

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MEME
KANSERİ KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM
BİLİNCİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze ŞAHİN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye TURAN

OCAK-2023

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MEME
KANSERİ KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM
BİLİNCİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze ŞAHİN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25/10/2021 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gamze şAHİN

.../.../...

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi destek, sabır ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, harcadığı zamanı ve emekleri için çok değerli hocam ve danışmanım **Sayın Doç. Dr. Zekiye TURAN'** a, Tez konumu ilerletmemde ve yüksek lisans eğitimimde bana büyük katkıları ve emekleri olan çok değerli Yüksek Lisans Arkadaşım **Sayın Merve TEKEŞ** ve eşi **Mücahit TEKEŞ'** e, Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen, çok sevgili **dedem, babaannem, babam ve kardeşlerime,**

Sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim **Cem ÖZKAN, Zeynep DAŞDEMİR, Betül SÖĞÜT, Dilek BİNGÖL** ve **Ahu Pınar TURAN'** a,

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
TABLOLAR	ix
ŞEKİLLER	xi
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. MENOPOZ	4
2.1.1. Menopoz belirtileri	5
2.1.2. Menopoz dönemindeki değişiklikler	6
2.1.2.1. Vazomotor semptomlar.....	6
2.1.2.2. Üro-genital sistem değişiklikleri.....	6
2.1.2.3. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri	6
2.1.2.4. Cilt değişiklikleri	7
2.1.2.5. Menopozda metabolik ve kardiyovasküler değişiklikler.....	7
2.1.2.6. Cinsel yaşamda değişiklikler	8
2.1.2.7. Emosyonel ve psikolojik değişiklikler.....	9
2.1.2.8. Uyku düzeni değişiklikleri.....	10
2.2. KANSER	11
2.2.1. Meme kanseri	11
2.2.1.1. Meme kanseri epidemiyolojisi.....	12
2.2.1.2. Meme kanseri belirti ve bulguları	15
2.2.1.3. Meme kanserinde görülen risk faktörleri.....	15
2.2.1.4. Meme Kanserinden Korunma Yolları.....	21

2.2.1.4.1. Birincil (Primer) korunma.....	22
2.2.1.4.2. İkincil korunma (Yakın İzlem ve Erken Tanı).....	25
2.2.1.4.3. Üçüncül korunma.....	30
2.2.1.5. Meme kanserinde tedavi yaklaşımları	30
2.2.1.6. Meme kanseri korkusu.....	30
2.2.1.7. Meme kanserinde korunma önlemlerine ilişkin hemşirenin rolü	31
2.3. SAĞLIK TANIMI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI...	32
2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarının Özellikleri.....	33
2.3.1.1. Manevi Gelişim (Kendini Gerçekleştirme):	34
2.3.1.2. Sağlık Sorumluluğu:	34
2.3.1.3. Fiziksel Aktivite:.....	34
2.3.1.4. Kişilerarası İlişki:.....	35
2.3.1.5. Stres Yönetimi:	36
2.3.1.6. Beslenme:.....	37
2.3.2. Kadınlarda Meme Kanseri Korkusuna Bağlı Sağlıklı Yaşam Bilinci Davranışlarında Hemşirenin Rolü	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	39
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	39
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	39
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM	39
3.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri.....	40
3.4.2. Araştırmanın dışlanma kriterleri.....	41
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	41
3.6. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	41
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	42
3.7.1. Sosyo-Demografik ve Kişisel Bilgi Formu	42
3.7.2. Meme Kanseri Korku Ölçeği (MKKÖ).....	42
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II).....	43
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI	43
3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ	44
3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	44
4. BULGULAR.....	45

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	45
4.2. ÖLÇEKLER İLE İLGİLİ BULGULAR	54
4.3. ARAŞTIRMA SORULARINA AİT BULGULAR	55
5. TARTIŞMA	95
5.1. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE MEME KANSERİ KORKU DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI	96
5.2. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI	100
5.3. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MEME KANSERİ KORKU DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI	104
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	106
KAYNAKLAR	109
EKLER	142
ÖZGEÇMİŞ	150

KISALTMALAR

WCRF	:(World Cancer Research Fund Internation) Dünya Kanser Araştırması Fonu
DSÖ	:(WHO =World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
KKMM	:Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	:Klinik Meme Muayenesi
ACS	:American Cancer Society
SYBD	:Sağlıklı Yaşam Bilinci Davranışları
AMS	:Avustralya Menopoz Derneği
NAMS	:Kuzey Amerika Menopoz Derneği
STRAW	:(Staging Reproductive Aging in Women) Kadınlarda Üreme Yaşını Sınıflandırma
ACOG	:American College of Obstetricians and Gynecologists
TJOD	:Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği
FSH	:Folikül Stimülant Hormon
VVA	:Vulvovajinal Atrofisi
MetS	:Metabolik Sendrom
HSDD	:Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
GSM	:Menopozun Genitoüriner Sendromu
ISSWSH	:Uluslararası Kadın Cinsel Sağlık Çalışmaları Derneği
VMS	:Vazomotor Semptomlar
AÜSS	:Alt Üriner Sistem Semptomları
İYE	:Üriner Sistem Enfeksiyonlarını
SWAN	:Ulus Çapında Kadın Sağlığı Araştırması
GLOBOCAN	:Küresel Kansere Gözlem Verisi
IARC	:(The International Agency for Research on Cancer) Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı
ER	:Östrojen Reseptörü

BKI	:Beden Kitle İndeksi
FDA	:ABD Gıda ve İlaç Dairesi
NCI	:Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü
KETEM	:Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
SERM	:Seçici Östrojen Reseptör Modülatörü
AI	:Aromataz İnhibitörleri
DBT	:Dikey Meme Tomosentezi
USG	:Ultrasonografi
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	:Pozitron Emisyon Tomografisi
PET/CT	:Pozitron Emisyon Tomografisi
SGM	:Sağlığı Geliştirme Modeli
ACSM	:American College of Sports Medicine

TABLÖLAR

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler	45
Tablo 2: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışları.....	46
Tablo 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İlişkin Soruların Dağılımı	49
Tablo 4: Meme Kanseri Korkusu Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımı	53
Tablo 5: Meme Kanseri Korkusu Ölçek Puan Ortalamaları.	54
Tablo 6: Meme Kanseri Korku Düzeyleri.....	55
Tablo 7: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeğinin Değerlendirilmesi	56
Tablo 8: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Meme Kanseri Korku Ölçeğinin Değerlendirilmesi	58
Tablo 9: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi	61
Tablo 10: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi	63
Tablo 11: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanın Değerlendirilmesi	66
Tablo 12: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanın Değerlendirilmesi	68
Tablo 13: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanın Değerlendirilmesi	70
Tablo 14: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanın Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 15: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Beslenme Puanın Değerlendirilmesi	75
Tablo 16: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Beslenme Puanın Değerlendirilmesi.....	77
Tablo 17: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanın Değerlendirilmesi	79
Tablo 18: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanın Değerlendirilmesi.....	81

Tablo 19: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanın Değerlendirilmesi	83
Tablo 20: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanın Değerlendirilmesi.....	85
Tablo 21: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanın Değerlendirilmesi	87
Tablo 22: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanın Değerlendirilmesi	89
Tablo 23: Meme Kanseri Korku Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkin İncelenmesi	91
Tablo 24: Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi	93

ŞEKİLLER

Şekil 1: 2020 Globocan Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanseri Türü Dağılımı (IARC 2020).....	12
Şekil 2: Kadınlarda En Sık Görülen Tüm Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).	13
Şekil 3: Kadınlarda En Sık Görülen 15-19 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).	13
Şekil 4: Kadınlarda En Sık Görülen 25-49 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).	14
Şekil 5: Kadınlarda En Sık Görülen 50-69 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).	14
Şekil 6: Yaşa Özel Kadınlarda Meme Kanserinin Hızları (Semi-Log) (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).....	14
Şekil 7: Meme kanserinde aile öyküsü olan bireylerde danışmanlık ve test uygulaması akışı (Akyolcu 2018).	24
Şekil 8: Pender 'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Çalık ve Kapucu 2017).	33

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya üzerindeki her dört kadından birinin meme kanseri tehdidi altında olduğu bilinmektedir. Kadınların yaşam süresinin uzaması ile birlikte menopozal dönemdeki kadınların meme kanseri riski artırmakta, bu durum da kadınlarda meme kanseri korkusuna neden olabilmektedir. Bu araştırmanın amacı, menopoz dönemindeki kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının meme kanseri korkusuna etkisinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 15 Kasım 2021 – 14 Kasım 2022 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini menopoz döneminde olan 289 kadın oluşturmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında “Sosyo-demografik ve Kişisel Bilgi Formu”, “Meme Kanseri Korku Ölçeği (MKKÖ)” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)” kullanılmıştır.

BULGULAR: Örnekleme dâhil olan kadınların çoğunluğu (%42,2) 46-55 yaş arasındadır. MKKÖ puan ortalaması $24,97 \pm 7,48$ (min-max=8-40) iken, çoğunluğunun (%60,2) yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı saptanmıştır. SYBDÖ-II’nin toplam puan ortalamasının $142,64 \pm 20,78$), alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının manevi gelişim ($26,84 \pm 5,06$) ve kişilerarası ilişkiler ($26,45 \pm 5,1$) olduğu, en düşük puan ortalamasının ise fiziksel aktivite ($18,8 \pm 5,02$) olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizinde; MKKÖ ile SYBDÖ-II da dâhil ($r=0,156$; $p=0,004$; $p<0,01$; Adjusted R²: 0.021), alt boyutlarından sağlık sorumluluğunun ($r=0,168$; $p=0,004$; $p<0,01$; Adjusted R²: 0.025), kişilerarası ilişkinin ($r=0,299$; $p=0,001$; $p<0,01$; Adjusted R²: 0.086), stres yönetiminin arasında pozitif yönlü ($r=0,22,9$; $p=0,001$; $p<0,01$; Adjusted R²: 0.049) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Regresyon analizinde;meme kanseri korkusu, SYBDÖ-II ve alt boyutları üzerinde pozitif yönlü etkiye sahiptir.

SONUÇ: Menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korku düzeyi arttıkça SYBD; sağlık sorumluluğunu alma, kişilerarası ilişki, stres yönetimi davranışı pozitif yönde artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, Meme Kanseri, Meme Kanseri Korkusu, Hemşirelik, Sağlıklı Yaşam Bilinci Davranışları.

SUMMARY

The Effect of Breast Cancer Fear on Healthy Life Awareness Behaviors of Menopausal Women

INTRODUCTION AND PURPOSE: It is known that one out of every four women in the world is under the threat of breast cancer. With the extension of women's life expectancy, women who are in the period of menopause have an increased risk of breast cancer and this situation may cause fear of breast cancer in women. The purpose of this research is to investigate the effect of healthy lifestyle behaviors on breast cancer fear, in women who are in period of menopause.

MATERIAL AND METHOD: This descriptive type of research was conducted in a public hospital between the dates of November 15, 2021 - November 14, 2022. The sample of the study consisted of 289 women who were in the period of menopause. The “Socio-demographic and Personal Information Form”, the “Breast Cancer Fear Scale (BCFS)” and the “Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS-II)” were used in the collection of research data.

FINDINGS: The majority of women (42.2%) included in the sample are between the ages of 46-55. While the average BCFS score was 24.97 ± 7.48 (min-max = 8-40), the majority (60.2%) were found to have a high level of breast cancer fear. It was determined that the total score average of HLBS-II was (142.64 ± 20.78) , the highest score average of the sub-dimensions was spiritual development (26.84 ± 5.06) and interpersonal relationships (26.45 ± 5.1) , while the lowest score average was physical activity (18.8 ± 5.02) . In the correlation analysis, a positive sided ($r=0.156$; $p=0.004$; $p<0.01$) statistically significant relationship was found between the BCFS total score and the HLBS-II total score. In the regression analysis, the regression model between health responsibility ($p=0.001$; $p<0.01$; Adjusted R^2 : 0.025), interpersonal relationships ($p=0.001$; $p<0.01$; Adjusted R^2 : 0.086), stress management ($p=0.001$; $p<0.01$; Adjusted R^2 : 0.049) and BCFS was found to be significant. In addition, the regression model between HLBS-II and BCFS was found to be significant ($p=0.008$; $p<0.01$; Adjusted R^2 : 0.021). In regression analysis; BCFS, has positive aims on HLBS-II and its sub-objectives.

CONCLUSION: As the level of breast cancer fear increases in women who are in the period of menopause, taking health responsibility from healthy lifestyle behaviors, interpersonal relationships, and stress management behavior increase in a positive direction.

KEY WORDS: Menopause, Breast Cancer, Fear of Breast Cancer, Nursing, Behaviors of Healthy Lifestyle Awareness.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, küresel olarak sık görülen ve ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahip olan toplumsal sağlık sorunlarından birisidir (Barajas et al 2017). Günümüzde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada ölüm nedeni olarak kanser yer almakta ve 2040 yılında yaklaşık 29,5 milyon yeni kanser vakası beklenmekte ve birinci sıraya yükseleceği öngörülmektedir (Ritchie et al 2018).

Meme kanseri, kadınlarda görülen kanser türleri arasında birinci sırada yer alan önemli bir halk sağlığı sorunudur (WCRF 2022). Kadınlarda tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 verilerine göre yılda 2,1 milyon kadının meme kanserine yakalandığı ve yaklaşık 627,000 kadının meme kanserinden öldüğü belirtilmektedir (DSÖ 2018). Türkiye’de ise meme kanseri prevalansı yüz binde 45,6 olmakla birlikte toplam ölen kadın sayısı da 4264’dir (TÜİK 2018).

Kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının giderek artıyor olması, meme kanseri farkındalığının ve tarama programlarının önemini artırmaktadır (Sadıç 2019). Meme kanserinin erken tanılmasında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi yöntemleri kullanılmaktadır. Kadınlarda memedeki kitlenin %90’ını KKMM ile %26’sı ise KMM ile saptanabilmektedir. Mamografi, meme kanseri erken tanılmasını %80-90 oranında sağlayarak ölüm oranlarını %30 azaltan bir tarama yöntemidir (Güzel ve Bayraktar 2019).

Meme kanseri olgularının %99 ’unu kadınlar, %1 ’ini de erkekler oluşturmaktadır. Kadın cinsiyeti, meme kanserinin oluşmasında değiştirilemeyen en önemli risk faktörü olmakla birlikte erkek cinsiyetine oranla 100 kat daha fazla risk altındadırlar (ACS 2022). Yaş, diğer önemli risk faktörüdür. Yaş ile meme kanseri görülme sıklığı arasında pozitif yönde ilişki vardır ve yaş artışıyla birlikte risk artmaktadır. Meme kanseri sıklığı, 30-39 yaş aralığında 233’de 1 vaka iken, 40-49 yaş aralığında 69’da 1, 80 yaş üstünde ise 8’de 1’dir. Meme kanseri olgularının %25’i premenopozal dönem, %75’i ise postmenopozal dönemde görülmektedir (Özçelik 2018, Townsend et al

2016). Ülkemizde 50-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri görülme oranı %45, 25-49 yaş grubunda ise %40 olduğu belirtilmektedir (TÜİK 2016).

Dünya genelinde meme kanseri prevalansındaki artış, kadınlarda meme kanseri korkusunun da artmasına neden olmaktadır. Meme kanseri korkusu, meme kanseri riski karşısında bireylerin gösterdiği fizyolojik ve psikolojik tepki olarak tanımlanmaktadır (Özmen ve ark 2012). Gürsoy ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, kadınların meme kanserini ölümcül bir hastalık olarak algılamasından kaynaklı meme kanseri korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Rızalar ve Altay (2010)'ın çalışmasında, kadınların %51,9'unun KKMM yapamadıkları ve kadınların %5,2'sinin kitle bulma korkusunun olduğu bulunmuştur. Aydoğdu ve Bahar (2012) yaptığı çalışmada; kadınların KKMM yaparken eline bir kitle gelmesinden, KMM ve mamografi sonucunun kötü çıkması vb. korkularının olması kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına etki ettiği belirtilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada kadınların erken tanı uygulamalarını erteleyerek ve öğrenmeden yaşayarak kanser olma ihtimali korkusunu yaşamak yerine ölmeyi tercih ettikleri saptanmıştır.

Yaşam biçimi davranışları, bireylerin sağlığının geliştirilmesinde önemli bir yere sahip olan ve sağlıklarını etkileyebilecek yaşam tarzlarını ifade etmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ise, bireylerin sağlıklarına yarar sağlayan ve inisiyatif aldıkları eylemleri kapsar. SYBD alt boyutlarını; bireyin sağlık sorumluluğunu alarak sağlık kontrolü, stres yönetimi, kişiler arası destek, kendini gerçekleştirme, beslenme, fiziksel aktivite davranışları oluşturmaktadır (Bayrak ve ark 2010, Yiğitalp 2022). Meme kanserinin değiştirilebilir risk faktörleri arasında SYBD oluşturan maddeler yer almaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenen, fiziksel aktivitesi yeterli düzeyde olmayan, hareketsiz yaşam biçimine sahip, obez olan, tütün-alkol ürünlerini kullanan kişilerde meme kanseri riski artmaktadır (Bayrak ve ark 2010, Norouznia 2014, Erkin ve Ardahan 2014). Bundan dolayı; SYBD oluşturma'nın kanser koruyuculuğuna pozitif etkisi olup kanserin önlenmesi, hastalık ve ölüm oranlarının azalmasında büyük öneme sahiptir (Bayrak ve ark 2010, Erkin ve Ardahan 2014). Ayrıca, kadınlarda kanser için erken tanılamaya uygulamalarına katılım ve bilgi düzeyleri üzerine de olumlu etkilere sahiptir (Aydoğan ve ark 2013). Mermer ve Güzekin (2021)'nin yaptığı çalışmada menopoz dönemindeki kadınların yarısından fazlasının şişman olduğu ve bu kadınlarda meme kanseri risk puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada, haftada en az 3 kez yapılan fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini %14 oranında azalttığı, benzer şekilde farklı bir çalışmada ise haftalık 2,5 saat

egzersiz veya tempolu yürüyüş yapanlarda bu riskin %18 oranında azaldığı belirtilmiştir (Hamolsky 2014). Kanseri korkusu yüksek olan bireylerin diğerlerine göre koruyucu sağlık biçimi davranışları sergilemesi beklenmektedir (Andiç ve Karayurt 2012). Örneğin ailede ya da annede meme kanseri öyküsünün bulunması bireyin konuya olan endişesini ve algısını artırmakla birlikte, koruyucu sağlık biçimi davranışlarını kazanmasına da yol açmaktadır (Quillin et al 2011).

