



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADINLARIN MAMOGRAFİ TARAMASINA KATILIMI,
MEME KANSERİ RİSK DÜZEYLERİ VE ÖLÜM KAYGISIYLA
İLİŞKİSİ**

DR. GÜLİZAR ALÇINAR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN-2023



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KADINLARIN MAMOGRAFİ TARAMASINA KATILIMI,
MEME KANSERİ RİSK DÜZEYLERİ VE ÖLÜM KAYGISIYLA
İLİŞKİSİ**

DR. GÜLİZAR ALÇINAR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. BEKTAŞ MURAT YALÇIN

SAMSUN-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgisini, tecrübesini, anlayışını esirgemeyen anabilim dalı başkanımız saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,

Asistanlık sürecim boyunca başta Hazal ÖZDENER olmak üzere beraber çalışma şansı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Emeklerini asla ödeyemeyeceğim annem Dilek MAĞDEN'e,

Her zorlukta yanımda olan, yol arkadaşım, biricik eşim Uzm. Dr. Ramazan ALÇINAR'a,

sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Gülizar ALÇINAR

SAMSUN-2023

BEYAN

“Kadınların Mamografi Taramasına Katılımı, Meme Kanseri Risk Düzeyleri ve Ölüm Kaygısıyla İlişkisi” isimli tıpta uzmanlık tez çalışmasının şahsıma ait olduğunu, uzmanlık tezimin başka herhangi bir tezden veya çalışmadan kopya etmediğimi, tezin planlama, araştırma ve yazma aşamaları başta olmak üzere tüm aşamalarında etik olmayan herhangi bir davranışta bulunmadığımı, uzmanlık tezimdeki bütün bilimsel verileri akademik ve etik kurallar dahilinde elde ettiğimi, yapmış olduğum uzmanlık tezi araştırması dahilinde elde edilmeyen tüm bilimsel verilere kaynak gösterdiğimi ve gösterdiğim bütün kaynakları kaynakça bölümünde usulüne uygun bir şekilde belirttiğimi, uzmanlık tezimin bütün aşamalarında etik kurallara uyduğumu ve hiçbir şekilde telif hakkı veya patent hakkını ihlal etmeye yönelik bir davranış sergilemediğimi beyan ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kadınların mamografi taramasına katılımı, meme kanseri risk düzeyleri ve ölüm kaygısıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipte bir çalışmadır. Ocak- Nisan 2023 tarihleri arasında 40 yaş ve üzeri kadınlar çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze anket uygulandı. Ankette sosyodemografik özellikler, meme kanseri riski ile ilişkili özellikler, mamografi taramasına ilişkin özellikler, Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS) yer aldı.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 305 kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $54,14 \pm 9,30$ 'du, %66,90'ı ev hanımıydı, %48,90'ı obezdi ve %66,90'ı menopoza girmişti. Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri gelişme riski ortalaması $1,11 \pm 0,54$; yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ortalaması $7,93 \pm 3,51$ olarak hesaplandı. Katılımcıların ölüm kaygısı puanı ortalaması $8,47 \pm 2,39$ olarak bulundu. Katılımcıların %68,90'ı mamografi taramasına katılmıştı, %23,00'ı taramaya düzenli katıldığını belirtti. Mamografi taramasına katılma durumu; menopoz durumu, iyi huylu bir teşhis ile yapılan meme biyopsisi, uzak akrabalarda/tanıdıklarda kanser öyküsü, kanser taramasının henüz hastalık belirtisi olmadan yapılması gerektiğini bilme durumu ve yaşa göre anlamlı farklılık gösterdi. Katılımcılara yöneltilen mamografi hakkında olumsuz ifadelerden en yüksek puanı kötü haber almaktan korkmak aldı. Ölüm kaygısı puanı ile mamografi hakkında olumsuz ifadelerin total puanı arasında pozitif ilişki mevcuttu ($r=0,229$, $p<0,001$). Katılımcıların mamografi hakkındaki olumsuz ifadeleri arttıkça mamografi taramasına katılımları azalmaktaydı ($p<0,001$).

Sonuç: Katılımcıların mamografi hakkında olumsuz ifadelere verdikleri puanlar ile ölüm kaygısı puanı arasında pozitif ilişkili mevcuttu. Olumsuz ifadelere verilen puan arttıkça taramaya katılım azalmaktaydı.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, mamografi, ölüm kaygısı, Gail modeli

ABSTRACT

Aim: This study aimed to evaluate the relationship between women's participation in mammography screening, breast cancer risk levels and death anxiety.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study. Between January and April 2023, women aged 40 and over were included in the study. A face-to-face survey was applied to the participants. The questionnaire included sociodemographic characteristics, characteristics associated with breast cancer risk, characteristics related to mammography screening, and Templer's Death Anxiety Scale (TDAS).

Results: A total of 305 women participated in the study. The mean age of the participants was 54.14 ± 9.30 years, 66.90% were housewives, 48.90% were obese, and 66.90% were in menopause. According to the Gail model, the mean risk of developing breast cancer at five years was 1.11 ± 0.54 ; The mean lifetime risk of developing breast cancer was calculated as 7.93 ± 3.51 . The mean death anxiety score of the participants was found to be 8.47 ± 2.39 . 68.90% of the participants participated in mammography screening, 23.00% participated in screening regularly. Participation in mammography screening differed significantly according to menopausal status, breast biopsy performed with a benign diagnosis, cancer history in distant relatives/acquaintances, knowing that cancer screening should be performed before any signs of disease, and age. Fear of bad news received the highest score for negative statements about mammography directed at participants. There was a positive correlation between death anxiety score and total score of negative statements about mammography ($r=0.229$, $p<0.001$). As the participants' negative statements about mammography increased, their participation in mammography screening decreased ($p<0.001$).

Conclusions: There was a positive correlation between the scores of the participants for negative statements about mammography and the death anxiety score. As the score for negative statements increased, participation in the screening decreased.

Keywords: breast cancer, mammography, death anxiety, Gail model

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN.....	iv
ÖZET	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Meme Kanseri	2
2.1.1. Epidemiyoloji	2
2.1.2. Etiyoloji	2
2.1.3. Risk Faktörleri	2
2.1.4. Meme Kanseri risk değerlendirmesi	5
2.1.6. Meme Kanserinden Korunma	6
2.1.7. Meme Kanseri Taraması	7
2.2.Ölüm ve Tanımı	9
2.3. Ölüm Kaygısı	9
2.4.Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Türü Yeri ve Zamanı	13
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	13
3.3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	13
3.4. Araştırmanın Uygulama Yöntemi ve Verilerin Toplanması.....	13
3.5. Veri Toplama Araçları.....	13
3.5.1. Sosyodemografik Özellikler	13
3.5.2. Meme Kanseri Riski ile İlişkili Özellikler	14
3.5.3. Meme Kanseri Taramasına İlişkin Özellikler	14
3.5.4. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS, 1970)	15
3.6. İstatistiksel Analiz	15
3.7. Etik Kurul Onayı	16
4. BULGULAR.....	17

4.1. Sosyodemografik özellikler	17
4.2. Meme kanseri riski ile ilişkili özellikler	18
4.3. Mamografi taramasına katılım ve mamografi hakkındaki ifadeler	19
4.4. Meme kanseri risk düzeyleri	22
4.5. Ölüm kaygısı ölçeği.....	25
4.6. Ölüm kaygısı ve meme kanseri risk düzeyleri korelasyon analizi	27
4.7. Yaşam boyu meme kanseri riski regresyon analizi	29
4.8. Mamografi taramasına katılım, yaş ve mamografi ifadeleri lojistik regresyon analizi	30
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	39
7. KAYNAKLAR.....	41
8. EKLER.....	50
Ek 1. Katılımcılara Uygulanan Anket	50
Ek 2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Protokolü.....	53
Ek 3. Etik Kurul Onayı.....	54
Ek 4. Örneklem Büyüklüğü Hesabı	55
Ek 5. Orijinallik Raporu	56

KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: American Cancer Society (Amerikan kanser derneği)
ark	: Arkadaşlar
ACR	: American College of Radiology (Amerikan Radyoloji Koleji)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BCDDP	: Breast Cancer Detection Demonstration Project (Meme Kanseri Tespiti ve Gösterme Projesi)
BCSC	: Breast cancer surveillance consortium Risk Calculator (Meme Kanseri Gözetim Konsorsiyumu Risk Hesaplayıcı)
BIRADS	: Breast Imaging Reporting And Data System (Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi)
BRCAT	: Breast Cancer Risk Assessment Tool (Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı)
DCIS	: Ductal carcinoma in situ
DNA	: Deoksiribo nükleik asit
E-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
ER	: Estrogen receptor (Östrojen reseptörü)
HRT	: Hormon replasman tedavisi
IARC	: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KMM	: Klinik meme muayenesi
LCIS	: Lobular carcinoma in situ
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı)
NCI	: National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)
OMÜTF	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
SEER	: Surveillance, Epidemiology and End Results (Gözetim, Epidemiyoloji ve Son Sonuçlar programı)
SERM	: Selektif östrojen reseptör modülatörleri
SNP	: Single nucleotide polymorphism (tek nükleotid polimorfizmi)
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TDAS	: Templer's Death Anxiety Scale (Ölüm Kaygısı Ölçeği)
USPSTF	: United States Preventive Services Task Force (Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü)
VKİ	: Vücut kitle indeksi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

Tablo 3. Katılımcıların meme kanseri riski ile ilişkili özellikleri-1

Tablo 4. Katılımcıların meme kanseri riski ile ilişkili özellikleri-2

Tablo 5. Katılımcıların mamografi taramasına katılma durumları

Tablo 6. Katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları-1

Tablo 7. Katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları-2

Tablo 8. Katılımcıların mamografi hakkında ifadeleri

Tablo 9. Katılımcıların mamografi hakkındaki ifadeleri puanları

Tablo 10. Katılımcıların Gail modeline göre meme kanseri risk ortalamaları

Tablo 11. Katılımcıların 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri gelişme riskleri

Tablo 12. Katılımcıların özellikleri ile meme kanseri gelişme riski ilişkisi

Tablo 13. Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğine verdikleri cevaplar

Tablo 14. Katılımcıların özellikleri ile ölüm kaygısı puanları ilişkisi

Tablo 15. Katılımcılara uygulanan anket puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilere ait korelasyon analizi sonuçları

Tablo 16. Regresyon analizi sonuçları

Tablo 17. Mamografi taramasına katılma durumu ile yaş ve mamografi hakkındaki ifadeleri lojistik regresyon analizi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde ve ülkemizde kadınlarda en yaygın görülen kanser meme kanseridir. Kadınlarda kansere bağlı ölümlerin de önde gelen nedenleri arasındadır (1). Bununla birlikte meme kanseri mortalite oranları 1970'lerden beri azalmaktadır (2). Mortalitedeki bu azalma, meme kanseri taraması ve adjuvan tedavideki gelişmelerden kaynaklanmaktadır (3, 4).

Tarama ve erken teşhis bu sinsi hastalığa karşı savaşmak için kullanabileceğimiz en iyi stratejilerin başında gelmektedir. Klinisyenlerin potansiyel olarak şüpheli meme kanseri lezyonlarını belirlemelerine yardımcı olmak için çeşitli görüntüleme yöntemleri bulunsun da mamografi meme kanseri taramasının temel dayanağı olmaya devam etmektedir (5, 6). Ancak hastaların taramaya katılımı önünde; bilgi eksikliği, ulaşım imkanlarının olmaması, maddi zorluklar, utanma, kanser tanısı alma korkusu gibi çeşitli engeller tanımlanmıştır (7, 8).

Çalışmalar, genel popülasyonda kanser endişesinin oldukça yüksek bir yaygınlık gösterdiğine işaret eder, ancak kanser hakkında insanları endişelendiren şeyin ne olduğu hakkında çok az şey bilinmektedir. Pek çok insan “kanser teşhisinin ölüm cezası olduğuna” ve “kanser tedavisinin kanserin kendisinden daha kötü olduğuna” inanmaktadır (9-11). Bu çalışmalardan bazıları endişenin motive edici olduğunu, diğerleri ise caydırıcı olduğunu bulmuştur. Bazı yazarlar, kanser endişesinin davranışsal etkilerinde gözlemlenen tutarsızlıkları anlamak için kanserle ilgili endişenin kökenlerini belirlemenin gerekli olabileceğini öne sürmüşlerdir (8-11).

Yapılan çalışmalarda meme kanseri taramasına katılımda depresyon, anksiyete, meme kanseri endişesi gibi faktörlerin ilişkisi değerlendirilmiştir (9, 11-14). Ancak ölüm kaygısı ile ilişkisine yönelik herhangi bir çalışma mevcut değildir.

Bu çalışma kadınların mamografi taramasına katılımını, meme kanseri risk düzeylerini ve ölüm kaygısıyla ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Meme Kanseri

Meme kanseri; meme dokusundaki hücrelerin değişimi ve kontrolsüz çoğalmasıyla tipik olarak yumru veya kitle oluşumunun gözlemlendiği bir hastalık grubudur (15).

Küresel olarak, en sık teşhis edilen malignitedir ve her yıl iki milyondan fazla vaka bildirilmektedir. Ayrıca dünya genelinde kadınlarda kansere bağlı ölümlerin de önde gelen nedenleri arasındadır (1).

2.1.1. Epidemiyoloji

IARC (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2020 yılı verilerine göre kadın meme kanseri, tespit edilen yaklaşık 2,3 milyon yeni vaka ile yeni kanser vakalarının %11,7'sini oluşturmaktadır. Böylece 2020 yılında en sık görülen kanser olarak akciğer kanserinin (%11,4) yerini almıştır. Kansere ölümlerinin önde gelen nedenleri arasında akciğer (%18,0), kolorektal (%9,4), karaciğer (%8,3) ve mide (%7,7) kanserinden sonra meme kanseri (%6,9) 5. sıradadır. 2020'de 684.996 kişi meme kanseri sebebiyle hayatını kaybetmiştir (16).

İnsidans oranlarının yüksek olduğu bölgeler; Kuzey Amerika, Avustralya/Yeni Zelanda, batı ve kuzey Avrupa'dır. En düşük insidans Asya ve Sahra altı Afrika'dadır (16). Bu uluslararası farklılıklar sanayileşmenin sonucu görülen toplumsal değişikliklerle (örneğin yağ alımındaki değişiklikler, vücut ağırlığı, menarş yaşı ve/veya emzirme, daha az sayıda gebelik geçirme, ilk doğum yaşının daha geç olması vb.) ilişkili olduğu düşünülmektedir (17).

2.1.2. Etiyoloji

Meme kanserlerinin yaklaşık yarısı, reproduktif faktörler ve proliferatif meme hastalıkları gibi bilinen risk faktörleriyle açıklanabilir. Bununla beraber aile öyküsü ve genetik de meme kanseri için önemli risk faktörleridir. Ayrıca risk demografik, yaşam tarzı ve çevresel faktörler tarafından değişebilir (18).

2.1.3. Risk Faktörleri

Meme kanseri gelişme olasılığını artırabilen cinsiyet, yaşlanma, aile öyküsü, gen mutasyonları, östrojen ve sağlıklı yaşam tarzı gibi çok sayıda risk faktörü vardır (19).

Cinsiyet: Kadın cinsiyet meme kanseri için yüksek risk faktörüdür. Kadınlarda erkeklerin 100 katından fazla oranda meme kanseri görülmektedir (20).

Yaş: Cinsiyetin yanı sıra yaşlanma meme kanseri için önemli risk faktörlerinden biridir çünkü meme kanseri insidansı artan yaşla yakından ilişkilidir (20). Meme kanseri insidansı yaşla birlikte artar ve artış hızının önemli ölçüde yavaşladığı menopoza kadar yaklaşık her on yılda bir ikiye katlanır. Akciğer kanseriyle kıyaslandığında meme kanseri görülme sıklığı genç yaşlarda daha yüksektir. Bazı ülkelerde menopozdan sonra yaş insidans eğrisinde bir düzleşme vardır (18).

İrk/Etnik köken: Amerika Birleşik Devletleri'nde en yüksek meme kanseri riski Beyaz kadınlar arasında görülmektedir, ancak meme kanseri her büyük etnik/ırk grubundan kadınlar arasında en yaygın kanser olmaya devam etmektedir. Meme kanseri oranlarındaki ırksal farklılıkların çoğu, yaşam tarzıyla ilişkili faktörlere ve bir gruptaki aşırı teşhise bağlanabilir (20, 21).

Aile öyküsü: Meme kanseri vakalarının yaklaşık olarak dörtte birinin aile öyküsü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (22). Birleşik Krallık'ta 113.000'den fazla kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışması birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınların, akrabalarında meme kanseri olmayan kadınlara göre bu hastalığı geliştirme riskinin 1,75 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca birinci derece akrabasında meme kanseri olan iki veya daha fazla kişi varsa bu risk 2,5 kat veya daha fazla olmaktadır (22).

Reproduktif faktörler: Erken adet görme, menopoza geç girme, ilk gebelik yaşının yüksek olması ve az sayıda doğum gibi üreme faktörleri meme kanseri riskini artırabilir. Menopozdaki her bir yıllık gecikme meme kanseri riskini %3 oranında artırmaktadır. Menarştaki her bir yıllık gecikme veya her ek doğum meme kanseri riskini sırasıyla %5 veya %10 oranında azaltır (23, 24).

