciddi olduğuna inanılan tehdidin kabulü bireyi davranışa zorlayacaktır (Glanz, Rimer & Lewis, 2002; Hayden, 2009).

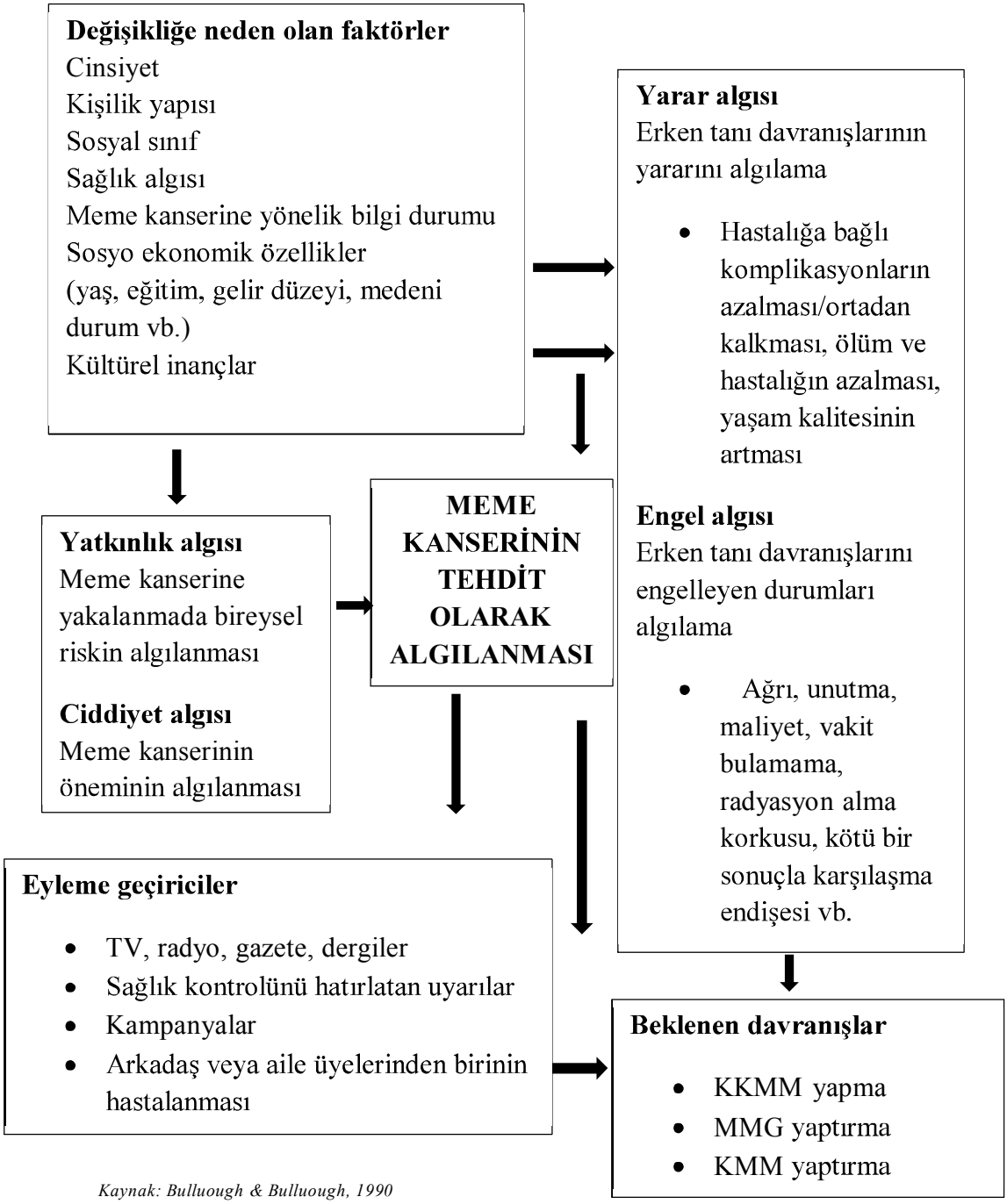
Yarar algısı (benefits); gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili beklentisidir. Bir başka ifade ile bireyin

hastalıktan korunmak ya da hastalığın şiddetini azaltmak amacı ile önerilen koruyucu yöntemin sağlayacağı yarara inanmasıdır. Bu aşamada bireylerdeki duruma ilişkin bilgi ve farkındalık alanının oluşturulması ya da artırılması yarar algısının pekiştirilmesinde ve sağlıkta bozulmayı kontrol altına almada önemlidir (Baltaş, 2000).

Engel algısı (barriers); önerilen koruyucu davranışın yerine getirilmesini zorlaştırdığı düşünülen olumsuz yönleri ifade eder. Yerine getirilmesi istenen davranış, yarar ile engel arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Ortaya konulacak davranış, algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararın, engellerin etkisini azaltması halinde gerçekleşmektedir (Glanz et al., 2002).

Ön yargı (prejudgments); herhangi bir konuda bilgi sahibi olmaksızın, yetersiz ya da düşsel kanıtlara dayandırılarak ulaşılan yargı ya da kavramlar olarak tanımlayabileceğimiz ön yargı ifadesi de tıpkı engel algısı gibi bezner teikye sahip olup, bireylerin MMG çektirmeye yönelik verdiği olumsuz kararları anlatmaktadır. Verilen bu karar neticesinde de bireyler MMG çekimi gibi sağlık taramasını reddetmektedir (Glanz et al., 2002) (Şekil 6).

Şekil 6. Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanseri Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar (Bulluough & Bullough, 1990)



Kaynak: Bulluough & Bulluough, 1990

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas Numune Hastanesi MMG birimi, Sivas Halk Sağlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) gezici MMG aracı ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde yürütüldü. Sivas Numune Hastanesi MMG birimi; A Blok -1. katta bir odalı, tek MMG cihazı bulunan, hijyenik ve kadınların kıyafetlerini değiştirebilecek genişlikte camı olmayan kapalı bir alandır. Bu birimde dönüşümlü olarak çalışan iki radyoloji teknikeri görev yapmaktadır. KETEM gezici MMG aracı; Sivas Numune Hastanesi'nin giriş otopark alanına konumlanmış, hijyenik, kıyafet değişimi yapılabilecek alanı ve bir adet ısıtma/havalandırma cihazı ile iki adet MMG cihazını içermektedir. Araç içerisinde aynı zamanda hasta kayıtlarının yapıldığı bir adet bilgisayar sistemi bulunup iki radyoloji teknikeri de bulunmaktadır. Çok geniş bir alan olmamakla birlikte hava şartları uygun olduğunda araç önüne yerleştirilen sandalyeler ile kadınların işlemi beklemesi sağlanmaktadır. Araştırmanın yapıldığı sonuncu yer olan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi klinikleri ise 1 ile 5 arasında değişen yatak sayısına sahip, yeterli genişlikte, hijyenik, havalandırma sistemlerinin çalışır durumda olduğu ve refakatçilerin barınabileceği ekipmanların bulunduğu bir alanı içermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini, 11 Ocak 2018- 1 Haziran 2018 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi MMG birimi ve Sivas Halk Sağlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) gezici MMG aracına MMG çektirmeye gelen kadınlar ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerde yatan hastaların refakatçilerinden daha önce hiç MMG çektirmemiş kadınlar oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini belirlenen tarihler arasında MMG çekimine gelen 500 kadın ile cerrahi kliniklerde yatan hastaların refakatçilerinden hiç mamografi çektirmemiş 500 kadın olmak üzere toplam 1000 kadın oluşturdu. Kadınlar örnekleme yaş eşleşmesi yapılarak alındı. Araştırmada örneklem hesaplaması; evrendeki kişi sayısı belli olmadığından, aşağıdaki formül kullanılarak belirlendi. Araştırma örnekleminin belirlenmesinde, daha önceki çalışma örneklerinden standart sapma 2, yanılma payı 0,12 ve 0,05 anlamlılık düzeyinde, testin gücü %94 olduğunda kabul edilen örneklem hacmine:

$\alpha = 0{,}05$; $\sigma = 2$; $Z_{0{,}05/2} = 1{,}96$; $d = 0.12$;

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot Z^2_{\alpha/2}}{d^2} = \frac{(2)^2 \cdot (1{,}96)^2}{(0{,}12)^2} \cong 1000$$ bireyin alınmasına karar verildi.

3.5. Katılımcıların Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Çalışmaya MMG çektiren ve çektirmeyen her iki gruba 35 yaş üstü ve çalışmaya katılmaya kabul eden kadınlar dahil edildi.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.6.1. Bağımsız değişkenler; kadınların özellikleri

3.6.2. Bağımlı değişkenler; kadınların sağlık inançları

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki veri toplama formu kullanıldı. Birinci form, kadınların tanıtıcı özelliklerinin ve literatür doğrultusunda meme kanseri risk faktörlerinin belirlenmesi amacı ile oluşturulmuş "Anket Formu" ve ikinci form olan "Champion'un Sağlık İnanç Modeline Göre MMG Ölçeği (CSİMMÖ)" kullanılarak veriler elde edilmiştir.

3.7.1. Anket Formu

Anket formu üç bölümü kapsamaktadır. Birinci bölüm; araştırmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, yaşanılan yer, aile tipi, aylık gelir, sosyal güvencesine ilişkin sosyodemografik özelliklerini içeren 8

sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise kadınların meme kanseri risk faktörleri; ilk menstruasyon yaşı, doğurma özelliği, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı, çocuk/çocuklarını emzirme durumu, ailede meme kanseri olma durumu, meme kanseri olan bireye yakınlık derecesi, menopoza girme durumu, boy/kilo, oral kontraseptif (OKS) kullanma durumu, OKS kullanma süresi, hormon replasman tedavisi (HRT) kullanma durumu, HRT kullanma süresi, sigara, alkol kullanma durumları ve egzersiz yapma durumunu içeren 16 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm; MMG'ye ilişkin bilgi durumu, bilgi alınan yer (sağlık personeli, akraba/arkadaş, medya), daha önce MMG çektirme durumu, MMG çekim sayısı (çekim yaptıran grupta yer alan kadınların en az bir çekim yaptırmış olması), şu anki MMG çekim nedeni, bugüne kadar MMG çektirmeme nedeni ile ilişkili 6 sorudan oluşan toplam 30 soru yer almaktadır (EK 1).

3.7.2. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği (CSİMMÖ)

Model Victoria Champion tarafından 1984'te geliştirilmiş ve sonraki çalışmalarda da yeniden düzenlenmiştir (Champion, 1993; Champion, 1999; Gonzalez, 1990). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve Sayın (2013) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 1 "Kesinlikle Katılmıyorum" ve "5 Kesinlikle Katılıyorum" arasında değişen 5'li likert formatında olup, duyarlılık, yararlar, engeller ve ön yargılar olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Meme kanserine yönelik algılanan tehdit "Duyarlılık" değişkeni adı altında 3 madde ile ölçülmüş olup, alınabilecek puanlar 3-15 arasındadır. "Yararlar" değişkeni, 5 maddeden oluşmaktadır ve bu boyuttan alınabilecek puan 5-25 arasındadır. "Engeller" değişkeni 6 maddedir ve 6-30 arasında puan alınmaktadır. "Ön yargılar" değişkeni ise 5 madde olup, 5-25 arasında puan alınmaktadır. CSİMMÖ toplam puanı en düşük puanı 19, en yüksek puanı ise 95'tir. Ölçekte engeller aly-t boyutunun ilk maddesi tersine dönüştürülmektedir (1 Kesinlikle katılıyorum, …5 Kesinlikle katılmıyorum) Ölçekte alt boyut puanları hesaplanarak bireylerin MMG'ye ilişkin sağlık inancı tanımlanmaktadır. Puanın düşük

olması katılımcının söz konusu maddelere katılmama, yüksek olması ise katılma düzeyini göstermektedir (EK 2). CSİMMÖ toplam puanı Cronbach-α değeri 0.775; algılanan duyarlılık 0.908, yararlar 0.884, engeller 0.754, ön yargılar 0.737 belirlenmiştir. Bu çalışmada CSİMMÖ toplam puan Cronbach-α değeri 0.506; algılanan duyarlılık 0.775, yararlar 0.642, engeller 0.295, ön yargılar 0.484 olarak belirlendi.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındı (EK 4). Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi (EK 5), Sivas Numune Hastanesi (EK 6), Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) (EK 7), kurumlarından yazılı izin alındı. Daha sonra gönüllük esasına dayalı biçimde araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı ve sözlü izin alındı. Formlar araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 15-20 dakikada uygulandı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk dağılım testi ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılmadığı (p=0.000) ve parametrik test varsayımlarının (normal dağılıma uymama, varyansların homojen olmaması vb.) yerine gelmediği belirlendi. MMG çektiren ve çektirmeyen şeklinde oluşturulmuş iki grubun kadınlarına ait sosyodemografik özellikler, kanser risk faktörleri ve MMG'ye ilişkin özelliklerin dağılımında; sayı, yüzde ve gruplar arası farklılıkların olup olmadığının değerlendirmesinde Ki-kare testi kullanıldı. Kadınların sosyodemografik, meme kanseri risk faktörleri ve MMG'ye ilişkin özelliklerinin puan ortalamalarının belirlenmesinde bağımsız iki grup için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis H testi kullanıldı. MMG çektiren ve çektirmeyen iki grup arasındaki CSİMMÖ alt boyut puan ortalamaları analizinde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kadınların sosyodemografik özellikleri, kanser risk faktörleri ve

MMG'ye ilişkin özellikleri ile CSİMMÖ alt boyutları ve toplam puanlarını yordama gücünü anlamak amacıyla Linear regresyon analizi kullanıldı. Örneklem hesaplaması yapılan araştırmanın Post Hoc power (güç) analizinde G*Power programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul kararı (2017-18/02 karar numaralı) alındı. Sivas Numune Hastanesi ile Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi başhekimliğinden ve Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM) müdürlüğünden yazılı izin alındı. Katılımı kabul eden kadınlardan ise yazılı ve sözlü izin alınarak çalışmanın uygulanması boyunca Helsinki Bildirgesi'ne uyuldu.

4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılım

Özellikler		**MMG çektiren (N=500)**		**MMG çektirmeyen (N=500)**		**Test**	
Yaş ortalaması		51.48±8.243					
		n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**p**
Yaş	<50 yaş	234	46.8	234	46.8	0.016	0.899
	≥50 yaş	266	53.2	266	53.2		
Eğitim	Düşük	440	88.0	453	90.6	2.564	0.633
	Yüksek	60	12.0	47	9.4		
Çalışma	Çalışan	17	3.4	23	4.6	0.938	0.333
	Çalışmayan	483	96.6	477	95.4		
Medeni	Evli	443	88.6	430	86.0	1.524	0.217
	Bekar	57	11.4	70	14.0		
Oturduğu yer	Kent	445	89.0	421	84.2	4.964	**0.026**
	Kırsal	55	11.0	79	15.8		
Aile tipi	Çekirdek	415	83.0	404	80.8	0.816	0.366
	Geniş	85	17.0	96	19.2		
Aylık gelir	≥1000 TL	436	87.2	427	85.4	0.685	0.408
	<1000 TL	64	12.8	73	14.6		
Sosyal güvence	Var	461	92.2	445	89.0	3.006	0.083
	Yok	39	7.8	55	11.4		

**MMG: Mammografi, X^2: Chi-Square Test, p<0.05 **Düşük=Okuryazar değil, ilkokul, ortaokul; Yüksek=Lise, üniversite*

Tablo 1'de görüldüğü gibi kadınların %53.2'sinin 50 yaş ve üstünde olduğu, çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük, çalışmayan, evli, kentte yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip, 1000 TL ve üzeri aylık gelire sahip, sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Kadınların oturduğu yer değişkeni yönünden istatiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.005).

Tablo 2. Kadınların Meme Kanserinin Üreme ve Ailesel Risk Faktörlerinin Dağılımı

Meme Kanseri Risk Faktörleri		*MMG çektiren (N=500)		MMG çektirmeyen (N=500)		Test	
		n	%	n	%	X^2	p
İlk menstruasyon	≤12 yaş	318	63.6	306	61.2	0.614	0.433
	>12 yaş	182	36.4	194	38.8		
Doğum	Yapan	494	98.8	487	97.4	2.629	0.105
	Yapmayan	6	1.2	13	2.6		
İlk doğum	≤30 yaş	490	98.0	486	97.2	4.395	0.111
	≥39 yaş	4	0.8	1	0.2		
Çocuk sayısı	1 çocuk	23	4.6	25	5.0	2.749	0.253
	≥2 çocuk	471	94.2	462	92.4		
Çocuklarını	Emziren	458	91.6	426	85.2	17.855	**0.007**
	Emzirmeyen	42	8.4	74	14.8		
BKİ (kg/m^2)	Normal ***	15	3.0	25	5.0	4.851	**0.028**
	Kilolu****	146	29.2	114	22.8		
Menopoza	Giren	258	51.6	265	53.0	0.196	0.658
	Girmeyen	242	48.4	235	47.0		
Ailede meme kanseri	Var	79	15.8	54	10.8	5.420	**0.020**
	Yok	421	84.2	446	89.2		
Meme kanser yakını	Kendisi	8	1.6	0	0.0	5.972	0.050
	*****Birinci derece yakın	22	4.4	15	3.0		
	******İkinci derece yakın	49	9.8	39	7.8		

**MMG= Mamografi, **BKİ= Beden Kitle İndeksi, X^2=: Chi-Square Test, p<0.05, ***Normal kilolu=18.5-24.9 kg/m^2 ****Kilolu= >25kg/m^2, ***Birinci derece: Anne, kız kardeş, teyze; ****İkinci derece: Hala, yeğen*

Tablo 2'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların çoğunluğunun ilk menstruasyon yaşının 12 yaş ve altında olduğu, 30 yaş ve altında doğum yaptığı, ikiden fazla çocuk doğurduğu, çocuklarını emzirdiği,

yarısının menopoza girdiği ve %10 ve üzerinde ailesinde meme kanseri bulunduğu belirlendi. MMG çektiren kadınların %1.6'sında kendisinde meme kanseri olduğu, MMG çektirmeyen kadınların %3.0'ında birinci derece (anne, kız kardeş, teyze) ve %7.8'inde ikinci derece (hala, yeğen) yakınında meme kanseri bulunduğu belirlendi. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınlarda çocuklarını emzirme ($p=0.007$), BKİ ($p=0.028$) ve ailede meme kanseri bulunma ($p<0.020$) özelliği yönünden istatiksel olarak fark bulundu ($p=0.05$).