Dünyada ve Türkiye’de meme kanseri korkusu konusunu içeren sınırlı sayıda çalışma olmasına karşın (Seçginli 2011, Seçginli 2012, Norouznia 2014, Çal ve ark 2018, Kissal ve ark 2018, Kaya 2019, Flores-Luevano et al 2020), menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam bilinci davranışına etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dünya üzerindeki her dört kadından birinin meme kanseri riski altında olduğu düşünülecek olursa kadınlarda yaşam süresinin uzaması menopoz dönemindeki kadınlarda daha fazla meme kanseri riski görülmesine neden olmaktadır. Bundan dolayı, kadınların meme kanseri korkusu hakkındaki farkındalıkları, sağlıklarını korumak ve sürdürebilmek için SYBD ’nın ne kadarına sahip olduklarının belirlenmesi önemlidir (Yılmaz 2020).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Meme kanseri korkusunun kadınların sağlıklarını korumak ve/veya sürdürmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebileceği öngörülmektedir. Bu araştırma ile menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam bilinci davranışlarına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MENOPOZ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'e göre *auseoz*; ovaryum faaliyetlerinin yitirilmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanmasıdır (WHO 1996). Menopoz, östrojenin azalmasının eşlik ettiği overial yetmezlik, menstruasyonun kalıcı olarak durmasına ve üreme fonksiyonunun kaybına neden olur. Aynı zamanda bir kadının üreme hayatının tamamlanmasına işaret ettiği için "*yaşam değişikliği*" olarak da adlandırılır (AMS 2021, NAMS 2021).

Doğal menopoz, 12 ay boyunca herhangi bir patolojiye bağlı olmaksızın menstruasyon kanamasının olmamasıdır. **Cerrahi menopoz** ise overlerin herhangi bir patolojiden dolayı alınmasıyla ortaya çıkmaktadır (Vardar ve ark 2020). Semptomların ortaya çıkmasında menopozun kendiliğinden mi yoksa cerrahi mi olduğu farketmez. Ancak bu süreç her kadında kendine özgüdür (ACOG 2021).

STRAW (Staging Reproductive Aging in Women) evrelemesine göre, üreme çağı sonunun erken evresinden başlayarak postmenopozal dönemin geç evresine kadar içine alan dönemi klimakterium olarak tanımlamıştır (Harlow et al 2012).

Menopoz dönemi 4 evreden oluşmaktadır. Bu evreler; premenopoz, menopoz, perimenopoz ve postmenopoz şeklindedir (Gümüşay ve Erbil 2016).

Premenopozal dönem; DSÖ tarafından, semptomların başladığı ilk dönem olup menopozdan önceki 2-6 yıllık süre olarak tanımlanmıştır (WHO 2021). Premenopoz da, üreme yeteneği azalmış ve adet düzenini tamamlanmıştır. Âdetin düzensiz siklusu birkaç ay veya birkaç yıl sürmekte ve bu dönemde; yorgunluk, baş ağrısı, vazomotor değişiklikler ve duygusal rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır (Roberts and Hickey 2016, Onat ve Alikılıç 2017).

Menopozal dönem kadınların bir yıl boyunca menstruasyon olmaması olarak kabul edilmektedir (WHO 2021). Fizyolojik tanımı, 40 yaşından sonra folikül stimulan hormon (FSH) düzeyindeki yükselmesiyle ortaya çıkan over yetersizliği sonucu menstruasyon kanamalarının tamamen kesilmesidir (Roberts and Hickey, 2016). Menopozal dönemde overiyal foliküller ile birlikte östrojen üretiminde azalır ve

foliküllerin tamamen tükenmesi ile östrojen hormonu salgısı tamamlanarak menopoza ortaya çıkarmaktadır (Taşkın 2019, Roberts and Hickey 2016).

Perimenopoz geçiş dönemi olarak bilinen, kadının son adet görmesine kadar geçen süreyi ve yaklaşan menopoza ait biyolojik özellikleri tanımlayan süreçtir. Genellikle bu geçişin uzunluğu dört yıl civarındadır ancak sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha kısa olduğu bulunmuştur. Kadınların %10 'u bu evreyi yaşamayabilir ve âdet kanaması aniden sonlanabilir. Avrupa 'da menopoza yaşı ortalaması 51 yaş kabul edilir (ACOG 2021). Ancak yaş ortalaması ülkelere göre farklılık göstermektedir. Menopoza girme yaşı ülkemizde 47 - 49 yaş arasındadır (TJOD 2021). Birçok araştırmada yaşam süresinin uzamasıyla menopoza girme yaşının etkilenmediği bildirilmektedir (Süss et al 2021). Günümüzde kadınların yetişkin hayatının yaklaşık %50 'sini menopoza sonrası dönemin oluşturduğu ve menopozun kadın yaşamını birçok konuda etkileyebileceği düşünülmektedir (Manson and Kaunitz 2016).

Postmenopozal dönem kadınların menopoza girdikten sonraki bir yılı içeren ve yaşlılık dönemine kadar geçen uzun bir zaman dilimidir. Postmenopoz tanımına göre DSÖ; menopoza sonrasını 6 ila 8 senelik uzun bir dönem olarak adlandırmaktadır. Bu dönem perimenopozal evresinin bitmesi ile başlar ve 65 yaşına kadar sürdüğü belirtilmiştir (Sis Çelik ve Pasinlioğlu 2013, Özkarabulut ve ark. 2022).

Erken (Prematür) menopoza, 40 yaşından önce başlayan menopoza sürecine denir (Taşkın 2019). Menopoza girme yaşını; genetik nedenler, sigara kullanımı, bağışıklık sisteminin bozulması ve kronik rahatsızlıklar gibi birçok faktör etkilemektedir (Lobo 2019, Demirci 2015).

Normal menopoza, adet döngüsünün tamamlanması ve ortalama 45-54 yaşları arasında gerçekleşmesidir (Monteleone 2018, Demirci 2015).

Geç menopoza, kadınlarda 55 yaş üzeri de dâhil adet kanamalarının devam etmesidir (Çelik ve Pasinlioğlu 2013, Demirci 2015).

2.1.1. Menopoz belirtileri

Menopozun belirtileri; erken dönem, orta dönem ve geç dönem şeklinde evrelendirilmektedir. Erken dönem belirtileri; ateş basması, gece terlemesi, çarpıntı ve baş ağrısı, psikolojik problemler, konsantrasyon bozukluğu, panik atak dikkat kaybı, depresyon, unutkanlık ve orta dönem etkileri; ürogenital yakınmalar (sık idrara çıkma, atrofik vajinit, disparanoya, dizüri vb.), ciltte kuruluk, çatlama, kas, kemik ve eklem gücünde kayıplardır. Uzun dönem belirtileri; kardiyasküler hastalıklar (angina,

miyokard infarktüsü vb.) ve osteoporozdur. Psikososyal etkileri; yaşlanmayla birlikte çocukların büyümesi ve evden ayrılması, ayrılanların eve geri dönmesi, yaşlı ebeveynlerin bağımlılığının artması, yalnızlık duygusudur (Ak Sözer ve Ege 2021).

2.1.2. Menopoz dönemindeki değişiklikler

Kadın hayatının önemli bir dönemi olan menopoz dönemi yalnızca kadını değil, aile ve toplumu da önemli derecede etkileyen birçok fiziksel ve psikolojik değişiklikleri içermektedir (Tümer ve Kartal 2018, Monteleone et al 2018).

2.1.2.1. Vazomotor semptomlar

Menopoza geçişte vazomotor semptomlar birçok kadını etkiler ancak sıklıkları, ciddiyetleri ve süreleri kadınlar arasında farklılık göstermektedir. Menopoz dönemindeki kadınların yarısından fazlasında sıcak basmaları görüldüğü belirtilmiştir. Menopozdan sonraki beş ya da daha fazla süreçte sıcak basmalarının devam ettiği belirtilmiştir (Santoro et al 2015).

2.1.2.2. Üro-genital sistem değişiklikleri

Östrojen seviyesinde azalmayla menopoz geçişi sırasında dokular hassas hale gelebilir ve kişiyi olumsuz etkileyici semptomlara neden olabilir. Vazomotor semptomlardan farklı olarak menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğinin sonucu esas olarak vajinal kuruluk fazla görülmektedir. Menopoz döneminde başlayan kronik bir durum olan vajinal kuruluğun ana semptomu vulvovajinal atrofi (VVA) dir. Ayrıca vajinal atrofi görülebilir ve vajinal atrofiye ek olarak, vajina ve uterusun kısalması, daralması ve prolapsus ortaya çıkabilir. Bu durum yüksek oranda disparoniye neden olmaktadır. Bu dönemde östrojen kaybı belirginleştğinde aynı zamanda hastalar da üriner inkontinans yaşanabilir. Vazomotor semptomlar zamanla düzelme gösterirken vulvovajinal atrofi tedavi edilmeden düzelmez. Vajinal atrofi ve kurulukta en etkili tedavi yöntemi menopozal hormon tedavisidir (Santoro et al 2015, Nappi et al 2019).

2.1.2.3. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri

Menopoz geçişi, kemik sağlığı için kritik bir dönemdir ve son adet döneminin tarihini de içine alan, 3 yıllık bir süreç içinde kemik kütlesinde ve kuvvetinde hızlı kayıplar meydana getirmektedir. Postmenopozal dönemde östrojenin en aza düşmesiyle kemik yoğunluğu ve kas kütlesi azalır, osteoporoz riski artar. Hızlı kemik kaybı fazının başlangıcından önce seks steroid hormonlarındaki değişiklikler ve kemik erimesi

belirteçlerinde artışlar meydana gelir; bunların ölçümleri hızlı kemik kaybı fazının başlangıcını tahmin etmede klinik olarak yararlı olabilir (Karlman et al 2018, Arslan 2019). Bu dönemde asıl amaç kırıkları önlemektir. Bu da kemik kütlesinin artışı, kemik kaybının önlenmesi veya kemik mineralinin geri kazandırılmasıyla sağlanabilir. Osteoporozun önlenmesinde esas, ergenlik ve genç erişkinlik döneminde yeterli kalsiyum alımı ve fiziksel aktivite önem taşır (WHO 2021).

2.1.2.4. Cilt değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte menopoza döneminde östrojenin azalması ve over fonksiyonlarının kaybolması sonucu kollajen içeriğinde azalma ve elastikiyette azalmayla; kırışıklıklar, deride incelme, yüzde gevşeklik gibi estetik sorunlar görülmektedir. Ayrıca postmenopozal dönemde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen; keratoderma klimakterikum, vulvodinia, atrofik vulvovajinitis, liken sklerozis, kandidiyazis gibi birçok hastalık görülmektedir (Cesur ve Erbağcı 2018).

2.1.2.5. Menopozda metabolik ve kardiyovasküler değişiklikler

Kadınların aynı yaştaki erkeklere göre kardiyovasküler hastalık insidansının daha düşük olduğu bilinmektedir, ancak bu fayda menopozdan sonra ortadan kalkar. Bu nedenle, östrojen seviyeleri düştüğünde menopozdan sonra kardiyovasküler hastalık riski büyük ölçüde artar. Aterosklerotik koroner kalp hastalığının ilk ortaya çıkışında kadınlar tipik olarak erkeklerden yaklaşık on yaş daha yaşlıdır ve bu durumun menopoz sonrası yumurtalık hormonu konsantrasyonlarındaki düşüşle ilişkili olduğu da görülmektedir (Carbonel et al 2020).

Kardiyovasküler mortalite ve morbidite artışına neden olan ana risk faktör hipertansiyondur. Menopoz sonrası kadınlarda yaşlanma süreci ile birlikte ve 65 yaşın üzerindeki kadınlarda % 60 civarında görülmektedir (Zhu et al 2019). Zhu ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, 50-51 yaşlarında menopoz dönemindeki kadınlar karşılaştırıldığında, 70 yaşından sonra hastalık riskinin olmadığı fakat önce karşılaşıldığında hastalık riskinin önemli ölçüde artmış olduğu saptanmıştır. Menopozun erken dönemindeki kadınların klinik uygulamada yakından izlenmesi gerektiğini ve menopoz yaşının hastalığın risk sınıflandırmasında önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Zhu et al 2019).

Menopoz, tip 2 diyabet, metabolik sendrom (MetS) gibi birçok hastalık dahil olmak üzere kardiyometabolik hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. MetS prevalansı özellikle postmenopozda, dolaşımdaki androjenlerin artması ve östrojenlerin koruyucu

rolünün kaybolması nedeniyle vücut yağ oranında değişikliklere ve obezite gelişimine neden olmaktadır. Metabolik sendrom; menopoza geçiş sırasında yaşam kalitesini ayrıca meme kanseri, osteoporoz ve kronik böbrek hastalığı gibi hastalıkların risk değerlendirmesini etkilediği belirtilmiştir (Stefanska et al 2015).

2.1.2.6. Cinsel yaşamda değişiklikler

Çoğunlukla olumsuz belirtilerin görüldüğü menopoz döneminde, kadın cinselliğini anatomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan etkilemektedir. Menopoz dönemindeki cinsellik, bireysel özelliklerden (libido kaybı, disparoni vb.), östrojen ve androjen salınımının azalmasına bağlı hormonal değişimlerden ve kişiler arası etkenlere kadar birçok unsurdan etkilenmektedir (Bozkurt ve Sevil 2016).

Orta yaştaki kadınlarda en sık görülen cinsel sorun olan düşük arzunun varlığının tek başına cinsel işlev bozukluğunu temsil etmediği; aslında, önemli bir neden olan sürekli olarak düşük veya hiç arzu olmaması ile karakterize olan hipoaktif cinsel istek bozukluğunu (HSDD) teşhis etmek için cinsellikle ilgili sıkıntıların varlığının değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Clayton et al 2018). Bu bağlamda, 2020 Avustralyalı kadınlara (40-65 yaş) ilişkin toplum temelli bir çalışmada, düşük arzu prevalansının %69.3, HSDD prevalansının ise %32.2 olduğu bulunmuştur. Orta yaştaki kadınlarda, özellikle vajinal kuruluk (%2.08), ilişki sırasında veya sonrasında ağrı (%1.6), orta ila şiddetli depresif semptomlar (%2.69) ve psikotrop ilaçların kullanımı (%1.42) gibi birçok değiştirilebilir faktör HSDD ile ilişkilendirilmiştir (Worsley et al 2017).

Menopozun Genitoüriner Sendromu (GSM), Kuzey Amerika Menopoz Derneği (NAMS) ve Uluslararası Kadın Cinsel Sağlık Çalışmaları Derneği (ISSWSH) tarafından 2014 yılında ortaya atılan bir tanımdır. GSM, menopozla ilişkili "*atrofik vajinit*" gibi eski teşhislerin yerini almıştır. GSM, seks hormon düzeylerinin düşmesi sonucu labia majora/minora, vestibül/introitus, klitoris, vajina ve alt üriner sistem dokusunu etkileyen fizyolojik ve anatomik değişiklikleri kapsayan kronik, ilerleyici bir durumdur. Vazomotor semptomlar (VMS) genellikle zamanla düzelirken, vajinal semptomlar genellikle kötüleşir ve tedavi olmaksızın değişmez (Portman and Gass 2014). GSM 'nin klinik belirtileri vajinanın turgorunda ve elastikiyetinde azalma, labia minoranın küçülmesi, vajinal kıvrımların kaybı, solgunluk, eritem, ekimoz ve peteşi ile artmış vajinal gevşekliği içerir. GSM 'den etkilenen kadınlar sıklıkla kuruluk, azalmış yağlama, cinsel aktivitede rahatsızlık veya ağrı, ilişki sonrası kanama, vulva

ve/veya vajinada tahriş/yanma/kaşıntı ve pelvik ağrı bildirir. Ürolojik semptomlar “*alt üriner sistem semptomları*” (AÜSS) terimi ile tanımlanır ve aciliyet, sıklık, üriner inkontinans, dizüri, noktüri ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarını (İYE) içerir (Bonaventura et al 2015).