Daha önce Norveç'te yapılan bir kohort çalışmasında doğum yapmamış kadınlarda doğum yapanlara kıyasla meme kanseri riskinde artış bulunmuştur. Yapılan bu çalışmaya göre kadınlarda ilk doğum yaşı 20 yaş ve altı olanların; 35 yaş ve üstü olanlara göre meme kanseri riski düşüktür. Doğum yapan kadınlar arasında doğum sayısının artması riski azaltmaktadır(25).

İlk doğum yaşı: Nulliparite ve ilk doğum yaşının geç olması, meme kanserinin yaşam boyu insidansını artırır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda meme kanseri riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan kadınlara göre yaklaşık iki kat daha fazladır. En yüksek risk grubu ilk çocuğunu 35 yaşından sonra doğuranlardır. Bu kadınların hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha yüksek risk altında olduğu görülmektedir. İkinci bir çocuğun erken doğum yaşı, meme kanseri riskini daha da azaltır (18).

Hormonal faktörler: Endojen veya eksojen kaynaklı östrojen maruziyeti meme kanseri riski ile ilişkilidir (26, 27). Endojen östrojen premenopozal dönemde overlerden üretilir, eksojen östrojen oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavisidir (28).

Birçok risk faktörü (erken menarş, geç menopoza, obezite ve hormon kullanımı) hayat boyu meme dokusunun hormonlara maruz kalmasını etkiler. Hormonların hücre bölünmesini artırdığı, böylece DNA hasarı olasılığını artırdığı ve meme kanseri büyümesini teşvik ettiği düşünülmektedir. Riski etkileyen maruziyetler bir kadının yaşamı boyunca birikse de araştırmalar, meme gelişimi sırasındaki erken yaşam maruziyetlerinin özellikle kritik olabileceğini düşündürmektedir (29).

Menopoz sonrası kadınlarda kilo ve vücut yağı: Yetişkin yaşamı boyunca, özellikle menopoz sonrası kilo alımının postmenopozal kadınlarda yüksek meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca menopozdan sonra kilo kaybının da meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu gösterilmiştir (30-32).

Menopoz sonrası meme kanserlerinin yaklaşık üçte birinin menopoz sonrası kilo alımı, fiziksel inaktivite, kombine östrojen ve progestin hormonlarının kullanımı, alkol tüketimi ve emzirmeme gibi değiştirilebilir faktörlerle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (33).

Genetik: Meme kanserinin yaklaşık %13'ü genetik faktörlere bağlanabilir (34). Kalıtsal meme kanserinin en yaygın nedeni BRCA1 veya BRCA2 genindeki mutasyondur. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Aşkenazi (Doğu Avrupa) kökenli Yahudilerde BRCA mutasyonları diğer ırklara/etnik gruplara göre daha yaygındır. Ancak herkes bu mutasyonlara sahip olabilir. ATM, PALB2, TP53, PTEN, CDH1, STK11 genleri de meme kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Diğer birçok gendeki kalıtsal

mutasyonlar da meme kanseri ile ilişkilendirilmiştir, ancak bunlar daha az sayıda vakayı açıklamaktadır (35).

Yaşam tarzı: Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı'na (IARC) göre, meme kanseri nedenlerinin %36,8'i 30 yaşın üzerindeki yetişkinlerde yaşam tarzı ve çevresel faktörlere bağlanabilir. Bu risk faktörleri arasında alkol tüketimi (%15.1), yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) (%8.4), sigara (%4.4), diyet (%4.3) ve fiziksel aktivite eksikliği (%3) bulunmaktadır (36).

Sigara: Sigara öyküsü olan kadınların meme kanseri riskinin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (37-39).

Meme yoğunluğu: Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi'nde (BI-RADS) yoğunluk, yağlı [Yoğunluk Kategorisi A], dağınık fibroglandüler yoğunluk (Kategori B), heterojen yoğunluk (Kategori C) veya aşırı yoğun (Kategori D) olarak kategorize edilir. Kategori D yoğunluğuna sahip kadınlarda, Kategori A yoğunluğuna sahip kadınlarla karşılaştırıldığında göreceli meme kanseri riski 2,4–4,5'tir (40).

2.1.4. Meme Kanseri risk değerlendirme

Hastaların meme kanseri geliştirme riskini değerlendirmek tarama ve klinik yaklaşımda önemlidir. Birinci basamakta bireysel meme kanseri riskinin hesaplanması bu konuda karar vermeyi kolaylaştırabilir. Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi için farklı risk tahmin araçları geliştirilmiştir. Gail model 2/ BRCAT (Breast Cancer Risk Assessment Tool), Tyrer-Cuzick (IBIS), BCSC (Breast Cancer Surveillance Consortium Risk Calculator) pratikte klinisyenlerin kullanımına sunulmuş çevrimiçi araçlardır (41-43). Bu araçların çoğu kişinin yaşam boyu meme kanseri teşhisi alma riskini hesaplamak için geliştirilmiştir.

Gail model 2 / Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı (BCRAT): Dr. Mitchell Gail'in adını taşıyan istatistiksel bir modele dayanmaktadır. NCI ve Amerikan Kanseri Derneği (American Cancer Society) tarafından ortak yürütülen bir mamografi tarama projesi olan Meme Kanseri Tespiti ve Gösterme Projesi/ Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP) ve Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Programından alınan veriler kullanılarak geliştirilmiştir. 5 yıllık ve yaşam boyu (90 yaşına kadar) invaziv meme kanseri gelişme riskini hesaplar. Risk hesaplarırken kişinin yaşı, ilk menstrüasyon başlangıç yaşı, ilk doğum yaşı, önceki

meme biyopsilerinin sayısı (pozitif veya negatif), biyopside atipik hiperplazi varlığı ve meme kanseri olan birinci derece akraba (anne, kız kardeş, kız kardeş) sayısı gibi bilgilerini kullanır. 5 yıllık meme kanseri riskini yüksek ve düşük olarak ayırmak için sınırı 1,67 olarak belirlemiştir. DCIS (Duktal karsinoma insitu), LCIS (Lobüler karsinoma insitu), Hodgkin lenfoma nedeniyle göğüs radyasyon tedavisi almış veya BRCA 1/2 mutasyonları olan kadınlar için uygun değildir. Ayrıca meme kanseri olan birinci derece akrabaların ötesinde aile öyküsünü ve diğer kanser türlerine ait aile öyküsü, meme yoğunluğu, yaşam tarzı gibi faktörleri dikkate almaz (41).

2.1.5. Belirti ve Semptomlar

Tarama programı yerleşmiş olan ülkelerde, hastaların çoğu anormal mamogram nedeniyle başvurur. Yaklaşık yüzde 15'ine mamografide tespit edilemeyen meme kitlesi (mamografik olarak gizli hastalık) nedeniyle meme kanseri teşhisi konur. Yüzde 30'u mamografiler arasındaki aralıkta meme kitlesi (interval kanserler) nedeniyle kanser tanısı alır (44).

Göğüste kitle veya yumru yaygın görülen semptomdur. Daha az yaygın semptomlar: meme ağrısı, meme başı akıntısı, meme başı retraksiyonu veya ülserasyonu, meme şekli veya boyutunda değişiklik, ciltte sıcaklık, retraksiyon, eritem veya ödemdir. Tarama amaçlı mamografi kullanımının artmasıyla birlikte, birçok asemptomatik kadına anormal bir mamogramın sonucu olarak teşhis konulmaktadır (45).

2.1.6. Meme Kanserinden Korunma

Koruyucu faktörler arasında > 16 ay emzirme, 5 veya daha fazla gebelik, egzersiz, postmenopozal VKİ < 23 kg/m², 35 yaşından önce ooferektomi yer alır (40). Ayrıca kombine östrojen/progestin HRT'den (hormon replasman tedavisi) kaçınılması, HRT kullanmayan ortalama bir kadınıninkine göre ilişkili meme kanseri riskini düşürür (46).

Bilateral profilaktik mastektomiler de meme kanseri insidansını ve mortalitesini %95 üzeri oranda azaltır. Profilaktik mastektomi çoğunlukla mortalitede azalma olduğuna dair kanıt bulunan, germ hattı genetik riski taşıyan kadınlar tarafından seçilir. Postoperatif bir miktar normal meme dokusu geride kalacağından profilaktik mastektomi yaptırmayı seçen kadınlara, yeni bir meme kanseri geliştirme riskinin hâlâ bir miktar devam ettiği söylenmelidir. Profilaktik mastektomi ile ortalama veya sadece hafif yüksek riskleri olan kadınlar için sağkalım artmaz. Ayrıca cinsellik, kozmetik ve

emzirme üzerindeki bariz olumsuz etkisinden dolayı bu yaklaşım uygun görülmemektedir (46).

Kemoprevensiyon olarak adlandırılan, ER/östrojen sinyal yolağına yönelik tedavilerle daha düşük meme kanseri riski elde edilebilir. Bunlar, seçici östrojen reseptör modölatörlerini (SERM'ler) ve ayrıca aromataz inhibisyonunu içerir. Aromataz inhibisyonu, overleri aktif çalışan kadınlarda dolaşımdaki östrojen seviyelerinde paradoksal bir artışa neden olabileceğinden, sadece menopoza sonrası kadınlarda uygulanır. SERM'ler veya aromataz inhibisyonu ile kemoprevensiyon, daha mortal olan ER-negatif meme kanserleri üzerinde etkili değildir. Ama ER-pozitif meme kanseri riskini yaklaşık olarak yarı yarıya azaltır (46).

Genetik olarak yüksek riskli kadınlarda (örneğin kalıtsal BRCA1/2 zararlı SNP'leri olanlar gibi) sıklıkla uygulanan profilaktik bilateral ooforektomi ve salpingo-ooforektomi, over kanserine ek olarak meme kanseri riskini de azaltır (46).

2.1.7. Meme Kanseri Taraması

Meme kanseri taramasının amacı öncül, malign lezyonları semptomatik hale gelmeden veya meme dışına yayılmadan önce, hayatta kalma şansının en yüksek olduğu dönemde keşfetmektir (47). Bununla birlikte, bazı düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık sistemlerinin sınırlı kaynakları nedeniyle, meme kanseri teşhisi çoğunlukla daha ileri evrelerde konur, bu da prognozu kötüleştirir ve hasta sağkalımını azaltır (48).

Meme kanseri taraması için iyi bilinen yöntemler arasında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve dijital mamografi yer alır (45). KKMM, kadınların meme kanseri tarama sürecine aktif olarak katılmasını sağlayan invaziv olmayan bir prosedürdür. Büyük, randomize çalışmalardan elde edilen veriler, eğitilmiş kadınlar tarafından gerçekleştirilen KKMM'nin meme kanserine özgü veya tüm nedenlere bağlı ölümleri azaltmadığını göstermiştir (49, 50). Bu verilere rağmen, rutin KKMM diğer meme kanseri saptama yöntemleri arasında yeni meme lezyonlarını saptayabilir (47).

Ortalama riskli asemptomatik kadınlarda hem ACS hem de USPSTF (Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü), KMM'den kaçınılmasını önermektedir (47, 51). KKMM ve KMM'nin yararları ve sınırlamaları ve herhangi bir yeni meme semptomunu bir sağlık uzmanına bildirmenin önemi hakkında bilgi

verilmelidir (47). Meme kanseri riski yüksek olan kadınlar, yaşamlarının daha erken dönemlerinde veya daha sık olarak KMM yaptırabilir (45). Tarama mamogramlarının faydalarını değerlendiren meta-analizler, 50 ila 69 yaş arası kadınlar için meme kanserine bağlı ölüm oranlarında %20 ile %35 oranında istatistiksel olarak anlamlı azalmalar göstermiştir. Ayrıca mamografik tarama 40 ile 49 yaş arası kadınlarda da meme kanserine bağlı ölümleri azaltır (47).

Tarama kılavuzları mamografilerin farklı yaşlarda ve aralıklarla başlatılmasını önermektedir; NCCN (Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı) ortalama meme kanseri riski taşıyan kadınların taramaya 40 yaşında başlamasını ve yılda bir kez mamografi çekirtmelerini önerir. ACS 45 yaşında yılda bir kez mamografi çekmeye başlamayı önerir. USPSTF 50 yaşında iki yılda bir mamografi çekmeye başlamayı önerir (47, 51, 52).

Ülkemizde Meme Kanseri Tarama Programı kapsamında; ayda bir KKMM yapması için danışmanlık verilmesi, yılda bir KMM, 40 -69 yaş arası (40 ve 69 yaşlar dahil) kadınlara 2 yılda bir mamografi taraması önerilmektedir. Yine bu program taramaya katılacak popülasyonun aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanması ve geliştirilecek davet yöntemleriyle 2 yılda bir tekrarlanması gerektiğini vurgular. Her iki meme için de birisi mediolateral oblik, öteki kraniokaudal olmak üzere ikişer görüntü çekilmelidir. Görüntülemeler birbirlerinden habersiz olarak iki ayrı radyoloji uzmanı tarafından okunmalı, kişinin izlenmesinde her iki uzmanın önerilerine de uyulmalıdır. Asıl tarama yöntemi mamografi de olsa, mamografinin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her kadına KMM de yapılmalıdır. Ayrıca toplumda farkındalığı artırmak amacıyla 20 yaşından itibaren her kadına KKMM yapması için danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Ulusal meme kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) aracılığıyla yürütülmektedir (53).

Mamografi sonuçlarının tek tip olarak raporlayabilmek ve radyolog ile diğer hekimler arasında iletişimi kolaylaştırmak için, Amerikan Radyoloji Koleji (ACR) tarafından Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi (BI-RADS) geliştirilmiştir (46).

Taramanın katılan tüm kadınlara yardımcı olmayacağı unutulmamalıdır; bu nedenle olası risklere karşı faydaların değerlendirilmesi karar vermenin çok önemli bir parçasıdır (47).

2.2.Ölüm ve Tanımı

Ölüm kavramı üzerine yapılan araştırmalara rağmen insanoğlu için hala gizemini korumaktadır. Bu araştırmacılar tarafından farklı şekillerde birçok tanımı yapılmıştır. Yapılan ölüm tanımı değişiklik gösterse de insanın özüne ait çok önemli bir kavram olduğu gerçeği değişmemektedir (54).

Ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini kaybetmesi ve hayati organlardan birinin veya birkaçının işlevini yitirmesi ile yaşamın sonlanması olarak tanımlanabilir (55).

Genellikle klinisyenler, hastalar ve aileler tarafından ölüm tıp biliminin başarısızlığı olarak görülebilmektedir. Buna bağlı olarak ölümü yaşamın bir parçası olarak değil; yaşanacak kaçınılmaz bir son olarak, hastanelerde şiddetle savaşılmaması gereken bir düşman olarak görürler (56).

2.3. Ölüm Kaygısı

Latince “angere” sözcüğünden köken alan “anx”; nefesi kesilmek ya da boğulmak anlamlarına gelmektedir (57). Almanca bir terim olan “angst”, ilk olarak Heidegger tarafından insanın temel ruh halini betimlemek amacıyla kullanılmıştır. Angst sözcüğü Türkçe’ye kaygı olarak çevrilmiştir. Kaygı boşluk hissiyle tanışan ve yüzleşen insanın ruh hali olarak betimlenmektedir (58). Almancada “angst” ve İngilizcede “anxiety” olarak bilinen kaygı terimi daha çok psikoloji alanında çalışan bilim insanlarının ilgisini çekmektedir (57). Kaygı; korku, depresyon ve endişe gibi birkaç terimle de bağlantılıdır. Kaygı ve korkuyu aynı deneyim gibi gören ve bu iki kavramı birbiri yerine kullanan araştırmacılar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar bu iki kavram arasında ayrıma gitmiştir (59-63). Haliyle ölüm kaygısı ve ölüm korkusu kavramları da literatürde bazen eşanlamli bazen de ayırım yapılarak kullanılmıştır (54).

Kierkegaard, “korku bir şeyin korkusudur, kaygı hiçbir şeyin korkusudur” diyerek korku ve kaygı arasındaki farkı belirten ilk kişi olmuştur. Ona göre bir şeyden korkmakla yoktan korkmak birbirinden farklı olgulardır. RolloMay, Kierkegaard’ın

yaptığı bu ayrıma katılarak insanın bilinç dışında, ölüm kaygısını korkuya dönüştürmeye çalıştığından bahseder (64). Ayrıca bazı biyolojik araştırmalar da korku ve kaygının beyinde farklı bölgeleri etkileyen, birbirinden farklı durumlar olduğunu desteklemektedir (65).

Kaygı insanın varolma deneyiminin bir sonucudur ve bu deneyim ölümün ve ölümlülüğün derinden kavranması ile yaşanır. İnsanın kendi ölümlülüğü ile yüzleşmeye başlaması ölüm kaygısının da başlangıcını oluşturur. Haliyle kaygı, ölümlülük olgusundan bağımsız düşünülemez ve ölümlülük algısının getirdiği hiçlik duygusunun bir sonucu olarak yaşanır (58). Her insanın kaçınılmaz olarak deneyimleyeceği, önlenemeyen ve denetlenemeyen bir olgu olarak ölüm, insan için varoluşuna bir tehdit olarak algılanmaktadır. Bu nedenle ölümlü olmak, insanda kaygı uyandıran bir kaynak haline gelmektedir (66).

Thorson ve Powell ölüm kaygısının; ölümün inkarı, kendisinin ve başkalarının ölümünden korkma, ölümden kaçınma ve ölmekte olan insanla etkileşime girmekte isteksizlik boyutlarını içeren çok boyutlu bir yapı olduğunu belirtmiştir (67). Lonetto ve Templer ise ölüm kaygısını, kişinin kendi ölümüne dair hoş olmayan derin düşünceleri ve duyguları olarak tanımlamıştır (68).