Tablo 3. Kadınların Meme Kanserinin Yaşam Tarzı Risk Faktörlerinin Dağılımı

Meme Kanseri Risk Faktörleri		MMG çektiren (N=500)		MMG çektirmeyen (N=500)			
		n	%	n	%	X^2	p
OKS	Kullanan	116	23.2	112	22.4	0.091	0.763
	Kullanmayan	384	76.8	388	77.6		
OKS kullanma süresi	<5 yıl	91	18.2	82	16.4	0.853	0.356
	≥5 yıl	25	5.0	30	6.0		
HRT	Kullanan	46	9.2	29	5.8	4.166	**0.041**
	Kullanmayan	454	90.8	471	94.2		
HRT kullanma süresi	<5 yıl	36	7.2	17	3.4	3.310	0.069
	≥5 yıl	10	2.0	12	2.4		
Sigara	Kullanan	27	5.4	40	8.0	2.704	0.100
	Kullanmayan	473	94.6	460	92.0		
Alkol	Kullanan	4	0.8	0	0.0	4.016	**0.045**
	Kullanmayan	496	99.2	500	100.0		
Egzersiz	Yapan	148	29.6	162	32.4	0.916	0.338
	Yapmayan	352	70.4	338	67.6		

OKS: Oral Kontraseptif, HRT: Hormon Replasman Tedavisi, X^2: Chi-Square Test, $p<0.05$

Tablo 3'de görüldüğü gibi MMG çektiren kadınların %23.2'sinin OKS kullandığı, %5.0'ının OKS'yi beş yıldan uzun süre kullandığı, %9.2'sinin HRT kullandığı ve %2.0'ının ≥5 yıl HRT kullandığı belirlendi. MMG çektirmeyen kadınların %22.4'ünün OKS kullandığı, %6.0'ının OKS'yi beş yıldan uzun süre kullandığı, %5.8'inin HRT kullandığı ve %2.4'ünün ≥5 yıl HRT kullandığı saptandı. Kadınların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı ve egzersiz yapmadıkları görüldü. HRT kullanan ve alkol kullanan kadınların arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4. Kadınların Mamografiye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Meme Kanseri Risk Faktörleri		MMG çektiren (N=500)		MMG çektirmeyen (N=500)			
		n	%	n	%	X^2	p
MMG	Bilen	274	54.8	196	39.2	24.424	**0.000**
	Bilmeyen	226	45.2	304	60.8		
Bilgi aldığı yer	Sağlık personeli	114	22.8	122	24.4	35.549	**0.000**
	Medya	69	13.8	54	10.8		
	Akraba/arkadaş	91	18.2	20	4.0		
MMG çekim sayısı	1 kez	135	27.0	0	0.0	1000.000	**0.000**
	≥2 kez	365	73.0	0	0.0		
MMG çekim nedeni	Meme şikâyeti	159	31.8	0	0.0	0.604	0.739
	Hekim önerisi	173	33.6	0	0.0		
	Tarama	168	34.6	0	0.0		
MMG çektirmeme nedeni	Kanser olmama	0	0.0	333	66.6	1141.864	**0.000**
	Kanser korkusu	0	0.0	63	12.6		
	Ağrı korkusu	0	0.0	35	7.0		
	Radyasyon korkusu	0	0.0	17	3.4		
	Utanma	0	0.0	18	3.6		
	Eşi istememe	0	0.0	18	3.6		
	İşlemden rahatsızlık	0	0.0	16	3.2		

MMG: Mamografi, X^2: Chi-Square Test, $p<0.05$

Tablo 4'de görüldüğü gibi kadınların %54.8'inin MMG'nin ne olduğunu bildiği, bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinden (%22.8) aldığı, %73.0'ının ikiden fazla MMG çektirdiği, %34.6'sının MMG'yi tarama amaçlı çektirdiği belirlendi. MMG çektirmeyen kadınların %39.2'sinin MMG'nin ne olduğunu bildiği, MMG ile ilişkili bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinden aldığı, %66.6'nın kanser olmadığı için MMG çektirmediği belirlendi. MMG ile ilişkili bilgi durumu, bilgi alınan yer, MMG çekim sayısı, MMG çektirmeme nedeni değişkenleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 5. Kadınların Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği (CSİMMÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=1000)

CSİMMÖ* Alt Boyutları	Ölçek	MMG** çektiren	MMG çektirmeyen	Test	
	Min-Max	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	3-15	9.12±3.54	8.20±3.59	4.061	**0.000**
Yararlar	5-25	16.42±4.00	16.56±3.51	0.571	0.568
Engeller	6-27	15.27±4.26	16.29±4.33	3.754	**0.000**
Ön yargılar	5-25	8.90±3.55	11.75±4.55	11.027	**0.000**
Toplam puan	25-79	49.71±7.87	52.79±8.28	6.041	**0.000**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi,*

Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05

Tablo 5'de mamografi çektiren ve çektirmeyen kadınların CSİMMÖ puan ortalamalarında görüldüğü gibi MMG çektiren kadınların duyarlılık algısı alt boyut puanının MMG çektirmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu ve diğer boyutların ortalamalarının MMG çektirmeyenlere göre daha düşük olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede iki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın yararlar algısı boyutunun anlamlı olmadığı ($p>0.05$) diğer boyutların anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 6. Kadınların Eğitim Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	EĞİTİM DURUMU*							
	MMG çektiren**				**MMG çektirmeyen**			
CSİMMÖ* Alt Boyutları	**Düşük (n=440)**	**Yüksek (n=60)**	**Test**		**Düşük (n=453)**	**Yüksek (n=47)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**Z**	**p**	**X±Ss**	**X±Ss**	**Z**	**p**
Duyarlılık	9.0±3.5	9.4±3.6	-0.449	0.653	8.1±3.5	8.9±3.5	-1.219	0.223
Yararlar	16.2±3.7	18.0±5.0	-3.744	**0.000**	16.4±3.4	18.0±3.9	-2.883	**0.004**
Engeller	15.5±4.2	13.0±3.7	-4.412	**0.000**	16.4±4.3	14.9±3.7	-2.281	**0.023**
Ön yargılar	9.0±3.6	7.6±2.3	-2.661	**0.008**	11.9±4.4	9.6±4.7	-3.809	**0.000**
Toplam puan	49.9±7.8	48.2±7.9	-1.260	0.208	52.9±8.3	51.5±7.6	-1.512	0.131

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

***Düşük=Okuryazar değil, ilkokul, ortaokul; Yüksek=Lise, üniversite*

Tablo 6'da görüldüğü gibi MMG çektiren kadınların yararlar, engeller ve ön yargılar puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların yararlar boyutu, eğitim düzeyi düşük kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, yararlar, engeller ve önyargılar alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). MMG çektirmeyen kadınlarda da bu bulgular benzerdi.

Tablo 7. Kadınların Çalışma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	ÇALIŞMA DURUMU							
	MMG çektiren**				**MMG çektirmeyen**			
CSİMMÖ* Alt Boyutları	**Çalışan (n=17)**	**Çalışmayan (n=483)**	**Test**		**Çalışan (n=23)**	**Çalışmayan (n=477)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**Z**	**p**	**X±Ss**	**X±Ss**	**Z**	**p**
Duyarlılık	8.4±3.3	9.1±3.5	-0.689	0.491	9.5±4.4	8.1±3.5	-1.715	0.086
Yararlar	19.5±4.5	16.3±3.9	-3.033	**0.002**	18.1±3.2	16.5±3.5	-2.129	**0.033**
Engeller	11.1±2.6	15.4±4.2	-4.242	**0.000**	14.9±2.4	16.4±4.4	-1.930	0.054
Ön yargılar	7.8±2.5	8.9±3.5	-1.202	0.229	8.7±3.8	11.9±4.5	-3.602	**0.000**
Toplam puan	47.0±5.4	49.8±7.9	-1.667	0.096	51.8±5.1	52.9±8.4	-1.342	0.180

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 7'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve çalışan kadınların yararlar boyutu puanının yüksek, diğer alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu saptandı. MMG çektiren ve çalışmayan kadınların yararlar puan ortalamasının düşük diğer boyutlarının daha yüksek olduğu, çalışan ve çalışmayan kadınların yararlar ve engeller puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve çalışan kadınların duyarlılık ve yararlar, çalışmayan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, duyarlılık, engeller ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın önemsiz ($p>0.05$), yararlar ve önyargılar puanları arasındaki farkın önemli olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 8. Kadınların Medeni Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	MEDENİ DURUM							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Evli (n=443)	Bekar (n=57)	Test		Evli (n=430)	Bekar (n=70)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.2±3.4	8.3±3.9	-1.577	0.115	8.1±3.5	8.6±3.9	-0.835	0.404
Yararlar	16.4±3.9	16.0±4.6	-0.243	0.808	16.5±3.5	16.7±3.5	-0.537	0.592
Engeller	15.2±4.2	15.6±4.6	-0.487	0.626	16.2±4.3	16.8±4.8	-0.626	0.532
Ön yargılar	8.8±3.5	9.5±3.7	-1.475	0.140	11.8±4.5	11.3±4.9	-1.115	0.265
Toplam puan	49.7±7.6	49.5±9.5	-0.674	0.500	52.7±8.3	53.4±8.1	-0.304	0.751

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p=0.05*

Tablo 8'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların medeni durumuna göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında görüldüğü gibi ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 9. Kadınların Yaşanılan Yere Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	YAŞANILAN YER							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Kırsal (n=55)	Kent (n=445)	Test		Kırsal (n=79)	Kent (n=421)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.0±3.4	9.3±4.0	-0.391	0.696	8.7±3.5	8.1±3.6	-1.739	0.082
Yararlar	16.4±3.9	16.4±4.6	-0.224	0.823	15.8±2.3	16.7±3.7	-2.133	**0.033**
Engeller	15.1±4.2	16.2±4.4	-1.860	0.063	17.1±4.3	16.1±4.3	-1.839	0.066
Ön yargılar	8.8±3.5	9.1±3.3	-0.738	0.461	12.0±4.1	11.7±4.6	-0.729	0.466
Toplam puan	49.5±7.5	51.2±10.1	-1.892	0.058	53.6±7.2	52.7±8.5	-0.702	0.482

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p=0.05*

Tablo 9'da görüldüğü gibi MMG çektiren ve kentte yaşayan kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları kırsalda yaşayanlara göre daha yüksekti. Ancak puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05). MMG çektirmeyen kırsalda yaşayan kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları kentte yaşayanlara göre yüksek bulundu. İstatistiksel değerlendirmede yararlar puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı (p<0.05), diğer puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 10. Kadınların Aile Tipine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AİLE TİPİ							
CSİMMÖ*	**MMG** çektiren**				**MMG çektirmeyen**			
Alt boyutlar	**Çekirdek(n=415)**	**Geniş (n=85)**	**Test**		**Çekirdek (n=404)**	**Geniş (n=96)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**Z**	**p**	**X±Ss**	**X±Ss**	**Z**	**p**
Duyarlılık	9.1±3.4	9.0±3.9	-0.085	0.932	8.0±3.5	9.1±3.6	-2.567	**0.010**
Yararlar	16.5±3.8	16.0±4.7	-0.648	0.517	16.6±3.5	16.4±3.6	-0.796	0.426
Engeller	15.3±4.3	14.9±3.9	-0.736	0.461	16.2±4.4	16.8±3.8	-1.041	0.298
Ön yargılar	8.9±3.6	8.6±3.2	-0.537	0.591	11.8±4.7	11.4±3.8	-0.406	0.684
Toplam puan	49.9±7.6	48.6±8.9	-0.888	0.375	52.6±8.6	53.6±6.5	-0.868	0.385

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 10'da gösterildiği gibi MMG çektiren ve çekirdek aileye sahip olanların puan ortalamalarının geniş aileye sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak çekirdek ve geniş aile tipine sahip olan kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). MMG çektirmeyen ve geniş aile tipine sahip olanların duyarlılık boyutu yüksekti ve istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen kadınların ve çekirdek aile tipine sahip kadınların yararlar ve önyargılar puanı daha yüksek bulundu. Ancak istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11. Kadınların Aylık Gelirine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	AYLIK GELİR							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	< 1000 TL (n=64)	≥ 1000 TL (n=436)	Test		< 1000 TL (n=73)	≥ 1000 TL (n=427)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.5±2.6	9.0±3.6	-0.840	0.401	7.3±3.2	8.4±3.6	-2.088	**0.037**
Yararlar	16.3±3.6	16.4±4.0	-0.024	0.981	16.7±2.4	16.5±3.7	-0.727	0.467
Engeller	16.4±4.4	15.1±4.2	-2.309	**0.021**	18.3±4.1	15.9±4.3	-4.801	**0.000**
Ön yargılar	10.3±3.7	8.6±3.4	-3.566	**0.000**	11.6±4.8	11.7±4.5	-0.223	0.823
Toplam puan	52.6±7.9	49.2±7.7	-3.337	**0.001**	54.0±6.5	52.6±8.5	-1.206	0.228

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 11'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve gelir düzeyi ≥1000 TL olan kadınların yararlar, geliri < 1000 TL olan kadınların duyarlılık, engeller, ön yargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. İstatiksel değerlendirmede duyarlılık ve yararlar boyutu puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), engeller, önyargılar ve toplam puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve gelir düzeyi yüksek kadınların duyarlılık ve önyargılar puanı daha yüksekti ve duyarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Geliri düşük kadınların yararlar, engeller ve toplam puanı yüksekti ve MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların engeller boyutu puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 12. Kadınların Sosyal Güvencelerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	SOSYAL GÜVENCE							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Var (n=461)	Yok (n=39)	Test		Var (n=445)	Yok (n=55)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	8.7±3.0	9.1±3.5	-0.980	0.327	7.6±3.1	8.3±3.6	-1.106	0.269
Yararlar	16.9±2.8	16.3±4.0	-0.469	0.639	16.4±2.4	16.6±3.6	-0.263	0.792
Engeller	16.9±4.5	15.1±4.2	-2.031	**0.042**	18.2±4.5	16.0±4.3	-3.992	**0.000**
Ön yargılar	9.6±3.2	8.8±3.5	-1.687	0.092	11.9±4.3	11.7±4.6	-0.497	0.619
Toplam puan	52.1±6.6	49.5±7.9	-1.932	0.053	54.1±6.9	52.6±8.4	-1.263	0.207

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 12'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve sosyal güvencesi bulunan kadınların duyarlılık dışında diğer boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede yalnızca engeller boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve sosyal güvencesi olan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalaması; sosyal güvencesi olmayanların ise, duyarlılık ve yararlar puan ortalaması yüksek bulundu. Ancak yalnızca engeller boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 13. Kadınların İlk Menstruasyon Yaşına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	İLK MENSTRUASYON YAŞI							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	≤12 yaş (n=318)	>12 yaş (n=182)	Test		≤ 12 yaş (n=306)	>12 yaş (n=194)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.02±3.5	9.2±3.7	-0.990	0.322	8.06±3.6	8.4±3.6	-1.191	0.234
Yararlar	16.3±3.8	16.7±4.3	-1.772	0.076	16.2±3.4	17.1±3.6	-2.848	**0.004**
Engeller	15.7±4.2	14.5±4.3	-3.002	**0.003**	16.8±4.3	15.6±4.4	-2.688	**0.007**
Ön yargılar	8.8±3.5	9.8±3.6	-0.976	0.329	12.0±4.4	11.3±4.7	-2.640	**0.014**
Toplam puan	49.8±7.4	49.6±8.8	-0.532	0.595	53.6±7.9	52.4±8.9	-1.033	0.302

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 13'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların ilk menstruasyon yaş değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren ve ilk menstruasyon yaşı 12 ve altında olan kadınların engeller puan ortalamasının yüksek ve engeller boyutu puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve ilk menstruasyon yaşı 12 yaş altında olan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puanı yüksek belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede yararlar, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamalarında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 14. Kadınların Doğum Yapma/Yapmama Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	DOĞUM							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Yapan (n=494)	Yapmayan (n=6)	Test		Yapan (n=487)	Yapmayan (n=13)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.1±3.6	9.2±2.0	-0.007	0.994	8.1±3.6	9.2±3.1	-1.139	0.255
Yararlar	16.4±4.0	15.8±1.3	-0.534	0.593	16.5±3.5	17.6±3.5	-1.618	0.106
Engeller	15.3±4.3	14.7±4.7	-0.223	0.824	16.3±4.3	16.8±4.8	-0.555	0.579
Ön yargılar	8.9±3.6	8.8±3.4	-0.083	0.934	11.8±4.6	10.9±2.6	-0.754	0.451
Toplam puan	49.7±8.0	48.5±3.7	-0.569	0.569	52.8±8.3	54.5±5.1	-0.704	0.482

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 14'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların doğum değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların doğum yapma değişkeni yönünden ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamsız bulundu (p>0.05).

Tablo 15. Kadınların İlk Doğum Yaşına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	İLK DOĞUM YAŞI							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	≤30 yaş (n=490)	≥39 yaş (n=4)	Test		≤30 yaş (n=486)	≥39 yaş (n=1)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.1±3.6	8.5±1.9	-0.427	0.669	8.2±3.6	3.0±0.0	-1.406	0.160
Yararlar	16.5±4.0	12.3±3.9	-1.923	0.054	16.5±3.5	17.0±0.0	-0.359	0.719
Engeller	15.3±4.2	15.8±7.5	-0.274	0.784	16.3±4.3	26.0±0.0	-1.709	0.087
Ön yargılar	8.9±3.6	11.0±3.4	-1.487	0.137	11.75±4.6	24.0±0.0	-1.696	0.090
Toplam puan	49.7±3.6	47.5±4.7	-0.727	0.467	52.7±8.3	70.0±0.0	-1.655	0.098

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 15'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların ilk doğum yaş değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların ilk doğum yaşı yönünden ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 16. Kadınların Çocuk Sayısına Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	ÇOCUK SAYISI							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	1 çocuk (n=23)	≥ 2 çocuk (n=471)	Test		1 çocuk (n=25)	≥ 2 çocuk (n=462)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.3±3.2	9.1±3.6	-0.254	0.800	7.0±3.0	8.2±3.6	-1.904	0.057
Yararlar	18.5±4.0	16.3±4.0	-2.019	**0.043**	17.0±3.2	16.5±3.5	-0.865	0.387
Engeller	13.3±4.1	15.4±4.2	-2.239	**0.025**	17.8±3.0	16.1±4.4	-1.790	0.073
Ön yargılar	9.3±3.4	8.9±3.6	-0.776	0.438	11.4±6.2	11.8±4.5	-0.750	0.453
Toplam puan	50.4±7.3	49.7±7.9	-0.041	0.967	53.2±8.6	52.7±8.3	-0.260	0.795

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 16'da MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların çocuk sayısı değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları gösterilmektedir. MMG çekimi yaptıran ve bir çocuk sahibi olan kadınların yararlar alt boyut puan ortalaması daha yüksek, engeller boyutu puanı düşüktü ve yararlar ve engeller puan ortalamaları arasında farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve bir çocuğu olan kadınların yararlar, engeller ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 17. Kadınların Çocuklarını Emzirme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	ÇOCUKLARINI							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Emziren (n=458)	Emzirmeyen (n=42)	Test		Emziren (n=426)	Emzirmeyen (n=74)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.5±2.8	9.1±3.6	-0.612	0.541	10.0±3.6	9.3±3.1	-0.065	0.948
Yararlar	15.7±4.5	15.9±4.0	-0.429	0.668	17.0±3.6	16.5±3.3	-0.719	0.472
Engeller	15.1±4.3	15.3±4.3	-0.656	0.512	16.2±3.3	16.5±3.6	-1.937	0.053
Ön yargılar	8.3±3.4	9.0±3.6	-1.279	0.201	12.0±4.6	11.6±3.7	-2.201	**0.028**
Toplam puan	47.6±6.8	48.3±7.9	-1.499	0.134	55.2±8.2	52.9±8.3	-2.152	**0.031**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 17'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve çocuğunu emzirmeyen kadınların yararlar engeller, önyargılar ve toplam puanının; emziren kadınların ise duyarlılık puanlarının yüksek olduğu ancak, emziren ve emzirmeyen kadınların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05). MMG çektirmeyen ve emziren kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları yüksek; emzirmeyen kadınların ise engeller puanının yüksek olduğu saptandı. Önyargılar ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı (p<0.05), duyarlılık, yararlar ve engeller boyutu puanları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05).