Menopozdaki kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygındır ve östrojen eksikliğinin ötesine geçen benzersiz belirleyiciler ve risk faktörleri ile karakterize edilir. Bununla birlikte, menopozdaki cinsel sorunlar yeterince teşhis ve tedavi edilmemektedir. Genitoüriner ve genel cinsel sağlığı korumak ve iyileştirmek için birçok seçeneğin mevcut olduğu ve yenilerinin ortaya çıktığı konusunda genel bir farkındalık eksikliği olduğundan, hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların eğitimi çok önemlidir. Tedavi; semptomların şiddeti, yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, olası yan etkileri ve kişisel tercihler dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir (Scavello et al 2019).

2.1.2.7. Emosyonel ve psikolojik değişiklikler

Menopoza geçiş sırasında görülen depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar menopoz döneminde kritik önem taşır (Süss and Ehler 2019). Menopoza giren kadınlarda, menopozla birlikte nöropsikolojik belirtiler görülmekte ve bu belirtiler kadının yapısına, etnik köken, sosyokültürel faktöre, egzersiz, diyet gibi birçok değişkene etki etmektedir (Mauas et al 2014).

Menopoz süresince; öfke durumu, sinirlilik, agresiflik, isteksizlik, kendini beğenmeme, sık ve kolay ağlama, unutkanlık, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, iştah artışı, karakter farklılıkları, nedensiz korku ve toplumdan soyutlanma isteği gibi birçok duygu durum farklılıkları sıralanabilir (Pınar ve ark 2015, Özer ve Gözükara 2016).

Birkaç büyük prospektif kohort çalışması, menopoz geçiş sırasında depresif duygu durum riskinin arttığını ve premenopoz ile karşılaştırıldığında perimenopoz sırasında majör depresif dönem gelişme riskinin yaklaşık üç kat olduğunu göstermiştir. Daha önce bir depresyon epizodunun artmış bir risk sağladığı gösterilmiş olsa da, daha önce depresyon epizodu olmayan kadınların menopoz geçiş döneminde premenopoz ile karşılaştırıldığında depresif bir epizot yaşama olasılığı iki ila dört kat daha fazla olarak belirlenmiştir. Ek olarak, menopoz sırasında meydana gelen; östradiol seviyelerindeki değişkenlikle bağlantılı olarak artan depresyon riski, artan FSH seviyeleri, cerrahi

menopoz, sıcak basması varlığı ve adet öncesi sendromu öyküsü gibi hormonal değişikliklerin rol oynadığına dair kanıtlar da mevcuttur (Santoro et al 2015).

VMS veya sıcak basmaları ve gece terlemeleri, menopoza geçişin ayırt edici özellikleridir ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Kadınların %80 kadarı menopoz sırasında VMS yaşamaktadır. Yaşam tarzı faktörlerinin tutarsız rolünün aksine, araştırmalar anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörlerin VMS ile daha tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Penn Yumurtalık Yaşlanma Çalışması, kaygı ve depresyonun sıcak basmalardan önce geldiğini bulmuştur. Ulus Çapında Kadın Sağlığı Araştırmasında (SWAN), sık VMS ile ilk vizitte depresif semptomlar ve anksiyete daha uzun VMS süresi ile ilişkili bulunmuştur. SWAN ayrıca stresin ve genel olarak semptomlara duyarlı olmanın daha uzun VMS süresi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Freeman et al 2011, Avis et al 2015, Avis et al 2018).

Yakın zamandaki boylamsal çalışmalar, menopoza geçiş sırasında depresif semptom riskinin arttığı belirtilmiştir (Campbell et al 2017). Menopoz kendi başına spesifik psikiyatrik bozukluklarla ilişkili değildir, ancak veriler, perimenopozal kadınların daha önce bir geçmişleri olmasa bile depresif bozukluklar geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Augoulea et al 2019).

2.1.2.8. Uyku düzeni değişiklikleri

Yaşlanma ve menopoza bağlı genellikle uyku kalitesi olumsuz olarak etkilenir. Kadınlar menopoz dönemine girerken uyuma konusunda daha fazla sorun yaşadığını ve çok az uyuduklarını bildirmiştir (Santoro et al 2015). Bazı çalışmalarda perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda VMS, uyku bozukluklarının nedenlerinden biri olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, VMS kötü uyku kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lampio et al 2014, Lee et al 2019).

Uyku apne sendromu, menopoz döneminde görülebilen bir diğer uyku problemi olan obstrüktif hormon tedavisi almayan postmenopozal kadınlarda premenopozal kadınlara göre daha yüksek görüldüğü bildirilmiştir (Lal et al 2016).

Menopozal uyku bozukluğunun nedeni net olmamakla birlikte bazı çalışmalarda hormon tedavisinin uyku kalitesini artırdığı ve diğer nedenler dışlanırsa birincil tedavi olarak kabul edildiği bildirilmiştir. Hormon tedavisinin etkinliğine rağmen, uyku bozuklukları depresyon, anksiyete vb. ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle menopozdaki kadınlarda etkili uyku bozukluklarını yönetmek için nedenine inmek faydalıdır (Lee et al 2019).

Düzensiz uyku, premenopoz ve erken postmenopoz dönemde artan rahatsız edici menopoz semptomudur. Menopoz geçişi sırasında, yetersiz uyku ve uykusuzluk kadınların %40-60 'ı tarafından rapor edilmiş ve bu durum şiddetli hale geldiğinde düşük yaşam kalitesi ile sonuçlandığı bildirilmiştir. Menopoz sırasında en sık görülen uyku şikayetleri gece uyanmak ve tekrar uykuya dalmakta zorluk çekmektir. Bu nedenle menopoz dönemindeki kadınların uyku bozuklukları ve buna bağlı risk faktörlerinin belirlenmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesi kadın sağlığı açısından önemlidir (Pengo et al 2018, Arar ve Erbil 2022).

2.2. KANSER

Geniş bir hastalık grubu için kullanılan kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen genel bir hastalıktır. Genellikle kitleden bir tümöre kadar ilerleyen çok aşamalı bir süreç olup normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşmesi sonucu oluşur. Kötü huylu tümörler ve neoplazma olarak da adlandırılmaktadır (WHO 2021).

Hastalıkların görülme sıklığına göre ikinci sırada yer alan kanser, küresel olarak yaklaşık her altı ölümden biri, ülkemizde ise yaklaşık her beş ölümden birinden sorumludur (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2020).

2020 yılı Globocan verileri ile Türkiye 2017 kanser verileri karşılaştırıldığında Türkiye kanser insidansı dünya insidansının bir miktar üzerinde seyretmektedir. Erkeklerde; bronş, trakea ve akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri sık görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017, Globocan 2020).

2.2.1. Meme kanseri

İlk çağlardan bu zamana kadar kadın sağlığı için önemli bir problem olan meme, çoğu zamanda güzelliğin, doğurganlığın ve kadınlığın simgesidir. “*Edwin Smith Papirüsünü*” meme kanseri ile ilgili ele geçen ilk yazılı kaynak olduğu ve meme kanseri ameliyatına ilişkin bilgilerin yer aldığı bilinmektedir. Aynı kaynakta hastalığın “*Meme dokunulamayacak durumdaysa, şiş ve kanser memenin her yanına yayılmış*” ise iyileştirilemez olarak düşünüldüğü yazılmıştır (Lakhtakia 2014, Erkin ve Ardahan 2014).

Leonides, meme kanserini mastektomi ile tedavi eden ilk hekim olduğu, Romalı Celsus ‘un meme kanserini; erken kanser, ülseriz kanser, ülserli kanser, karnabahar biçiminde ülserli kanser şeklinde adlandırdığı bilinmektedir (Erkin ve Ardahan 2014, Lakhtakia 2014, Ades et al 2017).

Meme kanseri insidans ve ölüm oranları bakımından dünya çapında kadınlar arasında en çok görülen kanser türlerinden biri olup kadın sağlığını ciddi tehlikeye sokan ve görülme sıklığı giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Seçginli 2012, Coleman 2017, Lodi et al 2017, Ferlay et al 2018).

2.2.1.1. Meme kanseri epidemiyolojisi

Meme kanseri, dünya çapında en sık teşhis edilen kanser türüdür. 2020 yılında meme kanseri, dünya genelinde yaklaşık 2.3 milyon yeni meme kanseri vakası ve bu hastalıktan yaklaşık 685 bin ölüm meydana gelmiş, bu da kadınlarda her 6 kanser ölümünün 1'ine karşılık geldiği bildirilmiştir. Bu gelişmeye bağlı olarak DSÖ tarafından yakın zamanda “Küresel Meme Kanseri Girişimi'nin” başlatılmasına yol açmıştır. Mevcut eğilimler devam ederse meme kanseri yükünün, nüfus artışı ve yalnızca yaşlanmanın bir sonucu olarak; 2040 yılına kadar yılda 3 milyondan fazla yeni vakaya ve 1 milyon ölüme ulaşması beklendiği bildirilmiştir (IARC 2020).

Türkiye*	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Tiroit	Kolorektal	Tiroit	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Akciğer	Kolorektal	Uterus korpusu	Kolorektal
Akciğer	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Uterus korpusu
Uterus korpusu	Tiroit	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Deri Melanomu

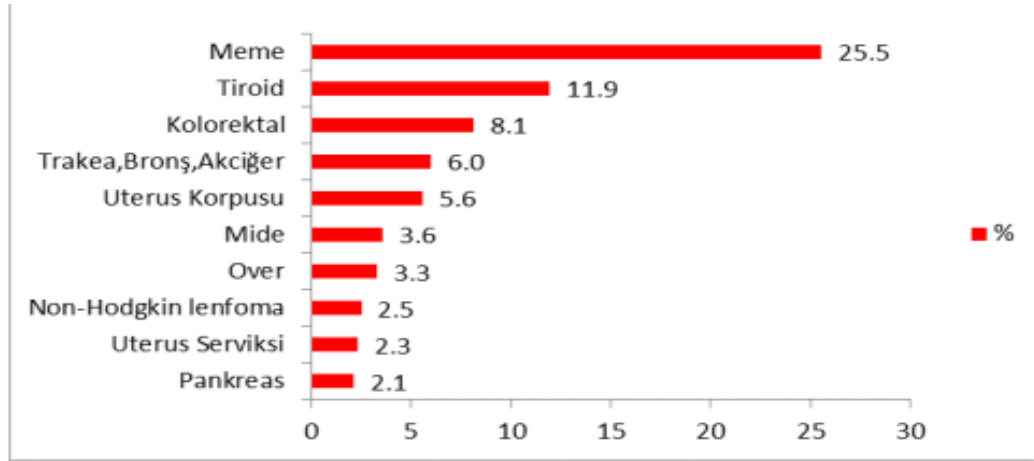
Şekil 1: 2020 Globocan Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türü Dağılımı (IARC 2020).

Kadınlarda en sık görülen kanserlere bakıldığında meme kanseri ilk sıradadır (Şekil 1). 2019 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada tahminen 4000 civarlarında kadının meme kanserine bağlı olarak öldüğü bildirilmiştir (https://www.ttb.org.tr/STED/images/file/2021_6.pdf). Erken yaşlara kadar inen meme kanseri, ülkemizde her dört kadından birinde rastlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).

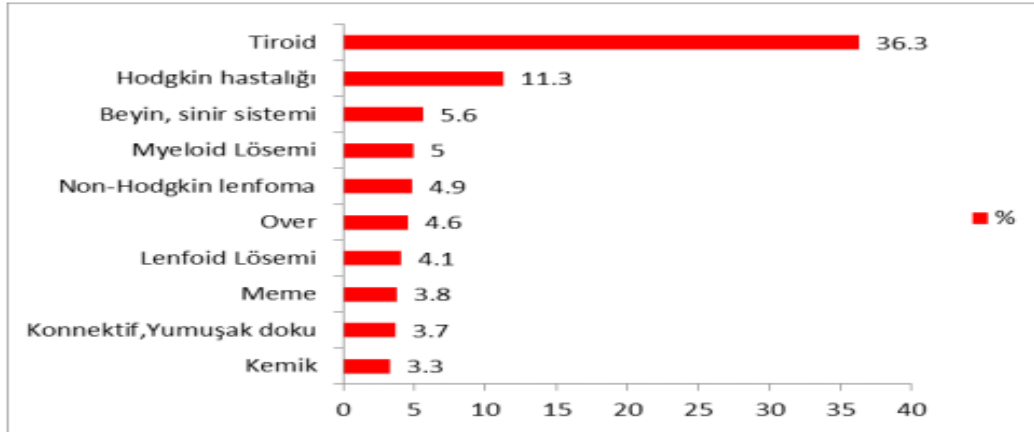
Amerika ‘da 2016 yılındaki meme kanserine bağlı ölümlerin yaş ortalaması sırasıyla 40 ve 60 yaş üstü kadınlar olduğu bildirilmiştir (Siegel et al 2017).

Ülkemizdeki kadınlarda tüm yaş aralığında en sık görülen kanser türü meme kanseridir

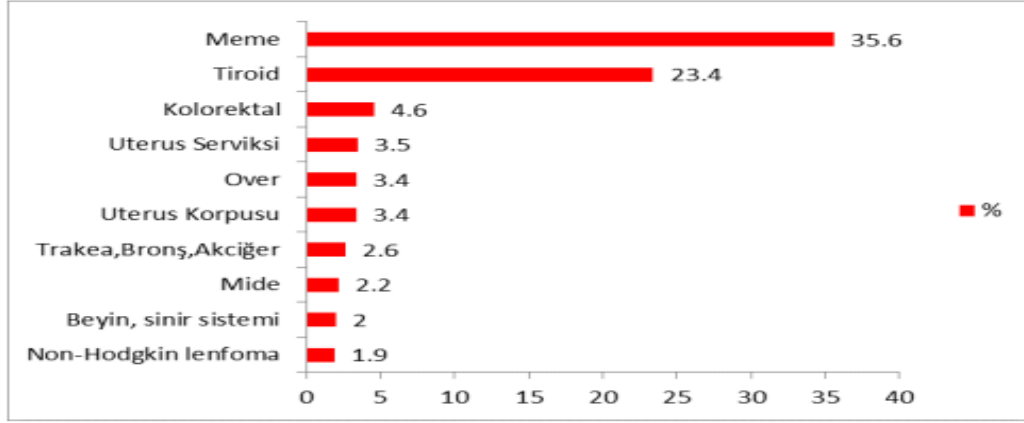
(Şekil 2). Kadınlarda 15-19 yaş aralığında meme kanseri görülme oranı %3.8 olarak belirlenmiştir (Şekil 3). Meme kanseri kadınlarda en sık 25-49 yaş aralığında görülmektedir (Şekil 4). Meme kanseri 25-49 yaş aralığında %35.6 oranında görülürken, 50-69 yaş aralığında %26.3 oranında ilk sırada görülmektedir (Şekil 5). Kadınlarda meme kanseri hızı yaş ile beraber artmakta ve belli bir yaştan sonra sabitleşmektedir (Şekil 6).



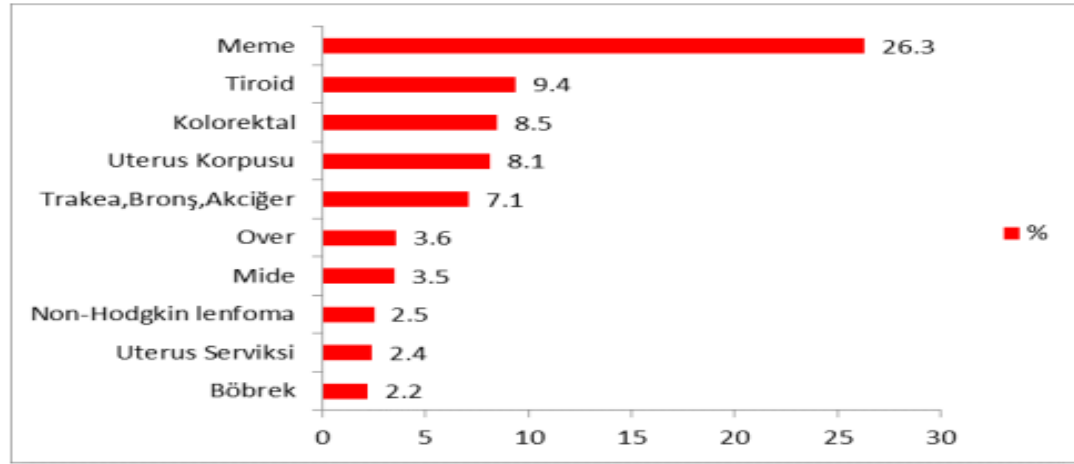
Şekil 2: Kadınlarda En Sık Görülen Tüm Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).



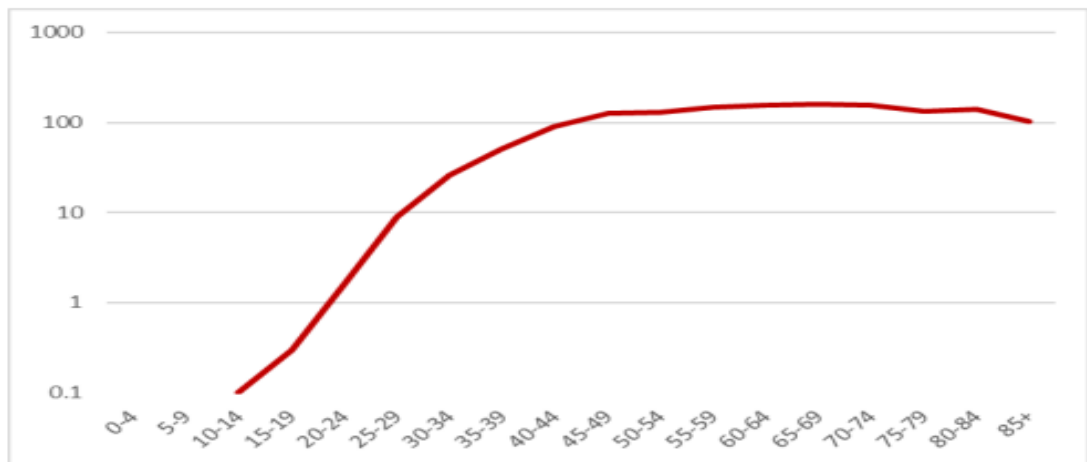
Şekil 3: Kadınlarda En Sık Görülen 15-19 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanser İstatistikleri 2017).