Ölüm düşüncesinin insan yaşamına etkisi kaçınılmazdır. Fakat aşırı, ölçsüz, patolojik düzeyde olan ölüm düşüncesinin, insan psikolojisi üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır (66). Ölüm karşısında alınan tavır denge ve uyum içinde olmaktan uzaklaştıkça, bireyin kaygı düzeyi artabilir ve yaşadığı çevreye uyum sağlaması güçleşebilir. Kaygı yaratan bir düşünce olan ölüm, aynı zamanda bireyi yaşama bağlayan, varoluşunu anlam kazandıran bir neden de olabilmektedir. Ölüm düşüncesiyle birlikte insan yaşamını daha anlamlı ve dolu dolu yaşamak isteyebilir (54, 69).

Bazı bireyler bu tür korkularla başa çıkmak için uyumlu başa çıkma mekanizmaları (örneğin, anlamlı ilişkiler kurmak) geliştirebilirken, bazı bireylerde ölüm kaygısı kaçınma (hastaneler gibi ölümlülüğü hatırlatan yerlerde uzak durmak veya uçmak, yüksekte olmak gibi ölüme sebebiyet verebilecek durumlardan kaçmak) gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerini de tetikleyebilir. Bu nedenle, ölüm kaygısı ruh sağlığı ile

ilişkilendirilmiş, çok sayıda zihinsel bozukluğun gelişiminin ve sürdürülmesinin temelini oluşturan tanı ötesi bir yapı olduğu ileri sürülmüştür (70, 71).

2.4.Ölüm kaygısını etkileyen değişkenler

Literatürde ölüm kaygısını etkileyen değişkenleri incelemek adına yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok yaş, cinsiyet, medeni hal, fiziksel veya ölümcül bir hastalık varlığı, dindarlık, çocuk sahibi olmak, ani bir kayıp gibi değişkenlerin çalışıldığı görülmektedir (65, 72, 73).

Ölüm kaygısı ile yaş arasındaki bir bağlantı olmadığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte (73-76); bazı çalışmalarda da yaşlı bireylerin ölüm kaygısı ergenlik çağındakilere oranla düşük bulunmuştur (77, 78). Bunun sebebinin yetişkinlikle beraber gelen olgunluk, ölümü daha çok kabullenmek, fiziksel hastalıklarla beraber yaşamak zorunda kalma korkusunun daha ağır gelmesi gibi durumlar olduğu düşünülmektedir (79). Ak ve Conk ise 12-18 yaş grubunda yaptığı araştırmada ölüm kaygısı ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığını öne sürmüştür (80). Neticede yaş değişkeni ile ilgili yapılan araştırma sonuçları farklılık göstermektedir.

Cinsiyet değişkeniyle ilgili yapılan araştırmaların kimisinde anlamlı ilişki bulunmamakla beraber (76, 81, 82); kadın cinsiyetin kaygı düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu çalışmalar çoğunluktadır (76, 77, 83-85). Ayrıca kadınların kaygı oranının daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar hem ergenlikte (80, 86-88); hem de yaşlılıkta aynı olduğunu da göstermektedir (89). Bu durum kadınların kendilerini ifade edebilmelerinin daha kolay olması, farklı sosyokültürel deneyimlere sahip olmaları ve farklı kültürel şartlar içinde bulunmalarıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Erkeklerin toplumsal rolleri gereği kendilerini olduklarından farklı göstermeleri ve kadınlara oranla kendilerini rahat ifade edememeleri bunun sebebi olabilir (65). Ayrıca, erkeklerin kaygı düzeyinin düşük çıkma nedeni kaygılarını bastırmaları veya ölümü inkar etmeleri olabileceği düşünülmüştür (73).

Literatürde ölüm kaygısı ile medeni halin diğer faktörlere göre daha az çalışıldığı ve sonuçların çok farklı olduğu görülür. Yapılan çalışmaların bazılarında evli olanların ölüm kaygısının daha yüksek olduğu bulunmuştur (82, 90). Bazılarındaysa ikisi arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (91, 92).

Bireyde bir hastalık varlığı her zaman kaygıyı artırmamaktadır. Hastalığın seyrinin belirlenemediği, tedaviye cevap vermeyen hastalar ve terminal dönemde olduğunu bilen hastaların kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur (93). Bununla beraber diyalize giren hastalar ile bazı kanser hastalarıyla yapılan araştırmalarda normal popülasyonun altında ölüm kaygısı yaşadıkları bulunmuştur. Bunun sebebinin hastaların ölümü kabullenmeleri olduğu düşünülmektedir (94, 95). Smith ve ark. terminal dönem hastalarında ölüm kaygısının daha düşük bulunduğunu belirtmektedir. Onlar bu durumun ölümden sonra ödüllendirilme inancı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (96).

Tıpkı diğer değişkenler gibi dindarlığın da ölüm kaygısını ne şekilde etkilediği net olarak ortaya konamamıştır. Mevcut çalışmalara bakıldığında anlamlı ilişki olmadığını göstermeyen araştırmalar olmakla beraber (73, 97-99); dindarlık arttıkça ölüm kaygısının azaldığını destekleyen çalışmaların sayısı çoktur (76, 77, 85, 100, 101). Ölüm kaygısı ile dindarlık arasında ters bir ilişki bulunduğunu öne süren araştırmaların bazıları; ölümden sonra ödül veya ceza inancının, bireyin bağlandığı inanca dair motivasyonunun ölüm kaygısını azaltmada belirleyici olduğunu da eklemektedir (102).

İbn-i Sina ölüm kaygısı ile din arasındaki ilişkiyi vurgulamış, ölüm kaygısının nedeninin dini inanışlara bağlı olarak çıkan ölüme karşı bilinmezliklerin olduğunu belirtmiştir. Bireyin ölüm gerçeğini ve ölümden sonra başına gelecekleri bilmemesi, ölüme sebep olan acıların ölümlerinde de devam edeceğini, öldükten sonra da cezalandırılacağını düşünmesi gibi unsurların ölüm kaygısı ve korkusunun kökenini oluşturduğuna değinmiştir (54, 103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü Yeri ve Zamanı

Araştırma kesitsel, açık kontrolsüz tipte analitik bir çalışmadır. 01.01.2023-01.04.2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı E-ASM'ler çalışma yeri olarak belirlendi.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı E-ASM'lere başvuran 40 yaş ve üzeri kadınlar araştırmanın evrenini oluşturdu. Örneklem hesabı G-Power3.1 programı kullanılarak yapıldı. %95 güven aralığında (alfa = 0.05), %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 305 olarak hesaplandı (Ek-1).

3.3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya katılım kriterleri; gönüllü olmak, kadın olmak, 40 yaş ve üzeri olmak şeklinde belirlendi. Dahil edilmeme kriterleri ise; araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, işitme ve dil problemi olan, zihinsel engelli kişiler olarak belirlendi.

3.4. Araştırmanın Uygulama Yöntemi ve Verilerin Toplanması

OMÜTF Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalara geliş sırasına göre öncesinde sözlü onam alınarak yüz yüze anket uygulandı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Mevcut çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanıldı (Ek-2). Anket formunda katılımcının sosyodemografik verileri, meme kanseri riski ile ilişkili özellikleri, mamografi taramasına katılım durumu ve mamografi taraması hakkındaki düşüncelerini değerlendiren 32 soru yer almaktaydı. Anket sonunda 15 soruluk "*Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS)*" yer almaktaydı.

3.5.1. Sosyodemografik Özellikler

Katılımcının sosyodemografik özellikleri olarak yaş, boy, kilo, bel çevresi, medeni durum, eğitim durumu, eğitim süresi, meslek grubu, aylık gelir düzeyi, sigara içme durumu, kronik hastalık varlığı, daha önce herhangi bir kanser tanısı alıp almadığı bilgileri soruldu. Elde edilen boy ve kilo bilgisinden istatistiksel analiz ile VKİ hesaplandı. Bazı veriler literatüre uygun olması ve veri sunumunda karışıklık meydana

gelmemesi için gruplandırıldı. Katılımcıların VKİ değerleri; $<25\text{kg/m}^2$ olanlar normal kilolu, $25-29,9\text{ kg/m}^2$ olanlar fazla kilolu, $\geq 30\text{ kg/m}^2$ olanlar da obez olarak gruplandırıldı. Sigara kullanan katılımcıların günlük kullanılan paket sayısı ile sigara içme yılı çarpılarak paket*yıl olarak hesaplandı.

3.5.2. Meme Kanseri Riski ile İlişkili Özellikler

Katılımcıların ilk adet görme yaşı, gebelik ve doğum sayısı, ilk doğum yaşı, menopoz durumu, menopoza girdiği yaş sorgulandı. Katılımcıların 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamak amacıyla; meme kanseri, DCIS veya LCIS varlığı, göğüs bölgesine radyasyon tedavisi alma durumu, BRCA1 veya BRCA2 geninde bir mutasyon veya meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkili bir genetik sendrom tanısı alıp almadığı, meme biyopsisi yapılma durumu, iyi huylu bir teşhis ile yapılan biyopsi sayısı ve atipik hiperplazi ile yapılan biyopsi sayısı, birinci derece yakınlarında meme kanseri teşhisi alan kişi sayısı soruldu. Aile öyküsünü sorgulamak amacıyla birinci derece yakınlarında, ikinci derece yakınlarında ve uzak akrabalarında/tanıdıklarında kanser tanısı varlığı sorgulandı.

3.5.3. Meme Kanseri Taramasına İlişkin Özellikler

Çalışmada katılımcının kanser taramasına katılım zamanı hakkında bilgisini öğrenmek amacı ile “*Sizce kanser taraması ne zaman yapılmalıdır?*” sorusu soruldu ve cevap olarak verilen “*Henüz bir hastalık belirtisi yokken*”, “*Hastalık belirtileri başladıktan sonra*”, “*Kanser şüphesi oluşuktan sonra*”, “*Kanser tanısı aldıktan sonra*”, “*Herhangi bir fikrim yok*” ifadelerinden kendine en yakın olanı seçmesi istendi. Ayrıca daha önce mamografi taramasına katılma durumu, düzenli (2 yılda 1) mamografi çekimine katılma durumu sorgulandı. Katılımcının mamografi taramasına yönelik düşüncelerini öğrenmek ve taramaya katılmama nedenlerine ilişkin bilgi edinmek amacı ile 5’li likert tipinde hazırlanmış 8 ifadeden oluşan bir bölüm eklendi. Bu bölümde verilen; “*Kötü haber almaktan korkarım*”, “*Tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım*”, “*Tarama yaptırmak için zaman bulamam*”, “*Taramalar hakkında bilgim yok*”, “*Kolay ve ulaşılabilir olmadığını düşünürüm*”, “*Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünürüm*”, “*Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için tarama yaptırmam*”, “*Tarama yaptırmanın yüksek ücretli olacağını düşünürüm*” şeklindeki 8 ifadeye cevap olarak “*hiç katılmıyorum=1*”, “*kısmen katılmıyorum=2*”,

“*emin değilim=3*”, “*kısmen katılıyorum=4*”, “*kesinlikle katılıyorum=5*” şeklinde puan vermesi istendi.

3.5.4. Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği (TDAS, 1970)

Donald I. Templer tarafından 1970 yılında geliştirilen ve en çok bilinen ölüm kaygısı ölçeğidir. Kişinin kendi ölümü ve ölüm riski ile ilgili kaygısını değerlendiren 15 maddeden oluşan, tek boyutlu, ikili likert tipinde bir ölçektir. 9 maddede evet cevabı, 6 maddede hayır cevabı 1 puan almaktadır. Ölçekten toplamda 0-15 arası puan alınabilmektedir. Alınan puan arttıkça ölüm kaygısı da artmaktadır. Ölçeğin Kuder-Richardson formülü ile hesaplanan iç tutarlığı 0,76 bulunmuştur. Üç haftalık bir periyotta test – tekrar test yöntemi ile bulunan güvenirlik katsayısı ise 0,83’tür (104, 105).

Türkiye’de 1989 senesinde Şenol tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yaşlılarda ölüme ilişkin korku ve kaygıların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeği Türkçeye çevrilmiş; görünüm geçerliği ve test – tekrar test yöntemleriyle ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 0,86 bulunmuştur (106). Bu çalışmada Templer’in Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Kuder-Richardson (KR-20) değeri 0,76 bulundu.

3.6. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmaya katılanlardan elde edilen veriler “IBM SPSS Statics versiyon 21” programı kullanılarak analiz edildi. Kategorik değişkenlere ait veriler yüzde ve sayı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma olarak verildi. Kategorik değişkenlere ait verilerin kıyaslanmasında ki-kare testi kullanıldı. Veri dağılımları test ve grafikler aracılığıyla değerlendirildi. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında bağımsız örneklem t testi ve ANOVA kullanıldı. Katılımcılara ait özellikler ile ölüm kaygısı puanı, 5 yıllık meme kanseri gelişme riski ve yaşam boyu meme kanseri gelişme riski arasında korelasyon analizi yapıldı. Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile katılımcıların özellikleri arasında lineer regresyon analizi yapıldı. Mamografi taramasına katılım ile yaş, mamografi ifadeleri total puanı ve ölüm kaygısı arasında lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

3.7. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma için OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 12.10.2022 tarihinde OMÜ KAEK 2022/421 numaralı etik onay alındı (**Ek-3**). OMÜ E-ASM'lerde çalışma yapabilmek için alınan etik kurul yazısı ile birlikte Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni alınarak protokol imzalandı (**Ek-4**).



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya 40 yaş üzeri toplam 305 kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $54,14 \pm 9,30$ olarak bulundu. Katılımcıların eğitim süresi ortalaması $6,66 \pm 4,57$ olarak bulundu. Katılımcılardan 55 kişi sigara içicisiydi, bunların kullandığı sigara miktarı $25,39 \pm 14,41$ paket*yıl olarak bulundu. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

Kategori	n	Ort $\pm$ SS	Min-Max
Yaş	305	54,14 $\pm$ 9,30	40-82
Boy(cm)	305	158,56 $\pm$ 5,97	138-176
Kilo(kg)	305	75,37 $\pm$ 13,38	46-120
Bel çevresi(cm)	305	91,79 $\pm$ 13,47	42-142
Eğitim süresi	305	6,66 $\pm$ 4,57	0-24
Sigara kullanımı (paket*yıl)	55	25,39 $\pm$ 14,41	1-72
Uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre(dk)	55	78,90 $\pm$ 76,30	0-400

Katılımcıların %79,30'u evli, %48,90'ı obez, %55,40'ı ilköğretim mezunu, %66,90'ı ev hanımı, %36,70'inin gelirinin asgari ücret düzeyinde, %67,20'sinin kronik hastalığı olduğu ve %97,40'ının kanser tanısı almadığı bulundu (Tablo-2)

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-2

Değişken	Kategori	n (%)
VKİ sınıflaması	Normal	52 (17,00)
	Fazla kilolu	104 (34,10)
	Obez	149 (48,90)
Medeni durum	Bekar	5 (1,60)
	Evli	242 (79,30)
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	58 (19,00)
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	25 (8,20)
	Okur-yazar	15 (4,90)
	İlköğretim	169 (55,40)
	Lise	44 (14,40)
	Üniversite	52 (17,00)
Meslek	Memur	55 (18,00)
	İşçi	21 (6,90)
	Ev hanımı	204 (66,90)
	Çalışmıyor	13 (4,30)
	Serbest meslek	12 (3,90)
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretin altında	83 (27,20)
	Asgari ücret düzeyinde	112 (36,70)
	Asgari ücretin üzerinde	110 (36,10)

Sigara kullanımı	Evet	55 (18,00)
	Hayır	222 (72,80)
	Bıraktım	28 (9,20)
Kronik hastalık varlığı	Evet	205 (67,20)
	Hayır	100 (32,80)
Kanser tanısı varlığı	Evet	8 (2,60)
	Hayır	297 (97,40)

4.2. Meme kanseri riski ile ilişkili özellikler

Katılımcılardan 304 kişi adet görmüş, bunların ilk adet görme yaşı ortalaması $13,36 \pm 1,37$ olarak bulundu. Katılımcıların geçirilen toplam gebelik sayısı ortalaması $3,12 \pm 1,58$; doğum sayısı ortalaması $2,62 \pm 1,34$ olarak bulundu. Katılımcılardan 204 kişi menopoza girmiş olup menopoz yaşı ortalaması $46,80 \pm 4,79$ olarak bulundu (Tablo-3).

Tablo 3. Katılımcıların meme kanseri riski ile ilişkili özellikleri-1

Kategori	n	Ort $\pm$ SS	Min-Max
İlk adet görme yaşı	304	$13,36 \pm 1,37$	9-18
Geçirilen toplam gebelik sayısı	305	$3,12 \pm 1,58$	0-8
Doğum sayısı	305	$2,62 \pm 1,34$	0-8
İlk doğum yaşı	282	$22,13 \pm 4,18$	14-49
Menopoza girilen yaş	204	$46,80 \pm 4,79$	26-58

Katılımcıların menarş yaşı gruplandırıldığında 7-11 arasında olan 17 kişi (%5.6), 12-13 arasında olan 163 kişi (%53.4), ≥ 14 olan 124 kişi (%40.7) vardı. Katılımcıların menarş yaşı dağılımları çoğunlukla 12-13 yaş aralığında olmakla beraber, 14 yaş ve üzeri menarş yaşı olan katılımcı sayısının oranı oldukça fazlaydı.

