

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

20-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ FARKINDALIĞI,
SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE TARAMA PROGRAMLARINA
KATILIMLARININ ANALİZİ: BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Nurgül YENİCE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

EYLÜL 2025

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**20-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ FARKINDALIĞI,
SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE TARAMA PROGRAMLARINA
KATILIMLARININ ANALİZİ: BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Nurgül YENİCE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

EYLÜL 2025

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olan Nurgül Yenice, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “20-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Farkındalığı, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Tarama Programlarına Katılımlarının Analizi: Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı: **Prof. Dr. Aclan ÖZDER**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri:

Teslim Tarihi : ... Ekim 2025

Savunma Tarihi : ... Ekim 2025

TEŞEKKÜR

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Rektörü Sayın Prof.Dr.Adem AKÇAKAYA ve Tıp Fakültesi Dekanı Prof.Dr.Ramazan Özdemir hocalarıma bizlere sağladığı mesleki gelişim ve deneyim imkanları nedeniyle çok teşekkür ediyorum.

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı sayın Prof.Dr.Aclan ÖZDER hocama asistanlık eğitimi boyunca yol göstericiliği ve katkıları için çok teşekkür ediyorum.

Eğitim süresi boyunca her bir rotasyonda üzerimizde emeği olan tüm değerli hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma bilgi ve deneyimlerini paylaşarak mesleki gelişimime olan katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Uzmanlık eğitimim ve tez süreci boyunca beni her zaman destekleyen ve katkıda bulunan eşim Ramiz YAZICI, çocuklarım Ömer Batu, Ayşegül ve Muhammed Zeyd YAZICI ya sabırları ve anlayışları için teşekkür ediyorum.

Benden desteklerini hiç esirgemeyen hep yanımda olan anne ve babam 'a çok teşekkür ediyorum.

Dr.Nurgül Yenice

EKİM 2025

BEYAN

“20-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Farkındalığı, Sağlıklı Yaşam Davranışları Ve Tarama Programlarına Katılımlarının Analizi: Bir Aile Sağlığı Merkezi Örneği” isimli tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Nurgül YENİCE

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
SEMBOLLER.....	ix
TABLO LİSTESİ	x-xi
ŞEKİL LİSTESİ	xiii
ÖZET.....	xiii
SUMMARY.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Meme Anatomisi	3
2.2 Meme Kanseri Tanımı.....	3
2.3 Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	3
2.4 Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	4
2.5 Meme Kanseri Risk Faktörleri.....	4
2.5.1 Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	4
2.5.2 Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....	6
2.6 Meme Kanserinden Korunma Yöntemleri.....	9
2.6.1 Birincil Korunma.....	9
2.6.2 İkincil Korunma.....	9
2.6.2.1 Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	9
2.6.2.2 Klinik Meme Muayenesi.....	9
2.6.2.3 Mamografi.....	10
2.6.2.4 Ultrasonografi.....	10
2.6.2.5 Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	10

2.6.3 Üçüncül Koruma.....	10
2.6.4 Dördüncül Koruma.....	10
2.7 Meme Kanseri Tarama.....	11
2.8 Aile Hekimi Rolü.....	11
2.9 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	12
2.9.1 Sağlık Sorumluluğu.....	12
2.9.2 Beslenme.....	13
2.9.3 Fiziksel Aktivite.....	14
2.9.4 Manevi Gelişim(Tinsellik).....	15
2.9.5 Kişiler Arası İlişkiler.....	16
2.9.6 Stres Yönetimi.....	17
2.9.7 Aile Hekimliği'nde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yeri ve Önemi	18
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1 Hasta Seçimi ve Verilerin Toplanması.....	19
3.2 İstatistiksel Verilerin Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ.....	59
KAYNAKLAR.....	61
EK	71
ÖZGEÇMİŞ.....	72

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
USG	: Ultrasonografi
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

SEMBOLER

Gy : Grad



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1: Demografik Bulgular.....	21
Tablo 2: Kadınların Eğitim ve Medeni Durum Dağılımı.....	22
Tablo 3: Kadınların Çocuk Sayısı ve Gebelik Durumu.....	24
Tablo 4: Kadınların VKİ Durumu.....	25
Tablo 5: Kadınların Kullandığı Kontrasepsiyon Yöntemi.....	25
Tablo 6: Kadınların Sağlık Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 7: Kadınların Kanser Durumlarının Dağılımı.....	26
Tablo 8: Yapılan Tetkik Dağılımı.....	27
Tablo 9: Alkol Kullanımı ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	27
Tablo 10: Sigara Kullanımı ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	28
Tablo 11: Komorbidite Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 12: USG Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	31
Tablo 13: Mamografi Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	32
Tablo 14: Yaş Grupları ile Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 15: Yaş Grupları ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 16: Yaş Grupları ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 17: Eğitim Durumu ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	35
Tablo 18: Eğitim Durumu ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 19: VKİ Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 20: VKİ Durumu ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 21: Çocuk Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 22: Gebelik Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 23: Kontrasepsiyon Yöntemi ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki.....	38

Tablo 24: Kontrasepsiyon Yöntemi ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki	39
Tablo 25: Demografik Bulgular ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki	40
Tablo 26: Eğitim Durumunun Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	42
Tablo 27: Yaş Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	43
Tablo 28: VKİ Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	43
Tablo 29: Çocuk, Gebelik, Kontrasepsiyon Durumu ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki	44
Tablo 30: Çocuk Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	45
Tablo 31: Gebelik Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	46
Tablo 32: Kontrasepsiyon Yöntemleri Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması	46
Tablo 33: Alkol Kullanımı, Sigara Kullanımı, Komorbidite Durumu ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki	47
Tablo 34: Meme Kanseri ve Diğer Kanser Öyküleri ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi	49
Tablo 35: USG ve Mamografi Durumları ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi	50
Tablo 36: Nicel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi	51

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1: Yaş Gruplarının Dağılım Grafiği.....	21
Şekil 2: Eğitim Durumu Dağılım Grafiği.....	22
Şekil 3: Medeni Durum Dağılım Grafiği.....	23
Şekil 4: SYDB Ölçek Puanının Medeni Durumlarına Göre Dağılım Grafiği.....	41
Şekil 5: SYDB Ölçek Puanının Eğitim Durumlarına Göre Dağılım Grafiği.....	42
Şekil 6: SYDB Ölçek Puanının Kontrasepsiyon Yöntemlerine Göre Dağılım Grafiği.....	47
Şekil 7: SYDB Ölçek Puanının Komorbidite Durumuna Göre Dağılım Grafiği.....	48

20-69 YAŞ ARASI KADINLARIN MEME KANSERİ FARKINDALIĞI, SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE TARAMA PROGRAMLARINA KATILIMLARININ ANALİZİ: BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ÖRNEĞİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, kadınlarda meme kanseri farkındalığı, tarama programlarına katılım düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif gözlemsel nitelikte tasarlanan araştırma, İstanbul Bağcılar Demirkapı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 20-69 yaş aralığındaki 410 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle demografik bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 25.0 programı kullanılmış, normallik değerlendirmesi Shapiro-Wilk testi ile yapılmış, gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $41,39 \pm 11,20$ yıl olup %82'si evlidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe SYBD puanlarının anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir; üniversite mezunlarının medyan puanı 132, okur-yazar olmayanların ise 116'dır ($p < 0,001$). Yaş ilerledikçe SYBD puanlarında belirgin azalma gözlenmiş, 20-29 yaş grubunda medyan puan 136 iken 50 yaş üzerinde 114'e gerilemiştir ($p < 0,001$). Bekar kadınların SYBD puanları evlilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (136'ya karşı 124, $p < 0,001$). Vücut kitle indeksi artışıyla SYBD puanlarında düşüş saptanmış, normal kilolularda medyan puan 131 iken obez bireylerde 124'tür ($p < 0,001$). Çocuk sayısındaki artış SYBD puanlarını olumsuz etkilemiş, çocuksuz kadınlarda medyan puan 136 iken dört ve üzeri çocuğu olanlarda 116'ya düşmüştür ($p < 0,001$). Komorbidite varlığında SYBD puanları belirgin olarak azalmıştır (126'ya karşı 116, $p < 0,001$). Elli yaş üzerindeki kadınlarda özgeçmişte meme kanseri öyküsü %50 oranıyla en yüksek düzeydedir ($p = 0,017$). Meme kanseri öyküsü bulunan kadınların tamamının ultrason ve mamografi taraması yaptırdığı tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Sonuç: Eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, parite ve komorbidite durumu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirleyen temel faktörlerdir. Özellikle ileri yaş, düşük eğitim

düzeyi ve yüksek parite grubundaki kadınlar risk altında olup, bu gruplara yönelik hedeflenmiş sağlığı geliştirme müdahalelerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kanser taraması, kadın sağlığı, birinci basamak



ANALYSIS OF BREAST CANCER AWARENESS, HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS, AND PARTICIPATION IN SCREENING PROGRAMS AMONG WOMEN AGED 20–69: AN EXAMPLE FROM A FAMILY HEALTH CENTER

SUMMARY

Objective: This study aimed to evaluate breast cancer awareness, participation in screening programs, and the relationship between healthy lifestyle behaviors and sociodemographic characteristics among women.

Materials and Methods: This prospective observational study was conducted with 410 women aged 20-69 years who presented to Istanbul Bagcilar Demirkapi Family Health Center. Data were collected through face-to-face interviews using a demographic information form and the Health-Promoting Lifestyle Profile II Scale. Statistical analyses were performed using SPSS 25.0 software, normality assessment was conducted with the Shapiro-Wilk test, and intergroup comparisons were made using Chi-square, Mann-Whitney U, and Kruskal-Wallis tests.

Results: The mean age of participants was 41.39 ± 11.20 years, with 82% being married. Health-promoting lifestyle behavior scores increased significantly with education level; university graduates had a median score of 132 compared to 116 for those who were illiterate ($p < 0.001$). A marked decrease in HPLP scores was observed with advancing age, with the median score declining from 136 in the 20-29 age group to 114 in those over 50 years ($p < 0.001$). Single women had significantly higher HPLP scores than married women (136 versus 124, $p < 0.001$). Body mass index increase was associated with lower HPLP scores, with normal-weight individuals having a median score of 131 compared to 124 in obese individuals ($p < 0.001$). Increasing number of children negatively affected HPLP scores, decreasing from a median of 136 in childless women to 116 in those with four or more children ($p < 0.001$). The presence of comorbidity significantly reduced HPLP scores (126 versus 116, $p < 0.001$). Women over 50 years had the highest rate of breast cancer history at 50% ($p = 0.017$). All women with a history of breast cancer had undergone ultrasound and mammography screening ($p < 0.001$).

Conclusion: Education level, age, marital status, parity, and comorbidity status are fundamental determinants of women's healthy lifestyle behaviors. Women with advanced age, low education levels, and high parity are particularly at risk, highlighting the need for targeted health promotion interventions for these groups.

Keywords: Breast cancer, health-promoting lifestyle behaviors, cancer screening, women's health, primary care



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıkları takiben mortaliteye neden olan ikinci büyük etken olarak kanser, hem global ölçekte hem de ülkemizde kritik bir sağlık sorunu oluşturmaktadır (1). GLOBOCAN 2022 raporları incelendiğinde, yeni tanı konulan kanser olgularında %12.4 oranıyla akciğer kanseri ilk sırayı alırken, %11.6 ile meme kanseri ikinci sırada yer almaktadır. Kanserden kaynaklanan mortalite oranlarına bakıldığında %18.7 ile akciğer kanseri ilk sırayı almakta, bunu sırasıyla %9.3 ile kolorektal kanser, %7.8 ile hepatik kanser ve %6.9 ile meme kanseri izlemektedir (2). Kadın popülasyonunda en yaygın görülen malignite türü olan meme kanserinin insidansı sürekli bir artış eğilimi göstermektedir. Her ne kadar meme kanserini tam anlamıyla engelleyecek kesin bir metot mevcut olmasa da, periyodik muayeneler ve sistematik tarama programları aracılığıyla erken evrede tespit edildiğinde, hastaların sağkalım süreleri belirgin şekilde artmakta ve küratif tedavi şansı doğmaktadır. Bu sebeple meme kanseri tarama protokolleri hayati değer taşımaktadır (3). Türkiye'de yürütülen Ulusal Kanser Tarama Programı çerçevesinde meme, serviks ve kolorektal kanserler için tarama protokolleri uygulanmaktadır. Meme kanseri tarama protokolü dahilinde 40-69 yaş grubundaki kadınlara iki yıllık periyotlarla mamografi tetkiki uygulanmakta, tüm kadın popülasyonuna aylık periyotlarla kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmaları tavsiye edilmekte ve yıllık klinik meme muayenesi (KMM) önerilmektedir (3,4). Bu bağlamda, birinci basamak sağlık sisteminin ana unsuru olan aile hekimleri, toplumsal sağlığın korunması ve iyileştirilmesi misyonunu yürütmektedir. Kanser tarama protokolleri aile hekimlerinin temel yükümlülükleri arasında yer almaktadır. Aile hekimleri, hastaların medikal öykülerini, yaşam alışkanlıklarını ve risk parametrelerini analiz ederek, kanser taramaları için uygun bireyleri tespit eder, ilgili sevkleri gerçekleştirir ve tarama bulgularını analiz eder. Bunun yanı sıra, hastalara kanserden korunmada değiştirilebilir risk faktörleri konusunda eğitim vererek önleyici sağlık hizmetleri sağlarlar.

Tıp tarihinin evrimine bakıldığında, insanoğlunun başlangıçta yalnızca hastaları tedavi etmeye odaklanırken, günümüzde hastalıklardan korunma stratejileri geliştirmeye yöneldiği gözlemlenmektedir. Bireylerin hastalıklardan korunarak daha uzun ve nitelikli bir hayat sürdürmelerini mümkün kılan davranış ve alışkanlıkların tamamı "Sağlıklı Yaşam Biçimi" (Healthy Life Style) şeklinde tanımlanmaktadır (5). Sağlıklı yaşam biçimi benimsenmesi, kronik hastalık gelişimi ve prematür mortalite riskinde azalma sağlamaktadır. Her hastalığı

engellemek imkansız olsa da, özellikle koroner arter hastalığı, meme kanseri, mesane kanseri ve akciğer kanseri gibi patogenezinde yaşam stilinin rol oynadığı hastalıklardan kaynaklanan mortalitenin büyük kısmını sağlıklı yaşam tarzı pratikleri ile önlemek olanaklıdır (5). Birinci basamak sağlık sisteminin temel elemanları olan aile hekimleri, sağlık hizmeti talep eden tüm bireylere sürekli, organize ve bütüncül bakım sunmaları sebebiyle sağlıklı yaşam ve davranış modellerinin desteklenmesinde kritik rol üstlenmektedirler. Dolayısıyla toplumun sağlık perspektifinde kendini nasıl konumlandığını ve sağlıklı yaşam tarzı pratiklerinin ne düzeyde içselleştirilip uygulandığını tespit ederek, eksikliklerin tamamlanması için gerekli müdahalelere dair veri toplayabilmektedirler (6,7). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlık durumunu etkileme potansiyeli olan davranışları yönetebilmesi, günlük rutinlerini organize ederken sağlık durumuna uygun seçimler yapması olarak ifade edilmiştir. Bu davranış kalıplarını alışkanlık haline getiren birey, mevcut sağlık durumunu sürdürebileceği gibi daha da optimize edebilmektedir (7). "Beslenme, stres kontrolü, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu" sağlıklı yaşam biçimi pratikleri arasında yer almaktadır (8).

Bu araştırmada, kadın popülasyonunda en yaygın malignite olan meme kanserinde; kadınların meme kanseri konusundaki farkındalık düzeylerini, tarama programlarına katılım oranlarını incelemeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEME ANATOMİSİ

Meme organı, toraksın anterior yüzeyinde pektoralis majör kas fasyasının üzerinde konumlanmaktadır. Anatomik olarak ikinci ile altıncı kaburgalar arasında yerleşim gösterir. Medial sınırı sternum lateral kenarından başlar, lateral sınırı anterior ve orta aksiller hat boyunca uzanır ve aksiller uzantı şeklinde koltuk altı yönüne doğru genişler. Her bir meme yapısal olarak çok sayıdaki lobül yapılarının bir araya gelmesiyle meydana gelen 15-20 adet lob içermektedir. Her bir lobül yapısının kendine özgü süt kanalları bulunmakta, bu kanallar da süt sinüsleri vasıtasıyla nipple bölgesine açılım göstermektedir (9).

2.2. MEME KANSERİ TANIMI

Meme kanseri, meme dokusunda yer alan hücrelerin düzensiz ve kontrol dışı proliferasyonu sonucu gelişen malign bir patolojidir. Meme kanserinin alt tipleri, kontrolsüz proliferasyon gösteren hücrelerin embriyolojik orijinine bağlı olarak çeşitli kategorilere ayrılmaktadır (10). En yaygın görülen histolojik tip invaziv duktal karsinom olup, ikinci sırada invaziv lobüler karsinom yer almaktadır. Daha nadir rastlanan tipler arasında medüller, tübüler, müsinöz ve inflamatuvar meme kanseri formları bulunmaktadır (9,10).

2.3. MEME KANSERİ BELİRTİ ve BULGULARI

Periyodik tarama programlarının önemi tartışılmaz olmakla birlikte, kadınların kendi meme dokularının normal görünüm ve palpasyon özelliklerini tanımaları kritik önem taşımaktadır. Memelerde ortaya çıkabilecek değişikliklerin erken dönemde fark edilmesi ve meme kanserinin klinik belirti ve bulgularının tanınması, erken tanı ve tedavi sürecinde hayati rol oynamaktadır.

Başlıca belirti ve bulgular şu şekilde sıralanabilir:

Meme dokusunda ödem, nodül veya palpasyonda sert kitle varlığı

Ciltte retraksiyonlar, bazen peau d'orange görünümü

Nipple retraksiyonu

Meme veya nipple bölgesinde ağrı hissi

Nipple veya meme derisinde eritem, deskuamasyon veya kalınlaşma bulguları

Aksiller veya klavikular bölgede lenfadenopati

Nipple'dan laktasyon dışı akıntı gelmesi (11,12)

2.4. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Son yirmi yıllık süreçte meme kanseri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde akciğer kanserini takiben ikinci en yaygın kanser türü olarak tespit edilmektedir (13). GLOBOCAN 2022 istatistiklerine göre yeni tanı konulan kanser olgularında %12.4 oranla akciğer kanseri ilk sırada yer alırken, %11.6 ile meme kanseri ikinci sırada bulunmaktadır. Kanserle ilişkili mortalite oranlarında %18.7 ile akciğer kanseri birinci sırayı alırken, ikinci sırada %9.3 ile kolorektal kanser, üçüncü sırada %7.8 ile hepatik kanser ve dördüncü sırada %6.9 oranıyla meme kanseri yer almaktadır (14). GLOBOCAN 2022 verilerince Türkiye'de kadın popülasyonunda en yaygın malignite %23.5 oranla meme kanseri olurken, ikinci sırada %11.6 ile tiroid kanseri gelmektedir (13,15). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidans oranları gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek olmasına karşın, mortalite oranları gelişmekte olan ülkelere göre daha fazladır. Bu durum, gelişmiş ülkelerdeki sistematik tarama protokolleri nedeniyle hastaların erken evrede tanı alması ve daha etkin tedavi modalitelerinin uygulanmasıyla mortalitede azalma sağlanmasına atfedilebilir (15).

2.5. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanseri risk faktörleri çok sayıda olması nedeniyle, tipik olarak modifiye edilemeyen ve modifiye edilebilir risk faktörleri şeklinde iki temel kategoride değerlendirilmektedir (17).

Modifiye Edilemeyen Risk Faktörleri
Modifiye Edilebilir Risk Faktörleri
Cinsiyet
İlaç kullanımı
Yaş
Sigara ve alkol kullanımı
Ailede meme kanseri öyküsü
Fiziksel aktivite
Genetik faktörler
Eksojen hormon kullanımı
İrk ve etnik yapı
Obezite
Reprodüktif öykü
Vitamin eksikliği
Meme dokusu yoğunluğu
Yapay ışık maruziyeti
Kişisel meme kanseri öyküsü
İşlenmiş gıda tüketimi
Benign meme hastalıkları
Kimyasallara maruziyet
Radyasyon maruziyeti

2.5.1. Modifiye Edilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet: Kadın olma durumu, başta yüksek östrojen ve progesteron hormon düzeyleri olmak üzere meme kanseriyle ilişkili en kritik faktör olarak değerlendirilmektedir. Kadın popülasyonunda meme kanseri insidansı erkeklere oranla 100 kat fazladır. Erkek popülasyonunda da meme kanseri daha düşük sıklıkta gözlemlenmektedir.

Yaş: Pek çok kronik patolojide gözlemlendiği üzere, meme kanseri insidansı da ileri yaşla birlikte artış eğilimi göstermektedir. İnvaziv meme kanserlerinin yaklaşık üçte ikisi 55 yaş üzeri kadın popülasyonunda tespit edilmektedir (18).

Ailede Meme Kanseri Öyküsü: Aile anamnezinde meme kanseri bulunan bireyler, özellikle birinci derece akrabalarında (anne, kız kardeş veya kız evlat) meme kanseri öyküsü olan kadınlar, meme kanseri açısından artmış risk taşımaktadır. 50.000'den fazla meme kanseri tanımlı kadın ve 100.000 kontrol grubu ile yapılan analizde, birinci derece akrabada meme kanseri varlığında riskin yaklaşık iki kat yükseldiği, iki birinci derece akrabada meme kanseri bulunması durumunda ise riskin üç kata çıktığı saptanmıştır (19).

Genetik Faktörler: Meme kanserine predispozisyon yaratan genetik faktörler içinde en sık görülenler, BRCA1 (17. kromozom) ve BRCA2 (13. kromozom) genlerindeki herediter mutasyonlardır. Bu mutasyonlar, kadın meme kanseri olgularının %5-10'unda ve erkek meme kanseri olgularının %5-20'sinde tespit edilmektedir. Normal popülasyonda 80 yaş için meme kanseri gelişme olasılığı %10 iken, BRCA1 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcılarında bu riskin %70 seviyelerine ulaşabileceği hesaplanmaktadır (20). Meme kanseri gelişiminde rol oynayan diğer önemli genler Li Fraumeni sendromuyla ilişkili TP53 ve Cowden sendromuyla bağlantılı PTEN'dir. Daha düşük sıklıkta ilişkilendirilen genler ise ATM, CHECK2, CDH1, STK11 ve PALB2 olarak sıralanmaktadır (21).

İrk ve Etnik Yapı: Global ölçekte meme kanseri beyaz ırkta siyah ırka kıyasla daha yüksek insidans göstermektedir. Bununla birlikte, siyah ırktaki kadınlarda meme kanseri daha az sıklıkta görülse de, bu popülasyonda meme kanserine bağlı mortalite oranı beyaz ırktakilerden belirgin derecede yüksektir. Bu durumun nedeni olarak beyaz ırktaki kadınların tarama programlarına daha yüksek oranda katılımı ve etkin tedavi seçeneklerine daha kolay ulaşabilmeleri gösterilmektedir (21).