Şekil 4: Kadınlarda En Sık Görülen 25-49 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).



Şekil 5: Kadınlarda En Sık Görülen 50-69 Yaş Gruplarındaki Bazı Kanserlerin Yüzdelik Dağılımları (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).



Şekil 6: Yaşa Özel Kadınlarda Meme Kanserinin Hızları (Semi-Log) (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri 2017).

2.2.1.2. Meme kanseri belirti ve bulguları

Meme kanseri belirtisi; sadece meme muayenesi sırasında ele gelen kitle veya her türlü değişiklikler kanser olarak düşünülmemeli, hormonal değişikliklerin geçici kitlesel büyümelere yol açabileceği gözardı edilmemelidir. Saptanan kitlelerin büyük çoğunluğu iyi huylu kitle olarak tanımlanmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı 2022).

Aşağıda meme kanserinin en yaygın görülen belirti ve bulguları sıralanmıştır:

- Meme veya meme başı ağrısı,
- Memenin tamamının veya bir kısmının şişmesi,
- Cilt çukurluğu (portakal kabuğu görünümü),
- Meme ucunun kendi içine doğru çökmesi,
- Kalın, kuru ve kızarmış meme ucu veya göğüs derisi,
- Meme başı anormal akıntısı,
- Kol altında veya köprücük kemiği yakınında şişen lenf düğümleri sayılabilir

(Meme kanseri yayılmasının bir işareti de tümörün hissedilecek kadar büyük olmaması) (ACS 2021).

Kadınlara meme kanseri belirtileri hakkında bilgi düzeyleri üzerine yapılan çalışmalarda, ilk sırada memede ele gelen kitleyi, ikinci sırada meme görünümünde değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir (Özen ve ark 2013, Güzel ve Bayraktar 2019).

2.2.1.3. Meme kanserinde görülen risk faktörleri

Meme kanseri risk faktörleri arasında; kadın olmak, ileri yaş, ailede meme kanseri öyküsü, over kanseri, gen mutasyonu, beyaz ırk, kilo, alkol tüketimi, sigara kullanımı, yüksek östrojen düzeyi ve maruziyet zamanı (erken menarş, geç menapoz, menapoz sonrası hormon tedavisi), hiç doğum yapmamış olmak, insülin faktörü artışı, atipik meme lezyonları, 30 yaş öncesi göğüs bölgesine aşırı doz radyasyon alımı, fiziksel aktivite azlığı, dengesiz beslenme gibi faktörler yer almaktadır (Farhat et al 2011, Nelson et al 2012, Ritte et al 2013, Siegel et al 2017, Siegel et al 2018).

Gelişmiş ülkelerde; değiştirilmiş yaşam tarzı, gecikmiş evlilik yaşı, geç ilk çocuk, gece geç saatlerde çalışma programı ve hormonal replasman tedavisi meme kanseri gelişimi için başlıca risk faktörleridir (Lehmann et al 2015). Gelişmekte olan ülkelerde, yüksek meme kanseri insidansı ve mortalitesinin ana nedenleri, hastalık hakkında yeterli farkındalık olmaması veya bilgi eksikliği, uygun olmayan tarama programları,

gecikmiş tanı ve yetersiz tıbbi tesislerdir (Da Costa Vieira et al 2017). **Kadın olmakla** risk yüz kat daha fazla artmaktadır. Beyaz ırkta siyah ırka göre daha fazla görülmesine karşın siyah ırkta prognoz daha agresiftir (Utkan 2018). **İleri yaş**, cinsiyetin yanı sıra meme kanserinin en önemli risk faktörlerinden biridir. Çünkü meme kanseri insidansı artan yaşla doğrusal artmaktadır. Erken menarş, geç menopoz, ilk gebeliğin geç yaşı ve düşük parite gibi üreme faktörlerinin uzun süre östrojene maruz bırakması sonucu meme kanseri riski olumsuz yönde artar (Sun et al 2017, Dall et al 2017). Hinyard ve ark. nın (2017) çalışmasında, 30 yaşında veya daha büyük yaşta evlenen kadınlarda, daha genç yaşta (~20 yıl) evlenen kadınlara göre risk %7,0 olarak bulunmuştur. Meme kanserine yakalanma oranı buna karşılık gelen risk ise %1,4'tür. Kadınlarda erken gebelik (20 yaşından önce), nullipar kadınlara kıyasla meme kanserine yakalanma olasılığını %50 oranında azaltır. Sonraki gebelikler meme kanserine karşı korumayı ~ %10 oranında artırır. İlk gebeliğini 30-34 yaş arasında olan kadınlarda gebeliğin koruyucu etkisi görülmezken, ilk gebeliği 35 yaşından sonra olanlarda meme kanserine yakalanma riski artmaktadır (Husby et al 2018, Slepicka et al 2019). Gebeliğin koruması, **ilk gebeliği sırasında anne yaşı** ile ilişkili olmasına rağmen, genel meme kanseri gelişme riski doğumdan hemen sonra artar ve ırk, yaş veya gebelik sayısından bağımsızdır (Sun et al 2017, Slepicka et al 2019). Başka bir çalışmada ilk hamilelik yaşının, meme kanserinin genomik değişiklikleri üzerinde tek başına parite durumundan daha büyük bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır fakat parite durumunun kendi başına etkisinin görünmemesi, nispeten düşük nullipar hasta sayısından kaynaklanıyor olabileceğini de vurgulamaktadır (Nguyen et al 2019).

Aile öyküsü tüm meme kanseri vakalarının yaklaşık dörtte birini kapsamaktadır. Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü kadınların bu hastalığa yakalanma oranı daha yüksektir. Birleşik Krallıkta yapılan bir kohort çalışmasında, birinci derece akrabalarında meme kanseri olan kadınların bu hastalığa yakalanma riskinin, herhangi bir akrabası olmayan kadınlara göre 1,75 kat daha yüksek olduğu bulunmuş ve meme kanseri olan iki veya daha fazla birinci derece akrabası olan kadınlarda risk 2.5 kat veya daha yüksek olduğu analiz edilmiştir (Brewer et al 2017). Endometrium ya da over kanseri öyküsü olan kadında meme kanseri riski iki kat daha fazladır. Meme kanseri öyküsü olan bir kadında da diğer memesinde kanser gelişme riski her yıl % 0,5–1'dir (Utkan 2018).

İnsülin düzeyinin yüksek olması; insülinin östrojenlerle etkileşime girerek; insülinin ER (östrojen reseptörü)-pozitif meme kanseri gelişimini uyarıp östrojen üretimini

artırabileceğine dair deneysel destekler de bulunmuştur (Rose et al 2015). Diyabetli kadınlarda meme kanseri, diyabeti olmayan kadınlara kıyasla sıklıkla ileri bir aşamada teşhis edilir. Ayrıca, meme kanseri teşhisi sonrası genel mortalitenin diyabetli kadınlarda diyabeti olmayan kadınlara göre %30-60 daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Cleveland et al 2012).

Menopozal hormon tedavisi, menopoza bağlı şikâyetlerin azaltılması veya ortadan kaldırılması amacıyla kullanılırlar. Bu ilaçlar vücutta azalan östrojen ve progesteron hormonlarını içermektedir. Menopoz sonrası hormonal tedavi başlayanlar menopoza yakın dönemde başlayanlara oranla risk azalmaktadır. Menopoz sonrası dönemi kadınlarda uzun süre bu ilaçların kullanımı meme kanseri riskini 1,26 kat arttırmıştır. Hormon replasman tedavisi en düşük doz ve kısa süreli tercih edilmelidir (Utkan 2018). Ban ve Godellas 'ın (2014) yaptığı çalışmada, menopozal hormon tedavisi kullanımının meme kanseri riski üzerine olan etkisinin tedavi süresi ile ilişkili olduğunu saptamış; beş yıllık kullanımın yaklaşık %15, on yıllık kullanımın ise yaklaşık %34 oranında meme kanseri riskini yükselttiğini belirtmiştir.

Genetik alanındaki araştırmalar sonucunda **kansere neden olan farklı genler** olduğu ve bu genlerdeki mutasyonların bireyler de yüksek riske neden olduğu bildirilmiştir. Bu genlerin (BRCA1, BRCA2 ve p53 mutasyonları) meme kanseri için çok yüksek risk oluşturduğu meme kanseri olgularının yaklaşık % 5-10 'unu karşıladığı bildirilmektedir (ACS 2019, Akyolcu ve ark 2019).

Östrojen hormonunun artışına **Yağ dokusunun fazla olması** neden olmaktadır. 18 yaşından sonra >25 kg alınması postmenopozal meme kanseri riskini, menopoz sonrası dönemde alınan aşırı kilolar (BKİ >30) da meme kanseri riskini yaklaşık %30 oranında arttırmaktadır. Kalça-uyluk bölgesindeki yağlanma bel bölgesindeki yağlanmaya göre daha az etkilemektedir (Utkan 2018). Obezite, postmenopozal kadınlarda meme kanseri de dahil olmak üzere en az 15 kanser türünün insidansının ve ilerlemesine neden olur (Devericks et al 2022). Meme kanserine karşı koruyucu önlem, yaşamın erken döneminden başlanarak sağlıklı bir kiloyu sürdürmek olarak ifade edilmektedir (Akyolcu 2018). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, obezite ile menopoz sonrası meme kanseri riski pozitif bir ilişkili premenopozal meme kanseri olan hastalarda negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (Eichholzer et al 2013). Turan ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, postmenopozal dönemde aşırı kilo alımının meme kanseri riskinde artış ile ilişkili olduğu ancak meme kanseri üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Başka bir çalışma da BKİ 'sine göre kadınların %59

'unun fazla kilolu olduğu belirlenerek fazla kilolu olmanın meme kanserini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır (Çakır ve ark 2016). Menopoz sonrası dönemde yağ oranı yüksek gıda tüketimi meme kanserini olumsuz yönde arttırabilir. Koruyucu önlem olarak sebze ve yağsız beslenme tercih edilebilir (Utkan 2018). Zang ve arkadaşlarının (2015) vaka kontrol çalışmasında, normalden fazla süt ve süt ürünleri tüketiminin meme kanseri riskinde %27 'lik bir azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Diyet, bireyin değiştirilebileceği bir risk faktörüdür. Dünya Kanser Araştırması Fonu (World Cancer Research Fund) 2018 raporunda, premenopozal ve postmenopozal meme kanseri riskini azaltabilecek besinler arasında nişastasız sebzeler ve karoten içrikli besinler sınırlı sayıda da olsa saptanmıştır (Clinton et al 2020). Fenolik alkol ve bunların türevlerinden oluşan zeytinyağının meme kanseri riskini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Gorzynik-Debicka et al 2018, Xiao et al 2018). Haftada 7 defadan fazla tahıl tüketimi adölesan dönemdeki tahıl tüketiminin premenopozal dönemde meme kanseri riskini azalttığı bulunmuştur (Mourouti et al 2016). Besin pişirme yöntemi olarak suda ve buharda pişirme meme kanseri riskini azaltmaktadır (Ersoy ve Yardımcı 2022).

Yoğun meme dokusuna sahip kadınların meme kanserine yakalanma oranı 2 kat daha fazladır ve taramalarda görüntülemeyi zorlaştırır. (ACS 2021).

Tütün kullanımı dünya çapında önlenabilir ölümlerin önde gelen nedeni olduğundan hala endişe kaynağıdır. Ölçülü olarak (günde 1-4 sigara) veya birbirini takip etmeyen günlerde sigara içmenin bile sigara içmeyenlere kıyasla miyokard enfarktüsü veya ölüm riskini arttırdığı bulunmuştur. Oysa sigarayı ≥ 5 yıl süreyle bırakmak, halen sigara içenlere kıyasla tüm nedenlere bağlı ölüm riskini önemli ölçüde azaltır (Zhu et al 2021, Leonard et al 2022). Doğum yapmamış olmakla beraber **Uzun süreli sigara kullanımı** meme kanserini riskini pozitif yönde arttırmaktadır (ACS 2022). 2021 itibariyle dünya çapında 153 milyon yetişkin kadın sigara içicisi (sigara, ikinci el ve çiğneme dâhil) olduğu ve meme kanseri oranının %12 'sine karşılık geldiğini belirtmiştir (Burki 2021). Yapılan geniş sistematik bir derleme ve meta-analizde, sigara içenlerin hiç sigara içmeyenlere oranla meme kanserine bağlı ölümlerde %28 'lik bir artış bulunmuştur. Aynı zamanda bu çalışma sigara içmenin (aktif ve pasif) kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığını, kohort ve vaka kontrol çalışmalarıyla tutarlı sonuçlar gösterdiğini bulmuştur (Sollie and Bille 2017). Meme kanseri ile ilgili faktörlerin alt grup analizi, sigara içmenin premenopozal meme kanseri riskini arttırdığını, ancak menopoz sonrası meme kanseri üzerinde hiçbir etkisi olmadığını

göstermiştir (He et al 2022). Başka bir çalışmada da mevcut sigara içme durumunun, sigara kullanılmasına bağlı ölümlerle ilişkili olduğunu, ancak meme kanseri mortalitesi ile ilişkili olmadığını ve eski sigara içenler arasında risk artışı olmadığını belirtmiştir (Saqib et al 2013).

Alkol, IARC tarafından meme kanseri riski ile ilişkili olarak kabul edilmiş ve ortalama hergün 10 gr (yaklaşık bir bardak) alkol tüketimi kadınlarda meme kanseri riskini yaklaşık %7-10 kadar arttırdığı saptanmıştır (ACS 2022). Günde bir bardaktan fazla alkol tüketimi kadınlarda östrojen hormonu düzeylerini yükselttiği için kanser gelişme riskinin artışına neden olduğu bulunmuştur (Utkan 2018). Bira, şarap ve likörden alınan alkollerin her biri, (belirli bir alkollü içecekten) ≥ 15 g/gün alkol tüketimi ile o içeceği içmeyenlere kıyasla %23-33 daha yüksek meme kanseri riski ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (Jung et al 2016). Orta düzeyde alkol tüketimi, meme kanseri özellikle hormon reseptörü pozitif alt tipleri için artan risk ile tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Liu et al 2015).

Düzenli fiziksel aktivite yapmamak, kadınlarda meme kanseri riskinin artışına neden olmaktadır ve düzenli fiziksel aktivitenin yapılmasının meme kanserini %10 ile %20 oranında azalttığı belirtilmiştir (ACS 2022). Her hafta tempolu yürümenin meme kanseri riskini azaltmadaki etkisi fazla bulunmuştur (Utkan 2018). Zayıf fiziksel aktivitenin de meme kanseri riski ile ilişkili olup Güney Hindistan popülasyonunda yürütülen bir vaka kontrol çalışmasında, ev içi faaliyetlerde bulunan kadınların, ev içi faaliyetlerde bulunmayan kadınlara kıyasla meme kanseri riskinin düşük olduğu belirlenmiştir (Wirtz and Baumann 2018). Fiziksel hareketsizliğe bağlı meme kanseri ölümleri üzerine yapılan epidemiyolojik araştırmalar, dünya çapında 1990 yılında 29.605 ölüm ve 2015 yılında 46.720 ölüm olarak tahmin edilmiştir (Silva et al 2018).

Östrojen hormonuna maruz kalınma süresinin artması; meme kanseri riskini arttırdığı ve azalması da koruyucu olarak etkili olduğu düşünülmektedir (Akyolcu 2018). Kullanım süresi arttıkça meme kanseri riskinin arttığı ve kombine östrojen- progesteron menopozal hormon tedavisi kullananların yalnızca östrojen kullananlara göre daha yüksek risk taşıdığı öne sürülmüştür (Bakken et al 2011). Bazı çalışmalarda oral kontraseptif kullanımının risk üzerinde etkisi olmadığı belirtilmektedir (Açıkgöz ve Yıldız 2017). Kanadys ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da postmenopozal kadınlarda veya 50 yaşından büyük kadınlarda meme kanseri riski ile oral kontraseptif kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Zhu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada, oral kontraseptif kullanımındaki her

on yıllık artışın meme kanseri riskinde %14 'lük önemli bir artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Farklı çalışmalarda da aile öyküsü olup 30 yaş öncesi oral kontraseptif kullanımının riski arttırabileceği düşünülmektedir (Akyolcu 2018).

Vücudun ışığa maruz kalmasından etkilenen melatonin hormonu seviyelerindeki değişikliklere bağlı özellikle, **gece vardiyasında çalışan (örneğin; hemşireler) kadınlarda** meme kanseri riski daha fazla görülmektedir (Dauchy et al 2014).

Erken yaşlarda farklı kanser öyküsü (Hodgkin veya non-Hodgkin lenfoma gibi) nedeniyle toraks bölgesinin maruz kaldığı **radyasyon tedavisi** gören bireylerde risk önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Risk daha çok memeleri hala gelişmekte olan genç veya genç yetişkin olarak radyasyon almış kadınlar için en yüksek düzeydedir. Orta yaş kadınlarda radyasyon tedavisi (~40 yaş veya ~45 yaş) meme kanseri riskini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır (ACS 2022).