Katılımcıların %66,90'ı menopoza girmişti. Katılımcıların hiçbirisinde DCIS/LCIS varlığı veya göğüse radyasyon alma durumu mevcut değildi. Katılımcıların hiçbirisinde BRCA1/BRCA2 mutasyonu veya meme kanseri ilişkili genetik sendrom varlığı mevcut değildi. Katılımcıların %8,20'si daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yaptırmıştı. Katılımcıların %64,30'unun birinci derecede akrabalarında, %68,90'ının ikinci derece akrabalarında, %38,70'inin uzak akrabalarıda/tanıdıklarda kanser öyküsü mevcut değildi (Tablo-4).

Tablo 4. Katılımcıların meme kanseri riski ile ilişkili özellikleri-2

Değişken	Kategori	n (%)
Menopoz durumu	Evet	204 (66,90)
	Hayır	101 (33,10)
DCIS/LCIS varlığı veya göğüse radyasyon tedavisi alma durumu	Evet	0 (0,00)
	Hayır	305 (100,00)
BRCA1/BRCA2 mutasyonu veya meme kanseri ilişkili genetik sendrom varlığı	Evet	0 (0,00)
	Hayır	305 (100,00)
Daha önce iyi huylu teşhis ile yapılan meme biyopsisi	Evet	25 (8,20)
	Hayır	280 (91,80)
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Evet	109 (35,70)
	Hayır	196 (64,30)
Birinci derece akrabalarda meme kanserine yakalanan kişi sayısı	Hiçbiri	285 (93,40)
	1	20 (6,60)
	1'den fazla	0 (0,00)
İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Evet	95 (31,10)
	Hayır	210 (68,90)
Uzak akrabalarda /tanıdıklarda kanser öyküsü	Evet	187 (61,30)
	Hayır	118 (38,70)

4.3. Mamografi taramasına katılım ve mamografi hakkındaki ifadeler

Katılımcıların %75,40'ı kanser taramasının yapılması gereken zaman olarak henüz bir hastalık belirtisi yokken olarak belirtti. Katılımcıların %68,90'ı daha önce mamografi taramasına katılmıştı, %23,00'ı düzenli olarak (2 yılda 1) mamografi taramasına katıldığını belirtti (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların mamografi taramasına katılma durumları

Değişken	Kategori	n (%)
Kanser taramasının yapılması gereken zaman	Henüz bir hastalık belirtisi yokken	230 (75,40)
	Hastalık belirtileri başladıktan sonra	16 (5,20)
	Kanser şüphesi oluşuktan sonra	9 (3,00)
	Herhangi bir fikrim yok	50 (16,40)
Daha önce mamografi taramasına katılma durumu	Evet	210 (68,90)
	Hayır	95 (31,10)
Düzenli (2 yılda 1) mamografi taramasına katılma	Evet	70 (23,00)
	Hayır	235 (77,00)

Bu çalışmada katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları incelendi. Mamografi taramasına katılma durumu yaş, menopoz durumu, daha önce iyi huylu bir teşhis ile yapılan meme biyopsisi, uzak akrabalarda/tanıdıklarda kanser öyküsü, kanser taramasının yapılması gereken zamanı bilme durumunda herhangi bir fikrim yok ile diğer kategoriler arasında anlamlı farklılık gösterdi (Tablo 6-7).

Tablo 6. Katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları-1

Değişken	Kategori	Daha önce mamografi taramasına katılma durumu		p
		Evet	Hayır	
		n(%)	n(%)	
Medeni durum	Bekar	2(1,00)	3(3,20)	0,374
	Evli	168(80,00)	74(77,90)	
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	40(19,00)	18(18,90)	
VKİ sınıflaması	Normal	34(16,20)	18(18,90)	0,182
	Hafif kilolu	66(31,40)	38(38,00)	
	Obez	110(52,40)	39(39,10)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	18(8,60)	7(7,40)	0,832
	Okur-yazar	11(5,20)	4(4,20)	
	İlköğretim	118(56,20)	51(51,70)	
	Lise	27(12,90)	17(17,90)	
Aylık gelir düzeyi	Üniversite	36(17,10)	16(16,80)	0,543
	Asgari ücretin altında	60(28,60)	23(23,20)	
	Asgari ücret düzeyinde	73(34,80)	39(39,10)	
Sigara kullanımı	Asgari ücretin üzerinde	77(36,70)	33(33,70)	0,223
	Evet	35(16,70)	20(20,10)	
	Hayır	152(72,40)	70(70,70)	
Kronik hastalık varlığı	Bıraktım	23(11,00)	5(5,30)	0,312
	Evet	145(69,00)	60(60,20)	
	Hayır	65(31,00)	35(35,80)	
Menopoz durumu	Evet	156(74,30)	48(48,50)	<0,001
	Hayır	54(25,70)	47(47,50)	
	Evet	6(2,90)	2(2,10)	0,705
Kanser tanısı varlığı	Hayır	204(97,10)	93(93,90)	
	Evet	24(11,40)	1(1,10)	
Daha önce iyi huylu teşhis ile yapılan meme biyopsisi	Hayır	186(88,60)	94(94,90)	<0,001
	Evet	76(36,20)	33(33,70)	
	Hayır	134(63,80)	62(62,30)	
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Hiçbiri	196(93,30)	89(89,70)	0,900
	Bir	14(6,70)	6(6,30)	
	Evet	66(31,40)	29(29,50)	0,875
İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Hayır	144(68,60)	66(66,50)	
	Evet	127(60,50)	60(60,20)	0,024
	Hayır	83(39,50)	35(35,80)	
Uzak akrabalarda /tanıdıklarda kanser öyküsü	Henüz bir hastalık belirtisi yokken ^a	170(81,00)	60(60,20)	0,006
	Hastalık belirtileri başladıktan sonra ^a	10(4,80)	6(6,30)	
	Kanser şüphesi oluşuktan sonra ^a	4(1,90)	5(5,30)	
	Herhangi bir fikrim yok ^b	26(12,40)	24(24,30)	

^{a-b}: Aynı sütundaki kategorilerde benzer harfler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 7. Katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları-2

Değişken	Daha önce mamografi taramasına katılma durumu	n	Ort±SS	p
Yaş	Evet	210	55,73±8,95	<0,001
	Hayır	95	50,62±9,14	
Eğitim süresi	Evet	210	6,62±4,70	0,819
	Hayır	95	6,75±4,27	
Bel çevresi(cm)	Evet	210	92,49±13,02	0,181
	Hayır	95	90,25±14,36	
İlk adet görme yaşı	Evet	209	13,29±1,27	0,219
	Hayır	95	13,52±1,54	
Geçirilen toplam gebelik sayısı	Evet	210	3,20±1,64	0,189
	Hayır	95	2,94±1,43	
Doğum sayısı	Evet	210	2,71±1,35	0,107
	Hayır	95	2,44±1,29	
İlk doğum yaşı	Evet	197	21,81±4,14	0,540
	Hayır	85	22,86±4,21	
Menopoza girilen yaş	Evet	154	47,01±5,03	0,337
	Hayır	48	46,25±3,88	

Katılımcıların mamografi hakkında ifadeleri beşli likert tipi ölçek ile değerlendirildi. Katılımcıların %50,5'i kötü haber almaktan korkmaya tamamen katılıyordu. Katılımcıların %50,5'i tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanmaya hiç katılmıyordu. Katılımcıların %65,9'u tarama yaptırmak için zaman bulamamaya hiç katılmıyordu. Katılımcıların %79,7'si tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünmeye hiç katılmıyordu. Katılımcıların %68,5'i sağlıklı olduğunu düşündüğü için tarama yaptırmamaya hiç katılmıyordu. Katılımcıların %62,6'sı tarama yaptırmanın yüksek ücretli olacağını düşünmeye hiç katılmıyordu (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların mamografi hakkında ifadeleri

Değişken	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Kötü haber almaktan korkarım	63 (20,7)	18 (5,9)	19 (6,2)	51 (16,7)	154 (50,5)
2. Tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım	154 (50,5)	27 (8,9)	30 (9,9)	43 (14,1)	51 (16,1)
3. Tarama yaptırmak için zaman bulamam	201 (65,9)	30 (9,8)	30 (9,8)	30 (9,8)	14 (4,6)
4. Taramalar hakkında bilgim yok	118 (38,7)	32 (10,5)	62 (20,3)	41 (13,4)	52 (17)
5. Kolay ve ulaşılabilir olmadığını düşünürüm	141 (46,2)	30 (9,8)	79 (25,9)	28 (9,2)	27 (8,9)
6. Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünürüm	243 (79,7)	20 (6,6)	21 (6,9)	9 (3)	12 (3,9)
7. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için tarama yaptırmam	209 (68,5)	33 (10,8)	36 (11,8)	15 (4,9)	12 (3,9)
8. Tarama yaptırmanın yüksek ücretli olacağını düşünürüm	191 (62,6)	19 (6,2)	72 (23,6)	9 (3)	14 (4,6)

Katılımcıların mamografi hakkındaki ifadelerinin puanları değerlendirildi. En yüksek ortalama puan $3,70 \pm 1,60$ puan ile “kötü haber almaktan korkarım” kategorisinde görüldü. En düşük ortalama puan ise $1,44 \pm 1,01$ puan ile “Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünürüm” kategorisinde görüldü (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların mamografi hakkındaki ifadeleri puanları

Değişken	n	Min-Max	Ort $\pm$ SS
1. Kötü haber almaktan korkarım	305	1.00-5.00	$3,70 \pm 1,60$
2. Tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım	305	1.00-5.00	$2,37 \pm 1,59$
3. Tarama yaptırmak için zaman bulamam	305	1.00-5.00	$1,77 \pm 1,23$
4. Taramalar hakkında bilgim yok	305	1.00-5.00	$2,59 \pm 1,52$
5. Kolay ve ulaşılabilir olmadığını düşünürüm	305	1.00-5.00	$2,24 \pm 1,35$
6. Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünürüm	305	1.00-5.00	$1,44 \pm 1,01$
7. Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için tarama yaptırmam	305	1.00-5.00	$1,64 \pm 1,11$
8. Tarama yaptırmanın yüksek ücretli olacağını düşünürüm	305	1.00-5.00	$1,80 \pm 1,16$

4.4. Meme kanseri risk düzeyleri

Bu çalışmada katılımcıların Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri gelişme riski ortalama puanı $1,11 \pm 0,54$ olarak hesaplandı. Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski puanları herhangi bir risk faktörü olmayan normal popülasyona göre daha düşük bulundu. Bu çalışmada katılımcıların Gail modeline göre yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ortalama puanı $7,93 \pm 3,51$ olarak hesaplandı. Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski puanları herhangi bir risk faktörü olmayan normal popülasyona göre daha düşük bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların Gail modeline göre meme kanseri risk ortalamaları

Değişken	Ort $\pm$ SS	Min-Max
Beş yıllık meme kanseri gelişme riski	$1,11 \pm 0,54$	0,1-6,8
Beş yıllık meme kanseri gelişme riski*	$1,42 \pm 0,46$	0,6-2,2
Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski	$7,93 \pm 3,51$	1,1-40,9
Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski*	$10,0 \pm 2,02$	2,5-12,4

*: Herhangi bir risk faktörü olmadan (normal popülasyonda)

Katılımcıların %8,5’inin Gail modeline göre beş yıllık meme kanseri gelişme riski yüksek bulundu. Katılımcıların %15,1’inin yaşam boyu meme kanseri gelişme riski yüksek bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların 5 yıllık ve yaşam boyu meme kanseri gelişme riskleri

Değişken	Kategori	n (%)
Beş yıllık meme kanseri gelişme riski	Düşük risk	279 (91,5)
	Yüksek risk	26 (8,5)
Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski	Düşük risk	259 (84,9)
	Yüksek risk	46 (15,1)

Katılımcıların özelliklerine göre Gail modeliyle hesaplanan beş yıllık meme kanseri gelişme riski daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yapılmış olması ($p=0,049$), birinci derece akrabalarda kanser öyküsü ($p<0,001$), birinci derece akrabalarda meme kanserine yakalanan kişi varlığına ($p<0,001$) göre anlamlı farklılık gösterdi. Beş yıllık meme kanseri gelişme riski düşük olan katılımcıların %92,8'i daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yaptırmamıştı. Beş yıllık meme kanseri riski yüksek olan katılımcıların %19,2'si daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yaptırmıştı. Beş yıllık meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %67,4'ünün birinci derece akrabalarında kanser öyküsü mevcut değildi. Beş yıllık meme kanseri riski yüksek olan katılımcıların %69,2'sinin birinci derece akrabalarında kanser öyküsü mevcuttu. Beş yıllık meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %97,8'inin birinci derece akrabalarının hiçbirinde meme kanseri mevcut değildi. Beş yıllık meme kanseri riski yüksek olan katılımcıların %53,8'inin birinci derece akrabalarının birinde meme kanseri mevcuttu (Tablo 12).

Katılımcıların özelliklerine göre Gail modeliyle hesaplanan yaşam boyu meme kanseri gelişme riski medeni durum ($p<0,001$), menopoza durumu ($p<0,001$), daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yapılmış olması ($p=0,002$), daha önce atipik hiperplazi ile meme biyopsisi yapılmış olması ($p=0,004$), birinci derece akrabalarında kanser öyküsü ($p=0,012$), birinci derece akrabalarda meme kanserine yakalanan kişi sayısı ($p<0,001$) ve daha önce mamografi taramasına katılma durumuna ($p=0,021$) göre anlamlı farklılık gösterdi. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %79,1'i evliydi. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %65,8'i menopoza girmişti. Yaşam boyu meme kanseri riski yüksek olan katılımcıların %69,6'sı menopoza girmemişti. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %92,8'i daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yaptırmamıştı. Yaşam boyu meme kanseri riski yüksek olan katılımcıların %44,4'ü

daha önce atipik hiperplazi ile meme biyopsisi yaptırmıştı. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %67,8'inin birinci derece akrabalarında kanser öyküsü mevcut değildi. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %97,2'sinin birinci derece akrabalarının hiçbirinde meme kanseri mevcut değildi. Yaşam boyu meme kanseri riski düşük olan katılımcıların %67,6'sı daha önce mamografi taramasına katılmıştı (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların özellikleri ile meme kanseri gelişme riski ilişkisi

Değişken	Kategori	Beş yıllık meme kanseri riski			Yaşam boyu meme kanseri riski		
		Düşük risk	Yüksek risk	p	Düşük risk	Yüksek risk	p
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
VKİ sınıflaması	Normal	47 (16,8)	5 (19,2)	0,721	42 (16,2)	10 (21,7)	0,262
	Hafif kilolu	97 (34,8)	7 (26,9)		93 (34,9)	11 (23,9)	
	Obez	135 (48,4)	14 (53,8)		124 (48,8)	25 (54,3)	
Medeni durum	Bekar	4 (1,40)	1 (3,80)	0,540	1 (1,80)	4 (8,70)	<0,001
	Evli	223 (79,9)	19 (73,1)		204 (79,1)	38 (82,6)	
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	52 (18,6)	6 (23,1)		54 (18,1)	4 (8,70)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	23 (8,20)	2 (7,70)	0,259	22 (8,70)	3 (6,50)	0,234
	Okur-yazar	14 (5,00)	1 (3,80)		15 (5,80)	0 (0,00)	
	İlköğretim	152 (54,5)	17 (65,4)		145 (54,4)	24 (52,2)	
	Lise	44 (15,8)	0 (0,00)		37 (15,00)	7 (15,2)	
	Üniversite	46 (16,5)	6 (23,1)		40 (16,1)	12 (26,1)	
Meslek	Memur	48 (17,2)	7 (26,9)	0,640	43 (17,9)	12 (26,1)	0,171
	İşçi	19 (6,80)	2 (7,70)		17 (6,70)	4 (8,70)	
	Ev hanımı	188 (67,4)	16 (61,5)		179 (67,5)	25 (54,3)	
	Çalışmıyor	12 (4,30)	1 (3,80)		9 (4,80)	4 (8,70)	
	Serbest meslek	12 (4,30)	0 (0,00)		11 (4,00)	1 (2,20)	
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretin altında	73 (26,2)	10 (38,5)	0,246	74 (26,5)	9 (19,6)	0,175
	Asgari ücret düzeyinde	106 (38,0)	6 (23,1)		97 (38,1)	15 (32,6)	
	Asgari ücretin üzerinde	100 (35,8)	10 (38,5)		88 (35,5)	22 (47,8)	
Sigara kullanımı	Evet	50 (17,9)	5 (19,2)	0,955	44 (17,2)	11 (23,9)	0,442
	Hayır	203 (72,8)	19 (73,1)		192 (72,1)	30 (65,2)	
	Bıraktım	26 (9,30)	2 (7,70)		23 (9,70)	5 (10,9)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	185 (66,3)	20 (76,9)	0,270	179 (66,9)	26 (56,5)	0,094
	Hayır	94 (33,7)	6 (23,1)		80 (33,1)	20 (43,5)	
Menopoz durumu	Evet	183 (65,6)	21 (80,8)	0,116	190 (65,8)	14 (30,4)	<0,001
	Hayır	96 (34,4)	5 (19,2)		69 (34,2)	32 (69,6)	
Kanser tanısı varlığı	Evet	7 (2,50)	1 (3,80)	0,683	7 (2,80)	1 (2,20)	0,836
	Hayır	272 (97,5)	25 (96,2)		252 (97,2)	45 (97,8)	
Daha önce iyi huylu teşhis ile yapılan meme biyopsisi	Evet	20 (7,20)	5 (19,2)	0,049	16 (7,2)	9 (19,6)	0,002
	Hayır	259 (92,8)	21 (80,8)		243 (92,8)	37 (80,4)	
Daha önce atipik hiperplazi ile yapılan meme biyopsisi	Evet	3 (1,50)	1 (2,00)	0,785	0 (0,0)	4 (4,4)	0,004
	Hayır	17 (85,0)	4 (80,0)		16 (100,0)	5 (55,6)	
Birinci derece akrabalarında kanser öyküsü	Evet	91 (32,6)	18 (69,2)	<0,001	85 (32,2)	24 (52,2)	0,012
	Hayır	188 (67,4)	8 (30,8)		174 (67,8)	22 (47,8)	
Birinci derece akrabalarında meme kanserine yakalanan kişi sayısı	Hiçbiri	273 (97,8)	12 (46,2)	<0,001	257 (97,2)	28 (60,9)	<0,001
	1	6 (2,20)	14 (53,8)		2 (2,8)	18 (39,1)	
	1'den fazla	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
İkinci derece akrabalarında kanser öyküsü	Evet	87 (31,2)	8 (30,8)	0,965	79 (31,8)	16 (34,8)	0,563
	Hayır	192 (68,8)	18 (69,2)		180 (68,2)	30 (65,2)	
Uzak akrabalarında /tanıdıklarda kanser öyküsü	Evet	171 (61,3)	16 (61,5)	0,980	154 (61,5)	33 (71,7)	0,115
	Hayır	108 (38,7)	10 (38,5)		105 (38,5)	13 (28,3)	
	Henüz bir hastalık belirtisi yokken	212 (76,0)	18 (69,2)	0,777	196 (76,2)	34 (73,9)	0,245