Reprodüktif Öykü: Erken yaşta (özellikle yirmili yaşların başında) gerçekleşen ilk term gebelik ve takiben artan parite sayısı, meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bunun yanında gebelik süreci de kansere karşı potansiyel koruyucu etki göstermektedir (17). Östrojen hormonuna uzun süreli maruziyetin meme kanseri riskini yükselten temel faktörlerden biri olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda, erken menarş ve geç menopoz meme kanseri riskinde artışa neden olmaktadır. Ayrıca erken menarşın geç menopoza kıyasla meme kanseri riskini daha fazla yükselttiği değerlendirilmektedir (22,23). Uzun süreli emzirmenin hem hormon reseptör

pozitif hem de hormon reseptör negatif meme kanseri riskinde azalma sağladığı gözlenmektedir (23,24).

Meme Dokusu Yoğunluğu: Meme dokusu dansitesi, memedeki fibroglandüler ve bağ doku miktarının adipöz dokuya oranı şeklinde ifade edilebilir. Mamografik olarak dens meme dokusuna sahip kadınlar, düşük dansiteli meme dokusuna sahip yaş grubu eşdeğerlerine göre meme kanseri açısından artmış risk taşımaktadır. Bunun sebebi, meme kanserinin çoğunlukla glandüler parankimal dokudan köken almasıdır (23,25).

Kişisel Meme Kanseri Öyküsü: Bireyin önceden meme kanseri tanısı almış olması, aynı memenin farklı bir bölgesinde veya kontrlatelateral memede kanser gelişme olasılığını yükseltir (21,22).

Benign Meme Hastalıkları: Birtakım benign meme patolojilerinin de meme kanseri gelişim riskini yükselttiği tespit edilmiştir. Non-proliferatif lezyonlar (lipom, fibroadenom, fibrokistik değişiklikler, soliter papillom) meme kanseri riskinde herhangi bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Atipik hücreler içeren proliferatif meme lezyonları (atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi) hem in situ hem invaziv meme kanseri riskini 4-6 kat yükseltmektedir. Atipi içermeyen proliferatif lezyonlarda (sklerozan adenozis, kompleks fibroadenom, orta dereceli hiperplazi, intraduktal papillom) meme kanseri riski 1.3-2 kat artmaktadır. Atipik multifokal lezyonlarda risk 10 kata kadar yükselebilmektedir (9-23).

Radyasyon Maruziyeti: Radyoterapi sonrası sekonder kanser gelişim riski yaygın bir klinik kaygı konusu olmakla beraber, bu risk hastaya özgü faktörlere göre değişkenlik göstermektedir. Önceki radyasyon tedavisi kaynaklı kanser riski özellikle hastanın yaşıyla bağlantılıdır; 30 yaş öncesi radyoterapi uygulanan hastalarda meme kanseri gelişme ihtimali daha yüksektir (25,26). Tedavi amaçlı toraks bölgesine uygulanan iyonizan radyasyonun 20 Gy üzerindeki dozlarda uygulanması bireyin yaşam boyu meme kanseri gelişme riskini yükseltmektedir (25,27).

2.5.2. Modifiye Edilebilir Risk Faktörleri

İlaç Kullanımı: Çeşitli araştırmalardan elde edilen bulgular, gebelik döneminde dietilstilbestrol kullanımının annede ilerleyen dönemlerde meme kanseri gelişme olasılığını yükselttiğini göstermiştir. Kırk yaş ve üzeri kadınlar, kırk yaş altındakilere kıyasla yaklaşık 1.9 kat daha fazla duyarlılık göstermektedir. Bunun yanında, yüksek dozda dietilstilbestrol kullanımıyla meme kanseri riski daha da yükselmektedir. Gebelik döneminde dietilstilbestrol kullanımı,

yalnızca annelerde değil, doğacak bebeklerde de meme kanseri riskinde artışla bağlantılıdır (17,28).

Sigara ve Alkol Kullanımı: Aktif ve pasif sigara içiciliğinin meme kanseri riskini orta düzeyde yükselttiğini gösteren araştırmalar mevcuttur (aktif içicilerde %24, bırakanlarda %13). Sigara kullanımının meme kanseri riskine olan etkisi, sigaraya başlama yaşına, kullanım süresine ve günlük tüketim miktarına göre farklılık göstermektedir. Literatürdeki güncel bir değerlendirmede, aktif sigara içicilerinin premenopozal meme kanseri riskinin %15-40 arasında yükseldiği rapor edilmiştir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın yürüttüğü güncel araştırmalardan 10 çalışmanın yedisinde sigara kullanımı ve premenopozal meme kanseri ilişkisinin pozitif yönde olduğu bildirilmiştir (29). Sigara kullanımı, özellikle adölesan dönemde veya perimenarşal dönemde sigaraya başlayan kadın popülasyonunda, meme kanseri riskinde belirgin artışla ilişkilendirilmiştir. Sigara kullanımıyla bağlantılı meme kanseri riski, ailevi yatkınlığı olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (29,30). DSÖ verilerinin analizinde alkol kullanımına atfedilebilir kanser vakalarının %13.3'ünü meme kanseri oluşturmaktadır (17). Kanser riskini etkileyen faktör genellikle alkolün tipi değil, alkollü içeceklerin içeriğidir. Bu ilişkinin mekanizması, alkol alımıyla birlikte östrojen düzeylerinin yükselmesi ve bunun sonucunda kadın organlarında karsinogenez riskini etkileyen hormonal dengesizliktir (30,31). Alkol tüketiminin özellikle östrojen reseptör pozitif meme kanseri riskini yükselttiği tespit edilmiştir (30,32).

Fiziksel Aktivite: Serumdaki yüksek östrojen ve androjen düzeylerinin meme kanseri riskini yükselttiği kanıtlanmıştır. Postmenopozal kadın popülasyonunda yapılan araştırmada, düzenli fiziksel aktivitenin bu hormonların plazma düzeylerini düşürebildiği, haftada 7 saat (günde 10.000-15.000 adım) düzenli egzersizin meme kanseri riskinde %25-30 oranında azalma sağladığı tespit edilmiştir (33).

Eksojen Hormon Kullanımı: Postmenopozal dönemde kombine hormon tedavisi uygulanması meme kanseri riskinde artışa yol açmaktadır. Bu riskteki yükseliş özellikle 5 veya 7 yıldan uzun süre hormonal replasman tedavisi (HRT) alan kadın popülasyonunda gözlenmektedir (34,35). Kombine hormon replasman tedavisi aynı zamanda kanserin daha ileri evrede tanı konulma ihtimalini de yükseltmektedir. Bir kadının meme kanseri riski, tedaviyi kesimden sonraki 5 yıllık süreçte azalma eğilimi gösterse de yükselmiş risk tamamen kaybolmamaktadır (35,36).

Vücut Kitle İndeksi: Meme kanseri ile artmış vücut kitle indeksi (VKİ) ilişkisinin biyolojik temeli, adipoz dokunun östrojen metabolizması üzerindeki etkisiyle açıklanmaktadır.

Postmenopozal meme kanseri riskindeki artış, yükselmiş endojen östrojen düzeyleriyle bağlantılıdır. Postmenopozal obez kadınlarda, periferik adipoz dokudaki androjenlerin aromatisasyonu aracılığıyla sentezlenen yüksek östrojen düzeyleri, meme kanseri riskinde artışa yol açmaktadır (35,36). Obezite incelendiği pek çok araştırmada güçlü bir mitojen olan artmış insülin düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir. Hiperinsülineminin meme kanseri gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olduğu ve obezite ile meme kanseri ilişkisini açıklamada kritik olabileceği tespit edilmiştir (38,39).

Vitamin Eksikliği: Vitaminler, çeşitli kanser formlarının önlenmesinde potansiyel yararlar sunabilecek antikanser nitelikler taşımaktadır, fakat bu mekanizma henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. C vitamini, E vitamini, B grubu vitaminleri, folik asit ve multivitamin gibi vitaminlerin meme kanseri riski üzerindeki etkileri için çeşitli araştırmalar yürütülmektedir. Fakat bu araştırmaların bulguları tam tutarlılık göstermediğinden kesin yargılara varmak için yeterli değildir (39,40). Meme kanseri konusunda pek çok araştırma günümüzde potansiyel koruyucu etkileri kanıtlanan D vitamini takviyelerine odaklanmaktadır. Serumdaki yüksek 25-hidroksivitamin D düzeyleri, premenopozal ve postmenopozal kadın popülasyonunda düşük meme kanseri riskiyle bağlantılıdır (40,41).

Yapay Işık Maruziyeti: Gece vardiyasında çalışma ve yapay ışığa maruziyet, sirkadiyen ritmi bozarak endokrin sistemde düzensizliklere ve melatonin eksikliğine dolayısıyla epigenetik modifikasyonlara neden olabilmektedir (17,42). Yapay ışık maruziyetindeki yükselişin meme kanseri riskini artırabileceği tespit edilmiştir (17,43).

İşlenmiş Gıda Tüketimi: DSÖ tarafından, yüksek düzeyde işlenmiş et tüketimi sadece gastrointestinal kanserlerle değil, aynı zamanda meme kanseri riskiyle de ilişkili olarak Grup 1 kanserojen kategorisinde sınıflandırılmıştır. Aşırı doymuş yağ alımıyla da benzer bulgular elde edilmiştir (43,44). Buna karşın, sebze, meyve, baklagiller, tam tahıllar ve yağsız protein bakımından zengin beslenme, meme kanseri riskinde azalmayla bağlantılıdır (44,45).

Kimyasallara Maruz Kalma: Uzun süreli kimyasal maruziyeti olan kadın popülasyonunda pro-karsinojenik süreçler tetiklenerek meme kanseri riski belirgin derecede yükselmektedir (46,47). Kanser gelişim riski maruziyet süresiyle doğru orantılıdır (47). Bu konuda en çok suçlanan kimyasallar östrojen benzeri etki gösterenlerdir (48,49). Özellikle diklorodifeniltrikloroetan ve poliklorinated bifenil gibi kimyasallar pro-karsinojenik olarak değerlendirilmekte ve meme kanseri üzerinde en fazla araştırılan maddeler arasında yer almaktadır (48,49).

2.6. MEME KANSERİNDEN KORUNMA YÖNTEMLERİ

2.6.1. Birincil Korunma

Meme kanserinde primer korunma, hastalığın gelişimine neden olan risk faktörlerinin eliminasyonu ve toplumsal bağışıklık sisteminin güçlendirilmesini kapsamaktadır (47-79). Obeziteyle mücadele, çocuklara sigara ve alkol kullanımını engelleyici okul tabanlı eğitimlerin verilmesi, hormon içeren ve genetiği modifiye edilmiş gıdaların üretiminin engellenmesi, meme kanserine karşı temel korunma stratejilerine örnek teşkil etmektedir (49,50).

2.6.2. İkincil Korunma

Sekonder korunma stratejileri, hastalığın biyolojik başlangıç gösterdiği fakat henüz klinik belirti ve bulguların ortaya çıkmadığı dönemde, hastalığın erken tanı alarak tedavi edilmesini ve mortalite oranlarının düşürülmesini hedeflemektedir (49). Kanser tarama programları buna örnek teşkil etmekte ve genellikle hastalığa yakalanma riski yüksek olan popülasyonları hedeflemektedir (49,51). Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi gibi tarama metodları, meme kanserinde sekonder korunma örnekleridir. Mamografi, meme kanserine bağlı mortalite oranlarının azaltılmasında etkin olurken, KKMM ve KMM gibi metodlar, toplumsal meme kanseri farkındalığını yükseltmektedir (40).

2.6.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Yapılan araştırmalar KKMM'nin meme kanserine bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasında doğrudan etkisi bulunmasa da meme kanserinin erken saptanmasına katkı sağlayan bir metod olduğunu göstermiştir (49,50). Eğitimi ve uygulanması kompleks olmayan, düşük maliyetli, kişisel mahremiyetin korunduğu güvenilir bir yöntemdir. Birey kendi meme dokusunun yapısını tanıyarak gelişebilecek değişiklikleri daha erken saptayabilmekte ve bu sayede sağlık kurumuna daha erken müracaat etmektedir (51,52). Yirmi yaşından itibaren tüm kadınların yaşam boyu ayda bir kez KKMM uygulaması tavsiye edilmektedir. KKMM için optimal zaman reproduktif çağıdaki kadınlar için menstrüasyon bitiminden sonraki ilk gün, menopozdaki kadınlar için ise her ayın belirlenmiş günüdür (49-53).

2.6.2.2. Klinik Meme Muayenesi

Uzman doktorlar veya eğitimli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen anamnez ve fizik muayeneyi içermektedir. Yılda bir kez uygulanması tavsiye edilmektedir (3,49). Kadınlara meme kanserinin karakteristiklerini, risk faktörlerini, semptomlarını ve erken tanı için yapılabilecekleri anlatmada sağlık personeline olanak sağlar (16,17).

2.6.2.3. Mamografi

Mamografi, X ışını teknolojisi kullanılarak meme dokusunun görüntülenmesini sağlayan radyolojik bir tekniktir. Ülkemizde ve global düzeyde meme kanseri taramasında kullanılan altın standart metottur. Meme kanserinin erken dönemde saptanmasını sağlayarak meme kanserine bağlı mortalitede azalma sağladığı kanıtlanmıştır (3,53-54). Mamografi, asemptomatik hastalarda palpe edilemeyen 1 cm'den küçük boyuttaki kanserleri saptayabilme kapasitesi sayesinde, kanseri in situ duktal karsinom aşamasında tespit etme imkanı sunmaktadır. Mamografinin sensitivitesi, 50 yaş üzeri kadın popülasyonunda 40-49 yaş grubuna göre daha yüksektir. Bunun yanında, yağlı meme dokusuna sahip kadınlarda sensitivitesi oldukça yüksektir (5,55). Ülkemizde uygulanan Meme Kanser Tarama Protokolü'ne göre tarama mamografisi, yüksek risk grubunda bulunmayan asemptomatik kadın popülasyonunda 40-69 yaş aralığında 2 yılda bir uygulanması tavsiye edilmektedir (3,4).

2.6.2.4. Ultrasonografi

Ultrasonografi, memede solid-kistik lezyon ayrımında, lezyon karakterizasyonunda, ek lezyon varlığının araştırılmasında ve biyopsiye kılavuz metod olarak kullanılmaktadır (54,55). Özellikle mamografinin ayırıcı tanıda yetersiz kaldığı dens meme dokusuna sahip hastalarda ultrasonografi tarama açısından klinisyene rehberlik etmektedir (54).

2.6.2.5. Manyetik Rezonans Görüntüleme

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ağırlıklı olarak yumuşak dokuları görüntülemeye kullanılan, radyasyon içermeyen, yüksek maliyetli bir görüntüleme yöntemidir. BRCA gen mutasyonu saptanan kadın popülasyonuna, 25 yaşında MRG ile tarama başlanması ve 30 yaşından itibaren bu taramaya mamografinin eklenmesi önerilmektedir. Bunun yanında, önceden meme kanseri öyküsü bulunan ve dens meme dokusuna sahip bireylere de yıllık MRG taraması uygulanması tavsiye edilmektedir (54,55).

2.6.3. Üçüncül Korunma

Tersiyer korunmada, hastalık bulguları gelişkten sonra hastalığın tedavisi, komplikasyonların önlenmesi, sağkalım süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin korunması hedeflenmektedir (56,57). Hastalık gelişen bireylerin yeniden sağlığına kavuşması için yapılan müdahaleleri kapsar (57,58).

2.6.4. Dördüncül Korunma

Kuaterner korunma, tıbbın temel prensiplerinden biri olan "primum non nocere" ilkesine dayanarak, bireylerin gereksiz tıbbi müdahalelerden ve tedavilerden korunmasını hedefler.

Kuaterner korunmanın amacı, endikasyon dışı invaziv işlemler, gereksiz ilaç kullanımı, yanlış rehabilitasyon metodları ve klinik kanıta dayanmayan taramalar gibi gereksiz uygulamalardan hastaları korumaktır (56,57).

2.7. MEME KANSERİ TARAMASI

Meme kanseri, global düzeyde olduğu gibi ülkemizde de kadın popülasyonunda en sık rastlanan kanser türlerinden birini oluşturmaktadır. Hastalığın erken dönemde saptanması, tedavi sürecindeki başarı oranını belirgin derecede yükseltmektedir. Bu sebeple, düzenli tarama protokollerinin uygulanması ve kadınların bu protokollere katılımı kritik önem taşımaktadır. Ülkemizde meme kanseri tarama hizmetleri, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) vasıtasıyla ücretsiz olarak sunulmaktadır (58). KETEM kapsamında 40-69 yaş grubundaki kadınlara, iki yıllık periyotlarla mamografi tetkiki önerilmektedir. Bu tarama programları, semptom göstermeyen fakat erken dönemde saptanabilecek meme kanseri olgularının tespit edilmesini sağlamaktadır. 2018 yılında ülke genelinde yaklaşık 2.5 milyon kadına meme kanseri tarama uygulanmış ve 102 bin bireye ileri tetkik önerilmiştir. Bunun yanında, her yıl yaklaşık 15.000 kadına meme kanseri tanısı konulmaktadır (59).

2.8. AİLE HEKİMLERİNİN ROLÜ

Aile hekimleri, toplumun sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştıran ve önleyici sağlık uygulamalarında kritik rol oynayan sağlık profesyonelleridir. Meme kanseri tarama programları hakkında farkındalık yaratmak, bireyleri periyodik kontroller konusunda bilgilendirmek ve artmış risk grubundaki bireyleri yönlendirmek, Aile Hekimlerinin temel sorumluluklarındandır. Özellikle kırsal alanlarda ikamet eden kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları daha düşük olabildiğinden, Aile Hekimleri bu bireylerin KETEM benzeri tarama merkezlerine yönlendirilmesinde hayati rol üstlenmektedir (3,60). Bunun yanında, Aile Hekimleri kadınlara KKMM yapmayı öğretmekte ve meme sağlığı hakkında bilinç yaratmaktadır. Kadınların düzenli tarama alışkanlığı edinebilmesi için sağlık kayıtlarının takibi, gerekli hatırlatmaların yapılması ve erken tanının önemi hakkında bilgilendirme yapılması, aile hekimleri tarafından gerçekleştirilen önemli uygulamalar arasındadır (60,61). Erken tanının hayat kurtardığı gerçeği dikkate alındığında, meme kanseri tarama programlarına katılımın yükseltilmesi, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve başta aile hekimleri olmak üzere sağlık çalışanlarının bu süreçte aktif şekilde rol alması büyük önem taşımaktadır.

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

İnsanın hayatı boyunca ortaya koyduğu her türlü eylem ve faaliyet davranış olarak adlandırılır (62). Sağlık davranışı, kişinin sağlıklı durumunu sürdürebilmek adına yaptığı bütün faaliyetleri ve hastalıklardan korunma amaçlı sergilediği tutumları içerir (62,64). Kısacası sağlıklı yaşam biçimi davranışları, insanların fiziksel, toplumsal ve psikolojik sağlıklarını muhafaza etmeye dönük bilinçli kararları ve rutinleri olarak tanımlanır. Söz konusu davranışlar periyodik fiziksel hareketlilik, dengeli beslenme modeli, stres kontrolü, olumlu sosyal bağlar kurma ve sigara/alkol benzeri zararlı maddelerden sakınmayı kapsar (62,65). Sağlıklı yaşam tarzı pratiklerinde kişi, sağlık durumunun muhafazası ve iyileştirilmesinde sorumluluk almak, uygun ve dengeli beslenmek, stresle mücadele etmek, periyodik spor yapmak, spiritüel gelişim ve sosyal etkileşimlerden sorumludur (64). Optimal sağlık için var olan risk unsurlarının belirlenerek bunlara yönelik bir eğitim stratejisi oluşturulması zorunludur. Tasarlanan sağlık eğitimi programı, kişilerin davranış modellerinde değişim sağlayarak ve kişiye özel bakım sunarak var olan tehlikeleri minimize etmeyi veya tamamen yok etmeyi hedefler (65).

2.9.1. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlık durumunu muhafaza etmek için gayret göstermesi, sağlık durumunu iyileştirme hususunda kendisine düşen yükümlülükleri kavraması ve bunları uygulamasıdır (66). Bu kavram, bireyin sağlık konusundaki hassasiyetini ve sağlık durumuna verdiği önemi gösterir. Sağlıkla bağlantılı alanlarda kendini geliştirmek, bilimsel çalışmaları periyodik olarak izlemek, güncel bilgilere açık durmak, vücudunu iyi tanımak, öz gözlem yapmak, medikal kontrolleri tavsiye edilen aralıklarla gerçekleştirmek, mevcut durumunun bilincinde olmak ve anormal durumlarda sağlık merkezine müracaat etmek benzeri tutum ve davranışlar bireyin sağlığına değer verdiğinin kanıtıdır (67). İnsanlar kendi sağlık durumlarını gözetmeli ve korumaya dikkat etmelidirler. Böyle olmadığı takdirde sağlık hizmeti sunumu aksamaya uğrar ve güçleşir. Kişilere aşıl原因an sağlık sorumluluğu farkındalığının bireysel sağlığa olumlu katkı sağlamasının yanında toplumsal sağlık seviyesini de iyileştirdiği tespit edilmiştir.

2.9.2. Beslenme

İnsan yaşamının en temel gereksinimlerinden biri olan beslenme, intrauterin dönemdeki fetüsün sağlığından başlayarak yaşlılık dönemindeki kişinin sağlığına dek bütün yaş kategorilerini etkileyen kritik bir meseledir. Beslenme; büyüme, gelişme, günlük enerji ihtiyacını giderme, işlevsel açıdan yeterli olan ve bu durumu sürdüren bir vücuda sahip olma,

zinde ve sağlıklı kalma amacıyla gıdalardan faydalanmadır. Hayati işlevlerin sürdürülmesi için enerjiye, enerji üretimi için de besine ihtiyaç vardır. Sağlıklı beslenme; gıdaların üretim, hazırlık, pişirme ve saklama aşamalarında sağlığa zarar verecek bir faktör oluşmamasına özen göstererek faydalı gıdaları seçip kullanmaktır (67,68).

Sağlıklı beslenme için sebze ve meyvelerin sezonunda taze halde kullanılması tavsiye edilir. Yeterli ve dengeli beslenme modeli, sağlıklı beslenmenin en önemli unsurudur. Bireyin yaşına, cinsiyetine, boy-kilosuna, fiziksel hareketliliğine uygun olarak gıdaları gerekli miktarlarda ve doğru zamanlarda alması yeterli ve dengeli beslenme olarak ifade edilir (68,69). Yeterli ve dengeli beslenme modelinin büyüme-gelişmeyi olumlu yönde etkilediği, hastalıklara karşı direnci güçlendirdiği kanıtlanmıştır.