Meme kanseri riski ile **terlemeyi önleyici madde kullanımı** ile ilişkilendirilen güçlü epidemiyolojik çalışmalar (insanlarda yapılan çalışmalar) yoktur ve bu iddiayı destekleyen çok az bilimsel kanıt vardır. Bazı sanal kaynaklar tarafından **sütyenlerin** lenf dolaşımını engelleyerek meme kanserine risk oluşturduğu öne sürülmüştür. Bu iddia çalışmalarla desteklenmemiş ve 2014 yılında yapılan bir araştırmada, sütyen takmak ile meme kanseri riski arasında ilişki bulunmamıştır (Dauchy et al 2014). Meme kanseri ile **isteverek düşük (küretaj)** arasındaki olası bağlantıyı araştıran çalışmaların sonuçları, çalışmanın nasıl yapıldığına bağlı olarak genellikle farklılık göstermiştir. Düşüklerin geçmişini belirlemek için kayıtları kullanan kohort çalışmaları ve araştırmalar, artmış bir risk bulamamıştır. Bununla birlikte, bazı vaka kontrol çalışmaları ise riskte anlamlı bir artış bulmuştur (ACS 2022).

Deodorantlarda ve antiperspirant ürünlerin içerikleri, koltukaltı cilt yüzeyinden emilerek, meme kanseri riskini arttırabileceği yönde ileri sürülen az sayıda destekler çalışma mevcuttur. Antiperspirant ve deodorant kullanımının ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) meme kanserine neden olmadığı raporlanmış ve bu çalışmalar da deodorant kullanımı ile meme kanseri arasındaki ilişkiyi kesin olarak dışlamak için daha fazla çalışmanın gerekli olacağı belirtilmiştir (Hardefeldt et al 2013, Allam 2016).

Pantavos ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmanın sonuçları, postmenopozal kadınlarda yüksek **antioksidan tüketiminin** meme kanseri riskinde azalmaya neden olduğunu saptanmıştır.

Shirazi ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında düşük D vitamini düzeyine sahip

kadınların meme kanseri riskinin daha yüksek olduğunu anlamlı olarak bulmuştur. Fakat meme kanseri heterojen bir hastalık olup D vitamini sadece belirli meme kanseri alt tiplerini etkilemektedir.

2.2.1.4. Meme Kanserinden Korunma Yolları

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanserdir ve dünya çapında yeni teşhis edilen kanserler arasında en sık görülen ilk kanserdir (Globocan 2020). Toplum sağlığı sorunu olan ve artan meme kanserinin tedavisinde önemli adımlar atılsa da yüksek riskli kadınları önceden belirleyici ve hastalığı önleyici yöntemler üzerine daha az çalışılmıştır. Meme kanserini önlemenin kesin bir yolu bulunmamakta; ancak bazı önlem ve uygulamalar ile yüksek oranda riski azaltabilmenin mümkün olabildiği bulunmuştur. Yaşam tarzının ve çevresel faktörlerin, ortadan kaldırılması (birincil koruma) morbiditeyi azaltmaya katkıda bulunabilecek olan meme bezi kanserinin (yüksek kalorili ve yağlı diyet, alkol-sigara kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği) gelişimi üzerindeki azaltıcı yönde etkisini gösteren çok sayıda kanıt bulunmuştur. Teşhis testlerinden (örneğin; mamografi, USG, MRG, KKMM ve ayrıca modern ve daha kesin görüntüleme yöntemleri) oluşan ikincil koruma, tümörlerin veya tümörlere zemin hazırlayan lezyonların erken saptanmasına yardımcı olarak yol gösterici olmuştur (Howell et al 2014, Kolak et al 2017).

Gelişmekte olan ülkelerin mali yükü göz önüne alındığında, KMM meme kanserini erken evrede teşhis etmenin etkili bir yoldur. Ayrıca, kadınların meme kanseri konusunda eğitilmesi, bu hastalığı önlemek için basit, ekonomik ve motive edici bir yöntem olabilir. İnsanlar kendi bedenlerini daha net tanırlar. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelere kadınlara çoğu meme kanserini önlemenin öneminin farkında değildir. Bu nedenle, bu ülkelere klinik tedaviden önce meme sağlığının geliştirilmesine daha fazla dikkat edilmelidir (Sun et al 2017).

Yaşam kalitesi erken tanı ve erken dönemde tedaviye başlamayla artmakta yaşam süresi uzamakta ve morbidite, mortalite oranları ile tedavi maliyetleri ciddi derecede azalmaktadır. Metastatik meme kanseri olan kadınlar da sağ kalım lokalize olan kanserlere göre daha azdır (National Cancer Institute 2022).

Ülkemizde meme tarama programlarına 40 yaşında başlanması ve 69 yaşına kadar her iki yılda bir meme taraması yapılması önerilmektedir. Toplum tabanlı taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Ülkemizde ulusal meme kanseri taramaları KETEM ve toplum

sağlığı merkezleri ile aile sağlığı merkezleri arasında koordineli şekilde sağlanmaktadır. Kanser taramasında amaç hedeflenen nüfusun %70 'ini tarayabilmektir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı 2022).

Tarama programlarının hedef nüfusa ulaşmasını ve farkındalığı arttırmasını destekleyen “Gezici Mamografi Projesi” planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2 yıl içinde birçok gezici tır “Pembe Prenses” ile ulusal mobil meme kanseri tarama programı uygulanmış olup, binlerce kadına hizmet verilmiştir (Keskinkılıç ve ark 2016, Özmen 2018).

Riskli bireylerde risk azaltıcı yaklaşımları içeren birincil korunma; yakın izlem ve erken tanı uygulamalarını içeren ikincil korunma ve meme kanseri tedavisi sonrası hastalığın ilerlemesinin engellenmesi, komplikasyonların önlenmesi ve rehabilitasyonu içeren üçüncül korunma meme kanseri korunma önlemleri içerisinde yer alır (Akyolcu 2018, Akyolcu ve ark 2019).

2.2.1.4.1. Birincil (Primer) korunma

Meme kanserinden primer korunmada amaç; sağ kalım avantajı sağlama ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Ayrıca önlenabilir risk faktörlerine ilişkin risk azaltıcı yaklaşımlar kapsamında; bireysel risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra sağlığı geliştirme/yaşam şekli değişiklikleri ve kemoprevansiyon uygulamaları yer almaktadır (Akyolcu ve ark 2019).

a) Risk Değerlendirilmesi

İki ana risk değerlendirmesi türü vardır:

- Yaşam boyu da dahil olmak üzere belirli bir zaman diliminde meme kanseri gelişme ihtimali,
- BRCA1 veya BRCA2 gibi bilinen yüksek riskli bir gende mutasyon olma ihtimalidir.

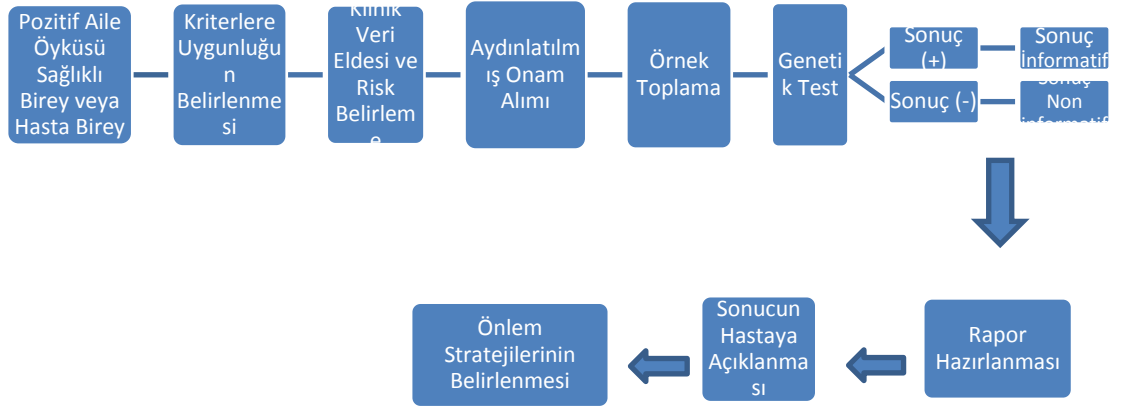
Meme kanseri risklerini doğru bir şekilde değerlendirmek için meme kanseri için bilinen tüm risk faktörlerinin değerlendirilmesi gerekir. Bireyin yaşam boyu meme kanseri riskini belirlemede klinisyenlere yardımcı olmak için çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bunlar; Gail ve Claus modeli (*Claus modeli, sadece aile öyküsüne ve kalıtsal faktörleri; Gail modeli ise etnik köken, yaş, aile öyküsü, ilk doğum yaşı ve atipik duktal hiperplazi varlığı ile ilgili verileri içerir*), BRCAPRO modeli (*BRCA1 ve BRCA2 'deki patojenik varyantların popülasyon frekansları, tahminleri ve*

kişisel-ailesel kanser geçmişiyle ilgili bilgileri içerir), Tyrer-Cuzick modeli (*Uluslararası Meme Müdahale Çalışmasından elde edilen verileri içerir*) ve Meme ve Yumurtalık Hastalık İnsidansı Analizi ve Taşıyıcı Tahmin Algoritması (BOADICEA) CanRisk modeli (*BRCA1 ve BRCA2 genotipi, poligenik risk ve aile öyküsü ile ilgili bilgileri içerir ve BOADICEA 'nın yerini, aile öyküsü ve germ hattı eklenerek CanRisk almıştır*) gibi birçok model kullanılmaktadır (McVeigh et al 2021).

Teknolojinin son gelişmelerinden olan, derin öğrenme ve gelişmekte olan yapay zeka modeli ise meme kanseri için mevcut tarama fizik muayene, mamografi ve seçilmiş hastalarda MRG 'ye dayanmaktadır. Mamografi, 0'dan 6'ya kadar görüntüleri puanlamak için büyük ölçüde BI-RADS puanlama sisteminin 5. sürümüne dayanır; 0, eksik veya sonuçsuz görüntüleme ve 6 bilinen, biyopsi ile kanıtlanmış malignitedir (McVeigh et al 2021).

Son zamanlarda, yapay zekâdaki ilerlemeler, meme kanseri tahmininde insan uzmanları, potansiyel olarak geride bırakabilecek sistemlerin geliştirilmesine yol açmıştır. Zhu ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada meme kanseri olmayan 6369 kadından elde edilen mamogramları analiz etmiş, bunların 1609 'unda tarama ile saptanan meme kanseri geliştiğini ve 351 'inde interval invaziv hastalık geliştiğini tespit etmiştir. Bu vaka-vaka-kontrol çalışması, yapay zekâ veya derin öğrenme sistemlerinin tarama ile tespit edilen kanser riskini tespit etmede meme yoğunluğu dahil olmak üzere klinik risk faktörlerinden daha iyi performans gösterdiğini ancak aralıklı kanser riskini tespit etmede düşük performans gösterdiğini bulmuştur.

Bu hastalığı yönetmek için en iyi yaklaşım, yüksek riskli bireyler için etkili tarama ve risk azaltma stratejileri uygulamak; böylece oluşumunu önlemek veya iyileştirici tedaviler mevcut olduğunda erken tespit etmektir. Meme kanseri için önemli bir risk faktörü, taşıyıcıyı kanser gelişimine yatkın hale getiren spesifik kansere yatkınlık genlerindeki germ hattı mutasyonlarıdır. Bu nedenle, güvenilir meme kanseri duyarlılık genlerini belirlemek ve varyantlarıyla ilişkili riskleri doğru bir şekilde tahmin etmek önemlidir (Liang 2021).



Şekil 7: Meme kanserinde aile öyküsü olan bireylerde danışmanlık ve test uygulaması akışı (Akyolcu 2018).

b) Sağlığın Geliştirilmesi ve Yaşam Şekli Değişiklikleri

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına olumlu etkisi olan davranışların sağlanması konusunda bireyin bilgilendirilmesi ve değişimini sağlamak amaçlanmaktadır (Akyolcu 2018, Akyolcu ve ark 2019).

c) Kemoprevansiyon

Kemoprevasyon, risk grubundaki kadınlarda koruyucu ya da önleyici ilaç tedavisi ile cerrahi girişimleri kapsar (Akyolcu ve ark 2019).

Risk Azaltıcı İlaç Tedavisi; doğal ve sentetik çok sayıda kimyasal ajan, meme kanseri hücreleri üzerinde koruyucu etki gösterir. Bu ajanlar, diğerlerinin yanı sıra fitoöstrojenler, aromataz inhibitörleri, esrar dumanı kondensatı, klasik antioksidanlar ve sentetik bileşikler içerir (Starek et al 2021).

Kemoterapinin klasik tanımı, “*ya karsinogenezi başlatan DNA hasarını bloke ederek ya da bu tür bir hasarın zaten olduğu premalign hücrelerin ilerlemesini durdurarak ya da tersine çevirerek invazif meme kanseri gelişimini engelleyen farmakolojik ya da doğal ajanların kullanılmasıdır*” olmuştur. Östrojen reseptörü kemoterapi için önemli bir hedeftir çünkü meme kanserlerinin %70 'inden fazlası ER-pozitif meme kanserleridir. Seçici östrojen reseptör modulatorleri (SERM 'ler) ve aromataz inhibitörleri (AI 'ler), iki ana anti-

östrojen ilaç sınıfıdır. En ünlü ve en önemli SERM 'lerden biri tamoksifendir (Sun et al 2017).

Esas olarak meme kanseri riski yüksek olan kadınlarda ama aynı zamanda osteoporoz veya kalp hastalığı (raloksifen) olan kadınlarda olmak üzere, 9 randomize SERM çalışması ve 2 AI çalışması yapılmıştır. SERM denemelerinde 83.399 katılımcı, ortalama 65 aylık bir süre boyunca 306.617 yıllık takip ile dahil edilmiştir. Günde 20 mg tamoksifen kullanılarak tüm meme kanserinde azalma %38 bulunmuştur. Klinik uygulamada iki SERM olarak tamoksifen ve raloksifen kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada ikisi karşılaştırılmıştır. Tamoksifen, invaziv meme kanserini önlemede uzun süreli takipte raloksifenden önemli ölçüde üstün bulunmuştur (göreceli risk raloksifen/tamoksifen 1.24) (Vogel et al 2010). Bununla birlikte, raloksifen, özellikle uterus ile ilgili olarak, tamoksifenden daha az yan etki ile ilişkilendirilmiştir ve menopoiz sonrası kadınlarda tercih edilebilir bulunmuştur (Howell et al 2014).

Profilaktik mastektomi de amaç herhangi bir memesinde meme kanseri olan, tekrarlayan biyopsiye gen mutasyonu olan kadınlarda meme kanseri riskini düşürmek amacıyla uygulanan primer korunma yöntemidir (Akyolcu ve ark 2019). Ooferektomi ise; kanserler arasında önemli bir yer tutan meme ve over kanserlerinde uygulanmaktadır. Amaç, risk altındaki over dokusunun çıkarılması sonucu over kanseri riskinin azaltılmasıyla onu etkileyen meme kanseri riskinin azalmasını sağlamaktır (Öztürk ve ark 2016). Risk azaltıcı cerrahi tedavide her iki yöntem uygulanarak meme kanseri riski olan kadınlar korunmaktadır (Akyolcu ve ark 2019).

2.2.1.4.2. İkincil korunma (Yakın İzlem ve Erken Tanı)

Üst düzeyde tarama ve meme kanserinin erken dönemde belirlenmesini sağlayan yöntemleri kapsar. Amaç, bireyin iyileşme şansının artırılarak morbidite ve mortalite oranının düşürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bu amaçla meme görüntüleme ve muayene yöntemlerinden (KKMM ve KMM) yararlanılır (Akyolcu ve ark 2019).

- **Görüntüleme Yöntemleri;**

Mamografi

İç meme yapılarını görselleştirmek için memelerin düşük doz röntgeni çekilir; bu işlem tıp dilinde *mamografi* olarak bilinir. Meme kanserini tespit etmek için en uygun tekniklerden biridir. Mamogramlar, memeyi geçmişte kullanılan cihazlara kıyasla çok

daha düşük dozlarda radyasyona maruz bırakır (<https://www.memekanseri.org.tr/mamografi-ve-radyasyon-riski/>). Son yıllarda, tarama için en güvenilir araçlardan biri olduğu ve meme kanserinin erken saptanması için en önemli tarama yöntemi olduğu kanıtlanmıştır (Ponraj et al 2011, Moghaddam Tabrizi et al 2018).

Mamografi taraması ile kurtarılan hayat sayısı oldukça fazladır. Avrupa 'daki mamografi tarama programları, 50 ila 74 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesinde %25-30 'luk bir azalma göstermiştir (Peintinger 2019).