Tablo 18. Kadınların Menopoza Girme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	MENOPOZA							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Giren (n=258)	Girmeyen (n=242)	Test		Giren (n=265)	Girmeyen (n=235)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	8.7±3.5	9.6±3.5	-2.667	**0.008**	7.9±3.5	8.5±3.6	-1.476	0.140
Yararlar	16.7±3.7	16.1±4.3	-1.313	0.189	16.3±3.1	16.9±3.7	-2.189	**0.000**
Engeller	16.3±4.0	14.1±4.3	-5.572	**0.000**	17.3±4.7	15.1±4.2	-5.547	**0.000**
Ön yargılar	9.0±3.6	8.8±3.4	-0.274	0.784	12.4±4.6	10.9±4.4	-3.760	**0.000**
Toplam puan	49.7±8.2	50.6±7.4	-2.178	**0.029**	53.9±7.8	51.5±8.6	-3.511	**0.000**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 18'de verildiği gibi MMG çektiren ve menopoza giren kadınların yararlar, engeller ve önyargılar; menopoza girmeyen kadınların duyarlılık puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. İstatiksel değerlendirmede duyarlılık, engeller ve toplam puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). MMG çektirmeyen kadınlardan menopoza girenlerin engeller, önyargılar ve toplam puan ortalaması; menopoza girmeyenlerin duyarlılık ve yararlar puan ortalamasının yüksek olduğu, istatistiksel olarak duyarlılık dışında diğer boyutların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 19. Kadınların Ailesinde Meme Kanseri Bulunma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	AİLEDE MEME KANSERİ							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Var (n=79)	Yok (n=421)	Test		Var (n=54)	Yok (n=446)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	10.7±3.3	8.8±3.5	-4.254	**0.000**	10.2±3.4	8.0±3.5	-3.922	**0.000**
Yararlar	16.7±4.5	16.4±3.9	-0.927	0.354	16.4±4.3	16.6±3.4	-0.413	0.680
Engeller	13.9±4.4	15.5±4.2	-3.411	**0.001**	15.3±5.1	16.4±4.2	-2.211	**0.027**
Ön yargılar	8.5±3.3	8.9±3.6	-1.081	0.280	11.1±3.4	11.8±4.6	-0.935	0.350
Toplam puan	49.8±8.7	49.7±7.7	-0.208	0.835	52.9±6.3	52.8±8.5	-0.207	0.836

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 19'da görüldüğü gibi MMG çektiren ve ailesinde meme kanseri bulunan kadınların duyarlılık, yararlar ve toplam puanının; ailesinde meme kanseri olmayan kadınların engeller, önyargılar ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Duyarlılık ve engeller alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). MMG çektirmeyen ve ailesinde meme kanseri olan kadınların duyarlılık ve ölçek toplam puanının; ailesinde meme kanseri olmayanların yararlılık, engeller ve önyargılar ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede duyarlılık ve engeller alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 20. Kadınların Meme Kanseri Olan Bireye Yakınlık Derecesine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	YAKINLIK DERECESİ***									
	MMG** çektiren					MMG çektirmeyen				
	Kendim (n=8)	1.derece (n=22)	2.derece (n=49)	Test		Kendim (n=0)	1.derece (n=15)	2.derece (n=39)	Test	
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	KW	p	X±Ss	X±Ss	X±Ss	KW	p
Duyarlılık	12.8±2.1	10.9±3.1	10.6±3.2	4.702	0.095	-	10.2±3.3	10.1±3.4	-0.010	0.992
Yararlar	15.0±5.6	17.6±4.4	16.7±4.4	2.781	0.249	-	18.0±4.0	15.8±4.2	-1.138	0.255
Engeller	13.2±4.0	13.5±3.4	14.1±4.8	.0.446	0.800	-	15.0±6.4	15.3±4.5	-0.630	0.529
Ön yargılar	8.2±2.3	8.5±3.8	8.5±3.2	0.860	0.650	-	10.9±3.7	11.1±3.3	-0.421	0.674
Toplam puan	49.3±4.6	50.6±9.2	49.7±8.9	0.892	0.640	-	54.2±8.7	52.4±5.1	-0.697	0.486

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, KW= Kruskall Wallis H Test, Z=Mann-Whitney U Test, p<0.05*

****Yakınlık derecesi: 1.derece=Anne, kız kardeş, teyze;2.derece=Hala, yeğen*

Tablo 20'de görüldüğü gibi MMG çektiren kadınlarda, kendisinde meme kanseri olan kadınların duyarlılık; birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların yararlar, ön yargılar, toplam puan; ikinci derece yakınında kanser olanların engeller boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. MMG çektirmeyen kadınlarda, birinci derece yakınında kanser olanlarda duyarlılık, yararlar ve ölçek toplam puanı; ikinci derece yakını kanser olanlarda engeller, ön yargılar puan ortalaması daha yüksektir. İstatistiksel değerlendirmede kadınların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 21. Kadınların Oral Kontraseptif (OKS) Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	OKS ***							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Kullanan (n=116)	Kullanmayan (n=384)	Test		Kullanan (n=112)	Kullanmayan (n=388)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.7±3.3	8.9±3.5	-1.977	**0.048**	8.7±3.5	8.1±3.4	-1.587	0.117
Yararlar	16.5±3.9	16.4±4.0	-0.314	0.754	17.2±3.7	16.4±3.4	-1.850	0.064
Engeller	15.3±3.8	15.2±4.3	-0.078	0.938	16.1±4.3	16.3±4.3	-0.715	0.474
Ön yargılar	9.3±3.8	8.7±3.4	-1.326	0.185	10.7±4.3	12.0±4.6	-2.443	**0.015**
Toplam puan	50.8±7.7	49.4±7.9	-2.042	**0.041**	52.8±8.4	52.8±8.0	-0.462	0.644

CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, * OKS: Oral Kontraseptif, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 21'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların oral kontraseptif kullanma değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren ve OKS kullanan kadınların duyarlılık boyutu ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. MMG çektiren kadınlarda mevcut değişken yönünden duyarlılık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve OKS kullanmayan kadınların ön yargılar boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel değerlendirmede mevcut değişken yönünden ön yargılar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 22. Kadınların Oral Kontraseptif (OKS) Kullanım Süresine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	OKS KULLANMA SÜRESİ***							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	<5 yıl (n=91)	≥5 yıl (n=25)	Test		<5 yıl (n=82)	≥5 yıl (n=30)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.2±3.2	11.8±3.2	-3.264	**0.001**	8.7±3.6	8.7±3.4	-0.136	0.892
Yararlar	16.1±3.9	17.6±4.1	-1.469	0.142	17.2±3.9	17.2±3.3	-0.412	0.681
Engeller	15.4±3.7	14.8±4.2	-0.543	0.587	16.6±4.3	14.8±3.8	-1.776	0.076
Ön yargılar	9.6±4.0	8.4±3.1	-1.189	0.235	10.6±4.5	11.1±3.7	-0.974	0.330
Toplam puan	50.3±7.9	52.6±6.4	-1.098	0.272	53.0±7.9	51.9±8.1	-0.349	0.727

CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, * OKS: Oral Kontraseptif, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 22'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların OKS kullanım süresi değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren ve OKS'yi beş yıldan uzun süre kullanan kadınların duyarlılık ve yararlar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. Duyarlılık alt boyutu puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen kadınların ölçek alt boyutları ve toplam puanı arasında istatiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 23. Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	HRT ***							
	MMG çektiren**				**MMG çektirmeyen**			
CSİMMÖ* Alt Boyutları	**Kullanan (n=46)**	**Kullanmayan (n=454)**	**Test**		**Kullanan (n=29)**	**Kullanmayan (n=471)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**Z**	**p**	**X±Ss**	**X±Ss**	**Z**	**p**
Duyarlılık	9.9±3.9	9.0±3.5	-1.718	0.086	8.8±3.8	8.1±3.5	-0.795	0.427
Yararlar	16.9±4.3	16.3±4.0	-1.070	0.285	16.9±2.8	16.5±3.6	-0.856	0.392
Engeller	14.9±3.9	15.3±4.3	-0.530	0.596	15.9±4.8	16.3±4.3	-0.671	0.502
Ön yargılar	9.0±2.8	8.9±3.6	-0.721	0.471	11.6±3.7	11.7±4.6	-0.057	0.955
Toplam puan	50.8±8.6	49.6±7.9	-0.974	0.330	53.2±6.8	52.7±8.4	-0.359	0.720

CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, * HRT: Hormon Replasman Tedavisi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 23'de MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların HRT kullanım değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; her iki grupta da mevcut değişken yönünden ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05).

Tablo 24. Kadınların Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanım Süresine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	HRT KULLANIM SÜRESİ***							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	<5 yıl (n=36)	≥5 yıl (n=10)	Test		<5 yıl (n=17)	≥5 yıl (n=12)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.6±3.8	11.0±4.0	-1.021	0.307	9.9±4.0	7.1±2.9	-2.034	**0.042**
Yararlar	17.0±4.4	16.7±4.1	-0.095	0.925	16.6±2.7	17.2±2.9	-0.447	0.655
Engeller	14.7±3.6	15.9±5.1	-0.629	0.529	15.7±5.0	16.3±4.7	-0.714	0.476
Ön yargılar	9.3±3.0	8.0±1.7	-1.420	0.156	11.9±4.3	11.7±2.7	-0.157	0.875
Toplam puan	50.6±8.8	51.6±8.3	-0.401	0.689	54.2±7.2	52.3±6.3	-0.644	0.520

CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, * HRT: Hormon Replasman Tedavisi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 24'de görüldüğü gibi MMG çektiren kadınların HRT kullanma süresine göre ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05). MMG çektirmeyen kadınların HRT kullanma süresine göre duyarlılık alt boyut puan ortalaması arasında farkın istatiksel olarak anlamlı (p<0.05), diğer boyutların anlamlı olmadığı bulundu(p>0.05).

Tablo 25. Kadınların Sigara Kullanma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SİGARA							
	MMG çektiren**				**MMG çektirmeyen**			
CSİMMÖ* Alt Boyutları	**Kullanan (n=27)**	**Kullanmayan (n=473)**	**Test**		**Kullanan (n=40)**	**Kullanmayan (n=460)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**Z**	**p**	**X±Ss**	**X±Ss**	**Z**	**p**
Duyarlılık	8.6±2.9	9.1±3.5	-0.847	0.397	9.2±2.7	8.1±3.6	-2.004	**0.045**
Yararlar	17.7±3.6	16.3±4.0	-1.330	0.183	17.7±3.6	16.4±3.4	-2.609	**0.009**
Engeller	15.0±3.3	15.2±4.3	-0.233	0.816	15.5±3.7	16.3±4.3	-1.370	0.171
Ön yargılar	9.0±4.6	8.9±3.4	-0.411	0.681	9.7±4.5	11.9±4.5	-3.130	**0.002**
Toplam puan	50.4±7.5	49.6±7.8	-0.357	0.721	52.1±7.6	52.8±8.3	-0.483	0.629

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 25'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve sigara kullanan kadınların yararlar, önyargılar ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak, puanlar arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0.05). MMG çektirmeyen sigara kullanan kadınların duyarlılık ve yararlar boyutu, sigara kullanmayan kadınların ön yargılar puanının yüksek olduğu ve mevcut değişken yönünden duyarlılık, yararlar ve ön yargılar alt boyutu puan ortalaması arasında farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0.05).

Tablo 26. Kadınların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	EGZERSİZ							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Yapan (n=148)	Yapmayan (n=352)	Test		Yapan (n=162)	Yapmayan (n=338)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.6±3.2	8.8±3.6	-2.317	**0.020**	8.8±3.4	7.9±3.6	-2.309	**0.021**
Yararlar	17.2±3.6	16.0±4.0	-3.301	**0.001**	16.8±3.5	16.4±3.4	-0.134	0.893
Engeller	14.1±4.1	15.7±4.2	-3.394	**0.000**	15.0±4.1	16.8±4.2	-4.246	**0.000**
Ön yargılar	8.2±3.0	9.1±3.7	-2.328	**0.020**	11.1±4.4	12.0±4.5	-1.838	0.066
Toplam puan	49.3±7.2	49.8±8.1	-1.222	0.222	51.8±8.4	53.2±8.1	-1.980	**0.048**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 26'da MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların egzersiz yapma durumu değişkenine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; MMG çektiren kadınların mevcut değişkene göre duyarlılık, yararlar, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). MMG çektiren ve egzersiz yapan kadınların mevcut değişken ile duyarlılık ve yararlar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olup engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamaları ise daha düşüktür. MMG çektirmeyen kadınlarda mevcut değişken ile duyarlılık, engeller alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$). Bu grupta egzersiz yapan kadınların duyarlılık boyut puan ortalaması yüksek, engeller boyutu ve toplam puan ortalaması düşüktür.

Tablo 27. Kadınların Mamografiyi Bilme Durumuna Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	BİLGİ DURUMU							
	MMG** çektiren				MMG çektirmeyen			
	Bilen (n=274)	Bilmeyen (n=226)	Test		Bilen (n=196)	Bilmeyen (n=304)	Test	
	X±Ss	X±Ss	Z	p	X±Ss	X±Ss	Z	p
Duyarlılık	9.3±3.6	8.8±3.4	-1.855	0.064	8.9±3.8	7.6±3.3	-3.255	**0.001**
Yararlar	16.8±4.5	15.8±3.2	-4.404	**0.000**	17.3±3.9	15.9±3.0	-5.356	**0.000**
Engeller	14.6±4.1	15.9±4.3	-3.786	**0.000**	14.8±4.2	17.2±4.1	-6.412	**0.000**
Ön yargılar	8.3±3.3	9.5±3.7	-3.632	**0.000**	10.2±4.1	12.7±4.5	-6.384	**0.000**
Toplam puan	49.2±8.2	50.2±7.3	-1.075	0.282	51.4±8.4	53.6±8.0	-3.075	**0.002**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, Z= Mann-Whitney U Test, p<0.05*

Tablo 27'de görüldüğü gibi MMG çektiren kadınların mevcut değişkene göre yararlar, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Bu grupta MMG bilgisi olan kadınların yararlar alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi. MMG çektirmeyen ve MMG bilgisi olan kadınların duyarlılık, yararlar boyut puan ortalaması yüksek; engeller, ön yargılar alt boyutu ve toplam puan ortalamasının düşük olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede MMG'nin ne olduğunu bilme durumu değişkenine göre CSİMMÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 28. Kadınların Bilgi Aldıkları Yere Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	BİLGİ ALINAN YER									
	MMG** çektiren					MMG çektirmeyen				
	Sağlık personeli (n=114)	Medya (n=69)	Akraba/ Arkadaş (n=91)	Test		Sağlık personeli (n=122)	Medya (n=54)	Akraba/ Arkadaş (n=20)	Test	
	X±Ss	X±Ss	X±Ss	KW	p	X±Ss	X±Ss	X±Ss	KW	p
Duyarlılık	8.5±3.4	9.8±3.7	10.0±3.5	9.177	**0.010**	8.6±3.6	9.2±4.0	10.5±3.8	4.159	0.125
Yararlar	16.4±4.5	17.4±5.2	17.0±3.5	2.249	0.325	17.7±4.0	17.1±3.5	16.7±4.6	2.077	0.354
Engeller	15.2±4.3	13.9±4.4	14.4±3.4	3.483	0.175	14.7±4.0	15.0±4.1	14.5±5.1	1.158	0.561
Ön yargılar	8.9±3.5	7.9±2.7	7.9±3.3	6.668	**0.036**	10.0±4.0	10.0±4.5	11.4±3.7	3.220	0.200
Toplam puan	49.2±9.2	49.1±7.5	49.4±7.4	0.233	0.890	51.1±9.0	51.4±7.4	53.2±6.4	0.658	0.720

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, KW=Kruskal Wallis H Test, p<0.05*

Tablo 28'de görüldüğü gibi MMG çektiren ve akraba/arkadaşlarından MMG ile ilişkili bilgi alan kadınların duyarlılık ve ön yargılar puan ortalaması daha yüksek olarak belirlendi. İstatistiksel olarak duyarlılık ve ön yargılar alt boyutu puanları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Sağlık personelinden bilgi alan kadınların engeller ve önyargılar puan ortalaması daha yüksekti. MMG çektirmeyen ve akraba/arkadaşlarından MMG ile ilişkili bilgi alan kadınların duyarlılık ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ancak, ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile aralarındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$).

Tablo 29. Mamografi Çektiren Kadınların Mamografi Çektirme Nedenlerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	MMG ÇEKTİRME NEDENİ				
CSİMMÖ* Alt Boyutları	**Meme şikâyeti (n=159)**	**Hekim önerisi (n=173)**	**Tarama (n=168)**	**Test**	
Alt Boyutları	**X±Ss**	**X±Ss**	**X±Ss**	**KW**	**p**
Duyarlılık	10.0±3.2	9.4±3.6	7.9±3.3	27.898	**0.000**
Yararlar	16.7±3.5	16.6±3.8	15.8±4.4	6.772	**0.034**
Engeller	15.3±4.3	15.6±4.2	14.8±4.1	4.884	0.087
Ön yargılar	8.8±3.3	9.3±3.7	8.4±3.5	5.285	0.071
Toplam puan	50.9±7.2	51.0±7.4	47.1±8.2	25.339	**0.000**

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, KW= Kruskall Wallis, p=0.05*

Tablo 29'da görüldüğü gibi MMG çektiren ve meme şikâyeti ile gelen kadınların duyarlılık ve yararlar boyutu puanının ve hekim önerisi ile MMG çektirenlerin engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. İstatiksel değerlendirmede duyarlılık, yararlar ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$).