Kanser taramasının yapılması gereken zaman	Hastalık belirtileri başladıktan sonra	15 (5,40)	1 (3,80)		16 (5,80)	0 (0,00)	
	Kanser şüphesi oluşuktan sonra	8 (2,90)	1 (3,80)		7 (2,80)	2 (4,30)	
	Herhangi bir fikrim yok	44 (15,8)	6 (23,1)		40 (15,1)	10 (21,7)	
Daha önce mamografi taramasına katılma durumu	Evet	188 (67,4)	22 (84,6)	0,070	185 (67,6)	25 (54,3)	0,021
	Hayır	91 (32,6)	4 (15,4)		74 (32,4)	21 (45,7)	
Düzenli (2 yılda 1) mamografi taramasına katılma	Evet	63 (22,6)	7 (26,9)	0,615	59 (22,9)	11 (23,9)	0,866
	Hayır	216 (77,4)	19 (73,1)		200 (77,1)	35 (76,1)	

4.5. Ölüm kaygısı ölçeği

Bu çalışmada katılımcıların ölüm kaygısı puanı ortalaması $8,47 \pm 2,39$ olarak bulundu. Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğine verdikleri cevaplara göre; %50,2'si ölmekten çok korkuyor, %44,3'ü zamanın hızlı geçmesinden çoğu zaman sıkıntı duyar, %58,4'ü ameliyat olacağını düşününce çok korkar, %64,6'sı sık sık hayatın ne kadar kısa olduğunu düşünür, %56,7'si ölümden sonraki hayattan büyük ölçüde kaygı duyar, %68,2'si kalp krizi geçirmekten gerçekten korkar, %36,1'i bir cesedin görüntüsünden dehşet duyar, % 70,5'i çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesinden korkar, %89,8'i acı çekerek ölmekten korkar, %24,6'sı ölmekten hiç korkmuyor, %36,7'si gelecekte kendisi için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyor, %24,9'u kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyor, %67,9'u insanların ölüm hakkındaki konuşmalarından tedirgin olmaz, %41,6'sı ölüm düşüncesinden hiçbir zaman kaygı duymaz, %95,1'inin ölüm düşüncesi ara sıra aklına geliyor olarak bulundu (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların ölüm kaygısı ölçeğine verdikleri cevaplar

Değişken	Hayır	Evet
	n (%)	n (%)
1. Ölmekten çok korkuyorum	152 (49,8)	153 (50,2)
2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir	170 (55,7)	135 (44,3)
3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım	127 (41,6)	178 (58,4)
4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm	108 (35,4)	197 (64,6)
5. Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır	132 (43,3)	173 (56,7)
6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım	97 (31,8)	208 (68,2)
7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir	195 (63,9)	110 (36,1)
8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur	90 (29,5)	215 (70,5)
9. Acı çekerek ölmekten korkarım	31 (10,2)	274 (89,8)
10. Ölmekten hiç korkmuyorum	230 (75,4)	75 (24,6)
11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum	193 (63,3)	112 (36,7)
12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum	229 (75,1)	76 (24,9)
13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez	98 (32,1)	207 (67,9)
14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz	178 (58,4)	127 (41,6)
15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir	15 (4,9)	290 (95,1)

Katılımcıların özelliklerine göre ölüm kaygısı puanı menopoz durumu ve birinci derece akrabalarda meme kanserine yakalanan kişi sayısına göre farklılık gösteriyordu. Menopoza girmeyen katılımcıların ölüm kaygısı puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,030$). Birinci derece akrabalarında meme kanserine yakalanan kişi sayısı 1 olan katılımcıların ölüm kaygısı puanı birinci derece akrabalarında meme kanseri olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,013$). Katılımcıların ölüm kaygısı puanı VKİ, medeni durum, eğitim durumu, meslek, aylık gelir düzeyi, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, kanser tanısı varlığı, daha önce iyi huylu teşhis ile yapılan meme biyopsisi, daha önce atipik hiperplazi ile yapılan meme biyopsisi, birinci derece akrabalarda kanser öyküsü varlığı, ikinci derece akrabalarda kanser öyküsü varlığı, uzak akrabalarda/tanıdıklarda kanser öyküsü varlığı, kanser taramasının yapılması gereken zaman, daha önce mamografi taramasına katılma durumu ve düzenli (2 yılda 1) mamografi taramasına katılma durumu açısından farklılık göstermedi (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların özellikleri ile ölüm kaygısı puanları ilişkisi

Değişken	Kategori	Ölüm Kaygısı Puanı	
		Ort±SS	p
VKİ sınıflaması	Normal	8,73±3,68	0,769
	Fazla kilolu	8,33±3,24	
	Obez	8,50±3,21	
Medeni durum	Bekar	7,00±1,87	0,582
	Evli	8,48±3,26	
	Boşanmış/Eşi vefat etmiş	8,60±3,56	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	8,12±3,46	0,708
	Okur-yazar	7,73±3,81	
	İlköğretim	8,64±3,29	
	Lise	8,68±3,17	
	Üniversite	8,15±3,27	
Meslek	Memur	8,11±3,14	0,448
	İşçi	8,19±3,23	
	Ev hanımı	8,51±3,39	
	Çalışmıyor	8,54±2,44	
	Serbest meslek	10,08±3,37	
Aylık gelir düzeyi	Asgari ücretin altında	8,90±3,47	0,365
	Asgari ücret düzeyinde	8,24±3,28	
	Asgari ücretin üzerinde	8,40±3,17	
Sigara kullanımı	Evet	8,76±3,53	0,657
	Hayır	8,46±3,32	
	Bıraktım	8,07±2,64	
Kronik hastalık varlığı	Evet	8,32±3,32	0,221
	Hayır	8,81±3,24	
Menopoz durumu	Evet	8,19±3,33	0,030
	Hayır	9,06±3,16	
Kanser tanısı varlığı	Evet	8,63±3,66	0,899
	Hayır	8,47±3,29	
Daha önce iyi huylu teşhis ile yapılan meme biyopsisi	Evet	8,96±3,66	0,447
	Hayır	8,44±3,27	
Daha önce atipik hiperplazi ile yapılan meme biyopsisi varlığı	Evet	10,25±2,87	0,453
	Hayır	8,71±3,80	
Birinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Evet	8,50±3,55	0,947
	Hayır	8,47±3,16	
Birinci derece akrabalarda meme kanserine yakalanan kişi sayısı	Hiçbiri	8,35±3,25	0,013
	1	10,25±3,56	
	1'den fazla	---	
İkinci derece akrabalarda kanser öyküsü	Evet	8,52±3,24	0,895
	Hayır	8,46±3,33	
Uzak akrabalarda /tanıdıklarda kanser öyküsü	Evet	8,52±3,25	0,763
	Hayır	8,41±3,39	
Kanser taramasının yapılması gereken zaman	Henüz bir hastalık belirtisi yokken	8,62±3,34	0,630
	Hastalık belirtileri başladıktan sonra	7,94±3,89	
	Kanser şüphesi oluşuktan sonra	8,33±2,69	
	Herhangi bir fikrim yok	8,04±3,04	
Daha önce mamografi taramasına katılma durumu	Evet	8,32±3,31	0,223
	Hayır	8,82±3,26	
Düzenli (2 yılda 1) mamografi taramasına katılma	Evet	8,23±3,50	0,471
	Hayır	8,55±3,24	

4.6. Ölüm kaygısı ve meme kanseri risk düzeyleri korelasyon analizi

Bu çalışmada katılımcıların bazı özellikleri ile ölüm kaygısı puanı arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapıldı. Ölüm kaygısı puanı ile yaşam boyu meme

kanseri gelişme riski arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,209$, $p<0,001$). Ölüm kaygısı puanı ile mamografi hakkında ifadeleri total puanı arasında pozitif ilişki mevcuttu ($r=0,229$, $p<0,001$). Ölüm kaygısı puanı ile katılımcıların yaşı arasında negatif bir ilişki mevcuttu ($r=-0,141$, $p=0,013$). Ölüm kaygısı puanı ile beş yıllık meme kanseri gelişme riski, bel çevresi, eğitim süresi, içilen sigara paket*yılı, ilk adet görme yaşı, geçirilen toplam gebelik sayısı, doğum sayısı, ilk doğum yaşı ve menopoza girilen yaş arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildi (Tablo 15).

Bu çalışmada katılımcıların bazı özellikleri ile beş yıllık meme kanseri gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapıldı. Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski ile yaşam boyu meme kanseri gelişme riski arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,473$, $p<0,001$). Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski ile yaş arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,428$, $p<0,001$). Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski ile bel çevresi arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,134$, $p=0,019$). Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski ile ilk doğum yaşı arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,132$, $p=0,027$). Katılımcıların beş yıllık meme kanseri gelişme riski ile ölüm kaygısı puanı, eğitim süresi, içilen sigara paket*yılı, uyandıktan sonra ilk sigarayı içme süresi, ilk adet görme yaşı, geçirilen toplam gebelik sayısı, doğum sayısı, menopoza girilen yaş ve mamografi ifadeleri hakkında total puanı arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildi (Tablo 15).

Bu çalışmada katılımcıların bazı özellikleri ile yaşam boyu meme kanseri gelişme riski arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi yapıldı. Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile ölüm kaygısı puanı arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,209$, $p<0,001$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile yaş arasında negatif bir ilişki mevcuttu ($r=-0,531$, $p<0,001$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile eğitim süresi arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,251$, $p<0,001$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile içilen sigara paket*yılı arasında negatif bir ilişki mevcuttu ($r=-0,353$, $p=0,008$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile geçirilen toplam gebelik sayısı arasında negatif bir ilişki mevcuttu ($r=-0,164$, $p=0,004$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile doğum sayısı arasında negatif bir ilişki mevcuttu ($r=-0,215$, $p<0,001$). Katılımcıların yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile ilk doğum yaşı arasında pozitif bir ilişki mevcuttu ($r=0,337$, $p<0,001$). Katılımcıların

yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile bel çevresi, ilk adet görme yaşı, menopoza girilen yaş ve mamografi hakkında ifadeleri total puanı arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildi (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcılara uygulanan anket puanları ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkilere ait korelasyon analizi sonuçları

Değişken		Ölüm kaygısı puanı	5 yıllık meme kanseri gelişme riski	Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski
Ölüm kaygısı puanı	r	1		
	p			
	n	305		
5 yıllık meme kanseri gelişme riski	r	0,096	1	
	p	0,096		
	n	305	305	
Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski	r	0,209**	0,473**	1
	p	<0,001	<0,001	
	n	305	305	305
Yaş	r	-0,141*	0,428**	-0,531**
	p	0,013	<0,001	<0,001
	n	305	305	305
Bel çevresi (cm)	r	0,049	0,134*	-0,052
	p	0,392	0,019	0,363
	n	305	305	305
Eğitim süresi	r	-0,01	-0,045	0,251**
	p	0,856	0,431	<0,001
	n	305	305	305
Sigara (paket* yıl)	r	0,162	-0,008	-0,353**
	p	0,237	0,956	0,008
	n	55	55	55
İlk adet görme yaşı	r	-0,056	-0,055	-0,046
	p	0,333	0,340	0,420
	n	304	304	304
Geçirilen toplam gebelik sayısı	r	-0,056	0,032	-0,164**
	p	0,328	0,582	0,004
	n	305	305	305
Doğum sayısı	r	-0,057	0,038	-0,215**
	p	0,323	0,503	<0,001
	n	305	305	305
İlk doğum yaşı	r	0,084	0,132*	0,337**
	p	0,162	0,027	<0,001
	n	282	282	282
Menopoza girilen yaş	r	0,045	0,055	0,018
	p	0,528	0,440	0,798
	n	202	202	202
Mamografi hakkındaki ifadeler total puanı	r	0,229**	0,037	0,089
	p	<0,001	0,524	0,121
	n	305	305	305

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)

4.7. Yaşam boyu meme kanseri riski regresyon analizi

Yaşam boyu meme kanseri riski üzerinde yaşın anlamlı bir etkisi söz konusudur ($p=0,037$). Yaşta bir birimlik artış meydana geldiğinde yaşam boyu meme kanseri riskinde -0,352'lik bir azalma meydana gelecektir. Yaşam boyu meme kanseri riski

üzerinde geçirilen toplam gebelik sayısının anlamlı bir etkisi söz konusudur ($p=0,019$). Geçirilen toplam gebelik sayısında bir birimlik artış meydana geldiğinde yaşam boyu meme kanseri riskinde 0,998’lik bir artış meydana gelecektir. Yaşam boyu meme kanseri riski üzerinde ölüm kaygısının anlamlı bir etkisi söz konusudur ($p=0,046$). Ölüm kaygısı puanında bir birimlik artış meydana geldiğinde yaşam boyu meme kanseri riskinde 0,394’lük bir artış meydana gelecektir (Tablo 16).

Tablo 16. Regresyon analizi sonuçları

	B(%95 CI)	Beta	t	p	Zero-order	Partial
(Constant)	15,467(-11,677 - 42,611)		1,193	0,248		
Yaş	-0,352(-0,681 - -0,023)	-0,689	-2,238	0,037	-0,537	-0,457
VKİ	-0,103(-0,38 - 0,174)	-0,187	-0,779	0,446	-0,052	-0,176
Bel çevresi(cm)	-0,047(-0,146 - 0,051)	-0,24	-1,007	0,327	0,099	-0,225
Sigara (paket*yıl)	-0,088(-0,176 - 0,001)	-0,367	-2,08	0,051	-0,364	-0,431
İlk adet görme yaşı	0,394(-0,343 - 1,131)	0,213	1,119	0,277	0,006	0,249
Geçirilen toplam gebelik sayısı	0,998(0,185 - 1,811)	0,563	2,57	0,019	-0,146	0,508
Doğum sayısı	-0,663(-2,014 - 0,687)	-0,266	-1,028	0,317	-0,426	-0,229
İlk doğum yaşı	0,121(-0,159 - 0,401)	0,161	0,904	0,377	0,455	0,203
Menopoza girilen yaş	0,195(-0,021 - 0,411)	0,283	1,889	0,074	0,192	0,398
Ölüm Kaygısı Puanı	0,394(0,007 - 0,781)	0,453	2,13	0,046	-0,013	0,439

B: Standartlaştırılmamış katsayı, Beta: Standartlaştırılmış katsayı, F:3,434, $p=0,010$, Adj. R²:0,456, SE:2,198,

4.8. Mamografi taramasına katılım, yaş ve mamografi ifadeleri lojistik regresyon analizi

Bu çalışmada katılımcıların mamografi taramasına katılma durumları ile ölüm kaygısı arasındaki ilişki incelendi ve iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Bu çalışmada katılımcıların mamografi taramasına katılma durumları ile yaş ve mamografi hakkındaki ifadeleri arasındaki ilişki incelendi. Referans grubu olarak mamografi taramasına katılan grup kabul edildi. Mamografi taramasına katılma durumu ile yaş ve mamografi hakkındaki ifadeler arasında anlamlı ilişki bulundu. Katılımcıların yaşı arttıkça mamografi taramasına katılımları artmaktaydı. Katılımcıların mamografi hakkındaki olumsuz ifadeleri arttıkça mamografi taramasına katılımları azalmaktaydı (Tablo 17).