Yeterli ve dengeli beslenme için ilk olarak bireyin ihtiyaçları gözetilerek günlük alması gereken kalori değeri tespit edilmelidir. Günlük enerji harcaması %45-60 oranında karbonhidratlardan, %10-20 oranında proteinlerden ve %25-35 oranında yağlardan sağlanmalıdır. Basit şekerler yerine kompleks karbonhidrat kaynakları seçilmeli, şeker, tuz ve yağ alımı sınırlandırılmalı, vitamin-mineral desteği açısından sebze-meyve alımına dikkat edilmeli ve yeterli miktarda su tüketilmelidir (68-70).

DSÖ sağlıklı beslenme hususunda rehber niteliğinde beş öneri ortaya koymuştur: gıda tüketiminde çeşitlilik yaratmak, sebze-meyve alımını öncelemek, tuz ve şeker alımını sınırlandırmak, yağ alımını makul düzeyde tutmak, bebeklerin 2 yaşına dek anne sütü alması (71). Anne sütü alımının, bebeğin sağlıklı gelişimini ve zihinsel gelişimini desteklemesi, obezite olasılığını azaltması, immün sistemi kuvvetlendirmesi, ileri dönemlerde bazı bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimini engellemesi gibi uzun dönemli faydaları vardır.

Sentetik gıda boyaları, işlenmiş şeker ve karbonhidrat alımındaki yükseliş, kimyasal koruyucu ve katkı içeren gıdaların tüketimi sağlık sorunlarını artırmıştır. Bilhassa pediatrik popülasyonda davranışsal sorunlara ve IQ skorunda düşüşe yol açmaktadır (70-72).

Gerçekleştirilen çalışmalar, az miktarda sebze, meyve ve kepekli tahıl tüketiminin veya fazla miktarda tuz alımının dünya genelindeki hastalık yükünün büyük bölümünü meydana getirdiğini göstermiştir (73).

Küresel hastalık yükünün büyük kısmı, yetersiz beslenme ve düşük fiziksel hareketlilik sonucu ortaya çıkan metabolik sendrom kaynaklıdır. Metabolik sendrom, santral obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve glukoz veya insülin metabolizması bozukluğu gibi multiple bozuklukların bir arada bulunmasıyla tanımlanır. Diyabet, kardiyovasküler patolojiler,

malignite ve kronik akciğer hastalıkları benzeri bulaşıcı olmayan hastalık gelişme olasılığının metabolik sendrom varlığında arttığı gösterilmiştir. Sağlıklı beslenme pratiği, hastalıklardan korunmada diğer SYBD'ler kadar kritiktir. Modifiye edilen beslenme pratikleri ve artırılan fiziksel hareketlilik sayesinde Tip 2 diyabet insidansında %30-50 düzeyinde azalma sağlanabileceği çalışmalarla ortaya konmuştur (73,74).

Toplumsal sosyoekonomik kalkınma ve refah, o toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı yaşam sürmesiyle yakından bağlantılıdır. Bireysel ve toplumsal sağlığın temelinde yeterli ve dengeli beslenme bulunur. Arzu edilen yaşam standardına erişmek için bütün birey ve toplulukların beslenme bilincinin geliştirilmesi ve sağlıklı beslenmenin yaşam biçimi haline getirilmesi zorunludur (75). Çağımızda beslenmedeki iyilik durumunun; kültürel unsurlar, ekonomik kalkınma, serbest piyasa, küreselleşme, gıda üretim ve dağıtım şartları, gıda endüstrisi ve teknolojisindeki ilerlemelerle kişisel tercihlerdeki değişim, iklimsel değişiklikler ve şehirleşme benzeri çok sayıda faktörün tesiri altında bulunduğu tespit edilmiştir.

2.9.3. Fiziksel Aktivite

DSÖ fiziksel aktiviteyi, organizmanın iskelet kas sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan enerji harcanması gerektiren beden hareketleri olarak ifade eder (76,77). Fiziksel aktivite; vücuda uygun biçimde gerçekleştirilen programlı ve devamlı hareketlerdir (77). Sportif faaliyetler ve egzersizlerin yanında merdiven kullanma, yürüme, ev işleri, oyun aktiviteleri, beslenme ve hijyen aktiviteleri benzeri günlük yaşamı idame ettirmek için gerçekleştirilen birçok faaliyet fiziksel aktivite kapsamına girer (77,78).

Çağdaş iletişim teknolojileri, ulaşım sistemleri ve hayatı basitleştiren teknolojik yenilikler nedeniyle insanların yaşamı kolaylaşmakla beraber, sedanter yaşam tarzı ve fiziksel hareketlilikte azalma da ortaya çıkmaktadır. Günlük aktivitelerle fiziksel hareketliliğin birleştiği yaşam tarzı, aktif yaşam olarak adlandırılır. Günde en az 30 dakika hızlı yürüme veya koşma, bisiklet kullanımı, asansör yerine merdiven kullanımını tercih etme ve ev işlerini yapma yoluyla aktif yaşam devam ettirilebilir. Bunun tersi durumda hareketsiz yaşam modeli gelişecektir. Hareketsiz yaşam modeli, sağlığı olumsuz yönde etkileyerek obezite, diyabet, çeşitli kanser formları, osteoporoz, kardiyovasküler patolojiler benzeri çok sayıda hastalığın gelişme olasılığını artırır (79).

Egzersiz bütün yaş kategorileri için tavsiye edilir. Periyodik olarak uygulanan, sağlık durumu, yaş ve cinsiyete uygun programlanan fiziksel hareketliliğin, kardiyovasküler patoloji, inme ve diyabet benzeri önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde son

derece kritik rol üstlendiği kabul edilir. Kemik dokusunu kuvvetlendirerek osteoporoz ve travmatik kemik kırığı gelişme olasılığını azaltır. Kas dokusunu geliştirir, kolesterol değerlerini optimize eder (80). Kilo yönetimini sağlar. Ağır enfeksiyon olasılığında azalma sağlamanın yanında mortaliteyi azaltır. Uyku sorunlarını ve stresi minimize ederek immün sistemi kuvvetlendirir (81,82). Bazı kanser formlarına karşı koruyucu olmasının yanında kişinin kendini daha dinamik hissetmesini ve rahat olmasını sağlayarak yaşam standardını yükseltir (83). Bunun yanında demans başlangıcında gecikme ve mental sağlığın optimize edilmesiyle de bağlantılıdır (84).

Fiziksel hareketliliğin seviyesi de sağlık yönünden kritiktir. Haftalık 2000 kcal enerji harcaması sağlayan periyodik egzersizin yaşam süresini 1-2 yıl uzattığı çalışmalarla ortaya konmuştur (84,85). Egzersizin şiddeti ve süresine göre immün sistem üzerindeki etkileri pozitif veya negatif olabilir (85,86). Orta şiddetteki egzersiz immün sistemi kuvvetlendirirken, aşırı yoğun ve uzun süreli egzersizler bilhassa obez kişilerde oksidan üretiminde artışa yol açarak immün sistemi zayıflattığından risk oluşturur (87).

2.9.4. Manevi Gelişim (Tinsellik)

Spiritüel gelişim, kişinin yaşamın anlamını, kendisi, başka insanlar ve kozmos ile olan bağı, evrendeki konumunu ve varoluşun ötesindekini kavrama ve kabullenme gayretidir (85,90). Ellison tinselliği 'ruh ve bedene etki etmenin yanında bunlardan da etkilenen bütünleştirici bir kuvvet' olarak ifade etmiştir (88). Spiritüalizm ve din terimleri genellikle eş anlamlı kullanılsa da gerçekte bu iki terim arasında ayrımlar vardır. Spiritüalizm, dini pratikleri kapsasa da daha geniş kapsamlıdır. Dini görüş ve inançları ne olursa olsun, dini pratikleri uygulayıp uygulamadığına bakılmaksızın bütün insanların spiritüel bir yönü vardır. Bu spiritüel yön, kişilerin hayatlarında acı, keder, sağlık, hastalık ve ölüm benzeri durumlar için anlam keşfetmesini mümkün kılar (88,89).

Spiritüalizminin sağlıkla bağlantısını inceleyen araştırmalar, çoğunlukla spiritüel pratiklerin kişileri zararlı alışkanlıklardan koruduğunu ve onları doğal biçimde sağlıklı yaşama sevk ettiğini, spiritüel yönü kuvvetli kişilerin fiziksel, toplumsal, emosyonel yönden daha sağlıklı olduklarını ortaya koymuştur (90). Bunun yanında gerçekleştirilen çalışmalarda kişinin hayatına olumlu katkı sağlayarak huzurlu yaşamasına olanak tanıyan spiritüel değerlerin, kişinin maruz kaldığı stres ve anksiyete seviyesinde azalma yaratarak sağlığın muhafazası ve optimize edilmesinde pozitif katkıları olacağı belirtilmiştir (90,91).

Kişilerin spiritüel değerlerinin, bireylerin kendilerine uygulanacak medikal müdahaleleri tercih etmesinde etkili olma ihtimali ve hastalık veya hastalıkların tedavi döneminde güç kaynağı olarak kullanılabilme kapasitesinin bulunması sebebiyle spiritüalizme sağlık hizmetlerinde son derece kritiktir (92). Spiritüalizminin sağlık üzerindeki tesirinin değerlendirilmesi zor olmakla beraber spiritüalizme; ağrıyı minimize ederek psikolojik ve fizyolojik olarak iyilik halini güçlendirir (92,93). Bunun yanında spiritüalizminin kişilerin sağlık ve hastalık tutumlarını değerlendirme hususunda, değişimlere adaptasyon sağlamalarında, sorunların üstesinden gelme kapasitelerinde, iyileşme beklentisi ve gücü keşfetmelerinde pozitif tesiri olduğu tespit edilmiştir (94). Spiritüel başa çıkma stratejilerinin birçok kronik patolojiyle bilhassa bazı kanser formlarıyla mücadelede pozitif katkı yaptığı çalışmalarla gösterilmiştir (95,96).

2.9.5. Kişiler Arası İlişkiler

İnsanlar sosyal canlılar olmaları sebebiyle başka insanlarla bağ kurmaları ve etkileşim halinde olmaları kaçınılmaz bir ihtiyaçtır (97,98). Kişiler arası bağ, kişilerin başka bireylerle olan bağlarında yaşadıkları hisleri, düşünce modellerini ve davranış kalıplarını içerir. Minimum iki birey arasında oluşan, farklı ihtiyaçlardan doğan ve yüzeysel tanışıklıktan yakın ilişkiye kadar değişik seviyelerde deneyimlenen karşılıklı etkileşim olarak ifade edilebilir (98). Bir kişinin başka bireylerle nasıl bağ kurduğu, etkileşimde olduğu kişilere kendini anlatış biçimi ve yaklaşım modeli kişiler arası bağ modelini meydana getirir (97,98).

İnsanlar gündelik hayatta değişik biçimlerde kurdukları bağlardan hem etkilenir hem de karşıdaki kişiyi etkiler (98,99). Kişi bu bağlar vasıtasıyla çevresinden edindiği geri dönüşler aracılığıyla güçsüz ve güçlü taraflarını keşfederek kendini geliştirir (100). Kişiler arası bağlar; mutlu, üretken ve etkili bir birey olmadıkça, iç huzuru keşfetmede, başarıya erişmede kritik rol üstlenir (94,95).

Kişiler arası bağları kuvvetli olan kişilerin sosyal sorumluluk farkındalıklarının, empati ve sosyal becerilerinin daha ileri düzeyde olduğu, özgüvenlerinin daha fazla olduğu, karşılaştıkları sorunlara çözüm merkezli ve tarafsız biçimde yaklaşabildikleri ve daha etkili problem çözme yeteneğine sahip oldukları tespit edilmiştir (99). Kişinin sosyal bağlarının kuvvetli olması, fiziksel ve mental sağlığının optimal olmasına destek sağlar (100,101). Kaliteli ilişkiler, sağlıklı tutumları gerçekleştirmesi ve bunları devam ettirmesi için kişilere etkili olabilecek destekler sunar (102).

Gerçekleştirilen çalışmalar cinsiyet, yaş, sağlık durumu ve mortalite nedeni benzeri değişkenlerden bağımsız biçimde sosyal bağların kuvvetli olmasının sağkalımda yükseliş sağladığını ortaya koymuştur (103). Çalışmalar, yakın bağları bulunan kişilerin kardiyovasküler patolojilere daha az yakalandıklarını ve immün sistemlerinin daha kuvvetli olduğunu göstermiştir (104,105).

Sosyal destek yetersizliği bulunan kişilerin kendilerini daha izole hissetmeleri muhtemeldir. Kişiler arası bağlar yeterli seviyede bulunmadığında mental sağlığın negatif etkilendiği tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen çalışmalar depresyon ve anksiyete bozukluğu deneyimleyen kişilerin sosyal bağlarının, sağlıklı kişilere göre daha negatif olduğunu göstermiştir (97). Bunun yanında sosyal bağları güçsüz kişilerin ileri yaşlardaki işlevselliğinde düşüş görülmesinin yanında demans gelişiminde artış tespit edilmiştir. Sosyal izolasyon yaşayan kişilerde mortalite olasılığı yükselir (98).

2.9.6. Stres Yönetimi

Kişinin herhangi bir güçlük veya tehdit karşısında ortaya koyduğu içsel yanıt stres olarak ifade edilir (107,108). Stresin çok sayıda sebebi bulunmakla beraber temelde üç ana faktör vardır: psikolojik (emosyonel güçlükler vb.), sosyal (sosyokültürel seviye, çevresel unsurlar vb.) ve fizyolojik (travma, sıcaklık, soğukluk vb.) faktörler (108). Organizma stresle yüzleştğinde 3 dönem gözlemlenir. Strese yol açan unsurun tespit edilip organizmanın tedbir almaya ve yanıt vermeye başladığı dönem "alarm dönemi", strese karşı uygun şartlarda organizmada gelişen direnç dönemi "direnme dönemi", stresle mücadele edilemeyen ve patolojilere açık duruma gelinecek dönem "tükenme dönemi" olarak adlandırılır (109).

Stresin pozitif yönünden değerlendirilirse kişiyi motive ederek harekete geçmesini ve olaylara karşı dikkatinin yükselmesini sağlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde uygun düzeydeki kontrollü stres gerçekte yaşamın sürdürülmesi, yaşam standardının yükselmesi ve sorunların çözümlenmesi için gereklidir (110).

Stres kontrol altında bulunmadığında, kişiye zarar vermeye başlar. Stres durumunda organizmada stres hormonları (kortizol, adrenalin vb.) salgılanır. Kalp ritim hızlanır, tansiyon yükselir, metabolizma hızlanır, solunum frekansı yükselir ve kaslar gerginleşir; organizma hareket için hazırlanır. Stres, pupilla dilatasyonu yapar, glisemi değerini yükseltir, vücut ısısının dengelenmesi için terleme meydana gelir, organizmadaki bu yanıtlar kişinin vücudunu uyanık tutar (110).

Stres uzun süre devam ederse, kronikleşerek organizmada hücresel, organ ve sistem seviyesinde hasara yol açar ve bu hal kronik patolojiler için risk unsuru oluşturur. Kronik stres, aşırı düzeyde olduğunda ve kontrol edilemediğinde diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler patolojiler ve erektil disfonksiyon benzeri durumlara risk unsuru olarak değerlendirilir. Kronik stres bunun yanında beyinde atrofiye yol açabilir ve beyin kütlelerinde azalmaya neden olabilir. Strese bağlı bu modifikasyonlar, stres seviyesine ve strese maruz kalma süresine göre farklılık gösterir (110,111).

Stres kontrolü, stresle mücadele etmek ve yaşam standardını yükseltmek için var olan durum veya bu duruma gösterilen yanıtlarda modifikasyon oluşturabilmek olarak ifade edilir. Her kişinin strese karşı yanıtının değişik olması gibi, stres kontrol biçimi de kişiye özgüdür. Gerilim yaratan faaliyetlerden kaçınmak, sosyal etkinliklere dahil olmak, mental düzenleme ve transformasyon, meditasyon, gevşeme metodları, fiziksel egzersizler, dua ve ibadet stres kontrol metodları olarak değerlendirilebilir (110).

Braham'ın geliştirdiği DKBY modeli kişisel stresle mücadelenin alternatif bir metodudur. Bu modelde D; değiştir (Olanaklıysa stres yaratan negatif durumu modifiye etmek veya elimine etmek), K; kabul et (Modifiye edilemeyen durumu kabullenip ona uygun davranmak), B; boş ver (Duruma perspektifi değiştirerek değişik bir anlam yüklemek), Y ise yaşam modelini yönet (beslenme, egzersiz, emosyonel destek vb. metodlarla, ileriki dönemlerde stres yaratacak faktörleri elimine etmek) anlamındadır (94).

2.9.7. Aile Hekimliği'nde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Yeri ve Önemi

Aile hekimliğinin ana alanlarından birisi koruyucu tıptır. Kişilerin sağlıklı yaşam sürdürmelerine dönük gayretler, hastalık gelişimindeki risk unsurlarının ortadan kaldırılması, tarama ve erken tanı pratikleri, hastalıkların yaşam standardı üzerindeki negatif tesirlerinin minimize edilmesi veya elimine edilmesi, sağlık müdahalelerinin kişiler üzerindeki negatif tesirlerini göz önünde bulundurarak hareket etme, bunun yanında kişilerin sağlık hususundaki hatalı bilgi ve tutumlarını düzeltmek için danışmanlık ve sağlık okuryazarlığını geliştirmeye dönük bütün süreçler, koruyucu tıbbın çerçevesini meydana getirir.

Bütün doktorlar, değişik seviyelerde koruyucu tıp pratikleri uygularken, aile hekimleri bu alanda ihtisaslaşmış sağlık profesyonelleridir. Kayıtlı popülasyonun sağlık ve iyilik durumlarını muhafaza etmek veya optimize etmek için gerçekleştirdikleri müdahaleler, kişilerin sağlıksız alışkanlıklarını terk etmelerine ve sağlıklı yaşam modellerini içselleştirmelerine destek olacaktır (112).

Sağlıklı yaşam modeli, kişilerin sağlık durumlarını etkileme potansiyeli olan tutumlarını yönetebilme kapasitesi ve gündelik faaliyetlerini organize ederken sağlık durumlarına uygun tercihleri yapabilmesi olarak ifade edilmiştir. Bu tutumları rutin haline getiren kişi, sağlıklı olma durumunu muhafaza edebildiği gibi, sağlık durumunu daha optimal seviyeye çıkarabilir. Bunun yanında, kronik patolojilerin engellenmesi, bu patolojilerin varlığında yaşam standardının optimize edilmesi ve sağlıklı yaşlanma dönemlerinde de sağlıklı yaşam modeli davranışlarının kritik önemi vardır (113).

Bu davranışların kazandırılması, çoğunlukla aile ve toplum seviyesinde atılan başlangıç adımlarla başlar, sonrasında eğitim vasıtasıyla farklı modifikasyonlar gösterir. Kişilerin sağlık durumlarının muhafazası ve optimize edilmesi, sağlık profesyonellerinin en kritik yükümlülükleri arasındadır. Sağlık profesyonellerinin ana görevlerinden birisi, sağlıklı veya hasta kişilere sağlıklı yaşam modeli davranışlarını aşılamdır.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Hasta Seçimi ve Verilerin Toplanması:

Çalışmamızda İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İstanbul Bağcılar Demirkapı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 20-69 yaş arası kadınlardan basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilip, çalışmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran 410 kişi çalışmaya alındı. Çalışmaya katılmayı isteyen kişilerle yüz yüze iletişim kurularak, demografik bilgileri içeren anket, sağlıklı yaşam biçimi davranışları II Ölçeğini içeren anket formu aracılığıyla veri toplama işlemi yapılmıştır. Çalışmamız prospektif gözlemsel bir çalışmadır. Çalışmamız için Bezmiâlem Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 17.10.2024 tarih ve Karar No:0125 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya 20-69 yaş arası kadın hastalardan gönüllü olup anket formu eksik olmayan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğini tam olarak dolduranlar dahil edilecektir. 20 yaş altı ve 69 yaş üstü kişiler ile çalışmaya katılmak istemeyen ayrıca anketlerin hepsini tam doldurmayan kişiler çalışma dışı bırakılacaktır.

Çalışmaya katılan kişiler yaş gruplarına göre 20-29, 30-39, 40-49, 50 Yaş ve Üzeri olarak beş gruba ayrıldı ayrıca eğitim durumları, medeni durumları, VKİ, kontrasepsiyon yöntemlerine, meme kanseri öykülerine göre ayrı ayrı sınıflandırılmıştır. Kişilerin SYBD puanları hesaplanıp demografik özelliklerin ile karşılaştırılmıştır.