Tablo 30. Mamografi Çektirmeyen Kadınların Mamografi Çektirmeme Nedenlerine Göre Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMMÖ* Alt Boyutları	MMG ÇEKTİRMEME NEDENİ								
	Kanser olmadığı için (n=333)	**Kanser çıkma korkusu (n=63)**	**Ağru yaşama korkusu (n=35)**	**Radyasyon alma korkusu (n=17)**	**Utanma (n=18)**	**Eşinin istememe (n=18)**	**İşlemden rahatsızlık (n=16)**	**Test**	
	X±Ss	**X±Ss**	**X±Ss**	**X±Ss**	**X±Ss**	**X±Ss**	**X±Ss**	**KW**	**P**
Duyarlılık	7.78±3.5	9.9±3.2	8.4±3.9	9.0±2.2	7.8±3.9	9.0±3.7	8.5±4.0	21.755	**0.000**
Yararlar	15.2±3.4	16.1±2.9	16.6±3.3	17.9±2.6	16.1±2.7	19.0±4.5	20.0±4.4	26.533	**0.000**
Engeller	16.6±4.3	15.4±3.8	16.4±4.1	13.1±3.2	18.6±4.3	14.7±4.3	13.2±3.9	31.344	**0.000**
Ön yargılar	11.9±4.7	10.9±3.9	11.1±4.3	13.1±3.4	13.8±3.5	12.6±4.0	8.1±1.8	24.023	**0.001**
Toplam puan	52.6±8.7	52.4±6.7	52.6±7.2	53.1±7.2	56.5±5.9	55.3±8.1	49.8±8.4	7.786	0.254

**CSİMMÖ: Champion'un Sağlık İnanç Modeli Mamografi Ölçeği, **MMG: Mamografi, KW= Kruskall Wallis, p=0.05*

Tablo 30'da verildiği gibi MMG çektirmeyen ve kanser çıkma korkusu olanların duyarlılık; işlemden rahatsız olanların yararlar; utananların engeller, ön yargılar ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu, ortalamalar arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$).

Tablo 31. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Champion'nun Mamografi İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi

Alt Boyut		B	Standart Hata	Beta	t	p
Duyarlılık boyutu	Sabit	6.679	1.613		4.140	.000
	Mamografi çektirme durumu	**.920**	**.226**	**.128**	**4.067**	**.000**
	Yaş	-.010	.015	-.024	-.691	.490
	Eğitim durumu	.228	.133	.064	1.716	.086
	Meslek	.087	.621	.005	.140	.889
	Medeni durum	.094	.366	.009	.257	.797
	Oturulan yer	**-.730**	**.370**	**-.069**	**-1.975**	**.049**
	Aile tipi	.437	.309	.047	1.415	.157
	Aylık gelir	.137	.440	.013	.311	.756
	Sosyal güvence	.519	.518	.042	1.000	.317
	R=.173	R^2=.030	$F_{(9, 990)}$=3.412		p=.000	
Yararlar boyutu	Sabit	12.740	1.674		7.612	.000
	Mamografi çektirme durumu	-.191	.235	-.025	-.812	.417
	Yaş	**.039**	**.016**	**.085**	**2.491**	**.013**
	Eğitim durumu	**.771**	**.138**	**.206**	**5.592**	**.000**
	Meslek	1.092	.644	.057	1.696	.090
	Medeni durum	.167	.380	.015	.440	.660
	Oturulan yer	.218	.383	.020	.570	.569
	Aile tipi	-.081	.321	-.008	-.253	.800
	Aylık gelir	-.307	.457	-.028	-.672	.502
	Sosyal güvence	-.403	.538	-.031	-.749	.454
	R=.219	R^2=.048	$F_{(9, 990)}$=5.543		p=.000	
Engeller boyutu	Sabit	13.795	1.815		7.601	.000
	Mamografi çektirme durumu	**-.954**	**.254**	**-.110**	**-3.750**	**.000**
	Yaş	**.132**	**.017**	**.251**	**7.763**	**.000**
	Eğitim durumu	**-.659**	**.150**	**-.153**	**-4.404**	**.000**
	Meslek	-.538	.698	-.024	-.771	.441
	Medeni durum	.687	.412	.053	1.667	.096
	Oturulan yer	-.057	.416	-.004	-.137	.891
	Aile tipi	-.093	.348	-.008	-.268	.789
	Aylık gelir	-.908	.495	-.072	-1.832	.067
	Sosyal güvence	-.434	.583	-.029	-.744	.457
	R=.390	R^2=.152	$F_{(9, 990)}$=19.704		p=.000	

Tablo 31. Devam

Ön yargılar boyutu	Sabit	14.450	1.812		-7.973	.000
	Mamografi çektirme durumu	**-2.843**	**.254**	**-.329**	**-11.187**	**.000**
	Yaş	**.047**	**.017**	**.089**	**2.748**	**.006**
	Eğitim durumu	**-.561**	**.149**	**-.130**	**-3.758**	**.000**
	Meslek	-1.093	.697	-.050	-1.567	.117
	Medeni durum	.306	.411	.024	.743	.457
	Oturulan yer	.079	.415	.006	.191	.849
	Aile tipi	-.597	.347	-.053	-1.718	.086
	Aylık gelir	-.649	.495	-.052	-1.312	.190
	Sosyal güvence	.650	.582	.044	1.115	.265
	R=.391	R^2=.153	$F_{(9, 990)}$=19.804		p=.000	
Toplam puan	Sabit	47.663	3.570		13.349	.000
	Mamografi çektirme durumu	**-3.068**	**.501**	**-.187**	**-6.128**	**.000**
	Yaş	**.207**	**.033**	**.208**	**6.197**	**.000**
	Eğitim durumu	-.221	.294	-.027	-.749	.454
	Meslek	-.452	1.374	-.011	-.329	.742
	Medeni durum	1.254	.810	.051	1.547	.122
	Oturulan yer	-.489	.818	-.020	-.598	.550
	Aile tipi	-.334	.684	-.016	-.488	.626
	Aylık gelir	-1.727	.975	-.072	-1.772	.077
	Sosyal güvence	.332	1.147	.012	.289	.773
	R=.302	R^2=.091	$F_{(9, 990)}$=11.074		p=.000	

**MMG=Mamografi, p<0.05*

Modelde otokorelasyon olup olmadığını belirlemek için Durbin-Watson (D-W) testi yapıldı ve 2.086 olarak bulunan D-W değerine göre otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise, tüm tolerans değerlerinin (1- R^2) büyük olduğu görüldü. Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı belirlendikten sonra analize devam edildi.

Tablo 31'de kadınların tanıtıcı özellikleri ile CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin linear regresyon analizinde görüldüğü gibi kadınların CSİMMÖ duyarlılık boyutu ile MMG çektirme durumu ve yaşanılan yer değişkenleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlendi (R=.173, R^2=.030,

$p<0.05$). MMG çektirme durumu ve yaşanılan yer değişkenleri kadınların duyarlılık boyutu toplam varyansının %3'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, duyarlılık boyutu üzerinde MMG çektirme durumu ve yaşanılan yer değişkenlerinin etkili olduğu ve t-testi sonuçlarına göre, MMG çektirmeme ve kırsalda oturma değişkenlerinin duyarlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Yararlılık boyutu ile yaş ve eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($R=.219$, $R^2=.048$, $p<0.05$) ve yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin yararlılık boyutu toplam varyansının %5'ini açıkladığı belirlendi. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, yararlılık boyutu üzerinde yaş ve eğitim durumunun etkili olduğu ve regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre ileri yaş ve yüksek eğitim değişkenlerinin yararlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı.

Engeller boyutu ile MMG çektirme durumu, yaş ve eğitim durumu değişkenleri arasında ilişkinin anlamlı olduğu ($R=.390$, $R^2=.152$, $p<0.05$) ve MMG çektirme durumu, yaş ve eğitim durumu değişkenleri kadınların engeller boyutu toplam varyansının %15'ini açıkladığı bulundu. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, engeller boyutu üzerinde MMG çektirme, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin etkili olduğu ve regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, MMG çektirmemek, ileri yaşta olmak ve eğitimin düşük olması değişkenlerinin engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Ön yargı boyutu ile MMG çektirme durumu, yaş ve eğitim durumu değişkenleri arasında anlamlı ilişki bulundu ($R=.391$, $R^2=.153$, $p<0.05$). MMG çektirme durumu, yaş ve eğitim durumu değişkenleri kadınların önyargı boyutu değişkeni toplam varyansının %15'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, önyargı boyutu üzerinde MMG çektirme durumu, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin etkili olduğu belirlendi. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, MMG çektirmemek, ileri yaşta olmak ve eğitimin yüksek olması değişkenleri önyargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Toplam puan değişkeni ile MMG çektirme durumu ve yaş değişkenleri arasında anlamlı ilişki belirlendi ($R=.302$, $R^2=.091$, $p<0.05$). MMG çektirme durumu ve yaş kadınların toplam puan değişkenin toplam varyansının %9'unu açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, toplam puan üzerinde MMG çektirme durumu ve yaş değişkenlerinin etkili olduğu belirlendi. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, MMG çektirmek ve yaşlı olmak değişkenlerinin toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı.

Tablo 32. Kadınların Üreme Özellikleri ile Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi

Alt Boyut		B	Standart Hata	Beta	t	p
Duyarlılık boyutu	Sabit	9.327	2.597		3.592	.000
	İlk menstruasyon yaşı	.302	.235	.041	1.283	.200
	Doğum durumu	-.508	2.146	-.019	-.237	.813
	İlk doğum yaşı	-1.179	1.615	-.051	-.730	.466
	Çocuk sayısı	.557	.537	.053	1.037	.300
	Emzirme	.011	.387	.001	.028	.978
	R=.062	R^2=.004	$F_{(5, 994)}$=.758		p=.581	
Yararlar boyutu	Sabit	10.530	2.700		3.900	.000
	İlk menstruasyon yaşı	**.662**	**.244**	**.085**	**2.710**	**.007**
	Doğum yapma durumu	**5.356**	**2.231**	**.194**	**2.400**	**.017**
	İlk doğum yaşı	**-3.555**	**1.680**	**-.146**	**-2.116**	**.035**
	Çocuk sayısı	**-1.400**	**.559**	**-.127**	**-2.505**	**.012**
	Emzirme	.331	.403	.028	.821	.412
	R=.134	R^2=.018	$F_{(5, 994)}$=3.633		p=.003	
Engeller boyutu	Sabit	19.650	3.094		6.352	.000
	İlk menstruasyon yaşı	**-1.158**	**.280**	**-.130**	**-4.138**	**.000**
	Doğum durumu	-3.095	2.556	-.098	-1.211	.226
	İlk doğum yaşı	1.963	1.924	.070	1.020	.308
	Çocuk sayısı	.005	.640	.000	.007	.994
	Emzirme	**1.013**	**.461**	**.075**	**2.197**	**.028**
	R=.153	R^2=.023	$F_{(5, 994)}$=4.754		p=.000	
Ön yargılar boyutu	Sabit	12.956	3.117		4.157	.000
	İlk menstruasyon yaşı	-.147	.282	-.016	-.520	.603
	Doğum durumu	-3.464	2.575	-.110	-1.345	.179
	İlk doğum yaşı	3.168	1.938	.113	1.634	.103
	Çocuk sayısı	-.203	.645	-.016	-.314	.753
	Emzirme	.903	.465	.067	1.943	.052
	R=.084	R^2=.007	$F_{(5, 994)}$=1.401		p=.221	
Toplam puan	Sabit	52.464	5.927		8.851	.000
	İlk menstruasyon yaşı	-.341	.536	-.020	-.637	.525
	Doğum durumu	-1.712	.898	-.028	-.350	.727
	İlk doğum yaşı	.397	3.687	.007	.108	.914
	Çocuk sayısı	-1.041	1.227	-.043	-.848	.396
	Emzirme	2.258	.884	.088	2.555	.011
	R=.088	R^2=.008	$F_{5, 994)}$=1.568		p=.166	

Tablo 32'de kadınların üreme özellikleri ile CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin linear regresyon analizi incelendiğinde, kadınların duyarlılık boyutu ile ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı ($R=.062$, $R^2=.004$, $p>0.05$) görüldü. Standardize regresyon katsayısı(β) yordayıcı değişkenine göre, duyarlılık boyutu üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, bu değişkenlerin duyarlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı görüldü.

Yararlılık boyutu ile ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı değişkenleri arasında anlamlı ilişki olduğu ($R=.134$, $R^2=.018$, $p<0.05$) ve bu değişkenlerin kadınların yararlılık boyutu değişkeni toplam varyansının %2'sini açıkladığı belirlendi. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, yararlılık boyutu üzerinde bu değişkenler etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde, ilk menstruasyon yaşının büyük olmasının, doğum yapmış olmanın, ilk doğum yaşının küçük olmasının, çocuk sayısının az olmasının yararlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Engeller boyutu ile ilk menstruasyon yaşı ve emzirme durumu değişkenleri arasında ilişkinin anlamlı olduğu ($R=.153$, $R^2=.023$, $p<0.05$), ve bu değişkenlerin kadınların engeller boyutu toplam varyansının %2'sini açıkladığı belirlendi. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre engeller boyutu üzerinde bu değişkenler etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde, ilk menstruasyon yaşı küçük olanların ve emzirenlerin engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Önyargı boyutu ile ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri ile aralarındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu ($R=.084$, $R^2=.007$, $p>0.05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre önyargı boyutu üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk

doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri önyargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı belirlendi.

Toplam ölçek puanı ile ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri ile aralarındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu ($R=.088$, $R^2=.008$, $p>0.05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre toplam puan üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonuçları incelendiğinde, ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı görülmektedir.

Tablo 33. Kadınların Meme Kanseri Aile Öyküsü, Menopoz ve Hormon Kullanma Durumları ile Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi

Alt Boyut		B	Standart Hata	Beta	t	p
Duyarlılık boyutu	Sabit	5.763	.764		7.547	.000
	Ailede meme kanseri	**2.066**	**.327**	**.195**	**6.322**	**.000**
	Menopoz	**-.607**	**.224**	**-.084**	**-2.714**	**.007**
	OKS kullanma	**.651**	**.269**	**.076**	**2.422**	**.016**
	HRT kullanma	.633	.425	.046	1.492	.136
	R=.239 R^2=.057	$F_{(4, 995)}$=15.027		p=.000		
Yararlar boyutu	Sabit	15.391	.822		18.720	.000
	Ailede meme kanseri	.136	.352	.012	.388	.698
	Menopoz	.006	.241	.001	.024	.981
	OKS kullanma	.430	.289	.048	1.487	.137
	HRT kullanma	.377	.457	.026	.825	.410
	R=.059 R^2=.003	$F_{(4, 994)}$= .868		p=.483		
Engeller boyutu	Sabit	14.057	.908		15.474	.000
	Ailede meme kanseri	**-1.335**	**.389**	**-.105**	**-3.435**	**.001**
	Menopoz	**2.198**	**.266**	**.254**	**8.265**	**.000**
	OKS kullanma	.215	.320	.021	.674	.501
	HRT kullanma	-.353	.505	-.022	-.699	.485
	R=.280 R^2=.078	$F_{(4, 994)}$=21.114		p=.000		
Önyargı boyutu	Sabit	10.688	.938		11.389	.000
	Ailede meme kanseri	**-.844**	**.402**	**-.066**	**-2.101**	**.036**
	Menopoz	**.759**	**.275**	**.088**	**2.764**	**.006**
	OKS kullanma	-,.296	.330	-.029	-.895	.371
	HRT kullanma	-.185	.522	-.011	-.354	.723
	R=.120 R^2=.014	$F_{(4, 994)}$=3.611		p=.006		
Toplam puan	Sabit	45.899	1.779		25.801	.000
	Ailede meme kanseri	.023	.761	.001	.031	.976
	Menopoz	**2.356**	**.521**	**.143**	**4.524**	**.000**
	OKS kullanma	1.001	.626	.051	1.599	.110
	HRT kullanma	.473	.989	.015	.478	.633
	R=.147 R^2=.022	$F_{(4, 994)}$=5.498		p=.000		

Tablo 33'de kadınların meme kanseri aile öyküsü, menopoz ve hormon kullanma durumları ile Champion'un mamografi sağlık inanç modeli alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin linear regresyon analizi gösterilmektedir. Duyarlılık boyutu ile ailede meme kanseri bulunması, menopoza girme, OKS kullanma durumu değişkenleri arasında anlamlı ilişki olduğu (R=.239, R^2=.057, $p<0.05$), bu değişkenlerin kadınların duyarlılık boyutu değişkeni toplam varyansının %6'sını açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre duyarlılık boyutu üzerinde bu değişkenler etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, ailede meme kanseri olanların bulunması menopoza girmemiş olması, OKS kullanma değişkenleri duyarlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı.

Yararlılık boyutu ile ailede meme kanseri bulunması, menopoza girme, OKS ve HRT kullanma değişkenleri arasındaki ilişki anlamsız bulundu (R=.059, R^2=.003, $p>0.05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre yararlılık boyutu üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, ailede meme kanseri olan, menopoza girme, OKS ve HRT kullanma durumu değişkenleri yararlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı görülmektedir.