Tablo 17. Mamografi taramasına katılma durumu ile yaş ve mamografi hakkındaki ifadeleri lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	df	p	Exp(B)	B(%95 CI)
Constant	0,756	1,011	1	0,455	2,130	
Yaş	-0,074	0,017	1	<0,001	0,929	0,898 - 0,960
Ölüm Kaygısı Puanı	-0,031	0,043	1	0,481	0,970	0,891 - 1,056
Mamografi İfadeleri Puanı	0,143	0,025	1	<0,001	1,154	1,099 - 1,211

5. TARTIŞMA

Bu çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 54.14'tü. Çalışma popülasyonunun %79.3'ü evli, %66.9'u ev hanımı , %66,9'u menopoz sonrası dönemdeydi ve menarş yaşı ortalaması 13.36'ydı. Yine katılımcıların %18.03'ü sigara içicisiydi. Bu sosyodemografik verilerin oranı daha önce Bener ve ark. (107) tarafından, 35 yaş üstü Türk kadınları üzerine Gail modeli ile meme kanseri riski değerlendirmek için yapılan çalışmaya benzerdi.

Bu çalışmadaki katılımcıların yaklaşık yarısı obezdi ve Bener ve ark. (107) yaptığı çalışmadan farklı olarak yüksekti. Ayrıca ilk doğum yaşı ortalaması bu çalışmada 22.13 bulundu, Bener ve ark.(107) yaptığı çalışmadan daha düşüktü.

Çalışma popülasyonunda daha önce meme biyopsisi yaptıran kadın sayısı %8,2'ydi ve bu biyopsilerin tamamı iyi huylu bir teşhis ile yapılmıştı. İlkaya'nın (108) yaptığı çalışmada biyopsi yapılma oranı benzerdi ancak bu biyopsilerden %6,7si kötü huylu bir teşhis ile raporlanmıştır.

Bu çalışmada Gail Modeline göre hesaplanan 5 yıllık meme kanseri riski ortalama puanı $1,11 \pm 0,54$ olarak hesaplandı. İlkaya'nın (108), Altunbaş'ın (109), Bener ve ark. (107) yaptığı çalışmalarda Gail modeli kullanılarak hesaplanan 5 yıllık meme kanseri riski ortalaması bu çalışma ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmada yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ortalama puanı $7,93 \pm 3,51$ olarak hesaplandı. İlkaya'nın (108) yaptığı çalışmada yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile benzerdir. Bener ve ark.(107) yaptığı çalışmalardan ise düşük bulundu. Bunun nedeni bu çalışmada Gail modeli risk hesaplamasında kullanılan faktörlerden menarş yaşının yüksek olması ve ilk doğum yaşının daha küçük olması olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %8,5'inin Gail Modeline göre hesaplanan 5 yıllık meme kanseri riski yüksek bulundu. Koca ve ark. (110) ile İlkaya'nın (108) yaptığı çalışmalarda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni Gail modeline göre risk hesaplamasında kullanılan menarş yaşı, ilk doğum yaşı ve kötü huylu biyopsi sayısının farklı olması olabilir. Bu çalışmada katılımcıların %15.1'inin yaşam boyu meme kanseri gelişme riski yüksek bulundu. Koca ve ark. (110) yaptığı çalışmadan daha yüksektir. Bu durum yine Gail modeline göre riski değiştiren popülasyon özelliklerinin farklı dağılımı olabilir.

Katılımcıların özellikleri ile meme kanseri gelişme riski arasındaki ilişki incelendiğinde daha önce yapılan çalışmalara benzerdi. Bu çalışmada 5 yıllık meme kanseri gelişme riski daha önce yapılan meme biyopsisi, birinci derece akrabalarda kanser öyküsü, birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdi. Yine 5 yıllık meme kanseri gelişme riski yaş, bel çevresi, ilk doğum yaşı ile pozitif korelasyon gösterdi. Bener ve ark. (107) yaptığı çalışmada 5 yıllık meme kanseri gelişme riski ile yaş, ilk doğum yaşı, aile öyküsü, menopoz durumu ve doğum sayısı pozitif ilişkili bulunmuştur. İlkaya'nın (108) yaptığı çalışmada 5 yıllık meme kanseri riski; yaş, ilk doğum yaşı, menopoz yaşı, yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile pozitif anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada 5 yıllık meme kanseri riskinin; yaş, bel çevresi, ilk doğum yaşı ile pozitif ilişkili olduğu bulundu ve bunlar literatürde daha önce yapılan çalışmalarla da uyumluydu(18, 30-32, 111-114).

Yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile katılımcıların özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, bu çalışmada medeni durum, menopoz durumu, birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdi. Yaş, geçirilen toplam gebelik sayısı, doğum sayısı; yaşam boyu meme kanseri riski ile negatif ilişkiliydi. Eğitim süresi ve ilk doğum yaşı ile pozitif ilişkiliydi. Bener ve ark. (107) ilk doğum yaşı, menopoz durumu, doğum sayısı pozitif; yaş, menarş yaşı ve aile öyküsü negatif ilişkilidir. Bu çalışma çoğunlukla benzerdi fakat doğum sayısı, aile öyküsü ve menarş yaşı Bener ve ark. (106) 'dan farklıydı. İlkaya'nın (108) yaptığı çalışmada ilk doğum yaşı, eğitim pozitif ilişkili; yaş, menarş yaşı, doğum sayısı negatif ilişkilidir. İlkaya'nın (108) yaptığı çalışma ile çoğunlukla benzer olmakla beraber bu çalışmada menarş yaşı ile yaşam boyu meme kanseri arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Bunun nedeni bu çalışmadaki katılımcıların menarş yaşı dağılımının farklı olması ve geç menarş yaşı olan katılımcı sayısının da oldukça yüksek oranda olması olabilir. Bu çalışmada yaşam boyu meme kanseri gelişme riski ile yaş, geçirilen toplam gebelik sayısı, doğum sayısı arasında negatif; ilk doğum yaşı arasında pozitif ilişki olduğu bulundu ve bu literatürdeki diğer çalışmalarla uyumluydu(18, 111-114).

Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık 3/4'ü henüz bir hastalık belirtisi yokken taramaya katılması gerektiğini bilmekteydi. Özel'in (115) 18-65 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların yarısından fazlasının henüz bir hastalık belirtisi yokken kanser taramasına katılması gerektiğini bildiğini bulmuştur. Bu çalışmada henüz bir belirti

yokken kanser taraması yaptırması gerektiğini bilen kadın sayısı Özel'in çalışması ile benzer bulundu.

Bu çalışmada 305 katılımcının %68.9'u daha önce mamografi taramasına katılmış, %31,1'i hiç mamografi taramasına katılmamıştı. %23,00'ı düzenli olarak mamografi taramasına katıldığını belirtti. Mermer ve ark. (116) yaptığı çalışmada katılımcıların %62.8'inin mamografi çektiğini; %49.7'sinin düzenli mamografi taramasına katıldığını bulunmuştur. Koca ve ark. (110) kadınların yaklaşık yarısının mamografi taramasına katıldığını bulmuştur. Büyükkayacı Duman ve ark. (117) 224 kadından yalnızca 2'sinin mamografi taramasına katıldığını belirtmiştir. Bu çalışmada mamografi taramasına katılma oranı Mermer ve ark.(116), Koca ve ark.(110) yaptıkları çalışmalarla benzer; Büyükkayacı Duman ve ark.(117) yaptığı çalışmadan ise farklı bulundu. Bunun nedeni çalışmanın yapıldığı bölgenin ve katılımcı popülasyonunun sosyokültürel gelişmişlik seviyesinin farklı olması olabilir.

Katılımcıların yarısı mamografi taraması hakkında verilen ifadelerden kötü haber almaktan korkmaya tamamen katılıyordu. Özel'in (115) yaptığı çalışmada hastalara sorulan mamografi yaptırmama nedenleri arasında kötü haber almaktan korkmak cevabını verenler %15,71 bulunmuştur. Sağlık çalışanlarından tetkik yaptırırken utanırım ifadesine bu çalışmadaki katılımcıların yarısı hiç katılmıyordu. Yine katılımcıların mamografi ile ilgili verilen diğer ifadelerden olan, tarama yaptırmak için zaman bulamama, faydalı olmayacağını düşünme, sağlıklı olduğunu düşündüğü için taramaya katılmama, yarısından çoğu hiç katılmıyorum cevabını verdi. Bu çalışmada katılımcıların mamografi taraması hakkındaki ifadeleri değerlendirildiğinde taramaya katılım önünde en sık engel olabilecek düşünceler sırasıyla kötü haber almaktan korkmak, taramalar hakkında bilgisinin olmaması, tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanmak, taramanın kolay ulaşılabilir olmadığını düşünmekti. Açıkgöz'ün (118) yaptığı çalışmada mamografiye katılmamanın en sık nedeni ihmal etme ve bilgisizlik olarak bulunmuştur. Özel'in (115) yaptığı çalışmada tarama yaptırmama önünde en sık engeller sırasıyla sağlıklı olduğunu düşünmek, kötü haberden korkmak, zaman bulamamak, taramalar hakkında bilgisinin olmaması şeklindeydi. Bu çalışmada yapılan diğer çalışmalara kıyasla kötü haber almaktan korkan katılımcı sayısı daha yüksekti. Bunun nedeni bu çalışmada bu sorunun katılımcılara farklı yöneltilmesi ve 5'li likert tipi ölçek kullanılması olabilir. Bu çalışmada katılımcılara

mamografi hakkında yöneltilen bu ifadelerin ortalama puanları da kıyaslandı ve en yüksek puanı alan kötü haber almaktan korkmak oldu. Katılımcıların mamografi hakkındaki bu olumsuz ifadelere verdikleri total puan ile ölüm kaygısı puanları arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulundu. Bu çalışma iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olabilir.

Mevcut çalışmada mamografi taramasına katılma durumu ile yaş ve mamografi hakkındaki ifadeler arasında anlamlı ilişki bulundu. Katılımcıların yaşı arttıkça mamografi taramasına katılımları artmaktaydı. Açıkgoz'un (118) yaptığı bir çalışmada 60 yaş üzeri kadınların mamografi taramasına katılımı 40-59 yaş arası kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Moodi ve ark.(119) yaptığı çalışmada yaştan mamografi taramasına katılımını etkileyen bir değişken olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların mamografi taramasına katılımının yaşla ilişkili bulunmasının nedeni çalışma popülasyonunun farklı bölgelere ait olması olabilir. Mottram ve ark. (120) mamografiye katılımı etkileyen faktörleri incelediği bir meta-analiz çalışmasında yaştan anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ancak aynı çalışma burada çok yüksek bir heterojenlik olduğunu ve bireysel büyük araştırmaların her iki yönde de istatistiksel olarak oldukça anlamlı sonuçlar bulduğunu eklemiştir. Ayrıca daha güncel çalışmalarda (yani 2010'dan sonra tamamlananlarda) daha yaşlı kadınların daha genç kadınlara kıyasla meme kanseri taramasına katılma olasılığının daha yüksek olduğunu bulunmuş ancak daha eski çalışmalarda, özellikle 2005'ten önce yayınlananlarda, bunun tersinin doğru olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada yaş ile mamografi taraması arasında anlamlı ilişki bulundu. Bunun nedeni artan yaş ile taramadan haberdar olma olasılığının artması, meme kanseri taramasına davet edilme ve hatırlatma sayısının artması olabilir.

Bu çalışmada kadınların mamografi hakkında olumsuz düşüncelere katılma oranı ve bu düşüncelerin mamografi taramasına katılımı ile ilişkisi de incelendi. Katılımcıların mamografi hakkındaki olumsuz ifadelere verdiği puan arttıkça mamografi taramasına katılımları azalmaktaydı. Yapılan literatür taramasında daha önce katılımcıların mamografi hakkında olumsuz düşüncelerini araştıran ve mamografi taraması önünde engelleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar (115, 118) bulunmaktadır ancak bunların mamografi taramasına katılım ile ilişkisini araştıran benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların özelliklerine göre mamografi taramasına katılma durumları incelendiğinde; medeni duruma, aylık gelir düzeyine, kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı. Taşdemir'in (121) kırsal alanda yaşayan 40 yaş üstü kadınlarda mamografi taramasına katılımını etkileyen prediktörleri araştırdığı çalışmada evli olan kadınlar daha fazla mamografi yaptırmaktadır. Kıssal ve ark. (122) ise yaptıkları çalışmada mamografi taramasına katılımın medeni duruma göre farklılık göstermediğini bulmuştur. Dinçel ve ark.(123) yaptığı çalışmada da medeni durumun etkisi olmadığı bulunmuştur. Taşdemir'in (118) yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer olarak gelir durumu ve sağlık durumu ile mamografi yaptırmama davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada mamografiye katılımın ailede kanser öyküsüne göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında, birinci ve ikinci derece akrabaların kanser öyküsünün anlamlı olmadığı, uzak akraba/tanıdıklarda kanser öyküsünün ise anlamlı olduğu bulunmuştur. Yine birinci derece akrabada meme kanseri olması da anlamlı farklılık göstermemiştir. Açıkgöz (118) yaptığı çalışmada ailede kanser öyküsünün mamografi yaptırmama üzerine etkisi olmadığını bulmuştur. Özel'in (115) 18-65 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada ailede ve çevrede kanser öyküsü olanların mamografi yaptırmama oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Erdoğan (124) da yaptığı çalışmada aile öyküsü olan kadınların olmayanlara göre mamografi yaptırmama oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Moodi ve ark.(119) iranlı kadınlar üzerine yaptığı bir çalışmada da aile öyküsünün mamografiye katılımı etkileyen bir değişken olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada mamografiye katılımın birinci ve ikinci derece akrabalarda kanser öyküsüne göre anlamlı farklılık göstermeme nedeni; katılımcıların aile öyküsü sorgulanırken yakınlık derecesine göre ayırma gidilmesi, birinci ve ikinci derece akrabalarda kanser öyküsü olan kişi sayısının düşük kalması olabilir.

Katılımcıların mamografiye katılım durumları ile menopoza durumu arasında anlamlı fark bulundu. Açıkgöz'ün (118) yaptığı çalışmada benzer şekilde menopoza girmemiş kadınların mamografi taramasına katılımının daha düşük olduğunu bulmuştur. Moodi ve ark. (119) yaptığı çalışmada da mamografi taramasına katılımın menopoza anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu çalışma daha önce yapılan çalışmayı destekler nitelikteydi.

Katılımcıların özellikleri ve ölüm kaygısı puanı arasındaki ilişki incelendiğinde yaş ile negatif ilişkili bulundu. Literatürde yaş ile ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalar (73, 74, 76, 102) bulunmakla birlikte ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışma Karaca (77), Keller ve ark.(78) yaşlıların ölüm kaygısının daha düşük olduğunu gösteren çalışmaları ile uyumluydu.

Ölüm kaygısı ile yaşam boyu meme kanseri gelişme riski arasında pozitif ilişki bulundu. Yapılan literatür taramasında meme kanseri gelişme riski ile ölüm kaygısı ilişkisine rastlanmadı. Bu çalışma meme kanseri gelişme riski ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olabilir.

Bu çalışmada ölüm kaygısı puanı ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermedi. Erdoğan ve ark. (82) 16 yaş üstü bireylerde yaptığı bir çalışmada ve Baum ve ark.(90) yaşlılarda yaptığı bir çalışmada evli olanların daha yüksek ölüm kaygısına sahip olduğu bulunmuştur. Aksine Karaca'nın (77) yaptığı çalışmada evli olanların bekarlara göre daha düşük ölüm kaygısına sahip olduğu bulunmuştur. Bununla beraber medeni durum ve ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Cole (91) ve Kalaoğlu Öztürk'ün (92) yaptığı çalışmalarda medeni durum ve ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışma medeni durum ve ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmadığını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada eğitim durumu ve alınan eğitim süresi ile ölüm kaygısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Daha önce yapılan çalışmalarda çelişkili veriler bulunmuştur. Erdoğan ve ark.(82) yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça ölüm kaygısı azalmaktadır. Şenol (106) tarafından huzurevinde yapılan bir çalışmada ise eğitim durumu ile ölüm kaygısı arasında ilişki bulunmamıştır. Kalaoğlu Öztürk'ün (106) çalışmasında eğitim süresi ile ölüm kaygısı arasında çok düşük negatif korelasyon bildirilmiştir. Bu çalışma eğitim durumu ve eğitim süresi ile ölüm kaygısı arasında bir ilişki bulunmadığını destekler nitelikteydi.

Bu çalışmada ölüm kaygısı puanı aylık gelir düzeyine göre farklılık göstermedi. Erdoğan ve ark.(82) dini inanışları farklı gruplarda yaptığı bir çalışmada farklı sosyoekonomik gruplarda ölüm kaygısı değişmektedir. Yine Erdoğan ve ark.(82) 'nın yaptığı bu çalışmaya göre alt ve üst sosyoekonomik seviyedeki kişilerde ölüm kaygısı daha yüksektir. Şenol (106) tarafından yapılan çalışmaya göre de farklı

sosyoekonomik gruplarda ölüm kaygısı değişmektedir. Bununla birlikte literatüre bakıldığında gelir durumu ve ölüm kaygısı arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar bir hayli fazladır. Gündoğan (125), Dağlı (126), Ertufan (127), Çınar (128) ve Kılıç'ın (129) yaptığı çalışmalarda gelir durumu ve ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışma da ölüm kaygısı puanı gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığını destekliyordu.