Webb ve arkadaşları (2014) tarafından invaziv meme kanseri teşhisi konan 7301 hastayla yapılan prospektif bir çalışmada, meme kanserinden kaynaklanan 10 ölümden 7 sinin, teşhis öncesinde hiç mamografi taramasına gitmeyen (%65) veya düzenli olarak gitmeyen kadınlarda meydana geldiği bulunmuştur. Duffy ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada İsveç 'te ikamet eden yarım milyondan fazla kadından oluşan mamografi taramasının ilerlemiş ve ölümcül meme kanseri oranlarını azalttığı bulunmuştur. Tarama yaptıran kadınların, tarama yapmayanlara kıyasla 10 yıl içinde meme kanserinden ölme olasılığının %41 daha az olduğu; tarama yapanlar arasında, tarama yapmayanlara kıyasla ilerlemiş meme kanseri oranında da %25 'lik bir azalma olduğu gözlemlenmiştir. Lim ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, mamografi taramasına katılmak için dikkate değer caydırıcı unsurlar, algılanan risk eksikliği ve yan etkiler ve kanser teşhisi korkusu olarak belirlenmiştir. Mamografi davranışı ile östrojen veya progesteron reseptörü durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Mamografi hakkındaki yaygın bilgiye (%94,4) rağmen, uygun yaş grubundaki (50-69 yaş arası) meme kanseri taraması yaptıran kadınların oranı (%38,7) meme kanserinde önemli bir azalma olduğunu görmek için ideal katılım oranının altında bulunmuştur. Meme kanseri riski yüksek kadınlarda 30 yaşından başlayıp, yılda bir kez yapılan mamografi ile birlikte MRG kullanılmasını ve bir aile üyesinde meme kanseri öyküsü varsa, mamografiye normal programdan 5 yıl önce başlanması önerilmektedir. Yüksek riskli olmayıp ortalama risk taşıyan kadınlarında dâhil edilmesinin önemini vurgulayan ACS, 40-44 yaş arasında her yıl mamografi ile taramayı başlatma seçeneğine sahip olduğunu; 45-54 yaş aralığında her yıl mamografi çektiğimi gerektirdiğini, 55 yaş ve üstü kadınlar için her iki yılda bir mamografi çektiğimi ya da her yıl çektiğikleri mamografiye devam etmesini önermekte; ayrıca yapılan taramaların sağlığını sürdürülmesini olumlu yönde etkilediği vurgulamaktadır. (Nojomi et al 2014, Akyolcu 2018)

Ülkemizde hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir tarama mamografisinin yapılmasını önermektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı 2022).

Dijital Mamografi

Dijital mamografi de, film kullanımının yerini bir dijital röntgen dedektörü alması ve hemen bir dijital görüntü ile sonuçlanmasını sağlar. Aynı zamanda alıcı radyografi tarafından uygunluk açısından değerlendirilmeye ve radyolog tarafından yorumlanmaya hazır hale gelmesine olanak sağlar. Hem ekran filmi hem de dijital mamografi, memenin tek bir iki boyutlu görüntüsünün alınmasını içerir. Bu, memedeki farklı dokuların, yalnızca projeksiyon yönünde ayrılmış olarak, 2D mamografik görüntüde aynı konuma yansıtılmasıyla sonuçlanır. Sonuç olarak, normal dokular malign bir lezyonun varlığını örterek duyarlılığı azaltabilir ve ayrı normal dokuların projeksiyonu şüpheli bir lezyonu taklit ederek özgüllüğü azaltabilir. Özellikle taranan göğüslerin yaklaşık yarısında bulunan büyük miktarda fibroglandüler dokuya (yani yoğun göğüsler) sahip göğüslerde 2D mamografinin doğruluğu önemli ölçüde azalır ve kaçırılan kanserlerin üçte birinden sorumludur (Sechopoulos et al 2020).

Dijital Meme Tomosentezi

Dikey meme tomosentezi (DBT), sınırlı da olsa dikey çözünürlükle, görüntülenen memenin 2D dilimlerinin bir yığınıyla sonuçlanan bir yalancı tomografik görüntüleme tekniğidir. Bu kısmi tomografik etki, üst üste binen dokuların maskeleye etkisini azaltır. Taramada DBT ile kanser tespiti açısından denemeler umut verici sonuçlar vermesine rağmen, dijital mamografiye kıyasla yorumlama süresinin artması büyük bir dezavantajdır. Sonuç olarak yalnızca klinik sonuçlar üzerindeki etkisine değil, aynı zamanda okuma süresini azaltacak yöntemlerin getirilmesine de bağlı olacaktır. Bu görüntüleri yorumlamaya yönelik otomatik yöntemler, tarama için DBT 'nin tanıtılması potansiyelinde kesinlikle olumlu bir etkiye sahip olacaktır (Sechopoulos et al 2020).

Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi (USG), özellikle mamografi altında belirsiz görüntüleme özellikleri olan hastalarda alternatif bir tanı aracıdır. USG 'nin yoğun göğüslü kadınlarda klinik ve mamografik olarak gizlenen küçük kanserleri görüntüleme yeteneği de kanıtlanmıştır (Yılmaz ve ark 2020, Pereira et al 2020).

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Manyetik Rezonans Görüntülemenin (MRG) felsefesi, incelenmekte olan dokuların uzunlamasına gevşeme süresi (T1), enine gevşeme süresi (T2) ve hidrojen spin yoğunluğunun değerlendirilmesine dayanır. Mamografi duyarlılığının düşük olduğu özellikle 40 yaş ve altı bireylerde meme kanserinin erken evrede saptanmasında kullanılan yararı yüksek bir yöntemdir. Morfoloji ve geliştirme kinetiği, malign meme tümörlerinin tanınması için faydalıdır. Malign ve benign lezyonların ayırımına ek olarak MRG, aksiller lenf nodu metastazlarının saptanmasında ve gizli primerlerin saptanmasında avantajlar sağlayabilir (Akyolcu 2018, Yılmaz ve ark 2020).

Nükleer Tıp

Bir kişiye radyoaktif bir maddenin (radyofarmasötik) verildiği ve radyofarmasötikten gelen radyasyonun, hastanın vücudunun dışına yerleştirilmiş gama kameraları ve Pozitron emisyon tomografisi (PET) dedektörleri ve gama kameraları dahil olmak üzere algılayıcı emisyon dedektörleri tarafından görüntülendiği bir moleküler görüntüleme türüdür (Akram et al 2017).

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET/CT)

PET/CT, normal görüntüleme ile belirgin olmayan gizli ve farklı loko-bölgesel lenf nodu yayılımı ve/veya uzak metastaz alanlarını tahmin etmek için son derece algılayıcı ve kesindir, bu nedenle hastaların %25'ine varan evrelemeyi değiştirir. Bu prosedür, birincil hastalığın yayılmasını tanımlayarak yönetim planlaması için kullanılır. Ayrıca yönetim rahatsızlığının nüksetmesinden sonra yeniden evrelemede ve tedavi takibinde kullanılır (Akram et al 2017).

- **Meme Muayene Yöntemleri;**

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde yaygın olarak önerilen ucuz ve ulaşılabilir tarama yöntemlerindendir. Görüntüleme yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmadığı, meme kanserinin ileri evrede saptandığı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kadınların kendi memelerini düzenli olarak muayene etmesi önerilmekte; bu yaklaşımın ileri evreye geçmeden ortaya çıkmasına ve tedaviye erken başlanılmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir (Akyolcu 2018, Akyolcu ve ark 2019).

Kanıt eksikliği nedeniyle ACS ve WHO tarafından kanserin erken teşhisi için KKMM önerilmemektedir. Ancak WHO, farkındalığı ve bakıma erişimi kanserin erken teşhisinde ilk adım olarak tanımlamıştır. Ayrıca kadınların memelerini tanımlarını ve herhangi bir değişikliği derhal sağlık kuruluşuna bildirmeleri gerektiğini belirtmiştir. Türkiye de Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının tüm kadınlara göğüsleri hakkında farkındalıklarını artırmak için KKMM 'nin nasıl yapılacağı konusunda danışmanlık vermelerini önermektedir. Rutin klinik muayene ve mamografiyi çok seyrek kullanmaları nedeniyle 20-30 yaş arası kadınlar için KKMM daha fazla önem kazanmaktadır. Özellikle 20 yaş ve üzerindeki tüm kadınlar, menopoz öncesi ise her ay adet bitiminden 5-7 gün sonra, menopoz sonrası ise her ay aynı gün KKMM yaptırmalıdır. Aynı zamanda, birçok kadın KKMM 'yi ya düzensiz olarak uygular ya da hiç uygulamaz. KKMM 'yi yapamamanın, nasıl yapılacağını bilmemenin yanı sıra birçok başka sebepleri de vardır. Bunlar arasında zaman darlığı, doğru tekniği kullanamama düşüncesi, kitle bulma korkusu ve manuel muayenede baskı hissi dile getirilmektedir (Koç ve ark 2019).

KMM; doktor, ebe ve hemşire tarafından yapılan özellikli bir muayenedir ve yılda bir kez yapılması önerilmektedir. Böylece hem kanser taraması yapılır hem de hastanın meme muayenesi konusunu uygulamalı olarak daha net öğrenmesi sağlanır (Türk Tıbbi Onkoloji Derneği 2022).

Tarama mamografisinin olmadığı yerlerde KMM meme kanseri tespitinde en önemli yöntemlerden biridir. Teknik, görsel muayene, memenin palpasyon için kontrol ve koltuk altı lenf düğümlerinin muayenesi dâhil olmak üzere memenin kapsamlı bir fizik muayenesini içerir. Bu teknik, tarama mamografisinde görülen kanserlerin %50 'den fazlasını saptar ve meme kanseri sağ kalım oranlarını iyileştirebilir. Ayrıca KMM, mamografide bulunmayan bazı kanserleri tanımlar. Ayrıca, KMM 'nin kadın sağlığına katkısı, daha önce saptanmamış elle tutulur kitleleri belirleme kapasitesinin ötesine geçebilir. Tüm sağlık çalışanları, bir kadın kliniğe veya sağlık hizmeti ortamına (fırsatçı tarama) her geldiğinde KMM yapma fırsatını kullanmaya teşvik edilmelidir. Spesifik olarak, KMM, sağlık çalışanlarına meme kanseri semptomlarını, risk faktörlerini ve erken teşhis gelişimi ile normal meme gelişimi ve değişkenliği hakkında kadınlara rehberlik etme fırsatı sunar (Farid et al 2014).

2.2.1.4.3. Üçüncül korunma

Cerrahi operasyon sonucu kanserin tedavisi için uygun yöntemleri kullanılarak hastalarda sakatlık gelişme riskini azaltma, rehabilitasyon verme ve palyatif bakım sağlama amaçlanmaktadır (Eroğlu ve Koç 2014).

2.2.1.5. Meme kanserinde tedavi yaklaşımları

Meme kanserinde çok fazla mutasyonlu gen bulunması, kullanılan tedavilere direnç ve tedaviye yanıtın bireysel farklılıklar göstermesi nedeniyle alternatif tedaviler üzerine odaklanılmaktadır (Dickler et al 2018).

Tedavi; endokrin tedavisi, immünoterapi, sistotoksik kemoterapi, radyasyon tedavisinin uygulanması ve tümörün bulunduğu bölgenin cerrahi olarak çıkarılması uygulanarak gerçekleştirilmektedir (Sert ve Küçükkılınç 2022).

Güncel tedavi yaklaşımları olarak; meme kanseri aşılı, kontrol noktası inhibitörleri, PI3K/Akt/Mtor - Histon deasetilaz (HDAC) - JAK/STAT inhibitörleri, reseptör tirozin kinaz inhibitörleri, androjen reseptör inhibitörleri ve nanoteknolojik yaklaşımları yer almaktadır (Gucalp et al 2013, Dickler et al 2018). *Yerel tedaviler*; vücudun geri kalanını etkilemeden tümörün tedavi edilmesi olup ameliyat ve radyasyon gibi lokal tedavi yöntemidir. *Sistemik tedaviler*; ilaçlar, vücudun hemen her yerindeki kanser hücrelerine ulaşabildikleri için sistemik tedaviler olarak kabul edilir. *Yaygın tedavi yaklaşımları*; tipik olarak, tedavi meme kanseri tipine ve evresine dayanır. Sağlık durumuna, menopoz durumuna ve kişisel tercihler gibi etmenlere bağlı oluşturulan yaklaşımdır (ACS 2021).

Tedavide asıl hedef; en üst düzeyde fayda sağlarken, nüksü, direnci ve toksik etkileri en aza indirmek veya ortadan kaldırmaktır (Sert ve Küçükkılınç 2022).

2.2.1.6. Meme kanseri korkusu

Korku herhangi bir tehlikeye karşı bireyin kişisel olarak algıladığı duygusal tepki olarak tanımlanır. Korku ve kaygı birbirini içeren kavramlardır. Maslow 'un (1970) ihtiyaçlar hiyerarşisinde en temel ihtiyaç güvenlik ihtiyacıdır. İnsanlar kendilerini güvende hissetmek ister ve kendilerine yabancı olan ve bilinmeyen şeylerden korkarlar (Şahin 2019).

Meme kanseri korkusu; meme kanserine yönelik algılanan tehlikeye karşı oluşan olumsuz, ruhsal ve fizyolojik uyarılara verilen tepkidir. Erken tanı davranışlarını

yapmaya engel olan korku ise meme kanseri olma, memeyi kaybetme düşüncesi, ölüm, acı, ağrı hissi gibi düşünceler ile ortaya çıkmaktadır (Eker ve Aslan 2017).

Ailelerinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarla yürütülmüş çalışmada; kadınların %18 'inde meme kanseri korku düzeylerinin yüksek olduğu ve %34 'ünde düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Yüksek ve düşük düzeyde meme kanseri korkusu hisseden kadınların, orta seviyede meme kanseri korkusu yaşayan kadınlara göre daha az KMM ve mamografi yaptırdıkları da belirtilmiştir (Zhang et al 2012). Malezya 'da 200 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada (Al Naggar and Bobryshev 2012) ve Miller ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları araştırmada, mamografi çekirme oranlarının meme kanseri korkusunu yaşayanlarda daha az yapıldığı ve erken tanı davranışlarına engel olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada kadınların çoğunluğunun meme kanserini ölümcül bir hastalık olarak gördüklerinden sebeple meme kanseri korkusu yaşadıklarını belirtmiştir (Gürsoy 2011). Aydoğdu ve Bahar 'ın (2012) yapmış olduğu araştırmada, meme kanseri teşhisi alacakları korkusuyla erken tanı davranışlarını ertelediklerini, KKMM yaptıklarında kitle bulma, KMM ve mamografi yaptırdıklarında ise kötü sonuç alma düşüncesinden dolayı korktuklarını saptamıştır. Yine bu çalışmalara benzer kadınların %82,6 'sının meme kanseri korkusu hissettiği ve bundan dolayı kadınların KKMM 'si yapma, KMM 'si ve mamografi yaptırmama oranlarında düşüş olduğu bulunmuştur (Norouznia 2014). Öner ve arkadaşları (2015) çalışmada, meme kanseri korkusunun 30-50 yaş arasındaki kadınlarda daha yüksek olduğu ve kadınların meme kanseri tanısı alma korkusu nedeniyle doktora gitmediği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada, 40 yaş ve üzeri kadınların testin sonucundan korktuklarından ve bilgi eksikliğinden mamografi taraması yaptırmadıkları bildirilmektedir (Babaoğlu ve ark 2021). Demirel Bozkurt ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında, kadınların meme kanseri korkularının yüksek olduğunu fakat sağlık anksiyetesi ve erken tanı davranışlarının düşük olduğu bulunmuştur.

2.2.1.7. Meme kanserinde korunma önlemlerine ilişkin hemşirenin rolü

Günümüzde erken tanı uygulamaları ile önlenabilir kanserler arasında özellikle meme kanseri de yer almaktadır. Hemşireler, meme kanserinden korunmada birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin sağlık eğitimleri vererek ve tarama programlarının önemini vurgulayarak ve bireysel katılım sağlayarak kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalarında ve gerekli muayeneleri yaptırmaları konularında destek

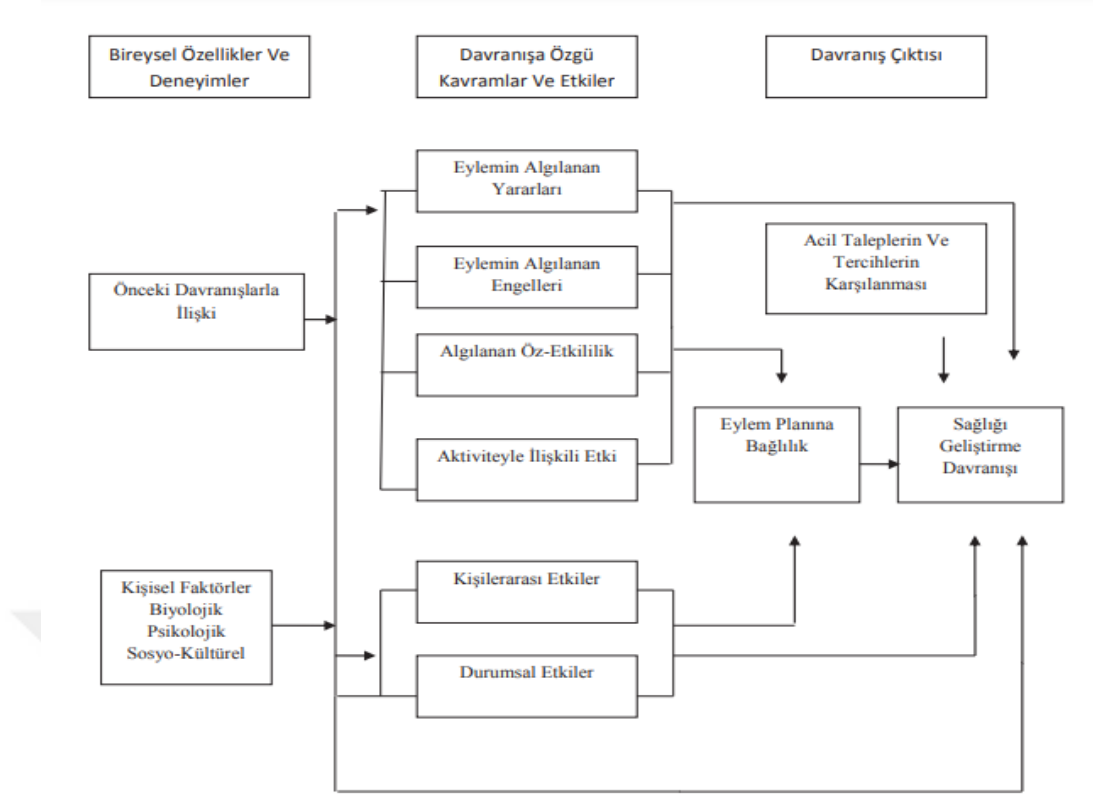
olabilir. KKMM ile ilgili eğitim programlarının düzenlenmesinde, uygulanmasında ve periyodik aralıklarla devam ettirilmesinde aktif rol alarak kadınların bilinçlenmesini sağlayabilirler. Sağlık profesyonellerinin aktif yer aldığı basamaklarda teşvik edici olmalıdır. Ayrıca hemşirelerin öncelikli olarak meme kanserinin önlenmesi konuları ile ilgili mesleki eğitimlerinde aldıkları bilgileri güncel tutabilmeleri için, bu konularda düzenlenen eğitim programlarına katılımları desteklenerek ve topluma doğru bir şekilde yansıtarak, meme kanserinden korunma önlemlerine ilişkin toplumda farkındalığın artmasında önemli rol oynayabilirler (Kabacaoğlu ve Karaca 2020, Köksal 2022).