Engeller boyutu değişkeni ile ailede meme kanseri bulunması, menopoza girme durumu değişkenleri ile anlamlı ilişki olduğu (R=.280, R^2=.078, $p<0.05$) ve bu değişkenlerin engeller boyutu değişkenin toplam varyansının %8'ini açıkladığı belirlendi. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre engeller boyutu üzerinde bu değişkenlerin etkili olduğu belirlendi. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t- testi sonucuna göre, ailede meme kanseri olanların bulunmaması ve menopoza girenlerin engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Önyargı boyutu ile ailede meme kanseri bulunan, menopoza girme durumu değişkenleri ile anlamlı bir ilişki olduğu (R=.120, R^2=.014, $p<0.05$), ve bu değişkenlerin kadınların önyargı boyutu toplam varyansının %1'ini açıkladığı

bulundu. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre önyargı boyutu üzerinde bu değişkenler etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, ailede meme kanseri olanların olmaması ve menopoza girenlerin önyargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

Toplam ölçek puanı ile menopoza girme durumu değişkeni arasında anlamlı ilişki olduğu ($R=.147$, $R^2=.022$, $p<0.05$), menopoza girme durumunun kadınların toplam bilgi puan toplam varyansının %2'sini açıkladığı belirlendi. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre toplam puan üzerinde menopoza girme durumu değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde menopoza girmenin toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Tablo 34. Kadınların Meme Kanserinin Yaşam Tarzı Risk Faktörlerine Göre Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Linear Regresyon Analizi

Alt Boyut		B	Standart Hata	Beta	t	p
Duyarlılık boyutu	Sabit	6.739	1.910		3.529	.000
	Sigara	.249	.454	.017	.548	.584
	Alkol	.607	1.795	.011	.338	.735
	Egzersiz	**.799**	**.246**	**.103**	**3.251**	**.001**
	R=.106	R^2=.011	$F_{(3, 996)}$=3.752		p=.011	
Yararlar boyutu	Sabit	19.481	1.987		9.805	.000
	Sigara	**1.221**	**.473**	**.081**	**2.584**	**.010**
	Alkol	**-5.207**	**1.868**	**-.087**	**-2.788**	**.005**
	Egzersiz	**.711**	**.256**	**.087**	**2.779**	**.006**
	R=.155	R^2=.024	$F_{(3, 996)}$=8.119		p=.000	
Engeller boyutu	Sabit	16.491	2.272		7.257	.000
	Sigara	-.245	.540	-.014	-.453	.651
	Alkol	1.703	2.136	.025	.797	.426
	Egzersiz	**-1.651**	**.292**	**-.177**	**-5.647**	**.000**
	R=.181	R^2=.033	$F_{(3, 996)}$=11.266		p=.000	
Ön yargılar boyutu	Sabit	17.957	2.289		7.844	.000
	Sigara	-.866	.545	-.050	-1.591	.112
	Alkol	**-5.652**	**2.152**	**-.083**	**-2.626**	**.009**
	Egzersiz	**-.787**	**.295**	**-.084**	**-2.672**	**.008**
	R=.128	R^2=.016	$F_{(3, 996)}$=5.533		p=.001	
Toplam puan	Sabit	60.668	4.377		13.861	.000
	Sigara	.359	1.041	.011	.345	.730
	Alkol	-8.549	4.114	-.066	-2.078	.038
	Egzersiz	-.929	.563	-.052	-1.650	.099
	R=.083	R^2=.007	$F_{(3, 996)}$=2.277		p=.078	

Tablo 34'de kadınların meme kanserinin yaşam tarzı özelliklerine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin linear regresyon analizi incelendiğinde, kadınların duyarlılık boyutu ile egzersiz yapma durumu arasında ilişki anlamlı bulundu (R=.106, R^2=.011, $p<0.05$). Egzersiz yapma durumu değişkeni kadınların duyarlılık boyutu değişkeni toplam varyansının %1'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre duyarlılık boyutu üzerinde egzersiz yapma durumu değişkeni

etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonucuna göre, egzersiz yapıyor olma değişkeni duyarlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

Yararlılık boyutu değişkeni, sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu değişkenleri ile anlamlı bir ilişki vermektedir (R=.155, R^2=.024, p<0.05). Sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu kadınların yararlılık boyutu toplam varyansın %2'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β)yordayıcı değişkenine göre bu değişkenler yararlılık boyutu üzerinde etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre bu değişkenlerin yararlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Engeller boyutu ile egzersiz yapma durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulundu (R=.181, R^2=.033, p<0.05). Egzersiz yapma engeller boyutu toplam varyansının % 3'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre engeller boyutu üzerinde egzersiz yapma durumu değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre egzersiz yapmamanın engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Ön yargı boyutu değişkeni ile alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu arasında anlamlı ilişki belirlendi (R=.128, R^2=.016, p<0.05). Alkol kullanma durumu. Egzersiz yapma durumu değişkenleri kadınların ön yargı boyutu değişkenin toplam varyansının %2'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre önyargı boyutu üzerinde alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre alkol kullanmama ve egzersiz yapmamanın ön yargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü.

Toplam ölçek puanı ile sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu (R=.083, R^2=.007, p>0.05). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, toplam puan üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre sigara, alkol kullanma ve egzersiz

yapma durumu toplam puan değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı görüldü.

Tablo 35. Kadınların Mamografiye İlişkin Özelliklerine Göre Champion'un Mamografi Sağlık İnanç Modeli Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Yordamasına İlişkin Lineer Regresyon Analizi

Alt Boyut		B	Standart Hata	Beta	t	p
Duyarlılık boyutu	Sabit	7.847	.965		8.134	.000
	MMG'ye ilişkin bilgi	.476	.319	.067	1.494	.136
	MMG çektirme sayısı	-.073	.369	-.009	-.197	.844
	MMG çektirmeme nedeni	.317	.200	.073	1.586	.113
	R=.099	R^2=.010	$F_{(3, 496)}$=1.650		p=.177	
Yararlar boyutu	Sabit	15.655	1.082		14.470	.000
	MMG'ye ilişkin bilgi	**1.053**	**.358**	**.131**	**2.943**	**.003**
	MMG çektirme sayısı	-.479	.414	-.053	-1.156	.248
	MMG çektirmeme nedeni	-.016	.224	-.003	-.071	.943
	R=.139	R^2=.019	$F_{(3, 496)}$=3.261		p=.021	
Engeller boyutu	Sabit	14.652	1,122		13.057	.000
	MMG'ye ilişkin bilgi	**-1.374**	**,371**	**-.162**	**-3.703**	**.000**
	MMG çektirme sayısı	**1.624**	**,430**	**.170**	**3.780**	**.000**
	MMG çektirmeme nedeni	-.016	,233	-.003	-.068	.946
	R=.230	R^2=.053	$F_{(3, 496)}$=9.256		p=.000	
Ön yargılar boyutu	Sabit	12.290	.947		12.974	.000
	MMG'ye ilişkin bilgi	**-1.196**	**.313**	**-.169**	**-3.820**	**.000**
	MMG çektirme sayısı	-.552	.363	-.069	-1.521	.129
	MMG çektirmeme nedeni	-.286	.196	-.066	-1.458	.146
	R=.190	R^2=.036	$F_{(3, 496)}$=6.167		p=.000	
Toplam puan	Sabit	50.444	2.136		23.621	.000
	MMG'ye ilişkin bilgi	-1.041	.706	-.066	-1.474	.141
	MMG çektirme sayısı	.521	.818	.029	.638	.524
	MMG çektirmeme nedeni	-.001	.443	.000	-.002	.999
	R=.071	R^2=.005	$F_{(3, 496)}$=.843		p=.471	

**MMG: Mamografi; p<0.05*

Tablo 35 incelendiğinde; kadınların duyarlılık boyutu ile MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı, şu andaki MMG çektirme nedeni değişkenleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu (R=.099, R^2=.010, p>0.05). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre duyarlılık boyutu üzerinde bu değişkenler etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre bu değişkenlerin duyarlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı belirlendi.

Yararlılık boyutu ile MMG'ye ilişkin bilgi durumu arasında anlamlı ilişki bulundu (R=.139, R^2=.019, p<0.05). MMG'ye ilişkin bilgi durumu değişkeni kadınların yararlılık boyutu değişkeni toplam varyansının %2'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, yararlılık boyutu üzerinde MMG'ye ilişkin bilgi durumu etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre MMG'ye ilişkin bilginin olması yararlılık boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Engeller boyutu değişkeni ile MMG'ye ilişkin bilgi durumu ve MMG çektirme sayısı arasında anlamlı ilişki belirlendi (R=.230, R^2=.053, p<0.05). MMG'ye ilişkin bilgi durumu değişkeni kadınların engeller boyutu değişkeni toplam varyansının %5'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, engeller boyutu üzerinde MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı değişkenleri etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre MMG'ye ilişkin bilginin olmamasının ve MMG çektirmemenin engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı.

Önyargı boyutu ile MMG'ye ilişkin bilgi durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlendi (R=.190, R^2=.036, p<0.05). MMG'ye ilişkin bilgi durumu değişkeni kadınların önyargı boyutu toplam varyansının %4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, önyargı boyutu üzerinde MMG'ye ilişkin bilgi durumu etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, MMG'ye ilişkin bilginin olmamasının önyargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Toplam ölçek puanı ile MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı ve şu andaki MMG çektirme nedeni arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu ($R=.071$, $R^2=.005$, $p>0.05$). Standardize edilmiş regresyon katsayısı (β) yordayıcı değişkenine göre, toplam puan üzerinde MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı ve şu andaki MMG çektirme nedeni değişkenleri etkili değildir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçlarına göre MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı ve şu andaki MMG çektirme nedenlerinin toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olmadığı belirlendi.

5. TARTIŞMA

Her ülkenin uyguladığı meme sağlığı politikalarının farklı olması bireylerin mevcut sağlık inancını ya da sağlığı korumaya yönelik eylemlerini etkilemektedir.

Meme kanseri için MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların meme kanseri risk faktörlerini ve sağlık inançlarını belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada, MMG çektiren kadınlarda duyarlılık algı puan ortalamasının, MMG çektirmeyen kadınlarda ise yararlar, engeller ve ön yargılar algısı ile CSİMMÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü. Aynı zamanda MMG çektiren ve MMG çektirmeyen kadınların CSİMMÖ ortalama puanları ortalamanın üzerinde bulundu.

Bilindiği gibi hastalık özneldir ve hastalığın algısı kültür ve yaşanılan deneyime göre farklılık göstermektedir. Çünkü hastalık durumunda her insan farklı deneyimler yaşar. Bu nedenle aynı sağlık tehlikesi durumunda farklı tepkiler gösterebilmektedirler. Bu çalışmada sadece MMG çektiren kadınların kendisinde (n=8, %1.6) meme kanseri olduğu saptandı. MMG çekimine tarama için davet edilme, meme şikâyeti ya da hekim önerisi ile gelen kadınların MMG'ye yönelik duyarlılık ve yararlar algısının yüksek olması ile birlikte kanser olma tehdidi karşısında bireysel yaşantıları, deneyimleri ve inançları nedeni ile engelleri ve ön yargıları olduğu söylenebilir.

Sağlık inanç modeline (SİM) göre meme kanseri tarama davranışları bilgi, tutum ve algılardan etkilenir. Bilgi, tarama davranışının güçlü bir yordayıcısıdır (Vetter, Keller, Bruckner, Golatta, Eismann, Evers et al., 2016). Bilim insanları tarafından yapılan çalışmalarda (Aksoy, Turfan, Sert & Mermer, 2015; Rızalar & Altay, 2010; Meissner, Breen, Taubman, Vernon & Graubard, 2007) bilgi eksikliğinin MMG için engel oluşturduğu belirlenmiştir. Ancak bilgi, her zaman tek başına davranışları değiştiremeyebilir. Çünkü MMG gibi sağlık ile ilişkili davranışlar bireyin kültürel tutumu ve inançlarından önemli düzeyde etkilenmektedir. Bilindiği gibi her kültürün meme kanseri ve MMG'ye yönelik inancı bulunmaktadır. Bu nedenle MMG öğretirken ve önerilirken kültürel geleneklere odaklanmak zorunda olup, MMG gibi işlemler ile ilişkili toplumsal değişim için toplumun kadercilik kavramının göz önünde bulundurulması

gerekmektedir. Çünkü sağlık ve hastalığa kaderci yaklaşan bireyler, meme kanserinin erken teşhisi ve yönetiminde etkili bir araç olmakla birlikte MMG'nin durumu değiştiremeyeceğine inanmaktadır (Nafissi, Khayamzadeh, Zeinali, Pazooki, Hosseini & Akbari, 2012).

Duyarlılık algısı, bireyin sağlık durumu için var olan tehdidi hissetme ölçüsüdür. Birey kendini ne kadar risk altında hissederse risk oluşturacak durumları azaltmak için ciddi olduğuna inandığı tehdidin kabul edilmesi, bireyi koruyucu davranışı yapması için zorlayacaktır (Hayden, 2009). Bu çalışmada, **duyarlılık algısının** MMG çektiren ve eğitim düzeyi yüksek, evli, kırsal bölgede yaşayan, menopoza girmeyen, ailesinde meme kanseri olan (özellikle kendisi ya da birinci derece yakını), OKS kullanan ve egzersiz yapan, MMG'ye yönelik bilgiyi akraba/arkadaşlarından alan kadınlarda daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmanın bu sonucu kadınların sahip oldukları bireysel bilgi, deneyim, inanç ve sosyokültürel özelliklerden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Bir çalışmada (Fouladi, Pourfazi, Mazaheri Asl, Rezaie, Amani et al., 2013), eğitim düzeyinin meme kanserine ilişkin algılanan duyarlılıkta farklılık göstermediği ancak yüksek eğitim düzeyinin MMG'ye ilişkin engel algısını azalttığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada (Ersin, Gözkükara, Polat, Erçetin & Bozkurt, 2015) ise, okuryazar ve ilkokul düzeyinde eğitim görmüş kadınların algılan duyarlılık, ciddiyet ve MMG yarar algısının okuryazar olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bilim insanları tarafından yapılan çalışmalarda (Aker, Öz & Tuncel, 2015; Ersin ve ark., 2015; Fouladi et al., 2013), MMG taramasında, yaş ve ailede meme kanser öyküsü bulunmasının bireylerin meme kanserine ilişkin duyarlılık algılarını arttırdığı ve bir çalışmada (Aidaline & Syed, 2015), birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların MMG çektirme oranının yüksek olduğu rapor edilmiştir. Egzersizin mamografi çektirme konusunda etkili faktörlerin içerisinde yer aldığı bildirilmiştir (Keskinkılıç ve ark., 2016). Kadınların egzersiz yapmaları, sağlıklarına verdikleri önem ve sağlığı koruma davranışına yönelmesi ve benzer durumdaki diğer aile üyelerini buna teşvik etmeleri anlamında önemli olabileceği, mamografi katılımını artıracağı düşünülebilir.

Bireyler belirli bir hastalığa yatkın olduklarını algıladıklarında ya da potansiyel olarak hastalığın ortaya çıkarabileceği ciddi sonuçlarının olduğunun farkına

vardıklarında, örneğin, MMG gibi bir eylem sürecinin olumlu sonuçlar (algılanan yararlılık) üreteceğine ya da meme kanserine yakalanmada engel olacağına inandıklarında ve eylemin potansiyel yararı ağır bastığında önleyici sağlık davranışları ile daha fazla ilgilenecekleri öngörülmektedir (Kim, Kim, Kim, Park & Choi, 2017).

Yarar algısı, gerçekleştirilecek davranışın sonucunda hastalığa yakalanma riskinin azalacağına inanılmasıdır. SİM'e göre insanlar herhangi bir semptomun yokluğunda bile hastalığın olabileceğine inanmalıdır. Bu bireylerde hastalık oluşmadan önlem alınması önemlidir. Bu bağlamda algılanan MMG yaptırma ile ilişkili yararlar, erken tanı şansının artması, daha iyi tedavi seçenekleri ve daha fazla yaşama şansı gibi olumlu sonuçlar doğurabilir. Aidalina ve Syed (2015), çalışmalarında 50-59 yaş grubunda (OR: 2.51, %95; CI: 1.24-5.07) mamografi çektirme davranışının diğer gruplara oranla 4 kat fazla olduğunu ifade etmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek (Ersin ve ark., 2015), çalışan (Karimi, Jessri, Houshiar-Rad, Mirzae, & Rashidkhani, 2019), egzersiz yapan (Keskinkılıç ve ark., 2016), MMG'ye yönelik bilgisi olan (Shirzadi, Jafarabadi, Nadrian & Mahmoodi, 2017) kadınlarda MMG çekiminin yararlı olduğu düşüncesinin hakim olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmaların bulgularına paralel olarak bu çalışmada da MMG çektiren ve ileri yaşta olan, eğitim düzeyi yüksek, çalışan, tek çocuğu olan, sigara kullanan ve egzersiz yapan, MMG'ye ilişkin bilgi sahibi olan, kadınlarda **yararlılık algısının** daha yüksek olduğu belirlendi. İleri yaşta kadınlarda yapılan sağlık hizmet işlemlerine olan güvenin daha fazla olmasının, temelinde MMG'ye yönelik bilgi sahibi olmanın verdiği cesaret ile çalışma yaşamında aktif yer almanın ve alınacak hizmetler için maddi yeterliliğe sahip olmanın, egzersiz gibi sağlığı koruyucu davranışlarda bulunmanın MMG çekimine katılım oranını artırmada önemli olduğu söylenebilir.

SİM'de algılanan engellerin, sağlık davranışını yapıp yapmamayı tahmin etmede en muhtemel sağlık inançlarını temsil ettiği belirtilmektedir (Aker ve ark., 2015). **Engel algısı (barriers),** önerilen koruyucu davranışın yerine getirilmesini zorlaştırdığı düşünülen olumsuz yönleri ifade eder. Yerine getirilmesi istenen davranış, yarar ile engel arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Ortaya konulacak davranış, algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararın, engellerin etkisini azaltması

halinde gerçekleşmektedir (Glanz et al., 2002). Yapılan çalışmalarda MMG yaptırma ile ilişkili en önemli engelin meme kanseri hakkında bilgi eksikliği (%78) (Hassaun, Shah Ghazi, Mohd Mujar, Samsuri & Baharrom, 2015), meme semptomlarının bulunmaması (%15.7) (Başkan ve ark., 2012), sağlık merkezlerine erişim eksikliği (Karimi et al., 2019) olarak belirlenmiştir. Acil kliniğe ve acil olmayan kliniğe başvuran kadınlar arasında MMG taraması ile ilişkili inanç farklılıklarını belirlemek üzere yapılan bir çalışmada (Hatcher-Keller, Rayens, Dignan, Schoenberg & Allison, 2014), kadınların kendilerini meme kanseri riski altında algılamadıkları ve MMG engelleri daha fazla olan kadınların MMG yaptırmadıkları belirlenmiştir. Bir başka çalışmada (Fayanju, Kraenzle, Drake, Oka & Goodman, 2014) maliyet korkusu (%40), MMG'ye bağlı ağrı (%13) ve kötü haber (%13) en sık bildirilen engeller olarak saptanmıştır. Bir diğer çalışmada da (Alexandraki & Mooradian, 2010) tarama MMG ile ilişkili ağrı ve utanç, düşük gelir ve sağlık sigortası eksikliği, meme kanseri taraması hakkında bilgi eksikliği, hekimin öneri eksikliği, hastane ve hekimlere güven eksikliği, dil engelleri ve ulaşım eksikliği en sık görülen engeller olarak belirlenmiştir. Diğer bir çok çalışmada kadınların inançları ve eğitim eksikliği (Aksoy ve ark., 2015; Özaydın & Demir, 2014), aylık gelir, çalışmayan kadın olma (Aksoy ve ark.. 2015; Fayanju et al., 2014), MMG çektirme merkezlerine uzak köy/kasaba/ilçe gibi bölgelerde yaşama (Sabado., 2014), kanser çıkma korkusu (Fayanju et al., 2014), MMG çekimi sırasında sıkıştırma nedeni ile ağrı (Fayanju et al., 2014; Akdağ, 2014), radyasyona maruz kalma korkusu (Akdağ, 2014), Müslüman toplumlarda sahip olduğu inanç nedeni ile MMG çektirmek istememe (Çelik ve ark., 2009), kendisi ya da ailesinde meme kanseri olmaması (Açıkgöz & Ergör, 2013), sağlık profesyonellerinin hizmet sunuş biçiminden memnun olmama (Fernandez, Palmer & Leong, 2005), meme kanseri hakkında bilgi eksikliği, sosyal nedenler (Hassaun et al., 2015) gibi engeller gösterilmektedir. Menopoz sürecindeki kadınların menopozda olmayan kadınlara göre anlamlı oranlarda (OR: 1,237; %95 GA: 1,02-150) mamografiyi düzenli çektirdiği bulgusu mevcuttur (Oeffinger, Fontham, Etzioni, Herzigbir, Michaelson, Shih et al., 2015).