Fortner ve Neimeyer (102) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında fiziksel problemlere sahip bireylerin daha yüksek ölüm kaygısına sahip oldukları bulunmuştur. Şenol'un (106) huzurevinde kalan yaşlılarda yaptığı çalışmada ciddi sağlık problemleri olan bireylerin ölüm kaygısının yüksek olduğunu bulmuştur. Kalaoğlu Öztürk'ün (92) yaptığı çalışmada ise ölüm kaygısı düzeyi, fiziksel ve kronik hastalık varlığı arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Yine Kutlu ve ark. (130) huzurevinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerde yaptığı bir çalışmada kronik hastalık varlığının ölüm kaygısı düzeyi ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu çalışma da kronik hastalık varlığı ve ölüm kaygısı puanları arasında ilişki olmadığını buldu.

Bu çalışmada ölüm kaygısı puanı menopoza durumuna göre anlamlı farklılık gösterdi. Menopoz sonrası dönemde olan katılımcıların ölüm kaygısı daha düşüktü. Literatüre bakıldığında menopoza durumunun ölüm kaygısına etkisini araştıran çalışmaya rastlanmadı.

Bu çalışmada ölüm kaygısı; birinci derecede akrabalarında, ikinci derece akrabalarında, uzak akrabalarında/ tanıdıklarında kanser varlığına göre anlamlı farklılık göstermedi. Birinci derece akrabalarında meme kanseri varlığına göre ise anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. Ünal (131) birinci dereceden yakını kanser hastası olan deney grubuyla ve kanser hastası yakını olmayan kontrol grubu arasında yaptığı bir çalışmada ölüm kaygısı düzeylerinin anlamlı değişiklik göstermediğini bulmuştur. Literatürde ölüm kaygısının, birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsüne göre farklılık gösterip göstermediğini inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanseri artık dünyada en sık teşhis edilen kanserdir. Güncel küresel kanser yükü rakamları, 2020'de 2,26 milyon meme kanseri vakası olduğunu ve hastalığın dünya çapında kadınlarda kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olduğunu tahmin etmektedir.

Erken teşhis ve tedavi için meme kanseri taramasının da önemi giderek artmaktadır. Bu konuda birinci basamak sağlık kuruluşları hedef kitleye ulaşması, riskli bireylerin üstünde durması ve gerektiğinde üst basamaklara sevk yaparak süreci yönetmesiyle önemli bir rolü üstlenmektedir.

Bu çalışmada birinci basamakta meme kanseri tanısı olmayan kadınlarda risk değerlendirmesi yapılmış, mamografi taramasına katılım oranı ve katılmama nedenleri aydınlatılmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu konuda ölüm kaygısının bir rolü olup olmadığı incelenmiştir.

Bu araştırmada mamografi taramasına katılan kadın oranı benzer çalışmalarla uyumludur. Taramaya düzenli devam eden kadın sayısı mamografi yaptıran sayısına oranla düşük kalmıştır. Birinci basamakta kadınların mamografi taramasına katılımı için teşviğin artırılması, taramaya düzenli katılımın öneminin vurgulanması yerinde olacaktır.

Araştırmada Gail modeli kullanılarak hesaplanan meme kanseri gelişme riski yüksek kadın katılımcı sayısı az olsa da bu bireylerin risk hakkında bilgilendirilmesi, taramanın özellikle vurgulanması büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla farklı modeller kullanılarak hazırlanan risk hesaplama araçları klinisyenlerin işlerini kolaylaştırabilir. Ayrıca Türk kadınlarına uygun, duyarlılığı daha yüksek bir model geliştirilmesi daha doğru risk tahminleri yaparak, tarama ve önleme çalışmalarına katkı sağlayabilir.

Meme kanseri taramasına engel ve teşvik edici faktörlerin araştırılması taramaya katılımı artırmak için atılacak adımlarda yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada katılımcıların mamografi taraması hakkındaki ifadeleri değerlendirildiğinde taramaya katılım önünde en sık engel sırasıyla kötü haber almaktan korkmak, taramalar hakkında bilgisinin olmaması, tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanmak, taramanın kolay ulaşılabilir olmadığını düşünmektir. Bu çalışmada katılımcıların mamografi taraması hakkında olumsuz ifadeler verdikleri puanlar ölüm kaygısı

puanları ile düşük düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte katılım önünde engel sayılabilecek olumsuz düşünceleri ve ölüm kaygısının bu konudaki rolünü daha iyi anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKLAR

1. Globocan 2020: Yeni küresel kanser verileri. (Erişim tarihi: 02.01.2023). [Available from: <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>.]
2. Kohler BA, Sherman RL, Howlader N, Jemal A, Ryerson AB, Henry KA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2011, featuring incidence of breast cancer subtypes by race/ethnicity, poverty, and state. *Journal of the National Cancer Institute*. 2015;107(6):djv048.
3. de Gelder R, Heijnsdijk EA, Fracheboud J, Draisma G, de Koning HJ. The effects of population-based mammography screening starting between age 40 and 50 in the presence of adjuvant systemic therapy. *Int J Cancer*. 2015;137(1):165-72.
4. Munoz D, Near AM, Van Ravesteyn NT, Lee SJ, Schechter CB, Alagoz O, et al. Effects of screening and systemic adjuvant therapy on ER-specific US breast cancer mortality. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2014;106(11).
5. Sprague BL, Coley RY, Kerlikowske K, Rauscher GH, Henderson LM, Onega T, et al. Assessment of radiologist performance in breast cancer screening using digital breast tomosynthesis vs digital mammography. *JAMA network open*. 2020;3(3):e201759-e.
6. Miglioretti DL, Abraham L, Lee CI, Buist DS, Herschorn SD, Sprague BL, et al. Digital breast tomosynthesis: radiologist learning curve. *Radiology*. 2019;291(1):34-42.
7. Ersin F, Bahar Z. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: a qualitative study according to the health belief and health development models. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(7):1849-54.
8. Cipora E, Konieczny M, Czerw A, Mikos M, Budzik MP, Deptała A, et al. Causes of delays in breast cancer diagnosis in Poland. *Pol Merkur Lekarski*. 2019;47(279):85-90.
9. Moser RP, Arndt J, Han PK, Waters EA, Amsellem M, Hesse BW. Perceptions of cancer as a death sentence: prevalence and consequences. *J Health Psychol*. 2014;19(12):1518-24.
10. Quaife SL, Winstanley K, Robb KA, Simon AE, Ramirez AJ, Forbes LJ, et al. Socioeconomic inequalities in attitudes towards cancer: an international cancer benchmarking partnership study. *Eur J Cancer Prev*. 2015;24(3):253-60.
11. Murphy PJ, Marlow LA, Waller J, Vrinten C. What is it about a cancer diagnosis that would worry people? A population-based survey of adults in England. *BMC cancer*. 2018;18(1):1-10.
12. Quaife SL, Waller J, von Wagner C, Vrinten C. Cancer worries and uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screening: A population-based survey in England. *J Med Screen*. 2019;26(1):3-10.
13. Luleci D, Kilic B. Factors Affecting Women's Participation in Breast Cancer Screening in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2022;23(5):1627-34.

14. Hay JL, McCaul KD, Magnan RE. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*. 2006;42(6):401-8.
15. American Cancer Society (2019-2020). Breast Cancer Facts and Figures. (Erişim Tarihi: 02.02.2023) [Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>].
16. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-49.
17. Esserman L, Joe B. Clinical features, diagnosis, and staging of newly diagnosed breast cancer. *Up To Date*, Gralow JR, Duda RB Last updated May. 2013;20.
18. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *Bmj*. 2000;321(7261):624-8.
19. Majeed W, Aslam B, Javed I, Khaliq T, Muhammad F, Ali A, et al. Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014;15(8):3353-8.
20. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2022;72(1):7-33.
21. Chlebowski RT, Chen Z, Anderson GL, Rohan T, Aragaki A, Lane D, et al. Ethnicity and breast cancer: factors influencing differences in incidence and outcome. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97(6):439-48.
22. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;165(1):193-200.
23. Washbrook E. Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Women's Health Medicine*. 2006;3(1):8-14.
24. WHO International Agency for Research on Cancer [31.08.2022]. Available from: <https://canscreen5.iarc.fr/?page=countryfactsheet&q=TUR>.
25. Horn J, Åsvold BO, Opdahl S, Tretli S, Vatten LJ. Reproductive factors and the risk of breast cancer in old age: a Norwegian cohort study. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;139(1):237-43.
26. Key TJ, Appleby PN, Reeves GK, Travis RC, Alberg AJ, Barricarte A, et al. Sex hormones and risk of breast cancer in premenopausal women: a collaborative reanalysis of individual participant data from seven prospective studies. *Lancet Oncol*. 2013;14(10):1009-19.
27. Soroush A, Farshchian N, Komasi S, Izadi N, Amirifard N, Shahmohammadi A. The Role of Oral Contraceptive Pills on Increased Risk of Breast Cancer in Iranian Populations: A Meta-analysis. *J Cancer Prev*. 2016;21(4):294-301.

28. Ji LW, Jing CX, Zhuang SL, Pan WC, Hu XP. Effect of age at first use of oral contraceptives on breast cancer risk: An updated meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(36):e15719.
29. Dall GV, Britt KL. Estrogen effects on the mammary gland in early and late life and breast cancer risk. *Frontiers in oncology*. 2017;7:110.
30. Eliassen AH, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Hankinson SE. Adult weight change and risk of postmenopausal breast cancer. *Jama*. 2006;296(2):193-201.
31. Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, Kuller L, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). *Cancer Causes & Control*. 2002;13:741-51.
32. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The lancet*. 2008;371(9612):569-78.
33. Tamimi RM, Spiegelman D, Smith-Warner SA, Wang M, Pazaris M, Willett WC, et al. Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk factors in postmenopausal breast cancer. *American journal of epidemiology*. 2016;184(12):884-93.
34. Tung N, Battelli C, Allen B, Kaldate R, Bhatnagar S, Bowles K, et al. Frequency of mutations in individuals with breast cancer referred for BRCA1 and BRCA2 testing using next-generation sequencing with a 25-gene panel. *Cancer*. 2015;121(1):25-33.
35. Genetics of Breast and Gynecologic Cancers (PDQ®)—Health Professional Version (Erişim Tarihi: 02.02.2023) [Available from: <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-ovarian-genetics-pdq>.
36. Ancelin R, Andler R, Arnold M, Arwidson P, Baldi I, Benamouzig R, et al. Cancers attributable to lifestyle and to the environment in metropolitan France.
37. Gram IT, Park S-Y, Kolonel LN, Maskarinec G, Wilkens LR, Henderson BE, et al. Smoking and risk of breast cancer in a racially/ethnically diverse population of mainly women who do not drink alcohol: the MEC study. *American journal of epidemiology*. 2015;182(11):917-25.
38. Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Breast cancer research and treatment*. 2015;154:213-24.
39. Park HA, Neumeyer S, Michailidou K, Bolla MK, Wang Q, Dennis J, et al. Mendelian randomisation study of smoking exposure in relation to breast cancer risk. *British journal of cancer*. 2021;125(8):1135-45.
40. Altkorn D, Schulwolf E. Breast Cancer Screening. In: Stern SDC, Cifu AS, Altkorn D, editors. *Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide*, 4e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020.
41. The Breast Cancer Risk Assessment Tool. National Cancer Institute and National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. (Erişim Tarihi:09.02.2023) [Available from: <https://bcrisktool.cancer.gov/>.

42. Breast Cancer Surveillance Consortium Risk Calculator. Breast Cancer Surveillance Consortium. (Erişim Tarihi: 09.02.2023) [Available from: <https://tools.bscscc.org/BC5yearRisk/intro.htm>].
43. IBIS Breast Cancer Risk Evaluation Tool version 8. Centre for Cancer Prevention (Erişim Tarihi: 09.02.2023) [Available from: <https://ems-trials.org/riskevaluator/>].
44. Esserman LJ, Shieh Y, Rutgers EJ, Knauer M, Ret   VP, Mook S, et al. Impact of mammographic screening on the detection of good and poor prognosis breast cancers. *Breast cancer research and treatment*. 2011;130:725-34.
45. Barnett C, Malara J, Kimmel J. Breast Cancer. In: O'Connell MB, Smith JA, editors. *Women's Health Across the Lifespan*, 2e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019.
46. Spak DA, Plaxco JS, Santiago L, Dryden MJ, Dogan BE. BI-RADS(  ) fifth edition: A summary of changes. *Diagn Interv Imaging*. 2017;98(3):179-90.
47. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *Jama*. 2015;314(15):1599-614.
48. Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The world cancer research fund/American institute for cancer research third expert report on diet, nutrition, physical activity, and cancer: impact and future directions. *The Journal of nutrition*. 2020;150(4):663-71.
49. Knutson D, Steiner E. Screening for breast cancer: current recommendations and future directions. *Am Fam Physician*. 2007;75(11):1660-6.
50. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst*. 2002;94(19):1445-57.
51. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2016;164(4):279-96.
52. NCCN Guidelines, The National Comprehensive Cancer Network (Erişim Tarihi: 13.02.2023) [Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=2&id=1421>].
53. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, Ulusal Kanseri Tarama Standartları (Erişim Tarihi: 13.02.2023) [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>].
54. Tanhan F. Ölüm kaygısıyla baş etme eğitiminin ölüm kaygısı ve psikolojik iyi olma düzeyine etkisi. 2007.
55. Çobanlı C, Salt A. Dharma Asikopedisi. Dharma Yayınları, İstanbul. 2001.
56. Rabow MW, Pantilat SZ, Shah AC, Poree L, Steiger S. Care of Patients at the End of Life. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid KR, editors. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2022. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022.

57. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları (, 7. Basım). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1997.
58. Deren S. Angst ve Ölümlülük. Doğu Batı Dergisi , Felsefe Sanat Kültür Yayınları, Ankara. 1999:101–15.
59. Nyatanga B, de Vocht H. Towards a definition of death anxiety. International journal of palliative nursing. 2006;12(9):410-3.
60. Izard CE. Anxiety: A variable combination of interacting fundamental emotions. Anxiety: Current trends in theory and research. 1972;1:55-106.
61. Epstein S. The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. Anxiety; Current trends in theory and research. 1972:291-337.
62. Freud S. The Problem of Anxiety Norton. New York. 1936.
63. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. Anxiety: trends in theory and research. 1972:23-49.
64. Yalom I. Varoluşçu psikoterapi (Çeviren: Babayiğit). İstanbul: Kabalcı Yayınevi. 2000.
65. Lehto R, Stein KF. Death anxiety: An analysis of an evolving concept. 2009.
66. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik (8.Baskı), AltınKitaplar Yayınevi: İstanbul1985.
67. Thorson JA, Powell F. Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of clinical psychology. 1988;44(5):691-701.
68. Lonetto R, Templer DI. Death anxiety: Hemisphere Publishing Corp; 1986.
69. Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine,Çev.:BanuBüyükal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları. 1997.
70. Menzies RE, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. Br J Clin Psychol. 2019;58(4):452-67.
71. Yalom ID. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. The Humanistic Psychologist. 2008;36(3-4):283-97.
72. Feifel H, Branscomb AB. Who's afraid of death? Journal of abnormal psychology. 1973;81(3):282.
73. Chan LC, Yap CC. Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. Sunway Academic Journal. 2009;6:1-16.
74. Feifel H, Nagy VT. Another look at fear of death. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1981;49(2):278.
75. Maiden R, Walker G. Attitudes Toward Death Across the Life Span. 1985.
76. Wen Y-H. Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning. 2010;6(2):31.
77. Karaca F. Ölüm psikolojisi. İstanbul: Beyan Yayınları2000.
78. Keller JW, Sherry D, Piotrowski C. Perspectives on death: a developmental study. The Journal of psychology. 1984;116(1):137-42.

79. Singh A, Singh D, Nizamie S. Death and dying. *Mental Health Reviews*. 2003;5(2):22-47.
80. Ak B, Conk Z. Yenilenmiş Ölüm Kaygısı Ölçeğinin ergenler için güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesi. *Ege Pediatri Bülteni*. 2009;16(1):15-24.
81. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of personality and social psychology*. 1982;43(4):775.
82. Erdoğan MY, Özkan M. Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*. 2007;14(3):171-9.
83. Pierce Jr JD, Cohen AB, Chambers JA, Meade RM. Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture*. 2007;10(2):143-50.
84. Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of social psychology*. 1988;128(1):41-7.
85. Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death studies*. 2002;26(1):39-50.
86. Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): Its development, validation, and results in three Arab countries. *Death studies*. 2004;28(5):435-57.
87. Abdel-Khalek AM. Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death studies*. 2005;29(3):251-9.
88. Cotter RP. High risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2003;47(2):119-37.
89. Hickson J, Housley WF, Boyle C. The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1988;26(3):191-9.
90. Baum SK, Boxley RL. Age denial: Death denial in the elderly. *Death education*. 1984;8(5-6):419-23.
91. Cole MA. Sex and marital status differences in death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1979;9(2):139-47.
92. Kalaoğlu Öztürk Z. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *TC Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana*. 2010.
93. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study. *Journal of Personality Assessment*. 1987;51(3):451-61.
94. Dougherty K, Templer DI, Brown R. Psychological states in terminal cancer patients as measured over time. *Journal of Counseling Psychology*. 1986;33(3):357.