2.3. SAĞLIK TANIMI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

1948 anayasasına göre DSÖ ‘de *sağlık*; “*sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil tam bir fiziksel, sosyal ve zihinsel iyilik halinde olması*” olarak tanımlanmaktadır (WHO 1998). Sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumların sağlığını koruyan, sürdüren, geliştiren sağlık merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımını ön görmektedir (Duran ve ark 2018). DSÖ ‘ne göre “*sağlığın geliştirilmesi, insanların bireysel kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreç*” olarak tanımlanmaktadır (WHO 1998).

Sağlık davranışı; bireyin sağlığına yönelik koruyucu önlemleri almak, sağlığını iyileştirmek ve devamlılığını sağlamak için uyguladığı faaliyetlerin tümüdür (Değerli ve Yiğit 2020). Son yıllarda, toplum sağlığı için büyük tehlike haline gelen SYBD ‘nın sağlığı iyileştirmek ve hastalık olaylarını azaltmak için önemli bir strateji olduğu ve bireyin yaşam kalitesinin yarısından fazlasının kişinin davranışlarına ve yaşam tarzına bağlı olduğu vurgulanmıştır (Tamanal and Kim 2020, Yiğitalp 2022).

DSÖ “*Herkes İçin Sağlık*” sloganı ile yola çıkarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemine odaklanmıştır. DSÖ ‘nün hedefi; insanların sağlıklı yaşam biçimini davranışlarını uygulayıp, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı insanların çoğalmasdır. Bireyler kendi sağlıkları üzerinde sorumluluk almalı, sağlıklı beslenmeli, egzersiz yapmalı, stres ile baş edebilmeli, iyi iletişim kurabilmeli ve manevi yönden kendini geliştirmelidir ve bu konularda eğitimlerle desteklenmelidir (Dashti et al 2016, Yiğitalp 2022). Pender, 1982 yılında Sağlık Geliştirme Modelini (SGM) geliştirmiştir (Başgöl 2016, Yalçıntürk 2018).



Şekil 8: Pender 'in Sağlık Geliştirme Modeli (Çalık ve Kapucu 2017).

Yukarıdaki Şekil 8 'de gösterilen SYBD etkileyen faktörlerin belirlenmesini açıklayan Pender modelidir (Çalık ve Kapucu 2017). İnsanların sağlıklı yaşam davranışlarını benimseyip davranışlarına yansıtmasını amaçlamıştır (Başgöl 2016, Yalçıntürk 2018).

2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışlarının Özellikleri

Literatürde sağlıklı yaşam kavramına ilişkin yapılan tanımlarda bazı farklılıklar olsa da ortak olarak görülen bazı özellikler aşağıda sıralanmıştır (Spas and the Global Wellness Market 2010):

- Çok boyutlu olması: Sağlıklı yaşam zihinsel, fiziksel, sosyal ve manevi boyutlar gibi çeşitli boyutlara sahiptir.
- Bütüncül olması: Sağlıklı yaşam bireyin sadece fiziksel açıdan değil bir bütün olarak iyi olma haline odaklanmaktadır. Kişinin fiziksel hastalıklardan uzak olmasının yanında ruhsal ve zihinsel durumunun da uyum içerisinde olması gerekir.
- Değişkenlik göstermesi: Sağlıklı yaşam durumu sabit bir noktada değildir. Değişkenlik gösteren ve bireyin yaşamı boyunca ulaşmak için çabalayacağı bir ideal sağlık seviyesi hattı üzerinde devam etmektedir.

- iv. Bireysel olması: Sağlıklı yaşam bireyin kendisinin ulaşmayı istediği bir süreçtir. Bunun yanı sıra bu süreçte birey yaşadığı çevreden de etkilenmektedir.
- v. Kişisel bir sorumluluk olması: Sağlıklı olmak veya sağlığa kavuşmak tıp doktorları tarafından sağlanmaya çalışsa da, sağlığa erişmenin asıl sorumlusu bireyin kendisidir. Hastalığı önlemek veya iyi bir sağlığa kavuşmak için gerekli davranışların sergilenmesi bireyin sorumluluğunu yerine getirmesine bağlıdır.

2.3.1.1. Manevi Gelişim (Kendini Gerçekleştirme):

Kişinin davranışlarını “*benlik*” kavramı belirler. Davranışları yöneten bir güdü ve erişilmeye çalışılan gelişme düzeyine kendini geliştirme denir ve kişinin kendini tanımasını sağlar. Kendini gerçekleştirme yaşam boyu devam eder. Kendini gerçekleştiren birey kendini tanır, verimli olmak için güçlü ve zayıf yönlerini bilir (Bahar ve ark 2008, Yılmaz ve Okyay 2009). Kendini gerçekleştirme ihtiyacı Maslow’ın düşüncesiyle, bireyin kendisine her zaman hedefler koymak suretiyle, olabileceğinin en iyisi olmaya gayret eder (Şengöz 2022). *Manevi gelişim*; kişinin hayattaki hedeflerini, kendini oluşturma kabiliyetini ve bireyin kendini tanımasını ve memnunluk seviyesini tanımlamaktadır (Yılmaz ve Okyay 2009).

2.3.1.2. Sağlık Sorumluluğu:

Kişinin kendine ait davranışlarını veya herhangi bir olayı kendi üzerine alması *sorumluluk* olarak bilinmektedir. Bireyin kendi iyilik halinin yetki seviyesini ve bireyin sağlığa ne ölçüde dâhil edildiğini belirlenmesi de *sağlık sorumluluğu* olarak adlandırılmaktadır (Bozhüyük ve ark 2012).

“*Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu İşbirliği 2023*” hedefinde bireyin öz bakımının geliştirilmesi ve sağlıklarını korumaya yönelik önlemler alması hakkında görev üstlenmesi ve bu görevleri uygulayabilmesi için kamusal kontrol sistemlerine toplumun kolaylıkla erişilebilmesi planlanmaktadır (Demir Avcı 2016).

2.3.1.3. Fiziksel Aktivite:

Fiziksel aktivite, bireyin kas gruplarını kullanarak ve enerji harcayarak yaptığı tüm günlük yaşam aktivitelerini içermektedir. Planlanmış, yapılandırılmış ve tekrarlayan hareketlerden oluşan, fiziksel uygunluğu meydana getiren bileşenlerden bir veya birkaçını geliştirmeyi amaçlayan ve fiziksel aktivitenin bir alt türü olan faaliyetler ise *egzersiz* olarak adlandırılmaktadır (ACSM 2022). Günümüzde meydana gelen sağlık

problemlerinin temel nedeni hareketsizlik ve buna bağlı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yeterince yapılmamasıdır (Bozlar ve Arslanoğlu 2016).

Hamer ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, orta ve ileri yaş boyunca fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzının sürdürülmesi, yaşlılıkta daha iyi sağlık ve uzun ömür ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Yapılan fiziksel aktivitenin birçok hastalığı önleyebileceği buna rağmen teknolojik ilerlemelerin, çalışma hayatının ve diğer etkenler bireylerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebileceği belirtilmektedir (Bozkuş ve ark 2013).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından fiziksel aktivitenin sağladığı faydaları; beden sağlığı, ruh sağlığı ve sosyal yaşam ile yaşlanmaya yönelik etkileri olacak şekilde üç grupta ele alınmıştır (Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014):

- Beden sağlığı: Fiziksel aktivite bireyin beden sağlığı üzerinde; kas kuvvetini artırma, eklem hareketliliğini koruma, postür ve dengeyi sağlama, dayanıklılığı artırma, yorgunluğu azaltma, kemik mineral yoğunluğunu artırıp osteoporozu önleme gibi faydalar sağlamaktadır.
- Ruh sağlığı ve sosyal yaşam: Bireyin kendini mutlu hissetme, kaygı bozukluğu ve depresyon riskini azaltma, benlik saygısını artırma, iletişim becerilerini ve sosyal ilişkilerini geliştirme gibi faydaları bulunmaktadır.
- Yaşlanmaya yönelik etkiler: Kronik hastalıklardan kaynaklı veya ani ölüm risklerini azaltma, kronik hastalık ve kanser gelişimi riskini azaltma, osteoporozdan koruma, dengesizlikten kaynaklı düşme ve buna bağlı kırıkları önleme, daha aktif, sağlıklı ve mutlu yaşlanmayı sağlama gibi faydaları bulunmaktadır.

2.3.1.4. Kişilerarası İlişki:

İnsanın sosyal-duygusal özellikleriyle ve zihinsel süreçleriyle devamlılık arz eden sosyal hayatında kazandığı tutumların ve alışkanlıkların tamamı “*kişilik*” olarak tanımlanmaktadır. Kişi doğumundan itibaren çevresindeki insanlarla iletişim kurmaya başlar (Özdemir ve ark 2012).

Bireyin çevresiyle olan karşılıklı ilişkilerini ve bu ilişkilerin sürekliliğini kişilerarası iletişim sağlamaktadır (Şen ve ark 2017). Pender bireylerin *kişiler arası ilişki sistemini*; kendine yakın arkadaşları ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu (aile, arkadaş, vb.) bireylere dokunma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma

ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamıştır (Pender et al 2006). Her bireyin kendine özgü geliştirdiği bir kişilerarası ilişki şekli bulunmaktadır (Hasta 2017).

Büyük kentlerde yaşam çokça karşılaşmayı mecbur kılsa da hız ve acelenin hâkim olduğu günlük yaşam rutini içerisinde iletişim oldukça azalmaktadır. Özellikle iletişim araçlarının arttığı bir dönemde bu iletişim araçlarından yayılan bilgi bombardımanı içerisinde birey zorlanmaktadır (Kaya 2021).

Şimdiki zamanda bireyler arasındaki iletişim azalmakta ve yalnız olan bireylerin oranında ciddi artışın söz konusu olduğu bildirilmektedir. Yalnızlık ise kişinin günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkileyen ve zamanla artan önemli bir problem haline gelmiştir. Araştırmalarda kişilerarası ilişkileri olumlu olan bireylerin problemleriyle daha fazla başa çıkabileceği ve böylelikle üretkenliğinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artabileceği saptanmıştır (Özbek 2019).

2.3.1.5. Stres Yönetimi:

Stres, *"beyinde bir tepkiyi hızlandıran bir uyarandan (stres etkeni) oluşan bir olaylar dizisi"* olarak tanımlanmıştır (Cheng et al 2021). Her insan için farklı anlamları olsa da stres kavramına yönelik yapılan ilk ve en genel tanım Hans Selye tarafından; *"herhangi bir talep karşısında öznel olmayan bir cevap"* şeklinde yapılmıştır (Fink 2017).

Bireysel stresi etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, kişilik, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve çevresel faktörler göze çarpmaktadır (Ülker 2016). Stres *"modern toplumun hastalığı"* olarak da ifade edilmekte, şimdiki toplumlarda küreselleşme ve iktisadi alanda liberalleşme, yoğun bilgi, iletişim ve teknoloji ağı içerisinde kişinin karmaşık yaşam koşullarına uyum sağlamaya çalışması, kendisini baskı altında hissetmesine ve yıpranmasına sebep olmaktadır (Özel ve Bay Karabulut 2018).

Stres tepkisi, çevrenin beklentileri ile bireyin yapabilecekleri arasında dengesizlik oluştuğunda ortaya çıkabilmektedir. Birey başlangıçta strese karşı atağa geçer, direnir ve sonunda stres, tükenmişlik ile ciddi boyutlara ulaşabilir (İlker 2019).

Bireyin devamlı olarak strese maruz kalması, sağlığının bozulmasına yol açmakta, bağışıklık sistemi zorlanmakta ve hastalık olasılığını arttırmaktadır. Stresin ruhsal sonuçları olarak; yaşam enerjisinde azalma, önceden ilgilenilen etkinliklere yönelik ilgide azalma, sigara tüketimi gibi alışkanlıklarda artış, aşırı uyku gereksinimi,

odaklanma zorluğu, mutsuzluk, kaygı ve tükenme gibi sonuçlar ortaya çıkabilir (Şeneldir 2022).

Stres kavramı genellikle olumsuz olarak yorumlansa da insanın doğası gereği yaşaması gereken bir süreç olup, gerilime ve zorlanmaya neden olması ile olumsuz sonuçlar oluşturabilmektedir. Ancak birey zorlukların üstesinden başarılı bir şekilde gelebilirse kendini ve çevresini yenilik arayışına, yaratıcılığa ve çalışmaya itici güç yaratmaktadır (Yalçın ve Yılmaz 2022).

2.3.1.6. Beslenme:

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli ve uygun zamanda, bilinçli olarak tüketmek olarak tanımlanabilir (Çayır ve ark 2011). Temel besin maddelerinin gerekli miktarlarda besin değerlerini kaybetmeden ve insan sağlığını bozmadan vücuda alınması ve kullanılmasıdır (Ermiş ve ark 2015). Sağlıksız yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin yetersiz olması obezite riskini artırarak bireylerde olumsuz sağlık oluşuuna neden olmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç 2012). Kızartılmış, doymuş yağ oranı yüksek, kalori açısından yoğun, işlenmiş ve düzenli olarak şekerli içecekler tüketen (ABD'de '*Güney diyeti*' olarak anılır, ancak yine de dünya çapında yaygındır) toplumlarda kronik hastalıkların gelişme riski artırır (Shikany et al 2015).

Gece-gündüz dönüşümlü çalışan bireyler, günlük yaşamlarını zorlaştıran birçok önemli etkenle karşı karşıya kaldıkları için yeterli ve dengeli beslenme ve uyku düzenine ekstra önem vermelidir (Özbek 2019).

Durağan yaşamın ve sağlıksız bir beslenmenin kardiyovasküler hastalıklara, kanser ve diyabet gibi çeşitli hastalıklara doğrudan sebep olduğuna dikkat çekilmiştir. Beslenme biçiminin insan sağlığı üzerinden olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi için insanların konu hakkında bilgi düzeylerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Sacko ve Arslan 2022).

2.3.2. Kadınlarda Meme Kanseri Korkusuna Bağlı Sağlıklı Yaşam Bilinci Davranışlarında Hemşirenin Rolü

Sağlık çalışanları olarak hemşireler hastalarla sürekli iletişim halinde olmasının etkisiyle meme kanserini tanılanmasında, meme kanserinin belirti ve bulgularını saptanmasında, meme kanseri risk gruplarını belirleyerek erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında toplumun eğitilmesinde, korku düzeyini belirleme ve stresle baş etmede kişiler için vazgeçilmez rolleri mevcuttur. Bu sebeple hemşirelerin toplum içinde eğitici rolünün olması, meme kanseri konusunda geniş bilgi sahibi olmasının

dışında, toplumu destekleyici rolü eşliğinde meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını uygulama konusunda da becerikli ve deneyimli olmaları gerekmektedir (Uncu ve Bilgin 2011). Meme kanseri korkusu yaşadıkları için kadınların erken tanı davranışlarından kaçındıkları saptanmıştır (Norouznia 2014, Tuzcu 2013, Gürsoy ve ark 2011). Sağlık profesyonellerinin hem kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek, hem de hizmet verdikleri bireylere olumlu örnek olabilmek adına bu davranışları uygulaması daha büyük bir öneme sahip olmaktadır (Tanrıverdi ve Işık 2014). Meme kanserini önlemede, kişilerin erken tanı davranışlarının arttırılmasında, meme kanseri korkusunun azaltılmasında, bireylere olumlu sağlık davranışı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunu oluşturan, kişilerle birebir iletişim halinde bulunan hemşirelerin mesleki olarak bilgilerini aktarmaları ve insanlara önerdikleri davranışları, toplum açısından en üst düzeyde yarar sağlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma ile menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korku düzeyinin belirlenmesi ve meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; bir kamu hastanesi olan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dâhiliye ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran menopoz dönemdeki gönüllü kadınlar ile 15 Kasım 2021 – 14 Kasım 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi ‘ne bağlı Feriha Öz Acil Durum Hastanesi ve Çekmeköy Devlet Hastanesi Ek Hizmet Binası olarak hastanelerde de yer alan Dâhiliye ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran araştırma kriterlerine uygun kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmamızın evrenini; Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dâhiliye ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, kurum istatistik biriminden yazılı onay ve sayısal bilgi alınarak, ilgili kuruma bir yıl içerisinde dahil edilen polikliniklere başvuran menopoz dönemindeki kadınlar oluşturmaktadır (N=1089).