Bu çalışmada ise MMG çektiren ve çektirmeyen her iki grupta eğitim düzeyi düşük ve MMG'ye yönelik bilgi sahibi olmayan, ailesinde meme kanseri olmayan, aylık geliri 1000 TL'nin altında olanlar, ilk menstruasyonu 12 yaşın altında olanlar, menopoza giren, egzersiz yapmayan kadınlarda engeller algısı daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca engeller algı puan ortalaması sırası ile utanma (%3.6), kanser olmama (%66.6), ağrı yaşama korkusu (%7), kanser çıkma korkusu (%.12.6), eşi istememe (%3.6), radyasyon alma korkusu (%3.4), işlemden rahatsızlık (3.2) nedenleri ile MMG çektirmeyen kadınlarda yüksektir. Bu bağlamda, Müslüman toplumlarda kadın hekim tarafından gerekli muayene ve görüntülemenin yapılmasının bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine ve bir sonraki taramaya katılımlarına teşvik edebilir. Sağlık personelleri tarafından verilen eğitim içeriklerinin, medyadaki sağlık bilgisinin sınırlılığı ve meme sağlığı okuryazarlığının düşük olmasının insanı endişelendirdiği, kanser çıkma korkusu/kaygısı, kadınlığın kaybı korkusu gibi durumlarda sağlanan sosyal destek ile engellerin azaltılması MMG çekimine katılımlardaki oranı artırabilir.

Ön yargı (prejudgements); herhangi bir konuda bilgi sahibi olmaksızın, yetersiz ya da düşsel kanıtlara dayandırılarak ulaşılan yargı ya da kavramlar olarak tanımlanmaktadır. Ön yargı algısı da engel algısı gibi benzer etkiye sahip olup, bireylerin MMG çektirmeye yönelik verdiği olumsuz kararları anlatmaktadır. Verilen bu karar sonucunda bireyler MMG çekimi gibi sağlık taramasını reddetmektedir (Glanz et al., 2002).

Bu çalışmada eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan, evli, ilk menstruasyon yaşı 12'nin altında, OKS kullanmayan, emziren, ailesinde meme kanseri olmayan, menopoza giren, MMG bilgisi olmayan kadınların MMG çektirme eyleminde ön yargılar algısının yüksek olduğu belirlendi. Bu çalışmanın aksine, Aksoy ve arkadaşları (2015) tarafından 254 kadının katıldığı bir çalışmada, evli kadınların MMG çektirme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada (Karimi et al., 2019) bekâr ya da boşanmış kadınlara göre evli kadınların daha fazla MMG çektirdiği belirlenmiştir. Harris ve arkadaşları (2015), ailesinde meme kanserli birey/bireylerin olmadığı kadınlarda kendisinde kanser gelişmeyeceği inancı olduğundan dolayı taramaya katılmadıkları da ifade edilmiştir. Bir çalışmada (Shirzadi et al., 2017), MMG merkezlerinin artmasının

kadınların MMG'ye ilişkin algı, tutum, bilgi ve davranışlarının etkilendiği, bir başka çalışmada (Pourhaji & Ghofranipour, 2019), MMG ile ilişkili olumsuz algıya sahip kadınlardan %11'nin, olumlu algıya sahip kadınların ise, %25'inin MMG için harekete geçtiği saptanmıştır. Çalışmaların bu sonuçları kadınların meme kanseri, meme kanserine neden olan faktörlere ilişkin yanlış bilgiler (emzirmenin hastalıklardan koruyacağını düşünme gibi) ve MMG ile ile ilişkili olumsuz algılardan kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada, kadınların MMG yönelik sağlık inançları üzerinde MMG çektirme, yaşanılan yer, yaş, eğitim, ailede meme kanseri olması, OKS kullanmak, ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı, emzirme, egzersiz yapmak, menopoza girmek, sigara, alkol kullanmak, MMG çektirme sayısı ve MMG'ye yönelik bilginin etkili olduğu belirlendi.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda kadın hasta ve refakatçilerinin meme kanseri ve MMG konusunda algı, tutum, bilgi ve davranışlarının değişimini sağlayabilecek öğretim yapması, ayrıca yazılı ve sözlü medya yolu ile toplumun bilgilendirilmesinin yararlı olabileceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Kadınların %53.2'sinin 50 yaş ve üstünde olduğu, çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük, çalışmayan, evli, kentte yaşayan, çekirdek aile yapısına sahip, 1000 TL ve üzeri aylık gelire sahip, sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Kadınların oturduğu yer değişkeni yönünden farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.005$) **(Tablo 1)**.

2. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların çoğunluğunun ilk menstruasyon yaşının 12 yaş ve altında olduğu, 30 yaş ve altında doğum yaptığı, ikiden fazla çocuk doğurduğu, çocuklarını emzirdiği, yarısının menopoza girdiği ve %10 ve üzerinde ailesinde meme kanseri bulunduğu belirlendi. MMG çektiren kadınların %1.6'sında kendisinde meme kanseri olduğu, MMG çektirmeyen kadınların %3.0'ında birinci derece (anne, kız kardeş, teyze) ve %7.8'inde ikinci derece (hala, yeğen) yakınında meme kanseri bulunduğu belirlendi. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınlarda çocuklarını emzirme ($p=0.007$), BKİ ($p=0.028$) ve ailede meme kanseri bulunma ($p<0.020$) özelliği yönünden istatiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.05$) **(Tablo 2)**.

3. Kadınların çoğunluğun OKS, HRT, sigara ve alkol kullanmadığı ve egzersiz yapmadıkları saptandı. HRT kullanan ve alkol kullanan kadınların arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 3)**.

4. MMG çektiren kadınların yarıdan fazlasının MMG'nin ne olduğunu bildiği, bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinden aldığı, MMG çektirenlerin MMG çektirme nedeninin çoğunluğunun tarama olduğu, MMG çektirmeyen kadınların %39.2'sinin MMG'nin ne olduğunu bildiği, MMG ile ilişkili bilgiyi çoğunlukla sağlık personelinden aldığı ve MMG çektirmeme nedeninin çoğunlukla kanser olmaması olarak belirlendi. MMG ile ilişkili bilgi durumu, bilgi alınan yer, MMG çekim sayısı, MMG çektirmeme nedeni değişkenleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 4)**.

5. MMG çektiren kadınların duyarlılık algı puanının MMG çekimi yaptırmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları ile arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). MMG çekimi yaptırmayan kadınların çekim yaptıran kadınlara göre engeller, ön

yargılar boyutu ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek, engeller, ön yargılar ve toplam puan arasında istatiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$), yararlar puanı arasında anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 5)**.

6. MMG çektiren ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınların yararlar boyutu, eğitim düzeyi düşük kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu; yararlar, engeller ve önyargılar alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). MMG çektirmeyen kadınların bulgularıda benzerdi **(Tablo 6)**.

7. MMG çektiren ve çalışan kadınların yararlar boyutu puanının yüksek, MMG çektiren, çalışmayan kadınların yararlar puan ortalamasının düşük, çalışan ve çalışmayan kadınların yararlar ve engeller puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve çalışan kadınların duyarlılık ve yararlar, çalışmayan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu, duyarlılık, engeller ve toplam puan ortalaması arasındaki farkın önemsiz ($p>0.05$), yararlar ve önyargılar arasındaki farkın önemli olduğu saptandı ($p<0.05$) **(Tablo 7)**.

8. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların medeni durumuna göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$**) (Tablo 8)**.

9. MMG çektiren ve kentte yaşayan kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları kırsalda yaşayanlara göre daha yüksekti. Ancak puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). MMG çektirmeyen kırsalda yaşayan kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları kentte yaşayanlara göre yüksekti. İstatistiksel değerlendirmede yararlar puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$**) (Tablo 9)**.

10. MMG çektiren ve çekirdek aileye sahip olanların puan ortalamalarının geniş aileye sahip olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak aile tipine göre kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). MMG çektirmeyen kadınlarda geniş aile tipine sahip olanların duyarlılık boyutu yüksekti ve istatiksel olarak anlamlı

bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve çekirdek aile tipine sahip kadınların yararlar ve önyargılar puanı daha yüksekti ancak, istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) **(Tablo 10)**.

11. MMG çektiren ve gelir düzeyi ≥1000 TL olan kadınların yararlar, geliri < 1000 TL olan kadınların duyarlılık, engeller, ön yargılar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. İstatiksel olarak duyarlılık ve yararlar puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$), engeller, önyargılar ve toplam puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve gelir düzeyi yüksek kadınların duyarlılık ve önyargılar puanı daha yüksekti ve duyarlılık puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Geliri düşük kadınların yararlar, engeller ve toplam puanı yüksekti ve MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların engeller boyutu puanı arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 11)**.

12. MMG çektiren ve sosyal güvencesi bulunan kadınların duyarlılık dışında diğer boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede yalnızca engeller boyutu puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve sosyal güvencesi olan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puan ortalaması; sosyal güvencesi olmayanların ise, duyarlılık ve yararlar puan ortalaması yüksek bulundu. Ancak yalnızca engeller boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) **(Tablo 12)**.

13. MMG çektiren ve ilk menstruasyon yaşı 12 ve altında olan kadınların engeller puan ortalamasının yüksek ve engeller boyutu puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve ilk menstruasyon yaşı 12 yaş altında olan kadınların engeller, önyargılar ve toplam puanı yüksek, istatistiksel değerlendirmede yararlar, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamalarında farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 13)**.

14. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların doğum yapma değişkeni yönünden ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki istatiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 14)**.

15. MMG çektiren ve çektirmeyen kadınların ilk doğum yaşına göre ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) **(Tablo 15)**.

16. MMG çekimi yaptıran ve bir çocuk sahibi olan kadınların yararlar alt boyut puan ortalaması daha yüksek, engeller boyutu puanı düşüktü ve yararlar ve engeller puan ortalamaları arasında farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve bir çocuğu olan kadınların yararlar, engeller ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) **(Tablo 16)**.

17. MMG çektiren ve çocuğunu emzirmeyen kadınların yararlar engeller, önyargılar ve toplam puanının; emziren kadınların ise duyarlılık puanlarının yüksek olduğu ancak, emziren ve emzirmeyen kadınların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). MMG çektirmeyen ve emziren kadınların duyarlılık, engeller, önyargılar ve toplam puan ortalamaları yüksek; emzirmeyen kadınların ise engeller puanının yüksek olduğu saptandı. Önyargılar ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), duyarlılık, yararlar ve engeller boyutu puanları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$) **(Tablo 17)**.

18. MMG çektiren ve menopoza giren kadınların yararlar, engeller ve önyargılar; menopoza girmeyen kadınların duyarlılık puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. İstatiksel değerlendirmede duyarlılık, engeller ve toplam puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve menopoza girenlerin engeller, önyargılar ve toplam puan ortalaması; menopoza girmeyenlerin duyarlılık ve yararlar puan ortalamasının yüksek olduğu, istatistiksel olarak duyarlılık dışında diğer boyutların puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 18)**.

19. MMG çektiren ve ailesinde meme kanseri bulunan kadınların duyarlılık, yararlar ve toplam puanının; ailesinde meme kanseri olmayan kadınların engeller, önyargılar ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Duyarlılık ve engeller alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). MMG çektirmeyen ve ailesinde meme kanseri olan kadınların duyarlılık ve ölçek toplam puanının; ailesinde meme kanseri olmayanların yararlılık,

engeller ve önyargılar ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel değerlendirmede duyarlılık ve engeller alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 19)**.

20. MMG çektiren kadınlarda, kendisinde meme kanseri olan kadınların duyarlılık; birinci derece yakınında meme kanseri olan kadınların yararlar, ön yargılar, toplam puan; ikinci derece yakınında kanser olanların engeller boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlendi. MMG çektirmeyen kadınlarda, birinci derece yakınında kanser olanlarda duyarlılık, yararlar ve ölçek toplam puanı; ikinci derece yakını kanser olanlarda engeller, ön yargılar puan ortalaması daha yüksektir. İstatistiksel değerlendirmede kadınların puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$) **(Tablo 20)**.

21. MMG çektiren ve OKS kullanan kadınların duyarlılık ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi. MMG çektiren kadınlarda mevcut değişken yönünden duyarlılık alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve OKS kullanmayan kadınların ön yargılar boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. İstatistiksel değerlendirmede mevcut değişken yönünden ön yargılar alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 21)**.

22. MMG çektiren ve OKS'yi beş yıldan uzun süre kullanan kadınların duyarlılık ve yararlar ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen kadınların ölçek alt boyutları ve toplam puanı arasında istatiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 22)**.

23. Her iki grupta da HRT kullanma yönünden ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 23)**.

24. MMG çektiren kadınların HRT kullanma süresine göre ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). MMG çektirmeyen kadınların HRT kullanma süresine göre duyarlılık puan ortalaması arasında farkın istatiksel olarak anlamlı ($p<0.05$), diğer boyutların anlamlı olmadığı bulundu($p>0.05$) **(Tablo 24)**.

25. MMG çektiren ve sigara kullanan kadınların yararlar, önyargılar ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu ancak, puanlar arasındaki farkın istatiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$). MMG çektirmeyen ve sigara kullanan kadınların duyarlılık ve yararlar boyutu, sigara kullanmayan kadınların ön yargılar puanının yüksek olduğu ve mevcut değişken yönünden duyarlılık, yararlar ve ön yargılar alt boyutu puan ortalaması arasında farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 25)**.

26. MMG çektiren ve egzersiz yapan kadınların mevcut değişken ile duyarlılık ve yararlar alt boyut puan ortalamaları daha yüksek olup engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamaları ise daha düşük olduğu ve duyarlılık, yararlar, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamaları arasında fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve egzersiz yapan kadınların duyarlılık boyut puan ortalaması yüksek, engeller boyutu ve toplam puan ortalaması düşüktü ve duyarlılık, engeller alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$) **(Tablo 26)**.

27. MMG çektiren ve MMG bilgisi olan kadınların yararlar alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek, engeller ve ön yargılar alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve yararlar, engeller ve ön yargılar puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). MMG çektirmeyen ve MMG bilgisi olan kadınların duyarlılık, yararlar puan ortalaması yüksek; engeller, ön yargılar alt boyutu ve toplam puan ortalamasının düşüktü ve CSİMMÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptandı ($p<0.05$) **(Tablo 27)**.

28. MMG çektiren ve akraba/arkadaşlarından MMG ile ilişkili bilgi alan kadınların duyarlılık ve ön yargılar puan ortalaması daha yüksek ve puanlar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Sağlık personelinden bilgi alan kadınların engeller ve önyargılar puan ortalaması daha yüksekti. MMG çektirmeyen ve akraba/arkadaşlarından MMG ile ilişkili bilgi alan kadınların duyarlılık ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu ancak, ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile aralarındaki farkın anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$) **(Tablo 28)**.

29. Meme şikâyeti ile MMG çektiren kadınların duyarlılık ve yararlar boyutu ve hekim önerisi ile MMG çektirenlerin engeller, önyargılar ve toplam puan

ortalamasının yüksek olduğu, duyarlılık, yararlar ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$) **(Tablo 29)**.

30. MMG çektirmeyen ve kanser çıkma korkusu olanların duyarlılık; işlemden rahatsız olanların yararlar; utananların engeller, ön yargılar ve toplam puan ortalamasının yüksek, ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) **(Tablo 30)**.

31. Kadınların tanıtıcı özellikleri ile CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin Linear Regresyon analizinde duyarlılık boyutunda MMG çektirmeme ve kırsalda oturma; yararlar boyutunda ileri yaş ve yüksek eğitim; engeller boyutunda MMG çektirmemek, ileri yaşta olmak ve eğitimin düşük olması anlamlı bir yordayıcıdır. Ön yargı boyutunda MMG çektirmemek, ileri yaşta olmak ve eğitimin yüksek olması; MMG çektirmek ve yaşlı olmak değişkenlerinin toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı **(Tablo 31)**.

32. Kadınların üreme özellikleri ile CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin Linear Regresyon analizinde; kadınların duyarlılık, ön yargılar boyutu ve toplam puan değişkeni ile ilk menstruasyon yaşı, doğum yapma durumu, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı ve emzirme durumu değişkenleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptandı. İlk menstruasyon yaşının büyük olmasının, doğum yapmış olmanın, ilk doğum yaşının küçük olmasının, çocuk sayısının az olmasının yararlılık boyutu üzerinde; ilk menstruasyon yaşı küçük olanların ve emzirenlerin engeller boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi **(Tablo 32)**.

33. Kadınların meme kanseri aile öyküsü, menopoz ve hormon kullanma durumları ile CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin Linear Regresyon analizinde elde edilen bulgular şunlardır. Ailede meme kanseri olanların bulunması menopoza girmemiş olması, OKS kullanma değişkenleri duyarlılık boyutu üzerinde; ailede meme kanseri olanların bulunmaması ve menopoza girenlerin engeller ve ön yargılar boyutu; menopoza girmenin toplam puan üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi. Yararlar boyutunda ise mevcut değişkenler ile ölçek boyutları arasında yordayıcılığının olmadığı belirlendi **(Tablo 33)**.

34. Kadınların sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma özelliklerine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin Linear

Regresyon analizinde; egzersiz yapıyor olma değişkeni duyarlılık, yararlar boyutu üzerinde; egzersiz yapmamanın engeller; alkol kullanmama ve egzersiz yapmamanın ön yargı boyutu üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görüldü. Toplam ölçek puanı ile sigara, alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulundu **(Tablo 34)**.