95. Gibbs HW, Achterberg-Lawlis J. Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*. 1978;25(6):563.
96. Smith DK, Nehemkis AM, Charter RA. Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1984;13(3):221-32.
97. Abdel-Khalek A, Lester D. Religiosity and death anxiety: No association in Kuwait. *Psychological reports*. 2009;104(3):770-2.
98. L. Swanson Kevin R. Byrd J. Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and separation-individuation conflict. *Death Studies*. 1998;22(3):257-68.
99. Leming MR. Religion and death: A test of Homans' thesis. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 1980;10(4):347-64.
100. Thorson JA, Powell F. Life, death, and life after death: Meanings of the relationship between death anxiety and religion. *Journal of Religious Gerontology*. 1991;8(1):41-56.
101. Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death studies*. 2006;30(4):365-75.
102. Barry V, Fortner RAN. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*. 1999;23(5):387-411.
103. Sina İ. Ölüm Korkusundan Kurtuluş , Çev.M.H.Tura, Burhaneddin Matbaası,İstanbul.1942.
104. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970;82(2):165-77.
105. Neimeyer RA. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*: Taylor & Francis; 1994.
106. Şenol C. Ankara ilinde kurumlarda yaşayan yaşlılarda ölüme ilişkin kaygı ve korkular. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1989.
107. Bener A, Barışık CC, Acar A, Özdenkaya Y. Assessment of the gail model in estimating the risk of breast cancer: Effect of cancer worry and risk in healthy women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2019;20(6):1765.
108. İlkaya M. Samsun İli Atakum Ketem'e Meme Kanseri Taraması İçin Başvuran Kadınlarda Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., 2022, Samsun.
109. Altunbaş E. Gail, NSABP ve NCI Risk Analiz Modellerinin Türk Toplumunda Meme Kanseri Riskini Değerlendirmede Geçerliliği, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2007, Ankara.
110. Koca B, Açıkgöz A. Bir Grup Türk Kadında Gail Modeline Göre Meme Kanseri Risk Düzeyi ile Erken Tanı ve Tarama Prevalansını Etkileyen Faktörler.

- 111.Gail MH, Brinton LA, Byar DP, Corle DK, Green SB, Schairer C, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. J Natl Cancer Inst. 1989;81(24):1879-86.
- 112.Gail MH, Costantino JP, Pee D, Bondy M, Newman L, Selvan M, et al. Projecting individualized absolute invasive breast cancer risk in African American women. J Natl Cancer Inst. 2007;99(23):1782-92.
- 113.Costantino JP, Gail MH, Pee D, Anderson S, Redmond CK, Benichou J, et al. Validation studies for models projecting the risk of invasive and total breast cancer incidence. J Natl Cancer Inst. 1999;91(18):1541-8.
- 114.Adams-Campbell LL, Makambi KH, Frederick WA, Gaskins M, Dewitty RL, McCaskill-Stevens W. Breast cancer risk assessments comparing Gail and CARE models in African-American women. Breast J. 2009;15 Suppl 1(0 1):S72-5.
- 115.Özel M. 18-65 Yaş Arası Kadınların Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutum ve Davranışları, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 2021, İstanbul, .
- 116.Mermer G, Güzekin Ö. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu The Risk of Breast Cancer in Women and The Use of Screening Methods.
- 117.Büyükkayacı Duman N, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. 40 Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları.
- 118.Açıkgöz A. Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- 119.Moodi M, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad G-R. Determinants of mammography screening behavior in Iranian women: A population-based study. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2012;17(8):750.
- 120.Mottram R, Knerr WL, Gallacher D, Fraser H, Al-Khudairy L, Ayorinde A, et al. Factors associated with attendance at screening for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2021;11(11):e046660.
- 121.Çiçekli Taşdemir T. Kırsal Alanda Yaşayan Kadınların Mamografi Taramasına Katılımını Etkileyen Prediktörler, T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. 2019.
- 122.Kıssal A, Beşer A. Results of breast and cervical cancer Health Promotion Model for older Turkish women. Journal of Human Sciences. 2017;14(3):2374-85.
- 123.Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, et al. İLK MAMOGRAFİ YAŞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLER. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2010;6(3).
- 124.Erdoğan E. Meme kanseri aile öyküsü olan ve olmayan kadınların mamografi davranışları, sağlık inançları ve korku düzeylerinin karşılaştırılması: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

- 125.Gündoğan S. Yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve sosyal destek ile ilişkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
- 126.Dağlı EN. Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. 2010.
- 127.Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. 2008.
- 128.Çınar İ. Ölüm kaygısı ve gösterişçi tüketim eğilimi. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014(5):89-104.
- 129.Kılıç A. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üstü Bireylerde Ölüm Kaygısının Yalnızlık, Yaşam Doyumu Ve Kalitesi İle İlişkisi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul 2022.
- 130.Kutlu L, KENDİRKİRAN G, Pınar Ş. Huzurevinde Yaşayan 65 Yaş Üstü Yaşlılarda Ölüm Kaygısının İncelenmesi. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi. 2021(27):1032-7.
- 131.Ünal H. Kanser hastalarının birinci dereceden yakınlarının depresif belirtilerinde ölüm kaygısı ölüm korkusu ve anlamsızlık kavramlarının incelenmesi: Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul; 2020.

8. EKLER

Ek 1. Katılımcılara Uygulanan Anket

- 1-) Yaşınız: Boy: Kilo:..... Bel Çevresi Ölçümü: ...
- 2-) Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış/Eşi vefat etmiş
- 3-) Eğitim durumunuz:
☐ Okur-yazar değil ☐ Okur- yazar
☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite
- 4-) Eğitim süresi:/ yıl
- 5-) Meslek grubunuz nedir?
☐ Memur ☐ İşçi ☐ Ev Hanımı ☐ Serbest Meslek ☐ Tarım İşçisi/Çiftçi ☐ Çalışmıyor
- 6-) Aylık gelir durumunuz :
☐ Asgari ücretin altında ☐ Asgari ücret düzeyinde ☐ Asgari ücretin üzerinde
- 7-) Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bıraktım
- 8-) Evet ise günde kaç paket ve kaç yıldır sigara içiyorsunuz?
.....(günde paket sayısı) (kaç yıldır)
- 9-) Evet ise uyandıktan sonra ilk sigarayı yakıncaya kadar geçen süre nedir?.....(dk)
- 10-) Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 11-) İlk adet görme yaşıınız :.....
- 12-) Gebelik ve doğum sayısı:..... (gebelik)(doğum)
- 13-) İlk doğum yaşıınız :.....
- 14-) Menopoza girdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
- 15-) Evet ise menopoza girme yaşıınız:.....
- 16-) Kanseri tanıdınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- 17-) Evet ise tanınız nedir?

8-) Meme kanseri veya duktal karsinoma insitu (DCIS) veya lobüler karsinoma insitu (LCIS) var mı
eya daha önce Hodgkin lenfoma tedavisi için göğüse radyasyon tedavisi aldınız mı?

1 Evet ☐ Hayır

9-) BRCA1 veya BRCA2 geninde bir mutasyon veya meme kanseri riskinin artmasıyla ilişkili bir
enetik sendrom tanısı aldınız mı?

1 Evet ☐ Hayır

0-) Daha önce iyi huylu teşhis ile meme biyopsisi yapıldı mı?

1 Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

1-) Evet ise iyi huylu bir teşhis ile kaç meme biyopsisi yapıldı?

1 1 ☐ 2 veya daha fazla

2-) Evet ise hiç atipik hiperplazi ile meme biyopsisi yapıldı mı?

1 Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

3-) 1. derece akrabalarınızda kanser öyküsü olan var mı? (Anne-baba-kardeş-çocuk)

1 Evet ☐ Hayır

4-) Evet ise kim olduğunu ve tanısını belirtiniz:

5-) 1.derece akrabalarınızdan (anne, kız kardeş, kız çocukları) kaç tanesi meme kanserine
akalanmıştır?

1 Hiçbiri ☐ 1 ☐ 1'den fazla ☐ Bilmiyorum

6-) 2.derece akrabalarınızda kanser öyküsü olan var mı? (hala-teyze-amca-dayı-b.anne-b.baba-yeğen)

1 Evet ☐ Hayır

7-) Evet ise kim olduğunu ve tanısını belirtiniz:

8-) Uzak akrabalarınızda /tanıdıklarınızda kanser öyküsü olan var mı?

1 Evet ☐ Hayır

9-) Sizce kanser taraması ne zaman yapılmalıdır?

1 Henüz bir hastalık belirtisi yokken

1 Hastalık belirtileri başladıktan sonra

1 Kanser şüphesi oluşuktan sonra

1 Kanser tanısı aldıktan sonra

1 Herhangi bir fikrim yok

0-) Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır

1-) Düzenli (2 yılda 1) mamografi çektirir misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

32-) Aşağıda mamografi ile ilgili ifadeler ne derece katılıyorsunuz?	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Emin değilim	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
Kötü haber almaktan korkarım	1	2	3	4	5
Tetkik yaptırırken sağlık çalışanlarından utanırım	1	2	3	4	5
Tarama yaptırmak için zaman bulamam	1	2	3	4	5
Taramalar hakkında bilgim yok	1	2	3	4	5
Kolay ve ulaşılabilir olmadığını düşünürüm	1	2	3	4	5
Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünürüm	1	2	3	4	5
Sağlıklı olduğumu düşündüğüm için tarama yaptırmam	1	2	3	4	5
Tarama yaptırmanın yüksek ücretli olacağını düşünürüm	1	2	3	4	5

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

	(E) Evet	(H) Hayır
1. Ölmekten çok korkuyorum.	()	()
2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.	()	()
3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.	()	()
4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.	()	()
5. Ölümden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.	()	()
6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.	()	()
7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.	()	()
8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.	()	()
9. Acı çekerek ölmekten korkarım.	()	()
10. Ölmekten hiç korkmuyorum.	()	()
11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.	()	()
12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.	()	()
13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.	()	()
14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.	()	()
15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.	()	()

Ek 2. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Protokolü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İl Sağlık Müdürlüğü ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencisi Dr. Gülizar ALÇINAR arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum /Kuruluşlar):

Aziziye ve Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri

Çalışmanın Adı:

Kadınların Mamografi Taramasına Katılımı, Meme Kanseri Risk Düzeyleri ve Ölüm Kaygısıyla İlişkisi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:

Prof. Dr. Bektaş Murat YALÇIN, Dr. Gülizar ALÇINAR

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü Personelinin veri çalışmalarına katılması tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma onaylandıktan sonra 3 ay içerisinde bir nüshası dosya halinde Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

- Kurumlarımızda Veri Toplama Başlangıç Tarihi** 01.01.2023 **Bitiş Tarihi** :30.06.2023
- Bilimsel Araştırma Başlangıç Tarihi:** 01.01.2023 **Bitiş Tarihi:** 01.04.2023
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

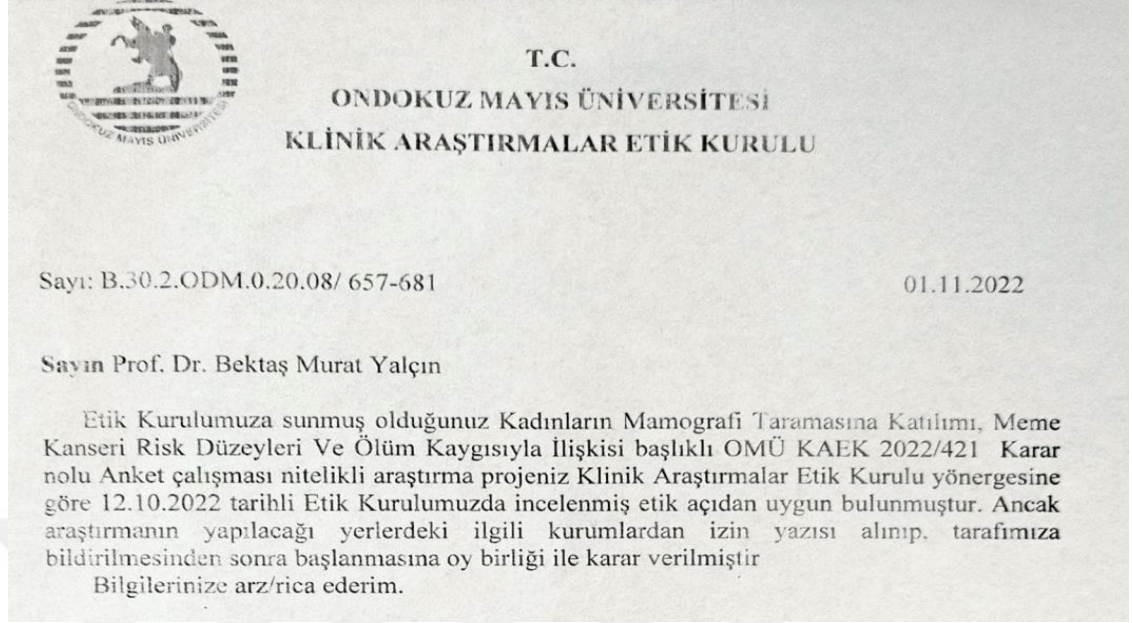
İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolda imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

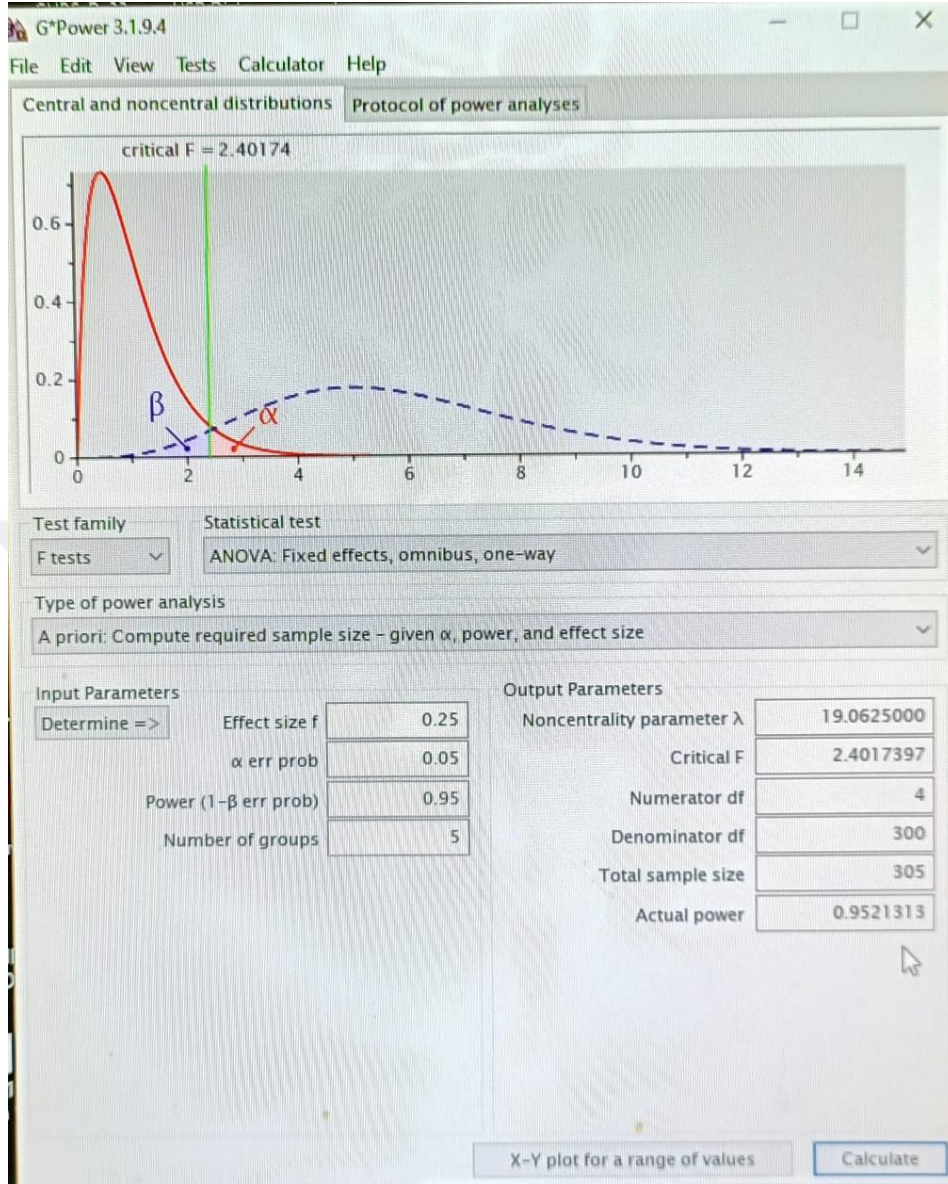
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Ek 3. Etik Kurul Onayı



Ek 4. Örneklem Büyüklüğü Hesabı



Ek 5. Orijinallik Raporu

ORIJINALLIK RAPORU

%13

BENZERLIK ENDEKSİ

%10

İNTERNET KAYNAKLARI

%5

YAYINLAR

%5

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

9lib.net

İnternet Kaynağı

%1

2

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

3

dspace.ankara.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

4

acikerisim.gelisim.edu.tr

İnternet Kaynağı

%1

5

BAŞAK, Fatih. "Konya İli, Bozkır İlçesinde Meme Kanseri Tarama İle İlgili Bilgi ve Davranışların Değerlendirilmesi, Kesitsel Anket Çalışması", AVES Yayıncılık, 2016.

Yayın

%1

6

Submitted to Istanbul Aydin University

Öğrenci Ödevi

%1

7

Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi

Öğrenci Ödevi

%1

8

KARAKAYALI, Feza Y., EKİCİ, Yahya, SEVMİŞ, Şinasi, PEHLİVAN, Sema, ARAT, Zübeyde and

%1