3.2. İstatiksel Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin analizi SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde, nicel değişkenler için ortalama, medyan ve minimum maksimum değerler şeklinde verildi. Normallik testi için Shapiro wilk test istatistiği kullanıldı. Kategorik veriler için çapraz tablolar kullanılıp gruplar arası ilişki için Pearson Ki Kare analizi yapıldı. Sürekli değişkenlerde normal dağılım gösteren veriler için iki grup arası fark testi olarak Student t testi, normal dağılım göstermeyen iki grup arası fark için Mann-whitney u testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerde normal dağılım gösteren veriler için ikiden fazla grup arası fark testi olarak Anova testi, normal dağılım göstermeyen ikiden fazla grup arası fark için Kruskal walls testi ve çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi ile çoklu karşılaştırma testi kullanıldı. Normal dağılmayan değişkenlerin birbiri ile olan ilişkileri için

Spearman's rho korelasyon analizi yapıldı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

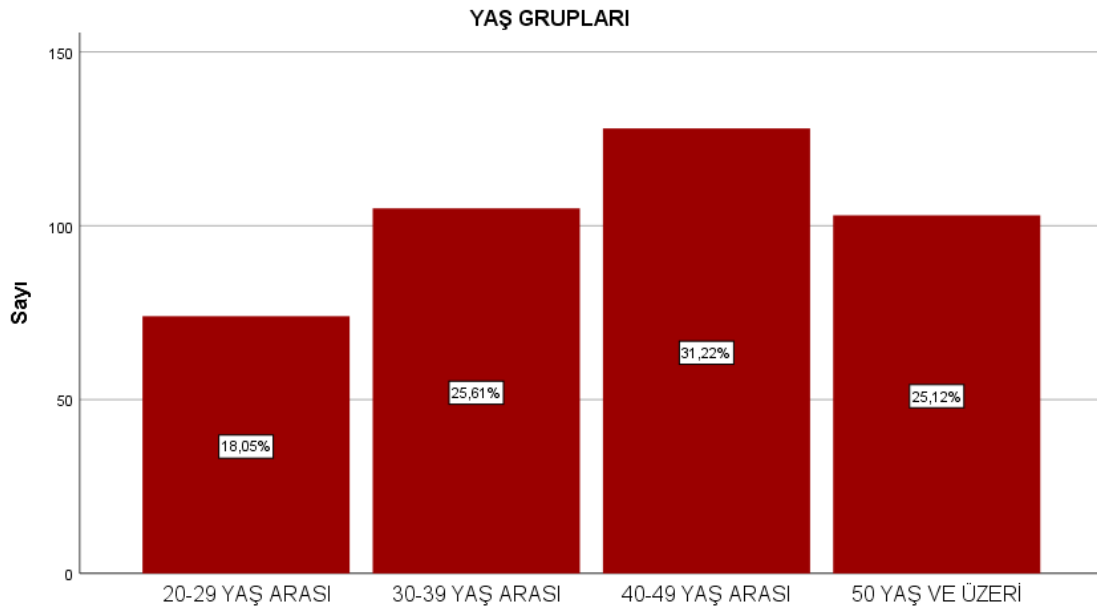
Tablo 1: Demografik Bulgular

Yaş	Min.-Maks. (Medyan)	Ortalama±St. Sapma	P Değeri
	20-65 (41)	41.39±11.20	<0.001*
Yaş Grupları		N (%)	
20-29 Yaş Arası		74 (18.0)	
30-39 Yaş Arası		105 (25.6)	
40-49 Yaş Arası		128 (31.2)	
50 Yaş ve Üzeri		103 (25.1)	
		410 (100)	

*Shapiro Wilk Normallik Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Çalışmaya dahil olan kadınların minimum yaşı 20 maksimum yaşı 65’dir. Katılımcıların ortalama yaşı 41.39±11.20 yıldır. Kadınların %18’i 20-29 yaş arasında, %25.6’sı 30-39 yaş arasında, %31.2’si 40-49 yaş arasında ve %25.1’i 50 yaş ve üzerindedir. Yaş değişkeni normal dağılıma uygun dağılım göstermemiştir ($p<0.05$)

Şekil 1: Yaş Gruplarının Dağılım Grafiği

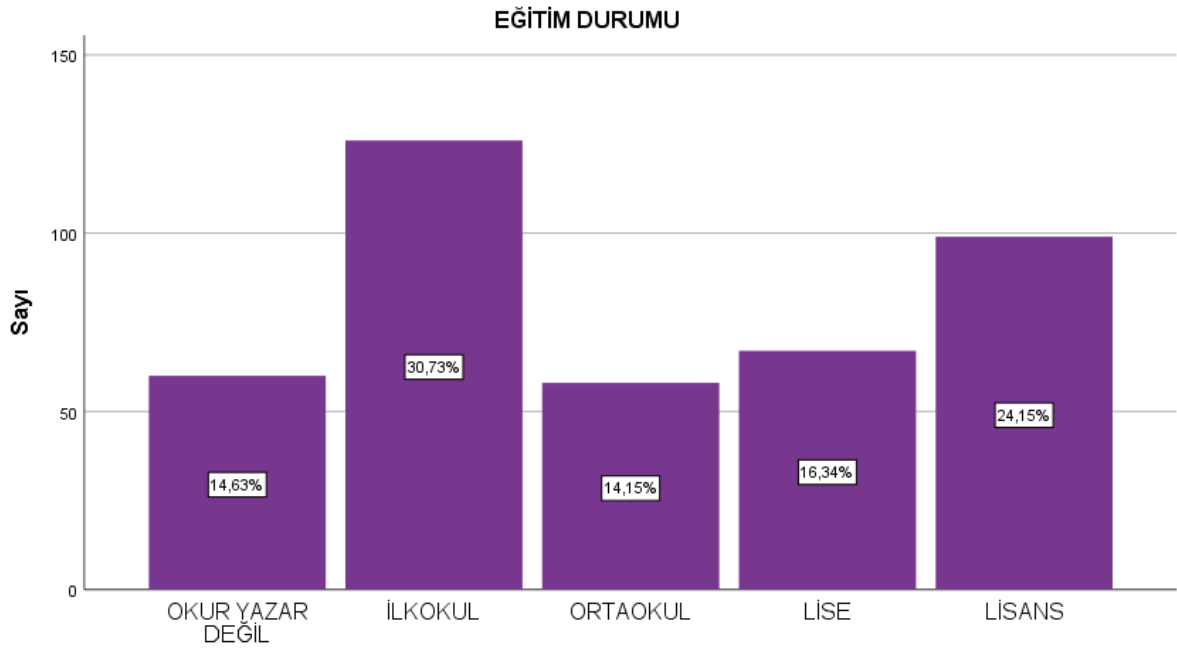


Tablo 2: Kadınların Eğitim ve Medeni Durum Dağılımı

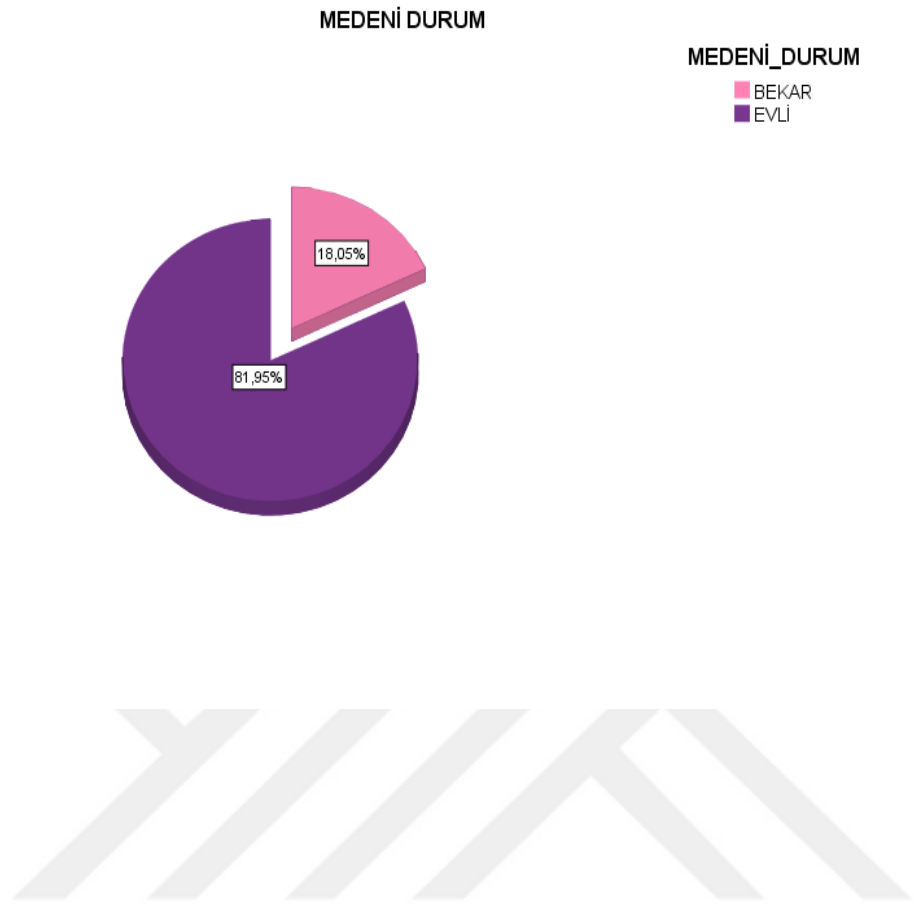
Eğitim Durumu	N (%)
Okur yazar değil	60 (14.6)
İlkokul	126 (30.7)
Orta Okul	58 (14.1)
Lise	67 (16.3)
Üniversite	99 (24.1)
Medeni Durum	
Bekar	74 (18.0)
Evli	336 (82.0)
	410 (100)

Çalışmaya dahil olan kadınların %14.6'sı okur yazar değil, %30.7'si ilkokul mezunu, %14.1'i ortaokul mezunu, %16.3'ü lise mezunu ve %24.1'i üniversite mezunudur. Kadınların %18'i bekar ve %82'si evlidir.

Şekil 2: Eğitim Durumu Dağılım Grafiği



Şekil 3: Medeni Durum Dağılım Grafiği



Tablo 3: Kadınların Çocuk Sayısı ve Gebelik Durumu

Çocuk Sayısı	Min.-Maks. (Medyan)	Ortalama±St. Sapma	P Değeri
	0-8 (2)	2.41±1.69	<0.001
Gruplanmış Çocuk Sayısı	N (%)		
	Çocuk Yok	72 (17.6)	
	1 Çocuk	42 (10.2)	
	2 Çocuk	105 (25.6)	
	3 Çocuk	100 (24.4)	
	4 Çocuk ve Üzeri	91 (22.2)	
		410 (100)	
Gebelik Sayısı	Min.-Maks. (Medyan)	Ortalama±St. Sapma	P Değeri
	0-8 (3)	2.84±2.01	<0.001
Gruplanmış Gebelik Sayısı	N (%)		
	Gebelik Yok	72 (17.6)	
	1 Gebelik	24 (5.9)	
	2 Gebelik	95 (23.2)	
	3 Gebelik	84 (20.5)	
	4 Gebelik ve Üzeri	135 (32.9)	
		410 (100)	

*Shapiro Wilk Normallik Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Kadınların çocuk dağılımına baktığımızda maksimum 8 çocuk ortalama 2.41 ± 1.69 çocuk sonucu çıkmıştır. Kadınların %17.6'sının çocuğu yokken %10.2'sinin tek çocuğu, %25.6'sının 2 çocuğu, %24.4'ünün 3 çocuğu ve %22.2'sinin 4 ve üzerinde çocuğu olduğu görülmüştür.

Kadınların gebelik dağılımına baktığımızda maksimum 8 gebelik ortalama 2.84 ± 2.01 gebelik sonucu çıkmıştır. Kadınların %17.6'sında gebelik yokken %5.9'unun tek gebeliği, %23.2'sinin 2 gebeliği, %20.5'inin 3 gebeliği ve %22.9'unun 4 ve üzerinde gebeliği olduğu görülmüştür.

Çocuk sayısı ve gebelik sayısı değişkenleri normal dağılıma uygun dağılım göstermemiştir ($p<0.05$).

Tablo 4: Kadınların VKİ Durumu

VKİ	Min.-Maks. (Medyan)	Ortalama±St. Sapma	P Değeri
	18-38 (28)	27.74±4.80	<0.001
VKİ Grupları		N (%)	
Normal Kilolu		114 (27.8)	
Fazla Kilolu		143 (34.9)	
Obez 1		126 (30.7)	
Obez 2		27 (6.6)	
		410 (100)	

*Shapiro Wilk Normallik Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Kadınların minimum VKİ değeri 18 maksimum VKİ değeri 38'dir. Ortalama VKİ değeri 27.74±4.80'dir. Kadınların %27.8'i normal kilolu, %34.9'u fazla kilolu, %30.7'si birinci sınıf obez ve %6.6'sı ikinci sınıf obezdir.

VKİ değişkeni normal dağılıma uygun dağılım göstermemiştir ($p<0.05$).

Tablo 5: Kadınların Kullandığı Kontrasepsiyon Yöntemi

Kontrasepsiyon Yöntemi	N (%)
Yok	184 (44.9)
Kadın Korunma Yöntemi	108 (26.3)
Erkek Korunma Yöntemi	118 (28.8)
	410 (100)

Kadınların %44.9'u herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmamaktadır. Kadınların %26.3'ü rüya, cilt altı implantı, doğum kontrol hapı ve tüp ligasyonu gibi yöntemler kullanırken %28.8'i erkek korunma yöntemi kullanmaktadır.

Tablo 6: Kadınların Sağlık Durumlarının Dağılımı

Alkol Kullanımı	N (%)
Kullanmıyor	341 (83.2)
Kullanıyor	69 (16.8)
Sigara Kullanımı	
Kullanmıyor	295 (72.0)
Kullanıyor	115 (28.0)
Komorbidite Durumu	
Hastalık Yok	325 (79.3)
Hastalık Var	85 (20.7)
	410 (100)

Kadınların %83.2'si alkol kullanmıyorken %16.8'i alkol kullanıyor %72'si sigara kullanmıyorken %28'i sigara kullanmaktadır. Kadınların %79.3'ünün herhangi bir ek hastalığı mevcut değilken %20.7'sinin bir veya birden çok ek hastalığı bulunmaktadır. Bu ek hastalıkların başında hipertansiyon, diabetes mellitus, hiperlipidemi ve astım gelmektedir.

Tablo 7: Kadınların Kanser Durumlarının Dağılımı

Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	N (%)
Yok	384 (93.7)
Var	26 (6.3)
Özgeçmişte Kanser Öyküsü	
Yok	379 (92.4)
Var	31 (7.6)
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	
Yok	307 (74.9)
Var	103 (25.1)
Soygeçmişte Kanser Öyküsü	
Yok	246 (60.0)
Var	164 (40.0)
	410 (100)

Çalışmaya dahil olan kadınların %6.3'ünün özgeçmişinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Özgeçmişinde kanser öyküsü olan kadınların %7.6'sını oluşturmaktadır. Soy geçmişinde meme kanseri öyküsü olanlar kadınların %25.1'ini, soy geçmişinde kanser öyküsü olanlar kadınların %40.0'ını oluşturmaktadır.

Tablo 8: Yapılan Tetkik Dağılımı

USG Durumu	N (%)
Yapılmamış	197 (48.0)
Yapılmış	213 (52.0)
Mamografi Durumu	
Yapılmamış	266 (64.9)
Yapılmış	144 (35.1)
	410 (100)

USG çekimi yapılanlar kadınların %52'sini, mamografi çekimi yapılmış olanlar ise kadınların %35.1'ini oluşturmaktadır.

Tablo 9: Alkol Kullanımı ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Alkol Kullanımı				
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	Kullanmıyor	Kullanıyor	Toplam	İstatistiksel Analiz
Yok	317 (82.6)	67 (17.4)	384 (100)	$\chi^2=1.656$ p=0.281
Var	24 (92.3)	2 (7.7)	26 (100)	
Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	313 (82.6)	66 (17.4)	379 (100)	$\chi^2=1.225$ p=0.328
Var	28 (90.3)	3 (9.7)	31 (100)	
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
Yok	248 (80.8)	59 (19.2)	307 (100)	$\chi^2=1.983$ p=0.126
Var	93 (90.3)	10 (9.7)	103 (100)	
Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	206 (83.7)	40 (16.3)	246 (100)	$\chi^2=0.142$ p=0.706
Var	135 (82.3)	29 (17.7)	164 (100)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Özgeçmişte meme kanseri öyküsü olmayanların %82.6'sı alkol kullanmazken, %17.4'ü alkol kullanmaktadır. Meme kanseri öyküsü olanlarda ise %92.3'ü alkol kullanmazken, %7.7'si alkol kullanmaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=1.656$, $p=0.281$).

Özgeçmişte kanser öyküsü olmayanların %82.6'sı alkol kullanmazken %17.4'ü alkol kullanmaktadır. Kanser öyküsü olanlarda ise %90.3'ü alkol kullanmazken %9.7'si alkol kullanmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=1.225$, $p=0.328$).

Soy geçmişte meme kanseri öyküsü olmayan bireylerin %80.8'i alkol kullanmazken %19.2'si alkol kullanmaktadır. Soy geçmişinde meme kanseri öyküsü bulunanlarda ise %90.3'ü alkol kullanmazken %9.7'si alkol kullanmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.983$, $p=0.126$).

Soy geçmişte kanser öyküsü olmayanların %83.7'si alkol kullanmazken %16.3'ü alkol kullanmaktadır. Soy geçmişinde kanser öyküsü olanlarda bu oran sırasıyla %82.3 ve %17.7'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.142$, $p=0.706$).

Alkol kullanımı ile hem özgeçmişte hem de soy geçmişte meme kanseri veya diğer kanser öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 10: Sigara Kullanımı ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Sigara Kullanımı				
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	Kullanmıyor	Kullanıyor	Toplam	İstatistiksel Analiz
Yok	271 (91.9)	113 (98.3)	384 (93.7)	$\chi^2=5.700$ p=0.017*
Var	24 (8.1)	2 (1.7)	26 (6.3)	
Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	269 (91.2)	110 (95.7)	379 (92.4)	$\chi^2=2.361$ p=0.124
Var	26 (8.8)	5 (4.3)	31 (7.6)	
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
Yok	209 (70.8)	98 (85.2)	307 (74.9)	$\chi^2=9.083$ p=0.003*
Var	86 (29.2)	17 (14.8)	103 (25.1)	
Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	178 (60.3)	68 (59.1)	246 (60.0)	$\chi^2=0.050$ p=0.822
Var	117 (39.7)	47 (40.9)	16440.0)	

**Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık*

Sigara kullanmayan bireylerin %91.9'unun özgeçmişte meme kanseri öyküsü yokken %8.1'inin özgeçmişte meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanımı olanların %98.3'ünün özgeçmişinde meme kanseri öyküsü yokken %1.7'sinin özgeçmişte meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=5.700$, $p=0.017$). Bu sonuç, sigara kullanımının özgeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanmayan bireylerin %91.2'sinin özgeçmişte kanser öyküsü yokken %8.8'inin özgeçmişinde kanseri öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanımı olanların %95.7'sinin özgeçmişinde kanser öyküsü yokken %4.3'ünün özgeçmişinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=2.361$, $p=0.124$).

Sigara kullanmayan bireylerin %70.8'inin soy geçmişinde meme kanseri öyküsü yokken %29.2'sinin soy geçmişinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanımı olanların %85.2'sinin soy geçmişinde meme kanseri öyküsü yokken %14.8'inin soy geçmişinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=9.083$, $p=0.003$).

Sigara kullanmayan bireylerin %60.3'ünün soy geçmişinde kanser öyküsü yokken %39.7'sinin soy geçmişinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanımı olanların %59.1'inin soy geçmişinde kanser öyküsü yokken %40.9'unun soy geçmişinde kanser öyküsü bulunmaktadır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.050$, $p=0.822$).

Sigara kullanımı ile özgeçmişte meme kanseri öyküsü ($p=0.017$) ve soy geçmişte meme kanseri öyküsü ($p=0.003$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak sigara kullanımı ile genel kanser öyküsü arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 11: Komorbidite Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Komorbidite Durumu				
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
Yok	312 (81.3)	72 (18.8)	384 (100)	$\chi^2=14.471$ p=0.000*
Var	13 (50.0)	13 (50.0)	26 (100)	
Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	305 (80.5)	74 (19.5)	379 (100)	$\chi^2=4.441$ p=0.035*
Var	20 (64.5)	11 (35.5)	31 (100)	
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
Yok	235 (76.5)	72 (23.5)	307 (100)	$\chi^2=5.506$ p=0.019*
Var	90 (87.4)	13 (12.6)	103 (100)	
Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	183 (74.4)	63 (25.6)	246 (100)	$\chi^2=8.905$ p=0.003*
Var	142 (86.6)	22 (13.4)	164 (100)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Özgeçmişte meme kanseri öyküsü olmayanların %81.3'ünde komorbidite yokken, %18.8'inde komorbidite vardır. Meme kanseri öyküsü olanların ise %50.0'sinde komorbidite yokken, %50.0'sinde komorbidite vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=14.471$, $p<0.001$). Bu sonuç, komorbidite durumunun özgeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Özgeçmişte kanser öyküsü olmayanların %80.5'inde komorbidite yokken, %19.5'inde komorbidite vardır. Kanser öyküsü olanların ise %64.5'inde komorbidite yokken, %35.5'inde komorbidite vardır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4.441$, $p=0.035$). Bu sonuç, komorbidite durumunun özgeçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soygeçmişte meme kanseri öyküsü olmayan bireylerin %76.5'inde komorbidite yokken, %23.5'inde komorbidite vardır. Soy geçmişinde meme kanseri öyküsü bulunanlarda ise %87.4'ünde komorbidite yokken, %12.6'sında komorbidite vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=5.506$, $p=0.019$). Bu sonuç, komorbidite

durumunun soy geçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soygeçmişte kanser öyküsü olmayanların %74.4'ünde komorbidite yokken, %25.6'sında komorbidite vardır. Soy geçmişinde kanser öyküsü olanlarda bu oran sırasıyla %86.6 ve %13.4'dür. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=8.905$, $p=0.003$). Bu sonuç, komorbidite durumunun soy geçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Komorbidite durumu ile hem özgeçmişte hem de soy geçmişte meme kanseri veya diğer kanser öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 12: USG Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

USG Durumu				
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	Yapılmamış	Yapılmış	Toplam	İstatistiksel Analiz
Yok	197 (51.3)	187 (48.7)	384 (100)	$\chi^2=25.675$ p=0.000*
Var	0 (0.0)	26 (100)	26 (100)	
Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	197 (52.0)	182 (48.0)	379 (100)	$\chi^2=31.017$ p=0.000*
Var	0 (0.0)	31 (100)	31 (100)	
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
Yok	197 (64.2)	110 (35.8)	307 (100)	$\chi^2=127.224$ p=0.000*
Var	0 (0.0)	103 (100)	103 (100)	
Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Yok	136 (55.3)	110 (44.7)	246 (100)	$\chi^2=12.899$ p=0.000*
Var	61 (37.2)	103 (62.8)	164 (100)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Özgeçmişte meme kanseri öyküsü olmayanların %51.3'ünde USG yapılmamış, %48.7'sine USG yapılmıştır. Meme kanseri öyküsü olanların ise %100'üne USG yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=25.675$, $p<0.001$). Bu sonuç, USG yaptırmanın özgeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Özgeçmişte kanser öyküsü olmayanların %52.0'sinde USG yapılmamış, %48.0'inde USG yapılmıştır. Kanser öyküsü olanların ise %100'ünde USG yapılmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=31.017$, $p<0.001$). Bu sonuç, USG yaptırmanın özgeçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soy geçmişte meme kanseri öyküsü olmayan bireylerin %64.2'sinde USG yapılmamış, %35.8'inde USG yapılmıştır. Soygeçmişinde meme kanseri öyküsü bulunanların ise %100'ünde USG yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=127.224$, $p<0.001$). Bu sonuç, USG yaptırmanın soygeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soy geçmişte kanser öyküsü olmayanların %55.3'üne USG yapılmamış, %44.7'sine USG yapılmıştır. Soygeçmişinde kanser öyküsü olanlarda bu oran sırasıyla %37.2 ve %62.8'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=12.899$, $p<0.001$). Bu sonuç, USG yaptırmanın soygeçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

USG yaptırmanın ile hem özgeçmişte hem de soy geçmişte meme kanseri veya diğer kanser öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 13: Mamografi Durumu ile Özgeçmiş/Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Mamografi Durumu					
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü	Yapılmamış	Yapılmış	Toplam	İstatistiksel Analiz	
Yok	266 (69.3)	118 (30.7)	384 (100)	$\chi^2=51.280$ p=0.000*	
Var	0 (0.0)	26 (100)	26 (100)		
Özgeçmişte Kanser Öyküsü					
Yok	258 (68.1)	121 (31.9)	379 (100)	$\chi^2=22.467$ p=0.000*	
Var	8 (25.8)	23 (74.2)	31 (100)		
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü					
Yok	210 (68.4)	97 (31.6)	307 (100)	$\chi^2=6.667$ p=0.010*	
Var	56 (54.4)	47 (45.6)	103 (100)		
Soygeçmişte Kanser Öyküsü					
Yok	170 (69.1)	76 (30.9)	246 (100)	$\chi^2=4.824$ p=0.028*	
Var	96 (58.5)	68 (41.5)	164 (100)		

**Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık*

Özgeçmişte meme kanseri öyküsü olmayanların %69.3'üne mamografi yapılmamış, %30.7'sine mamografi yapılmıştır. Meme kanseri öyküsü olanların ise %100'üne mamografi yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=51.280$, $p<0.001$). Bu sonuç, mamografi yaptırmanın özgeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Özgeçmişte kanser öyküsü olmayanların %68.1'ine mamografi yapılmamış, %31.9'una mamografi yapılmıştır. Kanser öyküsü olanların %25.8'ine mamografi yapılmamış, %74.2'sine mamografi yapılmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=22.467$, $p<0.001$). Bu sonuç, mamografi yaptırmanın özgeçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soygeçmişte meme kanseri öyküsü olmayan bireylerin %68.4'üne mamografi yapılmamış, %31.6'sına mamografi yapılmıştır. Soygeçmişinde meme kanseri öyküsü bulunanların ise %54.4'üne mamografi yapılmamış, %45.6'sına mamografi yapılmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=6.667$, $p=0.010$). Bu sonuç, mamografi yaptırmanın soygeçmişte meme kanseri öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Soygeçmişte kanser öyküsü olmayanların %69.1'ine mamografi yapılmamış, %30.9'una mamografi yapılmıştır. Soygeçmişinde kanser öyküsü olanlarda bu oran sırasıyla %58.5 ve %41.5'dir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=4.824$, $p=0.028$). Bu sonuç, mamografi yaptırmanın soygeçmişte kanser öyküsüyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Mamografi yaptırmanın ile hem özgeçmişte hem de soygeçmişte meme kanseri veya diğer kanser öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 14: Yaş Grupları ile Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
Yaş Grupları	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
20-29 Yaş Arası	69 (18.0)	5 (19.2)	74 (18.0)	$\chi^2=10.224$ p=0.017*
30-39 Yaş Arası	101 (26.3)	4 (15.4)	105 (25.6)	
40-49 Yaş Arası	124 (32.3)	4 (15.4)	128 (31.2)	
50 Yaş ve Üzeri	90 (23.4)	13 (50.0)	103 (25.1)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

20–29 yaş grubunda meme kanseri öyküsü olanların oranı %19.2, olmayanların oranı ise %18.0’dır. 30–39 yaş grubunda meme kanseri öyküsü olanlar %15.4, olmayanlar %26.3’dür. 40–49 yaş grubunda meme kanseri öyküsü olanlar %15.4, olmayanlar %32.3’tür. 50 yaş ve üzeri grupta meme kanseri öyküsü olanların oranı %50.0 ile en yüksek düzeydedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=10.224$, $p=0.017$). Bu sonuç, yaş ilerledikçe özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanseri öyküsü görülme olasılığının anlamlı şekilde arttığını göstermektedir.