35. Kadınların mamografiye ilişkin özelliklerine göre CSİMMÖ alt boyut ve toplam puanlarının yordamasına ilişkin Linear Regresyon analizinde; kadınların duyarlılık boyutu ve toplam puanın MMG'ye ilişkin bilgi durumu, MMG çektirme sayısı, şu andaki MMG çektirme nedeni değişkenleri arasındaki ilişki anlamsız bulundu. MMG'ye ilişkin bilginin olması yararlılık boyutu; MMG'ye ilişkin bilginin olmamasının ve MMG çektirmemenin engeller boyutu; MMG'ye ilişkin bilginin olmamasının önyargı boyutu anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi **(Tablo 35)**.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

1. Kadınların meme kanseri ve erken tanısı konusunda farkındalığını arttıracak toplum tabanlı eğitim toplantıları yapılması,
2. MMG'nin yararları konusunda toplumun yazılı ve sözlü medya yolu ile bilgilendirilmesi,
3. Hemşirelerin görev yaptığı kurumlarda hasta ve refakatçileri için meme kanseri ve erken tanısına yönelik öğretim yapması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

Açıkgöz, A., & Ergör, G. (2013). Factors affecting breast cancer risk perception in omen and comparison of risk levels to the Gail model. *Journal Breast Health*, 9(3): 156-62.

Adraskela, K., Veisaki, E., Koutsiliers, M., & Philippou, A. (2017). Physical exercise positively influences breast cancer evolution. *Clin Breast Cancer,* 17(6): 408-417.

Aidalina, M., & Syed, M.A. (2015). The uptake of mammogram screening in Malaysia and its associated factors: A systematic review. *Med J Malaysia,* 73(4).

Akdağ, S. (2014). Kadınların tarama veya tanısal amaçlı mamografi uygulaması ile ilgili bilgi, düşünce ve davranışlarının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Aker, S., Öz, H., & Tuncel, E.K. (2015). Practice of breast cancer early diagnosis methods among women living in Samsun, and factors associated with this practice. *Journal Breast Health*, 11: 115-122.

Akova, İ., Hasdemir, Ö., & Türkoğlu H. (2019). Bir ilde 40-69 yaş kadınlarda meme kanseri taramalarının değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi,* 9(1): 89-92.

Aksoy, Y.E., Turfan, E.Ç., Sert, E., & Mermer, G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *Journal Breast Health,* 11: 26-30.

Alexandraki, I., & Mooradian, A.D. (2010). Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *Journal of the National Medical Association*, 102(3): 206-218.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017): Breast cancer risk assesment and screening in average-risk women. Practice Bulletin No. 179 Summary, *Obstet Gynecol*, 130(1): 241-243.

American Cancer Society, http://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screenin-test-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of -breast-cancer.html, (Son Erişim Tarihi: 28.03.2018).

Aydıner, A., & Topuz, E. (2007). Meme kanseri tanı, tedavi, takip. *Nobel Tıp Kitabevleri.*

Baltaş, Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. *İstanbul, Remzi Kitabevi.*

Başkan, S., Atahan, K., Arıbal, E. Özaydın, N., Balcı, P., & Yavuz, E. (2012). Meme kanserinde tarama ve tanı. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(3): 100-125.

Bleyer, A., & Welch, H.G., (2012). Effect on three decades of screening mammography on breast cancer incidence. *N Engl J Med,* 367.

Brewer, H.R., Jones, M.E., Schoemaker, M.J., Ashworth, A., & Swerdlow, A.J. (2017). Family history and risk pf breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat,* 165(1): 193-200.

Bulluough B., & Bulluough, V. (1990). Nursing in the community. Toronto, *The C.V Mosby Company,* 108-121.

Burstein, H.J., Lacchetti, C., Anderson, H., Buchholz, T.A. Davidson, N.E., Gelmon, K.E., Giordano, S.H., Hudis, C.A., Solky, A.J., Stearns, V., Winer, E.P., & Griggs, J.J. (2016). Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guidelline Update on Ovarian Suppression. *J Clin Oncol,* 34(1): 1689-701.

Champion, V.L. (1985). Use of the Health Belief Model in determining freguency of breast self examination. *Research in Nursing Health*, 8: 373-379.

Champion, V.L. (1987). The relationship of breast self examination to health belief model variables. *Research in Nursing Health*, 10: 375-382.

Champion, V.L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research,* 42(3): 139-143.

Champion, V.L. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing Health,* 22: 341-348.

Champion, V.L., & Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model, Health behaviour and health education: Theory, research and practice. Jossey-Bass, San Fransisco, 45-65.

Colditz G.A., & Peterson L.L. (2017). Obesity and Cancer: Evidence, impact and future directions. *Clin Chem,* 64(1): 154-162.

Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (2005). Predicting Health Behaviour: Research and Practice ith Social Cognition Models, 2nd Ed. Maidenhead: Open University Press.

Çelik, G.O., Tuna, M.A, Öztürk, Z., & Yılmaz, D. (2009). Menapoz sonrası dönemdeki kadınların kendi kendine meme muayenesini uygulama, mamografi çektirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi. *Anatol Journal Clin Investig*; 3(3): 159-163.

Çelik, L., Çubuk, R., & Altıntoprak, K.M. (2017). Meme kanseri riski normal veya artmış kadınlarda tarama. *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics*, 10(3): 185-97.

De, P., Neutel,, C.I., Oliyotto, I., & Morrison, H. (2010). Breast cancer incidence and hormone replacement therapy in Canada. *J Natl Cancer Inst*, 102(19): 1489-1495.

Debra, L.M., Mary, S.N., Linda, M., Bethany, N., Barbara, M., & Edward, A.S. (2018). Breast cancer screening in women at higher-han-average risk: Recommendations from the ACR. *Journal of the American College of Radiology*, 15(3): 408-414.

Demirkazık, F.B. (2014).Yüksek riskli kadına yaklaşım: Risk nedir? Nasıl hesaplanır? Yüksek riskte ne yapılmalı? Türk Radyoloji Seminerleri; *Trd Sem,* 2: 206-216.

Desnoyers, A., Riesco, E., Fulop, I., & Pavic, M. (2016). Physical activity and cancer: update and literature review. *Rev Med Interne,* 26: 1-7.

Dieterich, M., Stubert, J., Reimer, I., & Erickson, N., Berling, A. (2014). Influence of lifestyle factors on breast cancer risk. *Breast Care (Basel),* 9(6): 407-414.

Drossaert, C.H.C., Boer, H., & Seydel, R. (2002). Monitoring women's experiences during three rounds of breast cancer screening: result from a longitudinal study. *J Med Screen*, 9: 168-175.

Ellis, H., Mahadevan, V. (2013). Anatomy and physiology of the breast. *In Surgery Oxford*, 31(1): 11-14.

Ersin, F., Gözükara, F., Polat, P., Erçetin, G., & Bozkurt, M.E. (2015). Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turk J Med Sci,* 45: 775-781.

Fernandez, M.E., Palmer, R.C. & Leong, C.A. (2005). Repeat mammography screening among low-ıncome and minority women: A qualitative study:

cancer, culture and literacy supplement. *Sage Journals Cancer Control,* 5(3): 77-83.

Fayanju, O.M., Kraenzle, S., Drake, B.F., Oka, M., & Goodman, M.S. (2014). Perceived barriers to mammography among underserved women in a Breast Health Center Outreach Program. *Am J Surg,* 208(3):425–434.

Fouladi, N., Pourfazi, F., Mazaheri, E., Asl, H.A., Rezaie, M., Amani, F., & Nejad, M.R. (2013). Beliefs behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in Northwest Iran according to the Health Belief Model Scale. *Asian Pac J Cancer Prev,* 14: 6857-6862.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. 3rd edition. Jossey Boss, San, Fransisco, 45-66.

Gonzalez, J.T. (1990). Factors relating to freguency breast self examination among lowincome Mexican American women. *Cancer Nurs,* 13: 134-142.

Gøtzsche, P.C., & Jørgensen, K.J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev,* 4;(6):CD001877.

Gözüm, S., & Aydın, İ. (2003). Champion'un Sağlık İnanç Modeli Skalasının Türkçe Uyarlamasının Geçerliliği. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 67.

http://www.resmi-gazete.org/sayi/13560/20059250-4736-sayilikanun-1-inci-maddesinin-birinci-fikrasi-hukmunden-muaftutulacaklarin-tespitine-dair-20023654-sayili-karanamamenineki-kararda-degisiklik-yapilmasina-iliskin-karar.htmladresi (Son erişim tarihi: 01.09.2018).

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/idari-ve-mali-isler-db/Merkez_MMG_Raporlama_Hizmet_Alimi/Merkezi_MMG_Raporlama_Teknik_sartnamesi.pdf. (Son Erişim Tarihi: 19.05.2018).

Hassaun, M.R., Shah, S.A., Ghazi, H.F., Mohd Mujar, N.M., Samsuri, M.F., & Baharrom, N. (2015). Anxiety and depression among breast cancer patients in an Urban Setting in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev,* 16(9): 4031-5.

Hatcher-Keller, J., Rayens, M.K., Dignan, M., Schoenberg, N., & Allison, P. (2014). Beliefs regarding mammography screening among women visiting the emergency department for nonurgent care. *J Emerg Nurs*, 40(2): e27-35.

Harris, R.P., Wilt, T.J., & Qaseem, A. (2015). High value care task force of the american college of physicians. A value framework for cancer screening:

advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med,* 162: 712-717.

Hayden, J. (2009). Health belief model. Introduction to health behavior theory. Jones and Barlett Publishers, Canada.

Heddson, B., Rönnow, K., Olsson , M., & Miller, D. (2007). Digital versus screen-film mammoraphy: A retrospective comparison in a population-based screening program. *European Journal of Radiology*, 64(3): 419-425.

Hofvind, S., Marta, R., & Sofie, S., (2016). Balancing the benefits and detriments among women targeted by the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Journal of Medical Screening,* 23: 4.

Hosseinzadeh, M., Zıaei, J.E., Mahdavi, N., Aghajari, P., Yahidi, M., & Fateh, A. (2014). Risk factors for breast cancer in İranian women: a hospital-based case-control study in Tabriz, İran. *J Breast Cancer,* 17(3): 236-243.

Ilıc, M., Vlajınac, H., & Marinkowic, J. (2013). Cigarette smoking and breast cancer: a case-control study in Serbia. *Asian Pac J Cancer Prev,* 14(11): 6643-6647.

Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A decade later, *Health Education Quarterly,* 11(1): 1-47.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi Ulusal kanser tarama programları. http://ketem.org/hangi_tarama.php. (Son Erişim Tarihi: 01.09.2018).

Karayurt, Ö. (2003). Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Doktora Tezi, İzmir.

Karayurt, Ö. (2014). Meme kanseri, In: Onkoloji Hemşireliği, 1. Baskı, Can G. (ED). *Nobel Tıp Kitabevi.* ss: 617-649.

Karimi, Z., Jessri, M., Houshiar-Rad, A., Mirzae, R.H., & Rashidkhani, B. (2019). Dietary patterns and breast cancer risk among women. *Public Health Nutrition,* 17(5): 1098-1106.

Keating, N.L., & Pace, L.E. (2018). A promising tool to increase invidiualized discussions about lifestyle risk factors for breast cancer. *J Womens Health,* doi: 10.1089/jwh.2018.7421.

Kelleher, C.J., & Radley, S. (2006). Quality of life and urinary incontinance. In: Cardoza L, Staskin D (eds). Textbook of Female Urology and Urogynecology, 2nd Edition. Informa Healtcare, United Kingdom-2006. Ss: 63-74.

Keskinkılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A.S., Öztürk, C., Boztaş, G., Karaca, M., & ve ark., (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 987, Türkiye, Ankara: Anıl Reklam Matbaa, 18-49.

Kim, M.S., Kim, S.Y., Kim, J.H., Park, B., & Choi, H.G. (2017). Depression in breast cancer patient who have undergone mactectomy: A national cohort study. *J Plos One,* 12(4): e0175395.

Klarenbach, S., Sims-Jones, N., Lewin, G., Singh, H., Theriault, G., Tonelli, M., & et al. (2018). Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. *Can Med Assoc,* 10(190): 49.

Kög, İ., Turan, T., Karabük, E., Karayünlü, B., Özgül, N., Demir, Ö.F., & ve ark., (2012). Etlik KETEM grubunun serviks ve meme kanseri tarama programı sonuçları. *TAF Prev Med Bull,* 11(2). 145-152.

Kyrgiou M., Kalliala I., Markozannes G., Gunter M.J., Paraskevaidis E., Gabra H., Martin-Hirsch P., & Tsilidis K.K. (2017). Adiposity and cancer at majör anatomical sites: umbrella review of the literature. *BMJ,* 356.

Mainiero, M.B., Moy, L., Baron, P., Didwania, A.D., Diflorio, R.M., Yeşil, E.D., & et al., (2017). Expert Panel on Breast Imagin: ACR appropriateness criteria breast cancer screening. *J Am Coll Radiol,* 14(11): 383-390.

Mandelbatth, J.S., Stout, N.K, Schechter, C.B., vanden Broek, J.J., Miglioretti, D.L., Krapcho, M., & et al. (2016).Colloborative modeling of the benefits and harms associated with different U.S. breast cancer screening strategies. *Ann Intern Med,* 164: 215-225.

Mccord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.F., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, W.D., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., & Srivastava, M. (2004). Discussing Spirituality with patiens: A rational and ethical approach. *Ann Fam Med,* 2(4): 356-361.

Meissner, H.I., Breen, N., Taubman, M.l., Vernon, S.W., & Graubard, B.I. (2007). Which women aren't getting mamograms and why? (United States). *Cancer Cause Control*, 18: 61-70.

Melnikow, J., Fenton, .J.J., Whitlock, E.P., Miglioretti, D.L., Weyrich, M.S., Thompson, J.H., & Shah, K. (2016). Suplemental screening for breast cancer in women with dense breasts: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med,* 164(4): 268-78.

Miglioretti, D.L., Lange, J., vanden Broek, J.J., Lee, C.I., van Ravesteyn, N.T., Ritley, D., & et al. (2016). Radiation-induced breast cancer incidance and mortality from digital mammography screening: a modeling study. *Ann Intern Med,* 164: 205-214.

Mointicciolo, D., Sickles, E.A., Arleo, E.K., Monsees, B., & McGinty, G. (2017). Less-intensive screening does not reduce the freguency of overdiagnosis. *J Am Coll Radio,* 14(12): 1520-1522.

Moller, M.H., Lousdal, M.L., Kristiansen, I.S., & Stavring, H. (2019). Effect of organized mammography screening on breast cancer mortality: A population-based cohort study in Norway. *Int J Cancer,* 144(4): 697-706.

Mori, M., Tanaka, S.A., Suzuki, S., Daniels, M.I., Watanabe, C., Hirose, M. (2017). Diagnostic accuracy of contrast-enhanced spectral mammography in comparison to conventional full-field digital mammography in a population of women with dense breasts. *Breast Cancer,* 24(1): 104-110.

Nafisssi, N., Khayamzadeh, M., Zeinali, Z., Pazooki, D., Hosseini, M., & Akbari, M.E. (2018). Epidemiology and Histopathology of breast cancer in Iran versus Other Middle Eastern Countries. *Middle East Journal of Cancer,* 9(3): 243-251.

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidellines in Oncology: Breast Cancer Version 2.2018. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf on 7 June 2018.

Nelson, H.D., Fu, R., Cantor, A., Pappas, M., Daeges, M., & Humphrey, L. (2016). Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med,* 164: 244-255.

Neuhouser, M.L., Aragaki, A.K., Prentice, R.L., Manson, J.E., Chlebowski, R., Carty, C.L., Ochs-Balcom, H.M., Thomson, C.A., Caan, B.J., Tinker, L.F., Urrutia, R.P., Knudtson, J., & Anderson, G.L. (2015). Overweight, Obesity, and Postmenopausal Invasive Breast Cancer Risk: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials. *JAMA Oncol,* 1(5): 611-21.

Oeffinger, K.C., Fontham, E.T., Etzioni, R., Herzigbir M, Michaelson, J.S., Shih, Y.C. & et al. (2015). American Cancer Society. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guidelline update from the American Cancer Society. *JAMA,* 314: 1599- 1614.

Özaydın, N., & Demir Yıldırım, A. (2014). Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *Journal Breast Health,* 10: 47-56.

Özmen, V., Fidaner, C., Aksaz, E., Bayol, Ü., Dede, İ., Göker, E., Güllüoğlu, B.M., Işıkdoğan, A., Topal, U., Uhri, M., Utkan, Z., Zengin, N., & Tuncer, M. (2009). Türkiye'de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması. "Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". *The Journal of Breast Health*, 5(3).

Özmen, V. (2015). Breast Cancer in Turkey: Clinical and Histopathological Characterics (Analysis of 13.240 Patients). *J Breast Health,* 10: 98-105.

Öztürk, M. (2006). Meme kanserinin genetiği ve risk faktörleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi, 54: 15-26.

Pan, H., He Zhongyum, H., Lıng, L., Ding, Q., Chen, L., Zha, X., Zhou, W., Lıu, X., & Wang, S. (2014). Reproductve factors and breast cancer risk among BRCA1 or BRCA2 mutation carriers: results from ten studies. *Cancer Epidemiology,* 38(1): 1-8.

Parker, B.A., & Pierce, J.P. (2016). İmportance of smoking cessation to reduce Breast cancer mortality. *J Clin Oncol,* 34(12): 1295-1296.

Peptonska, B., Burdelak, W., Bukowska, A., Krysicka, J., & Konteczko, K. (2013). Night shift work characterist and occupational coexposures in industrial plants in Todz, Poland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health,* 26(4): 522-534.

Pourhaji, F., & Ghofranipour, F. (2019). Inconsistent mammography perceptions and practice among women of over 40 years in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev,* 20(5): 1481-1485.

Prummel, M.V., Muradali, D., Shumak, R., Majpruz, V., Jiang, H., Done, S.J., Yaffe, M.J., & Chiarelli, P.M. (2016). Digital compared with screen-film mammography: Measures of diagnostic accuracy among women screened in the ontario breast screening programme. *Radiology,* 278(2): 365-373.

Rezska, E., & Pryzbek, M. (2016). Circadian genes in Breast Cancer. *Adv Clin Chem,* 75: 53-70.

Sabado, P. (2014). Exploring individual and social determinants of health to improve access to breast and cervical cancer screening for Cambodian and Thai women in California. Vol. 2014. Los Angeles: University of California; 2014.

Santos, C.O. Dolzhenko, E., Hodges, E., Smith, A.D. & Hannon, G.J. (2015). An epigenetic memory of pregnancy in the mouse mammary gland. *Cell Reports*, 11(7):1102-09.

Sardanelli, F., Fallenberg, E.M., Clauser, P., Trimboli, R.M., Herrero, J.K., Thomas, H.H., Forrai, G., & European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European Breast Cancer Coalition. (2016). Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *Insights into Imaging,* 8(1).

Sarma, D., Johnson, K., & Hwang, E.S. (2015). Lobular breast cancer series: imaging. *Breast Cancer Research,* 17: 94.

Schopper, D., & de Wolf C. (2009). How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. *Euro J Cancer,* (PMID: 19398327).

Scoccianti, C., Lauby-Secretan, B., Bello, P.Y., Chajes, V., & Romieu, I. (2014). Femala breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *Am J Prev Med,* 46(1): 16-25.

Shirzadi, S., Jafarabadi, M.A., Nadrian, H., & Mahmoodi, H. (2017). Determinants of puberty health among female adolescents residing in boarding welfare centers in Tehran: An application of health belief model. *Med J Islam Repub Iran,* 30: 432.

Seçginli, S., & Nahcivan, N. (2003). Meme Knaseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 59-60.

Sezer, H., Yılmaz, M., Gürler, H., & Koyuncu, A. (2011). Breast cancer risk factors in Turkey: a hospital-based case-control study. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention,* 12: 2317-2322.

Sibio, A., Abriata, G., Forman, D., & Sierra, M.S. (2016). Female breast cancer in Central and South America. *Cancer Epidemiology,* 44(1): 110-120.

Siu, A.L. (2016). Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med,* 164:279-96.

Stapleton, SM., Oseni, T.O., Bababekov, Y.J., Hung, Y., & Chang, D.C. (2018). Race/ethnicity and age distribution of breast cancer diagnosis in the United States. *Jama Surg,* 153(6): 594-595.

T.C Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık İstatistiği 2015 yılı kitabı. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf. (Son Erişim Tarihi: 01.09.2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). http://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf. (Son Erişim Tarihi: 01.09.2019

Turner, L.B., (2011). A meta analysis of fat intake, reproduction and breast acncer risk: an evolutionary perspective. *Am J Hum Biol,* 23(5): 601-608.

Tsochatzidis, L., Costaridou, L., & Pratikakis, I. (2019). Deep Learning for Breast Cancer Diagnosis from Mammograms-A Comparative Study. *J. Imaging,* 5(3):1-11.

Qaseem, A., Lin J.S., Mustafa, R.A., Horwitch, C.A., & Wilt, T.J. (2019). Clinical Guidellines Commitee of the American College of Physicians. Screening for breast cancer in average-risk women: a guidance statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med,* 170: 547-560.

World Health Organization, (2014). WHO Position Paper on Mammography Screening, Geneva: WHO Pr; Accessed at www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en on 18 January 2018.

Vetter, L., Keller, M., Bruckner, T., Golatta, M., Eismann, S., Evers, C., Dikow, N., Sohn, C., Heil, J., & Schott, S. (2016). Adherence to the breast cancer surveillance program for women at risk for familial breast and ovarian cancer versus overscreening: a monocenter study in Germany. *Breast Cancer Res Treat,* 156:289-299.

Yeom, Y.K., Chae, E.Y., Kim, H.H., Cha, J.H., Shin, H.U., & Choi, W.J. (2019). Screening mammography for second breast cancer in women with history of early-stage breast cancer: factors and causes associated with non-detection. *BMC Med Imaging,* 19(1): 2.

Yiğit, A., & Erdem, R. (2017). Mamografi sağlık teknolojisi ile meme kanseri tarama programının klinik etkililiğinin meta analiz yöntemiyle değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* 28: 401-430.

Yılmaz, M., & Yazıcı Sayın, Y. (2013). Turkish translation and adaptation of Champıon's Health Belief Scales for breast cancer mammography screening. *Journal of Clincal Nursing*, 23(13-14): 1978-89.

Zhao, H., Wang, Z., Wu, H., Xiao, Q., Yao, W., Wang, E., ... & Wei, M. (2015). Stat3 genetic variant, alone and in combination with Stat 5b Polymorphism, contributes to breast cancer risk and clinical outcomes. *Medical Oncology, 32*(1). 375.

EKLER

EK.1. Anket Formu

BİRİNCİ BÖLÜM

1- **Yaşınız : ……**

2- **Eğitim durumu :** Okuryazar değil☐ İlkokul☐ Ortaokul ☐
Lise ☐ Üniversite ☐

3- **Meslek : …….....**

4- **Medeni durum :** Bekar☐ Evli ☐ Dul☐ Boşanmış☐

5- **Oturulan yer :** Köy ☐ İlçe☐ İl☐

6- **Aile tipi :** Çekirdek aile ☐ Geniş aile ☐

7- **Aylık gelir :** 500 TL altında☐ 500 – 1000 TL ☐
1000 TL ve üstü ☐

8- **Sosyal güvence :** yok ☐ var ☐

İKİNCİ BÖLÜM

1- **İlk adet olma yaşınız : ……..**

2- **Doğum yapma/yapmama durumu :** Hayır, doğum yapmadım☐
Evet, doğum yaptım ☐

3- **İlk doğum yaşınız: ……**

4- **Çocuklarınızın sayısı : ……**

5- **Çocuk/çocuklarınızı emzirme durumunuz :** Emzirmedim☐
Emzirdim☐

6- **Boyunuz/ Kilonuz : ……...**

7- **Ailede meme kanseri olma durumu :** Yok☐ Var☐

8- **Meme kanserine olan bireye yakınlık derecesi :** Kendim☐ Annem☐
Teyzem☐ Halam☐
Diğer (belirtiniz) ☐

9- **Menapoza girme durumu :** Menapoza girmedim ☐

Menapoza girdim ☐

10- Doğum kontrol hapı kullanma durumu :
Doğum kontrol hapı kullanmadım ☐
Doğum kontrol hapı kullandım ☐

11- Doğum kontrol hapı kullanma süreniz : ……

12- Hormon replasman tedavisi kullanma durumu :
Hormon tedavisi kullanmadım ☐
Hormon tedavisi kullandım ☐

13- Hormon replasman tedavisi kullanma süreniz : ……

14- Sigara kullanma durumu : Sigara kullanmıyorum ☐
Sigara kullanıyorum ☐

15- Alkol kullanma durumu : Alkol kullanmıyorum ☐
Alkol kullanıyorum ☐

16- Egzersiz yapma durumu : Egzersiz yapmıyorum ☐
Egzersiz yapıyorum ☐

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1- Mamografiye ilişkin bilgi durumu : Bilgim yok ☐ Bilgim var ☐

2- Bilgiyi aldığınız yer: Akrabam ☐ Arkadaşım ☐ Sağlık personeli ☐

Televizyon ☐ Kitap ☐ Diğer (belirtiniz) ☐

3- Daha önce mamografi çektirme durumu : Evet, çektirdim ☐
Hayır, çektirmedim ☐

4- Mamografi çektirme sayınız : ……

5- Şuan ki mamografi çektirme nedeniniz : Ele gelen kitle ☐
Ele gelen sıvı ☐
Ağrı ☐
Hekim önerdi ☐
Diğer (belirtiniz) ☐

6- Bugüne kadar mamografi çektirmeme nedeniniz :

Kanser olmadığım için ☐
Kanser çıkmaktan korkuyorum ☐
Ağrılı bir işlem ☐
Radyasyona maruz kalınıyor ☐
Eşim istemedi ☐
Utandım ☐
Sağlık personelinin davranışından rahatsız oldum ☐

EK.2. Vıctorıa Champion'un Sağlık İnanç Modelıne Göre Mamografi Ölçeği

VICTORIA CHAMPION'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE MAMOGRAFİ ÖLÇEĞİ					
	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
Duyarlılık					
1. Ben de meme kanseri olabilirim	1	2	3	4	5
2. Önümüzdeki birkaç yılda meme kanseri olma ihtimalim büyüktür	1	2	3	4	5
3. Hayatimin herhangi bir zamanında meme kanseri olacağımı hissediyorum	1	2	3	4	5
Yararlar					
1. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırırsam ve hiçbir şey bulunmazsa, meme kanseri konusunda fazla endişelenmeyeceğim	1	2	3	4	5
2. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak göğsümdeki kötü özellikli sert yumruların-bezelerin erken bulunmasında bana yardım edecek	1	2	3	4	5
3. Mamografide (meme röntgeninde-meme filminde) kötü özellikli sert yumru-beze bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir	1	2	3	4	5
4. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak çok küçük kötü özellikli sert yumruları-bezeleri bulmak için en iyi yoldur	1	2	3	4	5
5. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltacaktır	1	2	3	4	5
Engeller					
1. Yanlış bir şeyler bulunabilir diye, mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmaktan korkuyorum	5	4	3	2	1
2. Nasıl mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmaya gideceğimi bilmiyorum	1	2	3	4	5
3. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak çok ağrılıdır	1	2	3	4	5
4. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yapan insanlar kadınlara karşı çok kaba davranırlar	1	2	3	4	5
5. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak gereksiz yere radyasyona (röntgen ışınına) maruz kalmaktır	1	2	3	4	5
6. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak için randevu almayı unutuyorum ya da mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak için bir takvim belirlemeyi unutuyorum	1	2	3	4	5
Ön yargılar					
1. Ne yapılacağını anlamadığım için mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmaktan korkuyorum	1	2	3	4	5
2. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak çok utandırıcı bir işlemdir	1	2	3	4	5
3. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak çok zaman alır	1	2	3	4	5
4. Mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmaktan çok daha önemli başka problemlerim var	1	2	3	4	5
5. Rutin mamografi (meme röntgeni-meme filmi) yaptırmak için çok yaşlıyım	1	2	3	4	5

EK.3. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu

C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **"Mamografi (meme kanserini tanılama ve taramada kullanılan cihaz/meme röntgeni) çektirmek üzere gelen kadınların meme kanseri riski ve mamografi çektirmeye ilişkin inançlarının belirlenmesi"** dir.

Bu araştırmanın amacı, mamografi çektirmek üzere gelen kadınların meme kanseri riskini ve mamografi çektirmeye ilişkin inançlarının belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma sırasında iki grup ele alınacaktır. Birinci grubu sağlık kurumlarına mamografi (meme kanserini tanılama ve taramada kullanılan cihaz/meme röntgeni) çektirmeye gelen kadınlar oluştururken, ikinci grubu daha önce hiç mamografi çektirmemiş ancak yaş özelliği birinci gruptaki kadınlarla aynı olan kadınlar oluşturacaktır. Araştırma için sizlere herhangi bir kan, idrar tahlili vb. işlem uygulanmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız için bir defa gelmeniz yeterlidir ve araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı belli değildir. Çalışma 7 ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve sonuçlarını zamanında araştırıcıya ulaştırmaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararları günümüzde meme kanserini tanılamada bilinen en etkili ve güvenilir yöntem olan mamografi taramasına ilişkin duyarlılığınızı, ön yargılarınızı, engellerinizi, mamografinin sizlere sağlayacağı yararları konusunda sahip olduğunuz inancı sizlere gösterecektir. Dolayısıyla da gerek Dünya'da gerekse ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve ölüm nedeni olan meme kanserine verdiğiniz önemi ortaya çıkaracak olup mevcut inancınızı olması gereken inanç yönünde etkileyecektir. Size yöneltilecek olan sorulara eksiksiz, samimi ve doğru cevaplar vermeniz büyük önem taşıdığından sorulara ilişkin gerekli açıklama ya da ek süre talebinde bulunabilirsiniz. Cevabından emin olmadığınız soruları düzeltebilmeniz için araştırmacıya mutlaka ulaşmanız gerekmektedir. Her iki gruba da aynı anket soruları yöneltilecektir. Soruları cevaplamanız için yaklaşık 20-30 dakika gerekecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Araştırmacı Sümeyye KUZUCU anket formu ve ölçek sorularını cevaplamada sizlere gerekli yardımda bulunacaktır. Çalışmada kullanılacak olan anket formu araştırmaya katılan siz gönüllülerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, ikamet ettiği yer, aile tipi, aylık gelir, sosyal güvence, ilk adet olduğunuz yaşı, doğum yapıp yapmadığınız, ilk doğum yaşınız, kaç çocuğunuzun bulunduğu, çocuk/çocuklarınızı emzirme durumu, boyunuz ve kilonuz, ailede meme kanseri olma durumu, meme kanseri olan bireye yakınlık derecesi, menapoza girme durumu, doğum kontrol hapı kullanma durumu, doğum kontrol hapı kullanma süresi, hormon replasman tedavisi kullanma durumunu, hormon replasman kullanma süresi, sigara içme, alkol kullanma, egzersiz yapma durumu, mamografiye ilişkin bilgi durumu, mamografi ile ilişkili nereden bilgi aldığı, daha önce mamografi çektirip çektirmediği, çektirdi ise kaç kez çektirdiği, şuan mamografi çektirme nedeni, bugüne kadar mamografi çektirmeme nedeni ile ilişkili olmak üzere toplam 30 adet sorudan oluşturuldu.

Çalışmada sizlerden yapılması istenen bir diğer uygulama ise Victoria Champion' un Sağlık İnanç Modeline Göre Mamografi Skalası ölçeğidir. Ölçekte meme kanserine yönelik 19 madde yer almaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde için "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden birini işaretlemeniz gerekmektedir. Ölçekte yer alan bu maddelere ait puanlar hesaplanarak mamografi ile ilgili sağlık tanımlanacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, soruları yanlış yanıtladığına inanma gibi durumlarda …….. numaralı telefondan araştırmacı Sümeyye KUZUCU' ya başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki anket ve ölçek formunda soruları cevaplamanız için bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Okuma yazması olan her birey formları tek başına doldurabilir. Okuma yazması olmayan bireyler için araştırmacı tarafından siz katılımcılarımıza formlarda yer alan sorular açık ve anlaşılır şekilde anlatılarak yeterli süre içerisinde cevaplamanıza yardımcı olunacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan anket formu ve ölçeği doldurmadaki gerekleri yerine getirmemeniz halinde örneğin; anket forumuna ilişkin eksik bilgi yada ölçekteki soruların tamamının cevaplanmaması vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,
Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,
Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,
Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

İZİNLER

EK.4. Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Karar Formu

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 2017-11/02**	**Tarih: 08.11.2017**	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Muhittin Sönmez**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hatice Ozer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ercan Ördemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Recai Zan	Endodonti	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meryem Yılmaz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

EK.5. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği İzni

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-044-E.742
Konu : Anket Çalışması Uygunluğu

08/02/2018

Sayın Sümeyye KUZUCU

İlgi : 19.01.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen, ***"Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının belirlenmesi"*** konulu çalışmanın anketinin belirtilen tarihler arasında hastanemizdeki cerrahi birimlerde uygulanması isteğiniz değerlendirilmiş olup, kişilerinde onaylarının alınması koşuluyla yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ahmet YILMAZ
Başhekim

Evraklı Doğrulamak İçin : http://173.140.145.81/eVision/Dogrula/SDK6TB

Adres:Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon:0 346 2581314 Faks:0 346 258 0624
e-Posta:hastanesdk@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ:www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi :
Unvanı :

EK.6. Sivas Numune Hastanesi Uygulama İzni

T.C Sağlık Bakanlığı

T.C
SİVAS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 19448395-044
Konu : Anket Çalışması Talebi-Sümeyye KUZUCU

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Sümeyye KUZUCU ' nun 11/01/2018 tarihli Uygulama İzni Talep Dilekçesi
b) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı

Cumhuriyet Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyye KUZUCU ' nun "Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi" konulu anket çalışması başvurusu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın,TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının ekte de yer alan ilgi (b) tarih ve sayılı yazısı gereği, çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesinde yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Fethullah Selçuk
MOĞULKOÇ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
- Sümeyye Kuzucu Anket Çalışması Talebi
- Araştırma Ön İzin Belgesi - Sümeyye KUZUCU
- TKHK Anket Çalışması Yazısı

Gereği:
-Sümeyye KUZUCU

Bilgi:
-Sivas Numune Hastanesi

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mah. Demiryolu Cad. No:7 SİVAS
Faks No:03462258088
e-Posta:ayegul.ozturk13@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://sivas.khb.saglik.gov.tr/

Bilgi için:Ayşe Gül ÖZTÜRK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0346 225 80 80 /

EK.7. Sivas Halk Sağlığı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM)

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
02/02/2018 17:39 - 19448395 - 044 - E.1981
00062000832

T.C Sağlık Bakanlığı

T.C
SİVAS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 19448395-044
Konu : Anket Çalışması Talebi-Sümeyye KUZUCU

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Sümeyye KUZUCU ' nun 11/01/2018 tarihli Uygulama İzni Talep Dilekçesi
b) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı

Cumhuriyet Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyye KUZUCU ' nun "Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi" konulu anket çalışması başvurusu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın,TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının ekte de yer alan ilgi (b) tarih ve sayılı yazısı gereği, çalışmaların sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak KETEM'de yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Fethullah Selçuk
MOĞULKOÇ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
- Anket Çalışması
- TKHK Anket Çalışması Yazısı

Gereği:
-Sümeyye KUZUCU

Bilgi:
-KETEM

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mah. Demiryolu Cad. No:7 SİVAS
Faks No:0346225 8088
e-Posta:ayse.gul.ozturk13@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://sivas.khb.saglik.gov.tr/
Bilgi için:Ayşe Gül ÖZTÜRK
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0346 225 80 80 /

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e8988c15-a446-4655-9336-58ddf160d81b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KANSER BİRİMİ
01/02/2018 15:48 - 19448395 - 044 - E.19
00061958419

T.C Sağlık Bakanlığı

T.C
SİVAS VALİLİĞİ
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 19448395-044
Konu : Anket Çalışması

PERSONEL VE DESTEK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : 12/01/2018 tarihli ve 19448395-044-843 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınızdan anlaşıldığı üzere; Cumhuriyet Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Sümeyye KUZUCU'nun " Mamografi Çektirmek Üzere Gelen Kadınların Meme Kanseri Riski ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi" başlıklı anket çalışmasını 22 Ocak 2018-01 Temmuz 2018 tarihleri arasında gerçekleştirmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Muhammed Fatih AKOVA
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkan Yardımcısı

Rahmi Günay Caddesi Numune Hastanesi Kampüsü
Faks No:2234900
e-Posta:ahmet.sahin5@saglik.gov.tr İnt.Adresi: A.KSAHİN 346 2256367/1250
Bilgi için:Ahmet KÜÇÜKŞAHİN
Unvan:MEMUR
Telefon No:(0) 346 2256367/1250
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden e8988c1f-a44d-4655-9336-58ddf160d81b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	SÜMEYYE KUZUCU
Doğum Yeri ve Tarihi	Konya, 1994
Medeni Hali	Bekâr
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim adresi	Emek Mahallesi 3.Sokak N0:3 Çankaya/Ankara
E-posta adresi	smyy_kzc_94@outlook.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Meram 75. Yıl Lisesi, 2008-2012
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 2012-2016
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016-
Unvan	Hemşire

İş Tecrübesi

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire, 2018-