Tablo 15: Yaş Grupları ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Yaş Grupları	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
20-29 Yaş Arası	68 (17.9)	6 (19.4)	74 (18.0)	$\chi^2=11.383$ p=0.010*
30-39 Yaş Arası	102 (26.9)	3 (9.7)	105 (25.6)	
40-49 Yaş Arası	121 (31.9)	7 (22.6)	128 (31.2)	
50 Yaş ve Üzeri	88 (23.2)	15 (48.4)	103 (25.1)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

20–29 yaş grubunda kanser öyküsü oranı %19.4, kanser öyküsü olmayanlar %17.9’dur. 30–39 yaş grubunda kanser öyküsü olanlar %9.7, kanser öyküsü olmayanlar %26.9’dur. 40–49 yaş grubunda kanser öyküsü olanlar %22.6, kanser öyküsü olmayanlar %31.9’dur. 50 yaş ve üzeri grupta kanser öykü oranı %48.4 ile oldukça yüksektir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=11.383$, $p=0.010$). Bulgular, ileri yaş gruplarında genel kanser

öyküsünün anlamlı derecede daha sık görüldüğünü göstermektedir. Özellikle 50 yaş ve üzeri bireyler risk grubundadır.

Tablo 16: Yaş Grupları ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Yaş Grupları	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
20-29 Yaş Arası	42 (17.1)	32 (19.5)	74 (18.0)	$\chi^2=16.451$ p=0.001*
30-39 Yaş Arası	70 (28.5)	35 (21.3)	105 (25.6)	
40-49 Yaş Arası	88 (35.8)	40 (24.4)	128 (31.2)	
50 Yaş ve Üzeri	46 (18.7)	57 (34.8)	103 (25.1)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

20–29 yaş grubunda kanser öyküsü oranı %19.5, kanser öyküsü olmayanlar %17.1’dir. 30–39 yaş grubunda kanser öyküsü olanlar %21.3, kanser öyküsü olmayanlar %28.5’dir. 40–49 yaş grubunda kanser öyküsü olanlar %24.4, kanser öyküsü olmayanlar %35.8’dir. 50 yaş ve üzeri grupta kanser öykü oranı %34.8 ile diğerlerinden yüksektir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=16.451$, $p=0.001$). Bulgular, ileri yaş gruplarında soygeçmişlerinde genel kanser öyküsünün anlamlı derecede daha sık görülmektedir.

Tablo 17: Eğitim Durumu ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

Özgeçmişte Kanser Öyküsü				
Eğitim Durumu	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
Okur yazar değil	58 (15.3)	2 (6.5)	60 (14.6)	$\chi^2=10.574$ p=0.032*
İlkokul	114 (30.1)	12 (38.7)	126 (30.7)	
Orta Okul	57 (15.0)	1 (3.2)	58 (14.1)	
Lise	57 (15.0)	10 (32.3)	67 (16.3)	
Üniversite	93 (24.5)	6 (19.4)	99 (24.1)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Okur yazar olmayanlarda kanser öyküsü oranı %6.5, ilkokul mezunlarında %38.7, ortaokul mezunlarında %3.2, lise mezunlarında %32.3 ve üniversite mezunlarında %19.4’tür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($\chi^2=10.574$, $p=0.032$) ile anlamlıdır. Bu sonuca

göre, okur yazar olmayanlara göre eğitim düzeyi arttıkça özgeçmişte kanser öyküsü bildirim oranının da arttığı görülmektedir.

Tablo 18: Eğitim Durumu ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

Soygeçmişte Kanser Öyküsü				
Eğitim Durumu	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
Okur yazar değil	39 (15.9)	21 (12.8)	60 (14.6)	$\chi^2=14.997$ p=0.005*
İlkokul	69 (28.0)	57 (34.8)	126 (30.7)	
Orta Okul	46 (18.7)	12 (7.3)	58 (14.1)	
Lise	42 (17.1)	25 (15.2)	67 (16.3)	
Üniversite	50 (20.3)	49 (29.9)	99 (24.1)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Okur yazar olmayanlarda soygeçmişte kanser öyküsü olanlar %12.8, ilkokul mezunlarında %34.8, ortaokul mezunlarında %7.3, lise mezunlarında %15.2 ve üniversite mezunlarında %29.9'dur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=14.997$, p=0.005). Eğitim düzeyi arttıkça ailede kanser öyküsü bildirim oranı da artmaktadır.

Tablo 19: VKİ Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü				
VKİ Durumu	Yok	Var	Toplam	İstatistiksel Analiz
Normal Kilolu	86 (28.0)	28 (27.2)	114 (27.8)	$\chi^2=19.280$ p=0.000*
Fazla Kilolu	95 (30.9)	48 (46.6)	143 (34.9)	
Obez 1	110 (35.8)	16 (15.5)	126 (30.7)	
Obez 2	16 (5.2)	11 (10.7)	27 (6.6)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Normal kilolu bireylerde soygeçmişte meme kanseri öyküsü oranı %27.2, fazla kilolularda %46.6, obez sınıf I grubunda %15.5 ve obez sınıf II grubunda %10.7'dir. Vki durumu ile soygeçmişte meme kanseri öyküsü olması arasında ($\chi^2=19.280$, p=0,000) ile çok anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fazla kilolu bireylerde özgeçmişte meme kanseri öyküsü anlamlı

şekilde daha sık görülmektedir. Bu sonuç, obezitenin meme kanseri risk faktörü olabileceğini desteklemektedir.

Tablo 20: VKİ Durumu ile Soygeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

VKİ Durumu	Soygeçmişte Kanser Öyküsü			İstatistiksel Analiz
	Yok	Var	Toplam	
Normal Kilolu	56 (22.8)	58 (35.4)	114 (27.8)	$\chi^2=12.619$ p=0.006*
Fazla Kilolu	95 (38.6)	48 (29.3)	143 (34.9)	
Obez 1	83 (33.7)	43 (26.2)	126 (30.7)	
Obez 2	12 (4.9)	15 (9.1)	27 (6.6)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Normal kilolu bireylerde soygeçmişte kanser öyküsü oranı %35.4, fazla kilolularda %29.3, obez sınıf I grubunda %26.2 ve obez sınıf II grubunda %9.1'dir. VKİ durumu ile soygeçmişte kanser öyküsü olması arasında ($\chi^2=12.619$, p=0.006) ile çok anlamlı bir ilişki saptanmıştır. VKİ arttıkça soygeçmişte kanser öyküsü bildirme oranı azalmaktadır. Bu durum dikkat çekicidir ve obez bireylerde aile öyküsünün daha az bilinmesi ya da raporlanması ile ilişkili olabilir.

Tablo 21: Çocuk Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

Çocuk Durumu	Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü			İstatistiksel Analiz
	Yok	Var	Toplam	
Çocuk Yok	54 (17.6)	18 (17.5)	72 (17.6)	$\chi^2=17.405$ p=0.002*
1 Çocuk	25 (8.1)	17 (16.5)	42 (10.2)	
2 Çocuk	69 (22.5)	36 (35.0)	105 (25.6)	
3 Çocuk	85 (27.7)	15 (14.6)	100 (24.4)	
4 Çocuk ve Üzeri	74 (24.1)	17 (16.5)	91 (22.2)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Çocuğu olmayan bireylerde soygeçmişte meme kanseri öyküsü oranı %17.5, tek çocuklularda %16.5, iki çocuklularda %35.0, üç çocuklularda %14.6 ve dört ve üzeri çocuğu

olanlarda %16.5'dir. Çocuk durumu ile soygeçmişte meme kanser öyküsü olması arasında ($\chi^2=17.405$, $p=0.002$) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İki çocuklu bireylerde soygeçmişte meme kanseri öyküsü bildirme oranı daha fazladır.

Tablo 22: Gebelik Durumu ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

		Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü			İstatistiksel Analiz
Gebelik Durumu		Yok	Var	Toplam	
Gebelik		54 (17.6)	18 (17.5)	72 (17.6)	$\chi^2=21.488$ $p=0.000^*$
Yok					
1 Gebelik		14 (4.6)	10 (9.7)	24 (5.9)	
2 Gebelik		58 (18.9)	37 (35.9)	95 (23.2)	
3 Gebelik		73 (23.8)	11 (10.7)	84 (20.5)	
4 Gebelik ve Üzeri		108 (35.2)	27 (26.2)	135 (32.9)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Gebeliği olmayan bireylerin soygeçmişinde meme kanseri öyküsü oranı %17.5, tek gebeliği olanlarda %9.7, iki gebeliği olanlarda %35.9, üç gebeliği olanlarda %10.7 ve dört ve üzeri gebeliği olanlarda %26.2'dir. Gebelik durumu ile soygeçmişte meme kanser öyküsü olması arasında ($\chi^2=21.488$, $p<0.001$) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İki gebeliği olan bireylerde soygeçmişte meme kanseri öyküsü bildirme oranı daha fazladır.

Tablo 23: Kontrasepsiyon Yöntemi ile Özgeçmişte Kanser Öyküsü Arasındaki İlişki

		Özgeçmişte Kanser Öyküsü			İstatistiksel Analiz
Kontrasepsiyon Yöntemi		Yok	Var	Toplam	
Yok		164 (43.3)	20 (64.5)	184 (44.9)	$\chi^2=7.138$ $p=0.028^*$
Kadın Korunma Yöntemi		100 (26.4)	8 (25.8)	108 (26.3)	
Erkek Korunma Yöntemi		115 (30.3)	3 (9.7)	118 (28.8)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan bireylerin özgeçmişinde kanser öyküsü oranı %64.5, kadın korunma yöntemi kullananlarda %25.8, erkek korunma yöntemi kullananlarda %9.7'dir. Kontrasepsiyon yöntemi ile kanser öyküsü olması arasında ($\chi^2=7.138$, $p=0.028$) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan bireylerde kanser öyküsü bildirme oranı daha fazladır.

Tablo 24: Kontrasepsiyon Yöntemi ile Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü Arasındaki İlişki

		Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü			İstatistiksel Analiz
Kontrasepsiyon Yöntemi		Yok	Var	Toplam	
	Yok	135 (44.0)	49 (47.6)	184 (44.9)	$\chi^2=7.713$ $p=0.021^*$
	Kadın Korunma Yöntemi	91 (29.6)	17 (16.5)	108 (26.3)	
	Erkek Korunma Yöntemi	81 (26.4)	37 (35.9)	118 (28.8)	

*Ki Kare Testi $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan bireylerin soygeçmişinde meme kanseri öyküsü oranı %47.6, kadın korunma yöntemi kullananlarda %16.5, erkek korunma yöntemi kullananlarda %35.9'dur. Kontrasepsiyon yöntemi ile kanser öyküsü olması arasında ($\chi^2=7.713$, $p=0.021$) ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan bireylerin soygeçmişinde meme kanseri öyküsü bildirme oranı daha fazladır.

Tablo 25: Demografik Bulgular ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki

SYBD Ölçeği Toplam Puanı		
Medeni Durum	Min-Maks (Medyan)	İstatistiksel Analiz
Bekar	118-146 (136)	U=4692.50 p<0.001*
Evli	92-148 (124)	
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	92-136 (116)	H=76.163
İlkokul	102-148 (122)	p<0.001**
Orta Okul	96-148 (125.50)	
Lise	112-142 (130)	
Üniversite	109-148 (132)	
Yaş Grupları		
20-29 Yaş Arası	112-146 (136)	H=114.607
30-39 Yaş Arası	109-139 (125)	p<0.001**
40-49 Yaş Arası	96-148 (124)	
50 Yaş ve Üzeri	92-136 (114)	
VKİ Grupları		
Normal Kilolu	109-146 (131)	H=27.483
Fazla Kilolu	92-148 (125)	p<0.001**
Obez 1	96-138 (124)	
Obez 2	114-137 (124)	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal Wallis Testi, p<0.05 İstatistiksel Anlamlılık

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, bekar bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 136 (min: 118, maks: 146), evli bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 92, maks: 148) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır (U=4692.50, p<0.001). Bu bulgu, bekar bireylerin ölçek puanlarının evli olanlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir.

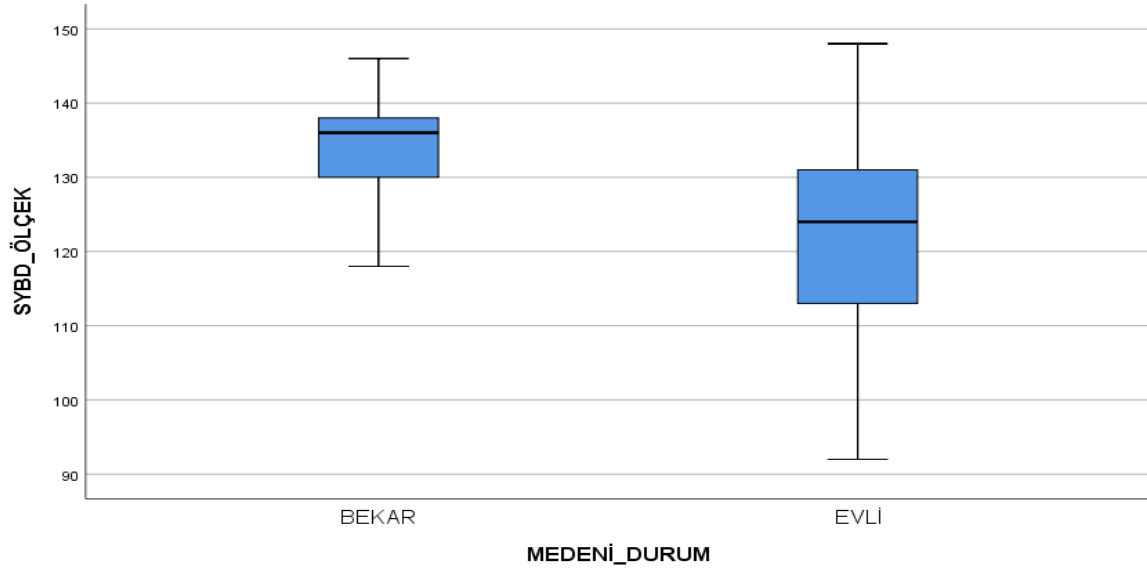
Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, okur yazar olmayan bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 116 (min: 92, maks: 136), ilkokul mezunu bireylerin medyan puanı ise 122 (min: 102, maks: 148), ortaokul mezunu bireylerin medyan puanı ise 125.50 (min: 96, maks: 148), lise mezunu bireylerin medyan puanı ise 130 (min: 112, maks: 142), üniversite mezunu bireylerin medyan puanı ise 132 (min: 109, maks: 148) olarak

bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=76.163$, $p<0.001$). Bu bulgu, eğitim durumu arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, 20-29 yaş arasındaki bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 136 (min: 112, maks: 136), 30-39 yaş arasındaki bireylerin medyan puanı ise 125 (min: 109, maks: 139), 40-49 yaş arasındaki bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 96, maks: 148), 50 yaş ve üzerindeki bireylerin medyan puanı ise 114 (min: 92, maks: 136) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=114.607$, $p<0.001$). Bu bulgu, yaş arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede azaldığını göstermektedir.

Vki grupları açısından değerlendirildiğinde, normal kilolu bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 131 (min: 109, maks: 146), fazla kilolu bireylerin medyan puanı ise 125 (min: 92, maks: 148), obez sınıf 1 bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 96, maks: 188), obez sınıf 2 bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 114, maks: 137) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=27.483$, $p<0.001$). Bu bulgu, kilo arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede azaldığını göstermektedir.

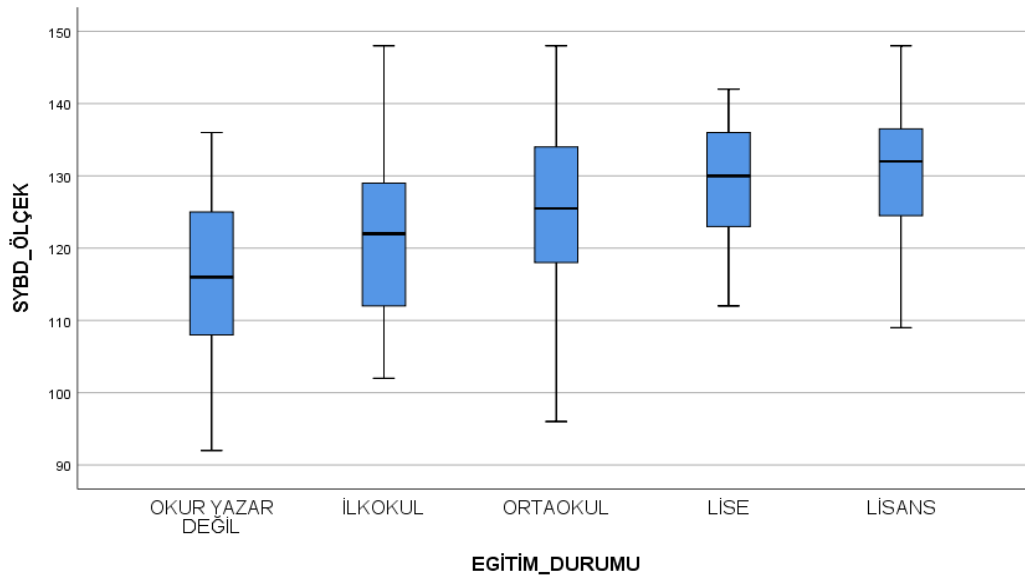
Şekil 4: SYDB Ölçek Puanının Medeni Durumlarına Göre Dağılım Grafiği



Tablo 26: Eğitim Durumunun Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
Okur yazar değil	İlkokul	0.013
Okur yazar değil	Orta Okul	0.001*
Okur yazar değil	Lise	<0.001*
Okur yazar değil	Üniversite	<0.001*
İlkokul	Orta Okul	0.048
İlkokul	Lise	<0.001*
İlkokul	Üniversite	<0.001*
Orta Okul	Lise	0.023
Orta Okul	Üniversite	0.001*
Lise	Üniversite	0.269

Kruskal–Wallis testi ile eğitim grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=76.163$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 5 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p < 0.005$ olur. Okur yazar olmayan ile ortaokul mezunu arasında, okur yazar olmayanla lise mezunu arasında, okur yazar olmayanla üniversite mezunu arasında, ilkokul mezunu ile lise mezunu arasında, ilkokul mezunu ile üniversite mezunu arasında, ortaokul mezunu ile üniversite mezunu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Şekil 5: SYDB Ölçek Puanının Eğitim Durumlarına Göre Dağılım Grafiği

Tablo 27: Yaş Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
20-29 Yaş Arası	30-39 Yaş Arası	<0.001*
20-29 Yaş Arası	40-49 Yaş Arası	<0.001*
20-29 Yaş Arası	50 Yaş ve Üzeri	<0.001*
30-39 Yaş Arası	40-49 Yaş Arası	0.476
30-39 Yaş Arası	50 Yaş ve Üzeri	<0.001*
40-49 Yaş Arası	50 Yaş ve Üzeri	<0.001*

Kruskal–Wallis testi ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=114.607$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 4 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p<0.0083$ olur. 20-29 yaş arası ile diğer yaş grupları arasında, 30-39 yaş arası ile 50 yaş ve üzeri arasında, 40-49 yaş arası ile 50 yaş ve üzeri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 28: VKİ Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
Normal Kilolu	Fazla Kilolu	0.010
Normal Kilolu	Obez 1	<0.001*
Normal Kilolu	Obez 2	0.018
Fazla Kilolu	Obez 1	0.006*
Fazla Kilolu	Obez 2	0.715
Obez 1	Obez 2	0.389

Kruskal–Wallis testi ile vki grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=27.483$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 4 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p<0.0083$ olur. Normal kilolu ile obez sınıf 1 grupları arasında, fazla kilolu ile obez sınıf 1 arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.0083$). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 29: Çocuk, Gebelik, Kontrasepsiyon Durumu ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki

SYBD Ölçeği Toplam Puanı			
Min-Maks (Medyan)			İstatistiksel Analiz
Çocuk Durumu			
Çocuk Yok		119-146 (136)	H=112.958
1 Çocuk		108-139 (131)	p<0.001**
2 Çocuk		106-148 (126)	
3 Çocuk		92-138 (123)	
4 Çocuk ve Üzeri		92-138 (116)	
Gebelik Durumu			
Gebelik Yok		119-146 (136)	H=128.747
1 Gebelik		109-139 (131)	p<0.001**
2 Gebelik		106-148 (128)	
3 Gebelik		96-136 (124)	
4 Gebelik ve Üzeri		92-138 (116)	
Kontrasepsiyon Yöntemi			
Yok		92-146 (125)	H=6.150
Kadın	Korunma	102-136 (124)	p=0.046**
Yöntemi			
Erkek		96-148 (128)	
Korunma Yöntemi			

**Kruskal Wallis Testi, $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Çocuk durumu açısından değerlendirildiğinde, çocuğu olmayan bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 136 (min: 119, maks: 146), tek çocuklu bireylerin medyan puanı ise 131 (min: 108, maks: 139), iki çocuklu bireylerin medyan puanı ise 126 (min: 106, maks: 148), üç çocuklu bireylerin medyan puanı ise 123 (min: 92, maks: 138), 4 ve üzeri çocuklu bireylerin medyan puanı ise 116 (min: 92, maks: 138) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=112.958$, $p<0.001$). Bu bulgu, çocuk sayısı arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede daha azaldığını göstermektedir.

Gebelik durumu açısından değerlendirildiğinde, gebeliği olmayan bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 136 (min: 119, maks: 146), tek gebeliği olan bireylerin medyan puanı ise 131 (min: 109, maks: 139), iki gebeliği olan bireylerin medyan puanı ise 128

(min: 106, maks: 148), üç gebeliği olan bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 96, maks: 136), 4 ve üzeri gebeliği olan bireylerin medyan puanı ise 116 (min: 92, maks: 138) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=128.747$, $p<0.001$). Bu bulgu, gebelik sayısı arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede daha azaldığını göstermektedir.

Kontrasepsiyon yöntemi açısından değerlendirildiğinde, korunma yöntemi kullanmayan bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 125 (min: 92, maks: 146), kadın korunma yöntemi kullanan bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 102, maks: 136), erkek korunma yöntemi kullanan bireylerin medyan puanı ise 128 (min: 96, maks: 148) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($H=6.150$, $p=0.046$). Bu bulgu, erkek korunma yöntemi kullananların ölçek puanlarının anlamlı derecede diğer gruplardan daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 30: Çocuk Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
Çocuk Yok	1 Çocuk	<0.001*
Çocuk Yok	2 Çocuk	<0.001*
Çocuk Yok	3 Çocuk	<0.001*
Çocuk Yok	4 Çocuk ve Üzeri	<0.001*
1 Çocuk	2 Çocuk	0.239
1 Çocuk	3 Çocuk	0.002*
1 Çocuk	4 Çocuk ve Üzeri	<0.001*
2 Çocuk	3 Çocuk	<0.001*
2 Çocuk	4 Çocuk ve Üzeri	<0.001*
3 Çocuk	4 Çocuk ve Üzeri	0.017

Kruskal–Wallis testi ile çocuk grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=112.958$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 5 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p < 0.005$ olur. Çocuğu olmayan ile diğer gruplar arasında, tek çocuk ile üç çocuğu olan arasında, tek çocuğu ile 4 ve üzerinde çocuğu olanlar arasında, iki çocuğu ile üç çocuğu olanlar arasında, iki çocuğu ile 4 ve üzerinde çocuğu olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 31: Gebelik Gruplarının Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
Gebelik Yok	1 Gebelik	<0.001*
Gebelik Yok	2 Gebelik	<0.001*
Gebelik Yok	3 Gebelik	<0.001*
Gebelik Yok	4 Gebelik ve Üzeri	<0.001*
1 Gebelik	2 Gebelik	0.255
1 Gebelik	3 Gebelik	0.463
1 Gebelik	4 Gebelik ve Üzeri	0.011
2 Gebelik	3 Gebelik	<0.001*
2 Gebelik	4 Gebelik ve Üzeri	<0.001*
3 Gebelik	4 Gebelik ve Üzeri	<0.001*

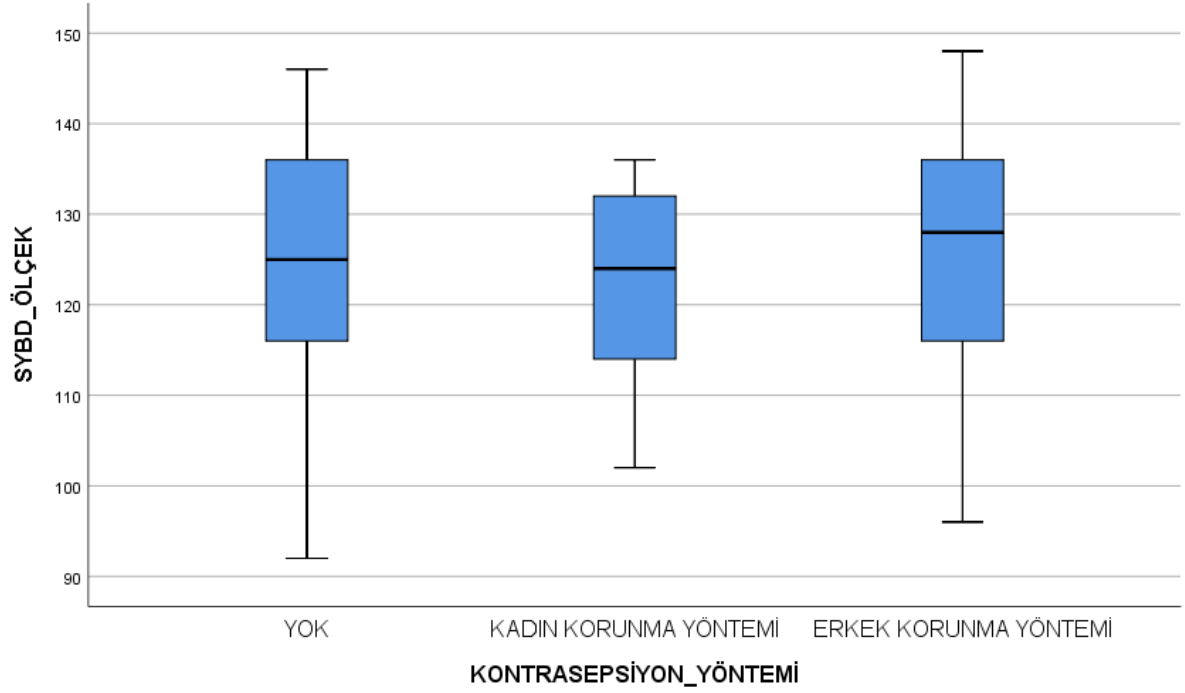
Kruskal–Wallis testi ile gebelik grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=128.747$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 5 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p < 0.005$ olur. Gebeliği olmayan ile diğer gruplar arasında, iki gebeliği ile üç gebeliği olan arasında, iki gebeliği ile 4 ve üzerinde gebeliği olanlar arasında, üç gebeliği ile 4 ve üzerinde gebeliği olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 32: Kontrasepsiyon Yöntemleri Bonferroni Düzeltmesi ve Çoklu Karşılaştırması

Gruplar		P Değeri
Yok	Kadın Korunma Yöntemi	0.046
Yok	Erkek Korunma Yöntemi	0.467
Kadın Korunma Yöntemi	Erkek Korunma Yöntemi	0.021

Kruskal–Wallis testi ile kontrasepsiyon yöntemleri arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermiştir ($H=6.150$, $p<0.001$). Mann–Whitney U testi ile yapılan ikili karşılaştırmalarda 3 grup için Bonferroni düzeltmesi sonrası anlamlılık sınırı $p < 0.0167$ olur. Kontrasepsiyon yöntemleri arasında bonferroni düzeltmesi sonrası farklılıkların anlamlılığı kalkmıştır.

Şekil 6: SYDB Ölçek Puanının Kontrasepsiyon Yöntemlerine Göre Dağılım Grafiği



Tablo 33: Alkol Kullanımı, Sigara Kullanımı, Komorbidite Durumu ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişki

SYBD Ölçeği Toplam Puanı		
	Min-Maks (Medyan)	İstatistiksel Analiz
Alkol Kullanımı		
Kullanmıyor	92-148 (124)	U=8155.00
Kullanıyor	102-146 (131)	p<0.001*
Sigara Kullanımı		
Kullanmıyor	92-148 (125)	U=15264.50
Kullanıyor	92-146 (130)	p=0.115
Komorbide Durumu		
Hastalık Yok	96-148 (126)	U=9299.00
Hastalık Var	92-139 (116)	p<0.001*

*Mann-Whitney U Testi, $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

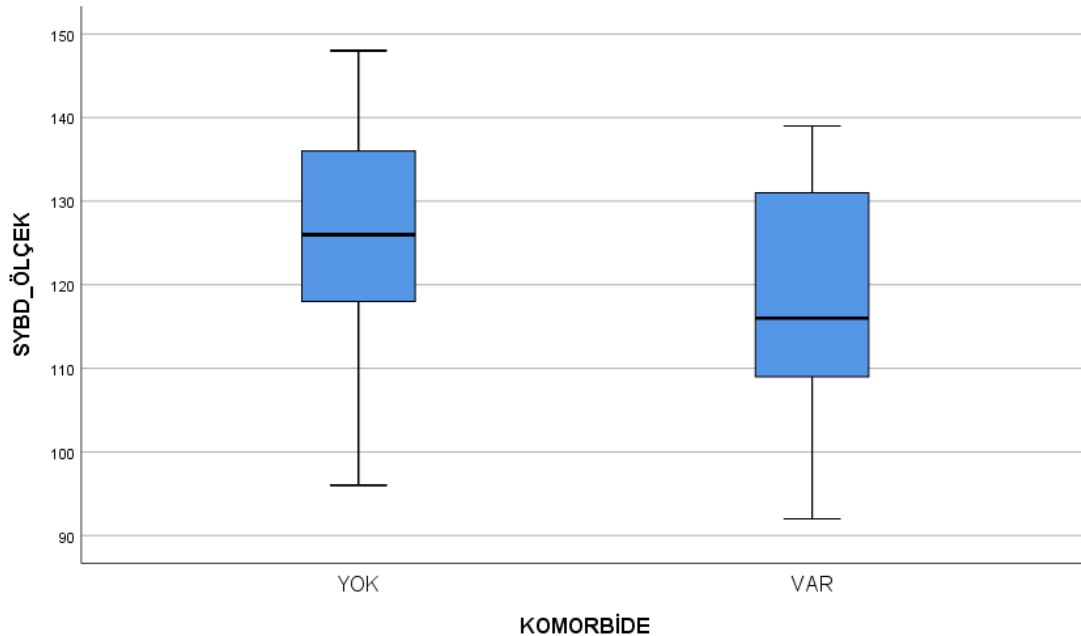
Alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde, alkol kullanmayan bireylerin SYBD ölçeği toplam puanlarının medyanı 124 (min: 92, maks: 148), alkol kullanan bireylerin medyan puanı ise 131 (min: 102, maks: 146) olarak bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($U=8155.00$, $p<0.001$). Bu bulgu, alkol kullanan bireylerin ölçek puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanımı incelendiğinde, sigara kullanmayanların medyan puanı 125 (min: 92, maks: 148), sigara kullananların medyan puanı ise 130 (min: 92, maks: 146) olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($U=15264.50$, $p=0.115$). Bu sonuç, sigara kullanımının SYBD ölçeği puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymaktadır.

Komorbidite durumu değerlendirildiğinde, herhangi bir ek hastalığı olmayan bireylerin SYBD ölçeği medyan puanı 126 (min: 96, maks: 148), ek hastalığı bulunanların medyan puanı ise 116 (min: 92, maks: 139) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=9299.00$, $p<0.001$). Buna göre, komorbiditesi olan bireylerin ölçek puanları daha düşüktür. Bu durum, ek hastalıkların SYBD ölçeği ile ölçülen alanları olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak alkol kullanımı ve komorbidite varlığı SYBD puanlarını anlamlı şekilde etkilerken, sigara kullanımının anlamlı bir etkisi gözlenmemiştir.

Şekil 7: SYDB Ölçek Puanının Komorbide Durumuna Göre Dağılım Grafiği



Tablo 34: Meme Kanseri ve Diğer Kanseri Öyküleri ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi

SYBD Ölçeği Toplam Puanı		
	Min-Maks (Medyan)	İstatistiksel Analiz
Özgeçmişte Meme Kanseri Öyküsü		
Yok	92-148 (125)	U=4351.00
Var	109-148 (126)	p=0.272
Özgeçmişte Kanseri Öyküsü		
Yok	92-148 (125)	U=5856.00
Var	106-148 (125)	p=0.977
Soygeçmişte Meme Kanseri Öyküsü		
Yok	92-146 (126)	U=15400.00
Var	109-148 (124)	p=0.693
Soygeçmişte Kanseri Öyküsü		
Yok	92-142 (124)	U=18314.00
Var	102-148 (124)	p=0.113

*Mann-Whitney U Testi, $p < 0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Özgeçmişte meme kanseri öyküsü olmayanların medyan puanı 125 (min: 92, maks: 148), öyküsü olanların medyan puanı ise 126 (min: 109, maks: 148) olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U=4351.00, p=0.272). Bu bulgu, bireyin geçmişte meme kanseri öyküsüne sahip olmasının ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Özgeçmişte diğer kanser öyküsü incelendiğinde, öyküsü olmayan bireylerin medyan puanı 125 (min: 92, maks: 148), öyküsü olanların medyan puanı ise 125 (min: 106, maks: 148) bulunmuştur. İstatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir fark gözlenmemiştir (U=5856.00, p=0.977). Bu sonuç, geçmişte farklı bir kanser öyküsünün SYBD puanlarını etkilemediğini göstermektedir.

Soy geçmişte meme kanseri öyküsü açısından bakıldığında, öyküsü olmayanların medyan puanı 126 (min: 92, maks: 146), öyküsü olanların ise 124 (min: 109, maks: 148) bulunmuştur. İstatistiksel olarak fark anlamlı değildir (U=15400.00, p=0.693). Bu bulgu, ailede meme kanseri öyküsünün SYBD puanlarını etkilemediğini düşündürmektedir.

Soy geçmişte diğer kanser öyküsü değerlendirildiğinde, öyküsü olmayanların medyan puanı 124 (min: 92, maks: 142), öyküsü olanların ise 124 (min: 102, maks: 148) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($U=18314.00$, $p=0.113$). Bu sonuç, ailede diğer kanser öyküsünün de SYBD puanlarını etkilemediğini ortaya koymaktadır. Özetle, bireylerin özgeçmiş veya soy geçmişlerinde meme kanseri veya diğer kanser öyküsüne sahip olmaları SYBD ölçeği puanlarını anlamlı şekilde etkilememektedir.

Tablo 35: USG ve Mamografi Durumları ile SYBD Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi

SYBD Ölçeği Toplam Puanı		
	Min-Maks (Medyan)	İstatistiksel Analiz
USG Durumu		
Yapılmamış	92-146 (126)	U=17692.50 p=0.006*
Yapılmış	92-148 (124)	
Mamografi Durumu		
Yapılmamış	92-146 (126)	U=15168.00 p<0.001*
Yapılmış	92-148 (124)	

**Mann-Whitney U Testi, $p<0.05$ İstatistiksel Anlamlılık*

USG yapılmamış bireylerin SYBD ölçeği medyan puanı 126 (min: 92, maks: 146), USG yapılmış bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 92, maks: 148) olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=17692.50$, $p=0.006$). Bu bulgu, bireyin USG yaptırmasının ölçek puanının USG yaptırmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Mamografi yapılmamış bireylerin SYBD ölçeği medyan puanı 126 (min: 92, maks: 146), mamografi yapılmış bireylerin medyan puanı ise 124 (min: 92, maks: 148) olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=15168.00$, $p<0.001$). Bu bulgu, bireylerin mamografi yaptırmasının ölçek puanının mamografi yaptırmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 36: Nicel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

	Yaş	Çocuk Sayısı	Gebelik Sayısı	VKİ	SYBD Ölçek Puanı
Yaş	1				
Çocuk Sayısı	0.692*	1			
Gebelik Sayısı	0.696*	0.937*	1		
VKİ	0.372*	0.394*	0.391*	1	
SYBD Ölçek Puanı	-0.528*	-0.510*	-0.543*	-0.238*	1

*Spearman Korelasyon Testi, $p < 0.05$ İstatistiksel Anlamlılık

Yaş değişkeni ile çocuk sayısı arasında $r:0.692$ orta güçlükte pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça çocuk sayısı artmaktadır. Yaş değişkeni ile gebelik sayısı arasında $r:0.696$ orta güçlükte pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça gebelik sayısı artmaktadır. Yaş değişkeni ile VKİ arasında $r:0.372$ zayıf güçlükte pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça VKİ artmaktadır. Yaş değişkeni ile SYBD ölçek puanı arasında $r:-0.528$ orta güçlükte negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Yaş arttıkça SYBD ölçek puanı azalmaktadır.

Gebelik sayısı ile çocuk sayısı arasında $r:0.937$ çok güçlü pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Gebelik sayısı arttıkça çocuk sayısı artmaktadır. Gebelik sayısı ile VKİ arasında $r:0.391$ zayıf pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Gebelik sayısı arttıkça VKİ artmaktadır. Çocuk sayısı ile VKİ arasında $r:0.394$ zayıf pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Çocuk sayısı arttıkça VKİ artmaktadır.

SYBD ölçek puanı ile çocuk sayısı arasında $r:-0.510$ orta şiddette negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Çocuk sayısı arttıkça SYBD ölçek puanı azalmaktadır. SYBD ölçek puanı ile gebelik sayısı arasında $r:-0.543$ orta şiddette negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Gebelik sayısı arttıkça SYBD ölçek puanı azalmaktadır. SYBD ölçek puanı ile VKİ arasında $r:-0.238$ zayıf şiddette negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. VKİ arttıkça SYBD ölçek puanı azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

2022 yılı itibarıyla 185 ülkenin 157'sinde kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, dünyanın genelinde olduğu gibi Türkiye’de de kadınlarda en sık görülen ve en çok ölüme neden olan kanser türüdür (114, 115). Erken tanı, meme kanseri tedavisinde oldukça önemlidir (114,116). Meme kanseri gibi bazı kanser türlerinin tanısı basit taramalarla kısa sürede konularak tedaviye başlanabilmektedir (114, 115). Dolayısıyla sistematik taramalarla, meme kanserinin erken tanısı konulmakla birlikte yine bu kanserden kaynaklı ölüm oranı azaltılabilmekte ve buna bağlı olarak da hastalığın toplumdaki yükü azaltılabilmektedir (113, 115). Meme kanseri taramasında; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) gibi fiziki muayene yöntemleri ile birlikte görüntüleme yöntemi olarak mamografi kullanılmaktadır (117,121). Mamografi, erken tanıda en başarılı görüntüleme yöntemi olmasının yanı sıra ucuz, kolay erişilebilir ve kolay uygulanabilir özelliklerdedir (120,122).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını ve sağlıklı ilgili davranışlarını değerlendirmek amacıyla kullanılan psikometrik bir ölçektir ve birden fazla çalışmada güvenilirliği kanıtlanmıştır (123, 125). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği bir çok dile çevirilmiş güvenilirliği kanıtlanmış ve bir çok çalışmada kullanılmıştır (123, 125). Kadınlar arasında en sık gözlenen kanser türü olan meme kanserinde; kadınların meme kanseri farkındalığı, tarama programlarına katılımlarını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği açılarından inceledik ve bulgularımızı literatür verileriyle birlikte tartıştık.

Çalışmamızın en dikkat çekici bulgularından biri, bekar kadınların SYBD ölçeği toplam puanlarının (medyan=136) evli kadınlardan (medyan=124) anlamlı derecede yüksek olmasıdır ($p<0.001$). Güleç ve ark.’nın Türkiye’de sosyal medya kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği çalışmada da benzer şekilde bekar kadınların SYBD puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (114). Williams ve ark.’nın evlilik geçişi ve sağlık davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, evliliğin kadınların fiziksel aktivite düzeylerinde azalmaya neden olabileceği ve bu durumun evli kadınlardaki düşük SYBD puanlarını açıklayabileceği belirtilmiştir (115). Bekar kadınların daha yüksek SYBD puanlarına sahip olması, kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri, sosyal aktivitelere daha fazla katılım

göstermeleri ve sağlık davranışlarını gerçekleştirme konusunda daha özgür olmaları ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi ile SYBD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim seviyesi yükseldikçe SYBD puanlarının anlamlı şekilde arttığı görülmüştür ($H=76.163$, $p<0.001$). Üniversite mezunlarının medyan puanı (132) okur yazar olmayan katılımcılardan (116) belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Yusefi ve ark.'nın COVID-19 pandemisi sırasında yatan kadın hastalarda sağlık okuryazarlığı ve sağlığı geliştiren davranışları incelediği çalışmada, eğitim düzeyindeki artışın SYBD puanlarını doğrudan artırdığı raporlanmıştır (116). Önsüz ve ark.'nın yarı kırsal bölgede yaşayan yetişkinlerde yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi ile sağlık davranışları arasında güçlü bir pozitif korelasyon saptanmıştır (126). Yılmazel'in hastane çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça sadece SYBD puanlarının değil, aynı zamanda kanser öyküsü bildirme oranlarının da arttığı gösterilmiştir (127). Bu bulgular, eğitimin sağlık farkındalığını artırdığını ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemelerinde kritik bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, çalışmamızda yaş arttıkça SYBD puanlarının anlamlı şekilde azaldığı tespit edilmiştir ($H=114.607$, $p<0.001$). Yirmi-yirmi dokuz yaş grubundaki kadınların medyan puanı 136 iken, elli yaş ve üzerindeki grupta bu değer 114'e düşmüştür. Kırık ve Özkan'ın hastane klinik personeline sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarını incelediği güncel çalışmada, yaş ilerledikçe SYBD puanlarının azaldığı bulgusu çalışmamızla paralellik göstermektedir (128). Rathnayake ve ark.'nın Sri Lanka'da postmenopozal kadınlarda yaptığı validasyon çalışmasında, farklı yaş grupları arasında sağlık davranışlarında belirgin farklılıklar olduğu ve ileri yaştaki kadınların fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarında gerileme yaşadıkları bildirilmiştir (129). Martínez-Galiano ve ark.'nın parite ve postpartum dönem sorunlarını değerlendirdiği çalışmada, yaşla birlikte artan doğum sayısı ve buna bağlı fiziksel yıpranmanın sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (130). Genç kadınların daha yüksek SYBD puanlarına sahip olması, fiziksel kapasitelerinin daha iyi olması, teknolojiye ve sağlık bilgisine erişimlerinin daha kolay olması ve değişime daha açık olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Vücut kitle indeksi ile SYBD puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, normal kilolu bireylerin medyan puanı 131 iken, obez sınıf 1 grubunda bu değer 124'e düştüğü görülmüştür ($H=27.483$, $p<0.001$). Al-Dossary ve ark.'nın Suudi Arabistan'da postmenopozal kadınlarda yaptığı çalışmada, VKİ arttıkça SYBD puanlarının anlamlı şekilde azaldığı raporlanmıştır

(131). Wong ve ark.'nın Hong Kong'da yürüttüğü geniş kapsamlı kesitsel araştırmada, obezite ile sağlık davranışları arasında negatif bir korelasyon olduğu ve obezitenin fiziksel aktivite, beslenme kalitesi ve stres yönetimi gibi sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (132). Tzenios ve ark.'nın güncel sistematik derleme ve meta-analizinde, VKİ artışının sadece SYBD puanlarını düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda meme kanseri riskini de artırdığı vurgulanmıştır (133). Bulgularımız, kilo kontrolünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sürdürülmesinde kritik bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Çocuk sayısı ve gebelik durumunun SYBD puanları üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, çocuk sayısı arttıkça SYBD puanlarının belirgin şekilde düştüğü görülmüştür ($H=112.958$, $p<0.001$). Çocuğu olmayan kadınların medyan puanı 136 iken, dört ve üzeri çocuğu olanlarda bu değer 116'ya gerilemiştir. Ryan ve ark.'nın postmenopozal kadınlarda parite ve biyolojik yaş ivmelenmesini incelediği çalışmada, yüksek paritenin kadınların sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği ve fiziksel aktivite düzeylerinde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir (134). Lin ve ark.'nın Çin'de yürüttüğü retrospektif çalışmada, parite artışının kadınların kendi sağlık ihtiyaçlarını ihmal etmelerine ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından uzaklaşmalarına neden olduğu bildirilmiştir (135). Trudel-Fitzgerald ve ark.'nın orta yaş kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerini prospektif olarak incelediği araştırmada, çocuk bakımı sorumluluklarının artmasıyla birlikte kadınların egzersiz yapma, dengeli beslenme ve stres yönetimi gibi sağlık davranışlarında belirgin bir azalma yaşadıkları raporlanmıştır (136). Bu bulgular, çocuk sayısındaki artışın kadınların kendilerine ayırdıkları zamanı azaltarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmelerini zorlaştırdığını düşündürmektedir.

Alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde, ilginç bir şekilde alkol kullanan katılımcıların SYBD puanlarının (medyan=131) kullanmayanlara göre (medyan=124) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Lewer ve ark.'nın alkol zarar paradoksunu incelediği popülasyon tabanlı çalışmada, sosyoekonomik düzeyi yüksek bireylerde alkol tüketiminin daha fazla olmasına rağmen, bu grubun genel sağlık davranışlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (137). Chandran ve ark.'nın Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptığı vaka kontrol çalışmasında, alkol kullanımı ile meme kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, bu durumun sosyokültürel faktörlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (138). Bulgularımızda alkol kullanımı ile özgeçmiş veya soygeçmişte kanser öyküsü arasında anlamlı ilişki bulunmaması ($p>0.05$), alkol tüketiminin tek başına değil, diğer yaşam biçimi

faktörleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Alkol kullanan kadınların daha yüksek SYBD puanlarına sahip olması, bu grubun eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Komorbidite durumu değerlendirildiğinde, herhangi bir ek hastalığı olmayan katılımcıların SYBD puanlarının (medyan=126) komorbid hastalığı olanlardan (medyan=116) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Kozica ve ark.'nın yaşam tarzı ile ilişkili hastalıklara sahip kadınlarda sağlık davranışlarını incelediği çalışmada, komorbid durumların varlığının kadınların fiziksel aktivite düzeylerini ve genel sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (139). Land ve ark.'nın yaşlı kadınlarda meme kanseri tanısı sonrası sağkalımı değerlendirdiği araştırmada, komorbiditelerin hem kanser prognozunu hem de yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürdüğü raporlanmıştır (140). Çalışmamızda komorbidite varlığı ile özgeçmişte meme kanseri öyküsü arasında güçlü bir ilişki bulunması ($\chi^2=14.471$, $p<0.001$), kronik hastalıkların kanser gelişimi için bir risk faktörü oluşturabileceğini düşündürmektedir. Komorbid hastalığı olan kadınların %50'sinin özgeçmişinde meme kanseri öyküsü bulunması, bu grubun daha yakın takip edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sigara kullanımı açısından değerlendirildiğinde, sigara kullanan kadınlarda özgeçmişte meme kanseri öyküsü oranının (%1.7) kullanmayanlara göre (%8.1) anlamlı derecede düşük olması dikkat çekicidir ($p=0.017$). Ancak bu bulgu, sigara içmenin koruyucu olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Scala ve ark.'nın doz-yanıt ilişkisini değerlendirdiği sistematik derleme ve meta-analizde, sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığı açık şekilde gösterilmiştir (141). He ve ark.'nın geniş kapsamlı meta-analizinde, tütün kullanımı ile meme kanseri insidansı arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (142). Jones ve ark.'nın Generations Study kohortunda, özellikle aile öyküsü olan kadınlarda sigara kullanımının meme kanseri riskini belirgin şekilde artırdığı vurgulanmıştır (143). Çalışmamızdaki paradoksal bulgu, sigara içen kadınların daha genç yaşta olması ve henüz kanser gelişimi için yeterli zamanın geçmemiş olması ile açıklanabilir. Wang ve ark.'nın prospektif kohort çalışmalarını içeren meta-analizinde, sigara dozuna bağlı olarak hem tüm nedenlere bağlı mortalite hem de meme kanserine özgü mortalitenin arttığı gösterilmiştir (144).

Yaş gruplarına göre meme kanseri öyküsü değerlendirildiğinde, elli yaş ve üzerindeki kadınlarda özgeçmişte meme kanseri öyküsü oranının %50 ile en yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0.017$). Pervaiz ve ark.'nın Kuzey Kıbrıs'ta Türk Kıbrıslı kadınlarda yaptığı kapsamlı vaka-kontrol çalışmasında, elli yaş üstü kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının

belirgin şekilde arttığı bildirilmiştir (145). Durham ve ark.'nın Breast Cancer Surveillance Consortium verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, aile öyküsü olan kadınlarda yaşla birlikte kanser riskinin katlanarak arttığı ve elli yaş sonrası dönemin kritik bir eşik oluşturduğu gösterilmiştir (146). Aynı araştırma grubunun 2022 yılında yayınladığı güncel çalışmada, aile öyküsü olan kadınlarda akrabanın tanı yaşının, bireyin kendi kanser riski açısından önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmıştır (147). Mohammadpour-Saray ve ark.'nın Doğu Akdeniz bölgesinde yaptığı sistematik derleme ve meta-analizde, bölgemizde elli yaş üstü kadınlarda meme kanseri sağkalım oranlarının batı ülkelerine göre daha düşük olduğu, bu durumun geç tanı ve yetersiz tarama programları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (148).

VKİ ile soygeçmişte meme kanseri öyküsü arasındaki ilişki incelendiğinde, fazla kilolu kadınlarda soygeçmişte meme kanseri öyküsü oranının %46.6 ile en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Hopper ve ark.'nın prospektif aile çalışması kohortunda, vücut kitle indeksi ile ailesel risk arasında yaşa özgü bir etkileşim olduğu ve fazla kilolu kadınlarda aile öyküsü varlığında riskin daha da arttığı gösterilmiştir (149). Li ve ark.'nın 2024 yılında yayınlanan güncel çalışmasında, vücut kitle indeksi ile aile öyküsü arasındaki etkileşimin meme kanseri riskini sinerjistik olarak artırdığı, özellikle premenopozal dönemde bu etkileşimin daha belirgin olduğu raporlanmıştır (150). Kontrasepsiyon yöntemi kullanımı açısından değerlendirildiğinde, herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlarda özgeçmişte kanser öyküsü oranının %64.5 ile belirgin şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.028$). Pirie ve ark.'nın İngiltere'de yaptığı geniş kapsamlı vaka-kontrol çalışması ve meta-analizde, hormonal kontraseptif kullanımının meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olabileceği ancak kullanım sonlandırıldıktan sonra riskin hızla azaldığı bildirilmiştir (151).

Tarama davranışları açısından değerlendirildiğinde, özgeçmişinde meme kanseri öyküsü olan kadınların tamamının ultrason ve mamografi yaptırmış olması dikkat çekicidir ($p<0.001$). Seiffert ve ark.'nın geniş popülasyon tabanlı vaka-kontrol çalışmasında, aile öyküsü olan kadınların tarama programlarına katılım oranlarının belirgin şekilde yüksek olduğu ve bu durumun erken tanı şansını artırdığı gösterilmiştir (152). Sprague ve ark.'nın ulusal kanser enstitüsü verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, yüksek riskli kadınlarda mamografiye ek olarak tüm meme ultrasonografisi taramasının tanı duyarlılığını artırdığı bildirilmiştir (153). Scheel ve ark.'nın mamografik olarak yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda yaptığı araştırmada, ultrasonun mamografiye ek olarak kullanılmasının özellikle genç kadınlarda ve aile öyküsü olanlarda tanı değerini yükselttiği vurgulanmıştır (154). US Preventive Services

Task Force'un 2024 yılında yayınladığı güncel tarama önerilerinde, kırk yaş üstü tüm kadınların düzenli mamografi taramasından geçmesi gerektiği, aile öyküsü olan kadınlarda ise taramanın daha erken yaşta başlatılması gerektiği belirtilmektedir (155).

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça soygeçmişte kanser öyküsü bildirme oranının artması ($p=0.005$) önemli bir bulgudur. Üniversite mezunlarında bu oran %29.9 iken, okur yazar olmayanlarda %12.8'dir. Yalçın Gürsoy ve Uçan Yamaç'ın Türkiye'nin kırsal bölgesinde yaşayan kadınlarda sağlık okuryazarlığı ve mamografi tarama davranışlarını incelediği çalışmada, eğitim düzeyinin hem sağlık farkındalığını hem de aile öyküsü bilgisini artırdığı gösterilmiştir (156). Kartal ve ark.'nın birinci basamakta yürüttüğü kesitsel çalışmada, Türk kadınlarının meme kanseri risk algısının eğitim düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu ve eğitilmiş kadınların aile öykülerini daha iyi bildikleri raporlanmıştır (157). Tarı Selçuk ve ark.'nın yarı kentsel bölgede kırk yaş üstü kadınlarda yaptığı araştırmada, sağlık inançları ile tarama davranışları arasındaki ilişkinin eğitim düzeyi tarafından modifiye edildiği gösterilmiştir (158). Kırca ve ark.'nın Suriyeli göçmenler ve Türk vatandaşlarını karşılaştırdığı çalışmada, eğitim düzeyinin meme kanseri erken tanı bilgisi üzerindeki belirleyici rolü vurgulanmıştır (159).

Hormonal kontrasepsiyon kullanımı ile meme kanseri riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çalışmamızda kadın korunma yöntemi kullananların soygeçmişinde meme kanseri öyküsü oranının %16.5 ile en düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Mørch ve ark.'nın New England Journal of Medicine'de yayınlanan geniş kapsamlı çalışmasında, güncel hormonal kontraseptiflerin meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olabileceği ancak bu riskin mutlak değerinin düşük olduğu bildirilmiştir (160). Baranská ve ark.'nın 2009-2020 yılları arasındaki vaka-kontrol çalışmalarını değerlendirdiği sistematik derleme ve meta-analizde, oral kontraseptif kullanımının meme kanseri riskini minimal düzeyde artırdığı gösterilmiştir (161). Hunter ve ark.'nın İngiltere'de yürüttüğü iç içe vaka-kontrol çalışması ve meta-analizde, kombine ve sadece progesteron içeren hormonal kontraseptiflerin benzer risk profiline sahip olduğu vurgulanmıştır (162). Bahamondes ve ark.'nın üreme çağındaki kadınlarda yaptığı güncel meta-analizde, hormonal kontrasepsiyon ile meme kanseri riski arasındaki ilişkinin kullanım süresi ve yaşla değiştiği, genç kadınlarda riskin daha düşük olduğu raporlanmıştır (163).

Çalışmamızda parite ile soygeçmişte meme kanseri öyküsü arasında ilginç bir ilişki saptanmıştır. İki çocuklu kadınlarda soygeçmişte meme kanseri öyküsü oranı %35 ile en yüksek düzeydeyken, üç çocuklularda bu oran %14.6'ya düşmüştür ($p=0.002$). Mishra ve ark.'nın

Hindistan'ın düşük sosyoekonomik bölgelerinde yaptığı çalışmada, meme kanseri taramasına uyum ve yönlendirme faktörlerinin parite ile değiştiği, orta pariteli kadınların tarama konusunda daha bilinçli oldukları gösterilmiştir (164). Eriksson ve ark.'nın İsveç'te yürüttüğü çalışmada, yüksek riskli kadınların belirlenmesinde parite, aile öyküsü ve mamografik dansitenin birlikte değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (165). Nagadi ve Elsayed'in manyetik rezonans görüntülemenin tarama testi olarak kullanılabilirliğini değerlendirdiği güncel çalışmada, multipar kadınlarda standart tarama yöntemlerinin yetersiz kalabileceği ve ek görüntüleme yöntemlerinin gerekliliği belirtilmiştir (166). Rebolj ve ark.'nın maliyet-etkinlik analizinde, artmış meme dansitesi veya yüksek risk taşıyan kadınlarda mamografiye otomatik meme ultrasonunun eklenmesinin maliyet-etkin bir strateji olduğu gösterilmiştir (167).

Çalışmamızda USG ve mamografi yaptıran kadınların SYBD puanlarının, yaptırmayanlara göre anlamlı derecede düşük olması ($p=0.006$ ve $p<0.001$) paradoksal bir bulgu gibi görünse de bu durum tarama yaptıran kadınların genellikle daha ileri yaşta, komorbiditeleri olan veya risk faktörü taşıyan bireyler olması ile açıklanabilir. Dolatian ve ark.'nın üreme çağındaki kadınlarda sosyal belirleyicileri incelediği popülasyon tabanlı çalışmada, sağlık hizmetlerine erişim ile sağlık davranışları arasında karmaşık bir ilişki olduğu, tarama hizmetlerinden yararlanan kadınların genellikle sağlık sorunları nedeniyle bu hizmetlere yönlendirildiği bildirilmiştir (168). Pratley'in gelişmekte olan ülkelerdeki sistematik derlemesinde, kadınların güçlenmesi ile sağlık hizmetlerine erişim arasında pozitif bir ilişki olduğu ancak bu durumun her zaman daha iyi sağlık davranışları ile sonuçlanmadığı gösterilmiştir (169). Krok ve ark.'nın maneviyat, sağlıkla ilişkili davranışlar ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, tarama davranışlarının tek başına değil, bütüncül bir sağlık yaklaşımı içinde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (170). “Determining a Health-promoting Lifestyle” çalışmasında Afgan göçmen kadınlarda SYBD puanlarının yerli popülasyona göre farklılık gösterdiği bildirilmiş olup, çalışmamızda göçmen kadınların dahil edilmemiş olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir (171). “Analysis of health promoting lifestyle behaviors” çalışmasında tıp öğrencilerinde bekar olanların fiziksel aktivite puanlarının evlilerden yüksek olduğu gösterilmiştir (172).

6. SONUÇ

Bu çalışmada İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 410 kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri risk faktörleri arasındaki ilişkiler kapsamlı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları, kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının çok boyutlu faktörlerden etkilendiğini ve bu faktörlerin birbirleriyle kompleks etkileşimler gösterdiğini ortaya koymuştur.

Çalışmanın en önemli sonuçlarından biri, eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki belirleyici rolüdür. Üniversite mezunu kadınların SYBD puanlarının okur yazar olmayanlara göre belirgin şekilde yüksek olması, eğitimin sağlık farkındalığı ve davranış değişikliği üzerindeki kritik etkisini göstermektedir. Bu bulgu, kadın sağlığının iyileştirilmesinde eğitim politikalarının ve sağlık okuryazarlığı programlarının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca yaş ilerledikçe SYBD puanlarının azalması, özellikle orta yaş ve üzeri kadınlara yönelik özel sağlığı geliştirme müdahalelerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

VKİ ile SYBD puanları arasındaki negatif korelasyon, obezite ve sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının bir kısır döngü oluşturduğunu düşündürmektedir. Normal kilolu kadınların daha yüksek SYBD puanlarına sahip olması, kilo kontrolünün sadece bir sonuç değil, aynı zamanda genel sağlık davranışlarının bir göstergesi olduğunu göstermektedir. Çocuk sayısı ve gebelik durumunun SYBD puanları üzerindeki olumsuz etkisi, annelik rolünün kadınların kendi sağlık ihtiyaçlarını ihmal etmelerine yol açabileceğini işaret etmektedir. Bu durum, anne ve çocuk sağlığı programlarının sadece çocuğa değil, annenin kendi sağlık davranışlarına da odaklanması gerektiğini göstermektedir.

Meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde, elli yaş üstü kadınlarda ve komorbidite varlığında kanser öyküsünün belirgin şekilde artması, bu grupların yakın takip ve erken tanı programlarına öncelikli olarak dahil edilmesi gerektiğini göstermektedir. Özgeçmişinde meme kanseri olan kadınların tamamının ultrason ve mamografi yaptırmış olması, kanser deneyiminin tarama davranışlarını olumlu etkilediğini gösterse de, risk altındaki ancak henüz kanser tanısı almamış kadınların tarama programlarına katılımının artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızın sonuçları, kadın sağlığının iyileştirilmesi için bütüncül ve çok sektörlü yaklaşımların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Eğitim olanaklarının artırılması, sağlık okuryazarlığı programlarının yaygınlaştırılması, kilo kontrolü ve fiziksel aktivite programlarının desteklenmesi, anne sağlığı hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve risk gruplarına yönelik bireyselleştirilmiş tarama programlarının geliştirilmesi öncelikli müdahale alanları olarak belirlenmiştir. Gelecekte yapılacak prospektif ve müdahale çalışmaları, bu faktörler arasındaki nedensellik ilişkilerinin daha iyi anlaşılmasına ve etkin sağlığı geliştirme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi,. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 01 Ağustos 2014;28(2):85.
2. GLOBOCAN 2022: Latest global cancer data shows rising incidence and stark inequities | UICC [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.uicc.org/news/globocan2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark-inequities>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Meme Kanseri Koruma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi [Internet]. [a.yer 02 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/585>
4. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Taramaları [Internet]. [a.yer 07 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>.
5. Olgun Z, Kutlu R. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlık Algısı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 2022;16(1):196-205
6. WONCA Europe. Definition of General Practice / Family Medicine 2002 Edition.Erişim tarihi 08 Mayıs 2024, gönderen <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practicefamily-medicine>
7. Zaybak A, Fadiloglu Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2004;20(1):77-95.
8. Johnson RL. Gender differences in health- promoting lifestyles of African Americans. Public health nursing. 2005;22(2):130-7.
9. Prof B, Cantürk Z, Çelik V, Güler N, ve ark. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF), Meme Hastalıkları Kitabı Editörler Prof. Dr.Vahit Özmen, Güneş Tıp Kitapevleri,2012
10. McCart Reed AE, Kalinowski L, Simpson PT, Lakhani SR. Invasive lobular carcinoma of the breast: the increasing importance of this special subtype. Breast Cancer Research. 07 Aralık 2021;23(1):6.
11. American Cancer Society (ACSa) <https://www.cancer.org/cancer/types/breastcancer/screening-tests-and-early-detection.html> Erişim tarihi:21.08.2024
12. Kabacaoğlu,C., Karaca, A. (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. JAREN. 2020;6(1):179-86. doi:10.5222/jaren.2020.69885
13. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/today/en/fact-sheets-populations#countries>.
14. GLOBOCAN 2022: Latest global cancer data shows rising incidence and stark inequities | UICC [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.uicc.org/news/globocan-2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark-inequities>
15. International Agency for Research on Cancer, Statistics at a glance Turkey [Internet]. [a.yer 03 Temmuz 2024]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>
16. ME J, Siegel R, Soerjomataram MI. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2024 [a.yer 05 Haziran 2024]; Erişim adresi: <https://dr2pp.oss.ns-svc.cn/bj/bjGD/bjGDxafiDAm7Vx9FQ1bq.pdf>
17. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. Cancers (Basel). 25 Ağustos 2021;13(17).

18. Breast Cancer Org, Breast Cancer Risk Factors [Internet]. [a.yer 05 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.breastcancer.org/risk/risk-factors>
19. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*. 27 Ekim 2001;358(9291):1389-99.
20. Chen Z, Xu L, Shi W, Zeng F, Zhuo R, Hao X, et al. Trends of female and male breast cancer incidence at the global, regional, and national levels, 1990-2017. *Breast Cancer Res Treat*. Nisan 2020;180(2):481-90.
21. Aıköz A, ehreli R, Ellidokuz H. Determination of Knowledge and Behavior of Women Working at a Hospital on Breast Cancer Early Detection Methods, and Investigation of Efficiency of Planned Education. *J Breast Health*. Ocak 2015;11(1):31-8.
22. Łukasiewicz S, Czezelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers (Basel)*. 25 Ağustos 2021;13(17).
23. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny*. Eylül 2015;14(3):196-202.
24. Ursin G, Bernstein L, Lord SJ, Karim R, Deapen D, Press MF, et al. Reproductive factors and subtypes of breast cancer defined by hormone receptor and histology. *Br J Cancer*. 08 Ağustos 2005;93(3):364-71.
25. Tran ATN, Hwang JH, Choi E, Lee YY, Suh M, Lee CW, et al. Impact of Awareness of Breast Density on Perceived Risk, Worry, and Intentions for Future Breast Cancer Screening among Korean Women. *Cancer Res Treat*. Ocak 2021;53(1):55-64.
26. Ng J, Shuryak I. Minimizing second cancer risk following radiotherapy: current perspectives. *Cancer Manag Res*. 2015;7:1-11.
27. Helm JS, Rudel RA. Adverse outcome pathways for ionizing radiation and breast cancer involve direct and indirect DNA damage, oxidative stress, inflammation, genomic instability, and interaction with hormonal regulation of the breast. *Arch Toxicol*. Mayıs 2020;94(5):1511-49.
28. Palmer JR, Wise LA, Hatch EE, Troisi R, Titus-Ernstoff L, Strohsnitter W, et al. Prenatal Diethylstilbestrol Exposure and Risk of Breast Cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 01 Ağustos 2006;15(8):1509-14.
29. Kawai, M., Malone, K.E., Tang, M.-T.C. & Li, C.I. (2014). Active smoking and the risk of estrogen receptor-positive and triple-negative breast cancer among women ages 20 to 44 years. *Cancer*, 120: 1026-1034. doi:10.1002/cncr.28402
30. Johns, L. E., Jones, M. E., Schoemaker, M. J., McFadden, E., Ashworth, A., & Swerdlow, A. J. (2018). Domestic light at night and breast cancer risk: a prospective analysis of 105 000 UK women in the Generations Study. *British journal of cancer*, 118(4), 600-606.
31. Kabacaoğlu, C., & Karaca, A. (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü.
32. Zeinomar, N., Knight, J.A., Genkinger, J.M. et al. (2019). Alcohol consumption, cigarette smoking, and familial breast cancer risk: findings from the Prospective Family Study Cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Res* 21, 128 <https://doi.org/10.1186/s13058-019-1213-1>
33. Pizot C, Boniol M, Mullie P, Koechlin A, Boniol M, Boyle P, et al. Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies. *Eur J Cancer*. Ocak 2016;52:138-54.
34. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J. Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *BMJ*. 28 Ekim 2020;m3873.
35. Hulka BS. Hormone-replacement therapy and the risk of breast cancer. *CA Cancer J Clin*. 01 Eylül 1990;40(5):289-96.

36. Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors | American Cancer Society [Internet]. [a.yer 06 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>
37. Rock CL, Thomson C, Gansler T, Gapstur SM, McCullough ML, Patel A V., et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. CA Cancer J Clin [Internet]. Temmuz 2020 [a.yer 06 Haziran 2024];70(4):245-71. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>
38. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). Int J Cancer. 20 Eylül 2004;111(5):762-71.
39. Kang C, LeRoith D, Gallagher EJ. Diabetes, Obesity, and Breast Cancer. Endocrinology. 01 Kasım 2018;159(11):3801-12.
40. Misotti AM, Gnagnarella P. Vitamin supplement consumption and breast cancer risk: a review. Ecancermedicallscience. 23 Ekim 2013;7:365.
41. Atoum M, Alzoughool F. Vitamin D and Breast Cancer: Latest Evidence and Future Steps. Breast Cancer (Auckl). 01 Ocak 2017;11:117822341774981.
42. Al-Naggar RA, Anil S. Artificial Light at Night and Cancer: Global Study. Asian Pac J Cancer Prev. 01 Ekim 2016;17(10):4661-4.
43. Johns LE, Jones ME, Schoemaker MJ, McFadden E, Ashworth A, Swerdlow AJ. Domestic light at night and breast cancer risk: a prospective analysis of 105 000 UK women in the Generations Study. Br J Cancer. 20 Şubat 2018;118(4):600-6.
44. Dandamudi A, Tommie J, Nommsen-Rivers L, Couch S. Dietary Patterns and Breast Cancer Risk: A Systematic Review. Anticancer Res. Haziran 2018;38(6):3209-22.
45. Castelló A, Pollán M, Buijsse B, Ruiz A, Casas AM, Baena-Cañada JM, et al. Spanish Mediterranean diet and other dietary patterns and breast cancer risk: case-control EpiGEICAM study. Br J Cancer. 23 Eylül 2014;111(7):1454-62.
46. Casey SC, Vaccari M, Al-Mulla F, Al-Temaimi R, Amedei A, Barcellos-Hoff MH, et al. The effect of environmental chemicals on the tumor microenvironment. Carcinogenesis. Haziran 2015;36 Suppl 1(Suppl 1):S160-83.
47. Videnros C, Selander J, Wiebert P, Albin M, Plato N, Borgquist S, et al. Investigating the risk of breast cancer among women exposed to chemicals: a nested case-control study using improved exposure estimates. Int Arch Occup Environ Health. Şubat 2020;93(2):261-9.
48. Rodgers KM, Udesky JO, Rudel RA, Brody JG. Environmental chemicals and breast cancer: An updated review of epidemiological literature informed by biological mechanisms. Environ Res. Ocak 2018;160:152-82.
49. Kolak A, Kamińska M, Sygit K, Budny A, Surdyka D, Kukielka-Budny B, et al. Primary and secondary prevention of breast cancer. Ann Agric Environ Med. 23 Aralık 2017;24(4):549-53.
50. Pandve H. Changing concept of disease prevention: From primordial to quaternary. Archives of Medicine and Health Sciences. 2014;2(2):254.
51. Ali A, Katz DL. Disease Prevention and Health Promotion: How Integrative Medicine Fits. Am J Prev Med. Kasım 2015;49(5 Suppl 3):S230-40.
52. International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences » Makale » Turkish Women Breast Self-Examination Knowledge and Practices: A Systematic Review, 2021;7(3):99-114.
53. Meme Kanseri Tarama Ve Erken Tanı, Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022;1(2):50-56.
54. Meme Tarama Rehberi, Türk Radyoloji Derneği / Turkish Society of Radiology [Internet]. [a.yer 08 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.turkrad.org.tr/dernekten-haberler/trd-meme-tarama-rehberi/>

55. Çelik L, Çubuk R, Altıntoprak KM. Meme Kanseri Riski Normal veya Artmış Kadınlarda Tarama. Türkiye Klinikleri Radyoloji - Özel Konular, 2017;10(3):185-97.
56. Akdeniz M, Kavukçu E. Quaternary prevention: First, do not harm. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 15 Haziran 2017;21(2):74-81.
57. Senol Y, Akdeniz M. Elderly and Preventive Medicine. GeroFam-A peer reviewed, evidence based gerontology-oriented family practice journal. 2011;49-67.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Taramaları. [İnternet]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>; Erişim tarihi: 29.04.2025.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2 milyon 500 bin kadına meme kanseri taraması yapıldı. [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-60874>; Erişim tarihi: 29.04.2025.
60. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.who.int>; Erişim tarihi: 29.04.2025
61. American Cancer Society. Breast cancer early detection guidelines. [İnternet]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org>; Erişim tarihi: 29.04.2025
62. Ünal, S. (2021). Yaşlıların Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Başarılı Yaşlanma Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma: Konya İli Örneği. [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
63. Yıldız, İ. (2010). Lise Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. [Yüksek Lisans Tezi]. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
64. Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M.A. (2011). Health Promotion İn Nursing Practice. Pearson.Seventh Edition.
65. Kaya, Y., Beji, K., Aydın, Y., Hassa, H. (2016). Kadınlarda Yaşam Biçimi Davranışlarının Fertilite Üzerine Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, (3). 190- 196.
66. Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3), 259-266.
67. Açar, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi
68. Alphan E. Hastalıklarda beslenme tedavisi. 1. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2013.
69. Tayar, M. ve Korkmaz, N. H. (2007). Beslenme Sağlıklı Yaşam (2.Baskı). Nobel Yayın.
70. Pekcan, G., Şanlıer, N., Bağ, M. (Ed.). (2019). Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015 (2.Baskı, Yayın no. 1031). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
71. World Health Organization. (2020, 29 Nisan). Healthy Diet. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/healthy-diet>
72. World Health Organisation. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Bull World Health Organ 2009;87: 646–646.
73. Ezzati M, Riboli E. Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. N Engl J Med 2013; 369, 954-64.
74. Koenig H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Canadian journal of psychiatry, 54(5), 283-291. 45
75. Özenoğlu, A., Gün, B., Karadeniz, B., Koç, F., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S. Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. Life Sciences, 16(1), 1-18, 2021.
76. World Health Organization. (2022, 5 Ekim). Physical Activity.
77. Özer MK. Fiziksel Uygunluk. 2.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Evi, 2006.

78. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Editör: Demirel, H., Kayıhan, H., Özmert, E.N., Doğan, A. 2. Baskı, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
79. Yıldırım, İ., Özşevik, K., Özer, S., Canyurt, E., & Tortop, Y. (2015), Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite ile Depresyon İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9(9), 32-39.
80. “Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi” Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, 2. Basım, Ankara, 2014.
81. Nieman DC, Henson DA, Austin MD, Sha W. Fiziksel olarak zinde ve aktif yetişkinlerde üst solunum yolu enfeksiyonu azalır. *Br. J. Spor Med.* 2011; 45:987- 992.
82. Nieman DC, Wentz LM. Fiziksel aktivite ve vücudun savunma sistemi arasındaki zorlayıcı bağlantı, *Spor ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 8(3): 201-217.
83. Demirel, H., Kayıhan, H., Özmert, E. N. ve Doğan, A. (Ed.). (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2.Baskı, Yayın no. 940). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
84. Cankorur, V. Ş., Yetişkin Ruh Sağlığı ve Fiziksel Aktivite, *Türkiye Klinikleri J Spor Hekimliği Özel Konular*. 2015;1(1):61-7
85. Paffenbarger RS. Jr, Hyde RT, Wing AL. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men, 1993: 328, 538-45.
86. Simpson RC, Lowder TW, Spielmann G, Bigley AB, LaVoy EC, Kunz H. Egzersiz ve yaşlanma bağışıklık sistemi. *Yaşlanma Res Rev*, 2012: 11 (3), 404 – 420.
87. Çelik F, Yenil TH. COVID-19 ve Hareketsiz Yaşam, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 2020, 3 (2).
88. Ellison CW. Spiritual Well-Being: Conceptualization and Measurement. *J Psychol Theol*. 1983;11(4):330-8.
89. Akgün Şahin, Z., Kardaş Özdemir, F. (2016). Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary nurse*, 52(4), 454-461. 46
90. Levin, J. S., & Schiller, F. L. (1987). Is There a Religious Factor in Health. *Journal of Religion and Health*, 26(1), 9-36
91. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 11(3):41-52, 2009.
92. McSherry W, Ross L. editors. *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. M&K Publishing, 2010.
93. Savucu Y. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2020, 2 (1): 34-43.
94. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E. ve Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği, *Türk J Fam Med Prim Care*, 6(1), 13-21.
95. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*. 2006, 15 (7): 885-896.
96. Narayanasamy A. Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):116-7.
97. Doğan, T., & Sapmaz, F. (2012), Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Öznel İyi Oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 10(3), 585-602.
98. İmamoğlu, S. (2008). Genç yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerin cinsiyet, cinsiyet rolleri ve yalnızlık algısı açısından incelenmesi. [Doktora tezi] Marmara Üniversitesi.
99. Erözkan, A. (2009). Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Mizah Tarzları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (26), 56-66.
100. Aydın, A. ve Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik. *J Psychiatr Nurs*, 7(1), 45-49.

101. Modie-Moroka T. (2014). Stress, social relationships and health outcomes in low-income Francistown, Botswana. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(8), 1269-1277.
102. Wellman B, Wortley S. Farklı İnsanlardan Farklı Darbeler: Topluluk Bağları ve Sosyal Destek. *Ben J Sociol*, 1990.
103. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a metaanalytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.
104. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2010; 40(2), 218-227. 47
105. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ ve Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 2012; 74(6), 907-914.
106. Watanabe, K., Tanaka, E., Watanabe, T., Tomisaki, E., Ito, S., Okumura, R. ve Anme, T. (2020). Social relationships and functional status among Japanese elderly adults living in a suburban area. *Public health*, 179, 84-89.
107. Demirci, N., Engin, A., Bakay, İ., Yakut, Ö. (2013). Stres ve Stresi Ortaya Çıkaran Durumların Öğrenci Üzerine Etkisi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 289-296.
108. Kaya, M., Değerliyurt, M., Aydoğmuş, Y., Aksu, R. ve Türkmen, E. (2014). Coğrafya Öğretmen Adaylarının Stres Kaynakları. *Turkish Studies*, 9(1), 235-257.
109. Aytaç, S. (2009). İş stresi: oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, yönetimi. *İş Stresi Yönetimi El Kitabı*, 1- 34.
110. Tambağ, H. (2013). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 4(16), 23-31.
111. Yarıbeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017), Stresin Vücut Üzerindeki Etkisi, 16, 1057. 85. Güçlü, N. "Stres yönetimi." *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* 21.1, 2001.
112. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC*. 01 Mart 2012;6(1):0-0.
113. 50. Aile Hekiminin Tanımı [İnternet]. [a.yer 17 Şubat 2025]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html>
114. Güleç D, İnankul SY, Özdemir E. Social media usage and health promoting lifestyle in profile related socio-demographic factors in Turkey. *Cent Asian J Med Sci*. 2020;6(1):25-42.
115. Williams K, Poel A, Braithwaite SR. Happy, Healthy and Wedded? How the Transition to Marriage Affects Mental and Physical Health. *Journal of Family Issues*. 2021;43(2):324-347.
116. Yusefi AR, Barfar E, Daneshi S, Bayati M, Mehralian G, Bastani P. Health literacy and health promoting behaviors among inpatient women during COVID-19 pandemic. *BMC Women's Health*. 2022;22:77
117. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2022). Meme kanseri ve mamografi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Meme_Kanseri_ve_Mamografi.pdf
118. World Healht Organizastion (2022). Breast cancer <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
119. Aksoy, Y. E., Turfan, E. Ç., Sert, E., & Mermer, G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *J Breast Health*, 11, 26-30. doi: 10.5152/tjbh.2014.2296

120. Dinçel, E., Kısmet, K., Erel, S., Sunay, D., Şahin, M., Taşova, V. ... Akkuş, M. A. (2010). İlk mamografi yaşına etki eden faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(3), 113-117.
121. Ceyhan, B., Atakır, K., & Özevci, G. (2022). Türkiye’deki kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik farkındalıklarının incelenmesi. *Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi*, 5(2), 123-133.
122. Kuan, G., Kueh, Y. C., Abdullah, N., & Tai, E. L. M. (2019). Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version. *BMC public health*, 19, 1-10.
123. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kissal, A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.
124. Sousa P, Gaspar P, Vaz DC, Gonzaga S, Dixe MA. Measuring healthpromoting behaviors: cross-cultural validation of the health-promoting lifestyle profile-II. In *J Nurs Knowl*. 2015;26(2):54–61.
125. Tanjani PT, Azadbakht M, Garmaroudi G, Sahaf R, Fekrizadeh Z. Validity and reliability of health promoting lifestyle profile ii in the Iranian elderly. *Int J Prev Med*. 2016;7:74
126. Önsüz MF, Topuzoğlu A, Algan A, Çobanoğlu A, Işıkgöz Taşbakan M, Tükel S, et al. Assessment of health-promoting lifestyle behaviors of adults living in the semi-rural area. *North Clin Istanb*. 2019;6(1):13-20.
127. Yılmazel G. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. *Journal of Cancer Education*. 2018;33(1):89-94.
128. Kırık S, Özkan S. Health-promoting lifestyle behaviors and its association with sociodemographic characteristics in hospital clinical staff. *Front Public Health*. 2024;12:1391094.
129. Rathnayake N, Alwis G, Lenora J, Lekamwasam S. Applicability of health promoting lifestyle profile-II for postmenopausal women in Sri Lanka; a validation study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18:122.
130. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Scientific Reports*. 2019;9:11763.
131. Al-Dossary SS, Alenezi AM, Griffiths R, Naser AY. Health promoting lifestyle behaviors and sleep quality among Saudi postmenopausal women. *Front Public Health*. 2022;10:859819.
132. Wong MC, Wang HHX, Kwan MWM, Fong BCY, Chan WM, Zhang DX, et al. Association between obesity, common chronic diseases and health promoting lifestyle profiles in Hong Kong adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020;20:1655.
133. Tzenios N, Tazanios ME, Chahine M. The impact of BMI on breast cancer – an updated systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(5):e36831.

134. Ryan CP, Hayes MG, Lee NR, McDade TW, Jones MJ, Kobor MS, Kuzawa CW, Eisenberg DTA. Parity predicts biological age acceleration in post-menopausal, but not pre-menopausal, women. *Scientific Reports*. 2020;10:20522.
135. Lin L, Lu C, Chen W, Li C, Guo VY. Parity and the risks of adverse birth outcomes: a retrospective study among Chinese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):257.
136. Trudel-Fitzgerald C, Poole EM, Idahl A, Dreyfus JF, Thiébaud ACM, Chavarro JE, Rosner BA, Tworoger SS, Kubzansky LD. Prospective changes in healthy lifestyle among midlife women: When psychological symptoms get in the way. *American Journal of Medicine*. 2016;129(2):194-206.
137. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC Public Health*. 2016;16:599.
138. Chandran U, Zirpoli G, Ciupak G, et al. Does alcohol increase breast cancer risk in African-American women? Findings from a case-control study. *Br J Cancer*. 2013;109:1945-1953.
139. Kozica SL, Cliff DP, Teede HJ, Moran LJ. Health-related behaviors in women with lifestyle-related diseases. *Behavioral Medicine*. 2012;38(3):79-85.
140. Land SR, Cronin KA, Gail MH, et al. The Influence of Comorbidities on Overall Survival Among Older Women Diagnosed With Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103(14):1101-1111.
141. Scala M, Bosetti C, Bagnardi V, et al. Dose-response Relationships Between Cigarette Smoking and Breast Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Epidemiol*. 2023;33(12):640-648.
142. He Y, Si Y, Li X, et al. The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Oncol*. 2022;12:961970.
143. Jones ME, Schoemaker MJ, Wright LB, et al. Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. *Breast Cancer Res*. 2017;19:118.
144. Wang K, Li F, Zhang X, et al. Smoking increases risks of all-cause and breast cancer specific mortality in breast cancer individuals: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies involving 39725 breast cancer cases. *Oncotarget*. 2016;7(50):83134-83147.
145. Pervaiz R, Tosun Ö, Besim H, Serakinci N. Risk factor assessment for breast cancer in North Cyprus: a comprehensive case-control study of Turkish Cypriot women. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2018;48(2):293-304.
146. Durham DD, Roberts MC, Khan CP, Abraham LA, Smith RA, Kerlikowske K, Miglioretti DL. Age at initiation of screening mammography by family history of breast cancer in the breast cancer surveillance consortium. *Cancer Causes Control*. 2021;32(1):109-117.
147. Durham DD, Abraham LA, Roberts MC, Khan CP, Smith RA, Kerlikowske K, Miglioretti DL. Breast cancer incidence among women with a family history of breast cancer by relative's age at diagnosis. *Cancer*. 2022;128(24):4232-4240.
148. Mohammadpour-Saray M, Khodadost M, Pakzad R, et al. Survival rates of patients with breast cancer in countries in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review and meta-analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;26(2):219-232.
149. Hopper JL, Dite GS, MacInnis RJ, Giles GG, McCredie MRE, Southey MC, et al. Age-specific breast cancer risk by body mass index and familial risk: prospective family study cohort (ProF-SC). *Breast Cancer Res*. 2018;20(1):132.

150. Li Y, Yang Y, Lu M, Wang Z, Zhang Y, Yuan F, et al. Interaction between body mass index and family history of cancer on the risk of female breast cancer. *Sci Rep*. 2024;14(1):4762.
151. Pirie K, Friebel T, Reeves G, Beral V, Green J. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: A UK nested case-control study and meta-analysis. *PLoS Med*. 2023;20(3):e1004188.
152. Seiffert K, Thoene K, Gellermann L, Becher H, Chang-Claude J, Flesch-Janys D. The effect of family history on screening procedures and prognosis in breast cancer patients - Results of a large population-based case-control study. *PLoS One*. 2021;16(1):e0245025.
153. Sprague BL, Lowry KP, Miglioretti DL, Alsheik N, Bowles EJA, Tosteson ANA, et al. Breast cancer risk characteristics of women undergoing whole-breast ultrasound screening versus mammography alone. *J Natl Cancer Inst*. 2023;115(8):919-927.
154. Scheel JR, Lee JM, Sprague BL, Lee CI, Lehman CD. Screening ultrasound as an adjunct to mammography in women with mammographically dense breasts. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(1):9-17.
155. US Preventive Services Task Force, Nicholson WK, Silverstein M, Wong JB, Barry MJ, et al. Screening for Breast Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2024;331(22):1918-1930.
156. Yalçın Gürsoy M, Uçan Yamaç S. Health literacy and mammography screening behaviors among women living in a rural area of Turkey. *Rural and Remote Health*. 2024;24:8602.
157. Kartal M, Ozcakar N, Hatipoglu S, Nacar MN, Turhan Damar H. Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*. 2014;14:152.
158. Tarı Selçuk K, Avcı D, Yılmaz Dünder G, Mercan Y. Breast Cancer Screening Behaviors in Women Aged 40 Years and Over in a Semi-Urban Region in Turkey: Relationships with Health Beliefs. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):171.
159. Kırca N, Baysal E, Çeber Turfan E. Knowledge About Early Diagnosis of Breast Cancer, and Breast Cancer Risks Among Syrian Immigrants and Turkish Citizens: A Comparative, Cross-Sectional Study. *European Journal of Breast Health*. 2023;19(2):104-113.
160. Mørch LS, Skovlund CW, Hannaford PC, Iversen L, Fielding S, Lidegaard Ø. Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2017;377(23):2228-2239.
161. Baranská A, Kanadys W, Religioni U, Blaszcuk J, Koziel M, Kusz K. Oral Contraceptive Use and Breast Cancer Risk Assessment: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies, 2009–2020. *Cancers (Basel)*. 2021;13(22):5654.
162. Hunter MS, Gentry-Maharaj A, Ryan A, et al. Combined and progestagen-only hormonal contraceptives and breast cancer risk: A UK nested case-control study and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 2023;20(3):e1004188.
163. Bahamondes L, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Tiezzi D. Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer in Women of Reproductive Age: A Meta-Analysis. *Cancers*. 2023;15(23):5624.
164. Mishra GA, Bhosale RA, Kulkarni SV, Gawande AV, Dusane RH. Determinants of Compliance to Breast Cancer Screening and Referral in Low Socio-Economic Regions of Urban India. *Int J Prev Med*. 2019;10:84.

165. Eriksson M, Czene K, Strand F, Zackrisson S, Lindholm P, Lång K, Föörnvik D, Sartor H, Mavaddat N, Easton D, Hall P. Identification of Women at High Risk of Breast Cancer Who Need Supplemental Screening. *Radiology*. 2020;297(2):327-333.
166. Nagadi K, Elsayed NI. Magnetic resonance imaging of the breast: Could it be used as a screening test? *Saudi Med J*. 2024;45(8):799-807.
167. Rebolj M, Assi V, Brentnall A, Parmar D, Duffy SW. Adding automated breast ultrasound to mammography in women with increased breast density or at an elevated risk of breast cancer is a cost-effective screening strategy. *Breast Cancer Res Treat*. 2025;201(1):139-149.
168. Dolatian M, Sharifi N, Mahmoodi Z, Fathnezhad-Kazemi A. The Social Determinants of Health in Association with Women's Health Status of Reproductive Age: A Population-Based Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2014;2(3):175-182.
169. Pratley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Social Science & Medicine*. 2016;169:119-131.
170. Krok D, Telka E, Zarzycka B. The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1997.
171. Determining a Health-promoting Lifestyle among Afghan Immigrants Women in Iran. *Int J Prev Med*. 2020;11:158.
172. Analysis of health promoting lifestyle behaviors among Turkish medical students: A multicentre study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8967-72.