Araştırmanın örneklemini; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dâhiliye ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, menopoz döneminde olan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, evrenin bir yıl içerisinde çalışma yapılacak kurumda dahil edilen polikliniklere başvuran menopoz dönemi kadınlar baz alınarak hesaplandığı 289 kadından oluşmuştur.

Örneklem hesaplaması:

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$
 yoluna gidilmiştir. Örneklem için kullanılan formül;

N= Evrendeki hasta sayısı (Bir yıl içerisinde dâhil edilen polikliniklere başvuran menopoz dönemindeki kadınlar)

n = Örneklem alınacak birey sayısı

p = 0,14 incelenen olayın görülüş olasılığı (Menopozlu kişilerin toplumdaki oranı)

q = 0,86 incelenen olayın görülmeyiş olasılığı (1-p)

d = 0,04 olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri

t = 1,96 belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

Araştırmanın örneklemine dâhil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 289 menopoz dönemi kadınlar olarak belirtilmiştir (Aydın 2019, Büyükbaş Can 2020).

3.4.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- ✓ Menopozal dönemdeki kadınlar (premenopoz, menopoz, perimenopoz, postmenopoz)
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- ✓ Görsel, işitsel, mental herhangi bir engeli bulunmaması şartıyla dâhil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmanın dışlanma kriterleri

- ✓ Araştırmaya gönüllü olmamak,
- ✓ Menopozal dönemde olmayan kadınlar,
- ✓ Görsel, işitsel, mental bir engeli bulunması dâhil edilmemiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Yapılan anket çalışması, evren bir kamu hastanesi ile belirlenmiş olup kuruma başvuran 289 menopoz dönemi kadınla gerçekleşmiştir. Araştırmanın yalnızca bir kurumda yapılmış olması nedeniyle sonuçlar genellenemez. Araştırma evreninin tamamına ulaşmanın imkansız olması, zaman ve mekan kısıtlılığı göz önüne alındığında bu durumlar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.6. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Menopoz dönemi kadınlarda meme kanseri korku düzeyi ne kadardır?
2. Sosyo-demografik özelliklere göre meme kanseri korku düzeyleri arasında farklılık var mıdır?
3. Sosyo-demografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında farklılık var mıdır?
4. Meme kanseri korku düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?
5. Meme kanseri korku düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının üzerinde etkisi var mıdır?

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1.a: Sosyo-demografik özelliklere göre meme kanseri korku düzeyleri farklılık göstermektedir.

H1.b: Sosyo-demografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılık göstermektedir.

H1.c: Meme kanseri korku düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki vardır.

H1.d: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyutlarının meme kanseri korku düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak gönüllü onam alındıktan sonra “Sosyo-Demografik ve Kişisel Bilgi Formu”, “Meme Kanseri Korku Ölçeği” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” aracılığıyla toplanmıştır.

3.7.1. Sosyo-Demografik ve Kişisel Bilgi Formu

Bu form ilgili literatür incelemesi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Tünel ve ark 2012, Kayar 2019, Kayan 2019, Bozkurt ve ark 2021, Yılmaz ve ark 2022). Veri toplama formunun ilk bölümü katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı gibi çeşitli sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardan, ikinci bölümü ise kronik hastalık durumu, menopoza girme yaşı, aile öyküsünde meme kanseri durumu, düzenli ilaç kullanımı, alkol-sigara-kafein tüketimi, tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi ve yaptırma sıklığı gibi araştırmanın amacına uygun 30 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. Meme Kanseri Korku Ölçeği (MKKÖ)

Meme Kanseri Korku Ölçeği, ilk olarak Victoria Champion ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenirliği çalışması ilk kez Seçginli (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak belirlenmiştir. Sekiz maddeden meydana gelen ölçek; kadınların meme kanseri ve taramasına verdikleri duygusal yanıtları belirleyerek, kanser korkusunun incelenmesini ve müdahaleler yoluyla korkuyu değiştirmeyi amaçlamıştır. Ölçekte beşli likert tipi “*Kesinlikle katılmıyorum (1 puan), Katılmıyorum (2 puan), Kararsızım (3 puan), Kısmen katılıyorum (4 puan), Tamamen katılıyorum (5 puan)*” kullanılarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 8, en yüksek puan ise 40 ’tır. Toplam puan meme kanseri korkusunu göstermekte olup ölçekten alınan puan arttıkça, meme kanseri korkusunun arttığı ve azaldıkça da azaldığı belirtilmektedir. Ölçekte;

- 8-15 puan aralığı düşük düzey,

- 16-23 puan aralığı orta düzey ve
- 24-40 puan aralığı yüksek düzey korkuyu belirtmektedir (Champion et al 2004, Seçginli 2012).

Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,919 bulunmuştur.

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Sağlıklı Yaşam Bilinci Davranışları Ölçeği (Health-Promoting Lifestyle Profile) ilk kez 1987 yılında Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş Cronbach Alpha değeri 0.92 bulunarak oluşturulmuştur. Ölçek 1996 yılında da 48 maddeye 4 madde daha eklenerek revizyon sonrası 52 maddeye çıkarılmıştır. Ölçek 52 madde, likert tipi dört kategoride değerlendirilmektedir. Ölçeğin; “*sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi*” şeklinde altı boyutu bulunmaktadır. SYBDÖ II ’nin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik uyarlaması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış ve ölçek için Cronbach Alpha değeri 0.94, alt ölçekler için de 0.64-0.80 bulunmuştur. Ölçek dörtlü likert tipidir ve 1-4 arası puanlanır. “*1 Hiçbir Zaman, 2 Bazen, 3 Sık Sık ve 4 Düzenli Olarak*” şeklinde işaretlenmektedir. Ölçekten alınmış olan puanların yüksek oluşu, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek ölçüde uyguladığını ve olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bütünü için “*alt puan 52, üst puan ise 208*” dir (Walker et al 1987, Walker and Hill-Polerecky 1996, Bahar ve ark 2008).

Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,895 bulunmuştur. Ölçek alt boyutları Cronbach alfa değeri sırasıyla; sağlık sorumluluğu 0,701, fiziksel aktivite 0,792, beslenme 0,731, manevi gelişim 0,741, kişilerarası ilişkiler 0,751, stres yönetimi 0,727 bulunmuştur.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma, etik kurulun ve kurum izninin alınmasından sonra hafta içi 5 gün mesai saatleri içinde Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve ona bağlı Feriha Öz Acil Durum Hastanesi ve Çekmeköy Devlet Hastanesi Ek Hizmet Binası olarak hastanelerde yer alan Dâhiliye ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde çalışmaya katılmaya gönüllü ve araştırma kriterlerine uyan menopoz dönemindeki kadınlarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. İlk olarak kadınlarla iletişim kurularak araştırmanın amacı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgi

verilerek sözlü onam alınmıştır. Anlayamadıkları sorularda basit ve anlaşılır kelimelerle cevaplar verilmiştir. Anlaşılmayan sorular anlatılarak sonuca varılmıştır. Anketlerin cevaplanma süresi 15-20 dakika arasında sürmüştür. 289 kadına ulaşıldığında araştırma veri toplama aşamasına son verilmiştir.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin normal dağılıma uygunlukları basıklık ve çarpıklık değerlerinin kesme noktaları (sınırları) çarpıklık (Skewness) değerleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Independent Sample T Test, normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında One-Way Anova testi, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Ölçeklerin birbiri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Correlation, etkiyi belirlemek için ise Lineer Regresyon analizi kullanıldı. Bağımlı değişken olarak; meme kanseri korkusu, bağımsız değişken olarak sağlıklı yaşam bilinci davranışları ve sağlıklı yaşam bilinci davranışları ölçeğinin alt boyutları olarak kabul edildi.

Anlamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi'nde yer alan ve okuyarak kabul edilen kurallara uyulmuştur. Araştırma sürecinde görüşülmüş olan menopoz dönemleri içinde yer alan kadınlara araştırmanın amaç, önem ve yayınlanabileceği yerler hakkında bilgiler verilmiştir. Bilgi gizliliğine uyulacağı vurgulanmıştır. Anket uygulaması sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara anket formuyla birlikte bilgilendirilmiş gönüllü onam formu da verilmiştir. Ayrıca kullanılan ölçeklerin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden yazılı izinler alınmıştır. Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Sayı: 74621 Tarih: 25.10.2021) ve kamu hastanesinden çalışmanın yapılabilmesi için gereken kurum izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler

		n	%
<i>Yaş</i>	<i>36-45 yaş</i>	66	22,8
	<i>46-55 yaş</i>	122	42,2
	<i>56-65 yaş</i>	75	26,0
	<i>66 yaş ve üzeri</i>	26	9,0
<i>Medeni durumu</i>	<i>Evli</i>	234	81,0
	<i>Bekâr</i>	55	19,0
<i>Eğitim durumu</i>	<i>Okur-yazar</i>	81	28,0
	<i>İlköğretim</i>	99	34,3
	<i>Lise</i>	88	30,4
	<i>Üniversite ve üstü</i>	21	7,3
<i>Çalışma durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	79	27,3
	<i>Çalışmıyor</i>	210	72,7
<i>Mesleği</i>	<i>Emekli</i>	27	9,3
	<i>Memur</i>	11	3,8
	<i>İşçi</i>	30	10,4
	<i>Ev Hanımı</i>	181	62,7
	<i>Diğer</i>	40	13,8
<i>Gelir düzeyiniz</i>	<i>Gelir giderden az</i>	93	32,2
	<i>Gelir ve gider eşit</i>	187	64,7
	<i>Gelir giderden fazla</i>	9	3,1
<i>Sosyal güvence durumu</i>	<i>Sosyal güvencem yok</i>	33	11,4
	<i>SGK</i>	203	70,2
	<i>Diğer</i>	53	18,3
<i>Şuanda yaşadığınız yer</i>	<i>İlçe</i>	17	5,9
	<i>İl</i>	272	94,1
<i>Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?</i>	<i>Yalnız</i>	54	18,7
	<i>Eşim ile/eş ve çocuklarım ile</i>	218	75,4
	<i>Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile</i>	17	5,9

Tablo 2: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışları.

		n	%
Sigara kullanımı	<i>Hayır</i>	197	68,2
	<i>≤10\gün</i>	59	20,4
	<i>10-20 arası \gün</i>	33	11,4
Alkol kullanımı	<i>Hayır</i>	268	92,7
	<i>1-2 kez\yıl</i>	21	7,3
Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?	<i>Hiç</i>	111	38,4
	<i>≤5 fincan/gün</i>	117	40,5
	<i>5-10 fincan/gün</i>	61	21,1
	<i>Hayır</i>	146	50,5
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	<i>Hipertansiyon</i>	66	22,8
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	26	9,0
	<i>Kalp Hastalığı</i>	20	6,9
	<i>Diğer</i>	31	10,7
Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?	<i>Yok</i>	236	81,7
	<i>Var</i>	53	18,3
Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?	<i>Yok</i>	133	46,0
	<i>Var</i>	156	54,0
Daha önce ameliyat öykünüz var mı?	<i>Yok</i>	162	56,1
	<i>Var</i>	127	43,9
Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?	<i>Evet</i>	76	59,1
	<i>Hayır</i>	52	40,9
Menapoza girme yaşı	<i>41-50 yaş</i>	52	18,0
	<i>51-60 yaş</i>	183	63,3
	<i>61 yaş ve üzeri</i>	54	18,7
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	<i>Doğal yolla (Kendiliğinden)</i>	266	92,0
	<i>Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)</i>	23	8,0
Menopoza yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	<i>Hayır</i>	228	78,9
	<i>Evet</i>	61	21,1

Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	223	77,2
	Evet	66	22,8
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	262	90,7
	Evet	27	9,3
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	147	50,9
	Anne	24	8,3
	Anneanne	16	5,5
	Kız kardeş	21	7,3
	Hala	17	5,9
	Diğer	64	22,1
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	75	26,0
	Evet	214	74,0
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	6	2,1
	Üç Ayda bir kez	18	6,2
	Altı Ayda bir kez	54	18,7
	Yılda bir	121	41,9
	Hiçbir zaman	90	31,1
Klinik meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	7	2,4
	Evet	282	97,6
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırılıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	11	3,8
	Altı Ayda bir kez	45	15,6
	Yılda bir	175	60,6
	Hiçbir zaman	58	20,1
40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	51	17,6
	Düzenli değil ama evet	184	63,7
	Evet, 2 yılda bir	54	18,7
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	58	20,1
	Evet	231	79,9
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	26	9,0
	Hayır	173	59,9
	Kararsızım	90	31,1

Katılımcıların yaşları, %22,82'sinin (n=66) 36-45 yaş, %42,2'sinin (n=122) 46-55 yaş, %26,0'sinin (n=75) 56-65 yaş, %9,0'unun (n=26) 66 yaş ve üzeridir. Medeni durumları, %81,0'sinin (n=234) evli, %19,0'unun (n=55) bekârdır. Eğitim durumları, %28,0'sinin (n=81) okuryazar, %34,3'ünün (n=34,3) ilköğretim, %30,4'ünün (n=88) lise, %7,3'ünün (n=21) üniversite ve üzeridir.

Katılımcıların, %27,3'ü (n=79) çalışıyor iken, %72,7'si (n=210) çalışmamaktadır. Meslekleri, %9,3'ünün (n=27) emekli iken, %3,8'inin (n=11) memur, %10,4'ünün (n=30) işçi, %62,6'sının (n=181) ev hanımı, %13,8'inin (n=40) diğerdir. Gelir düzeyler, %32,2'sinin (n=93) gelir giderden az, %64,7'sinin (n=187) gelir ve gider eşit, %3,1'inin (n=9) gelir giderden fazladır. Sosyal güvenceleri, %11,4'ünün (n=33) yok iken, %70,2'sinin (n=203) SGK, %18,3'ünün (n=53) diğerdir.

Yaşadığı yer, %5,9'unun (n=17) ilçe iken, %94,1'inin (n=272) ildir. Katılımcıların, %18,7'si (n=54) yalnız yaşıyor iken, %75,4'ü (n=218) Eşim ile/eş ve çocuklarını ile %5,9'u (n=17) Benim/eşimin anne babası, eşi ve çocukları ile yaşamaktadır.

Sigara, %68,2'si (n=197) kullanmıyor iken, %20,4'ü (n=59) günde 10 ve az %11,4'ü (n=33) ise günde 10-20 arası kullanmaktadır. Alkol ise, %92,7'si (n=268) kullanmıyor iken %7,3'ü (n=21) yılda 1-2 kez kullanmaktadır. Günlük, %38,4'ü (n=111) günlük kafein tüketmiyor iken, %40,5'i (n=117) günlük 5 fincandan az, %21,1'i (n=61) ise günlük 5-10 fincan tüketmektedir.

Kronik hastalık, %50,5'inde (n=146) yok iken, %22,8'inde (n=66) hipertansiyon, %9,0'un (n=26) diyabet, %6,9'unda (n=20) kalp hastalığı, %10,7'sinde (n=31) ise diğer hastalık türleri vardır. Psikiyatrik bir hastalık, %81,7'inde (n=236) yok iken, %18,3'ünde (n=53) vardır. Düzenli ilaç, %46,0'sı (n=133) kullanmıyor iken, %54,0'ü (n=156) kullanmaktadır. Ameliyat öyküsü, %56,1'inde (n=162) yok iken, %43,9'unda (n=127) vardır. Tekrar ameliyat olmaktan, %59,1'i (n=76) korkuyor iken, %40,9'u (n=52) korkmamaktadır.

Menopoza girme yaşı, %18,0'sinin (n=52) 41-50 yaş, %63,3'ünün (n=183) 51-60 yaş, %18,7'sinin (n=54) 61 yaş ve üzeridir. Menopozu, %9,0'sinin (n=266) doğal yolla gerçekleşmiş iken, %8,0'inni (n=23) cerrahi yolla gerçekleştirmiştir. Menopoza yönelik bir tedavi, %78,9'u (n=228) almıyor iken, %21,1'i (n=61) almaktadır.

Memesinde, %77,2'sinin (n=223) herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konulmamış iken, %22,8'sinde (n=66) konulmuştur. Meme kanseri tanısı, %90,7'sinde (n=262) konulmamış iken, %9,3'ünde (n=27) konulmuştur. Ailenizde meme kanseri tanısı, %50,9'unda (n=147) almamış iken, %8,3'ünde (n=24) annesinde,

%5,5'inde (n=16) anneannesinde, %7,3'ünde (n=21) kız kardeşi, %5,9'unda (n=17) halasında, %22,1'inde (n=6) ise diğer aile bireylerinde tanı almıştır. Kendi kendine meme muayenesini, %26,0'sı (n=75) duymamış iken, %74,0'ü (n=214) duymuştur. Kendi kendine meme muayenesi, %2,1'i (n=6) ayda bir, %6,2'si (n=18) üç ayda bir, %18,7'si (n=54) altı ayda bir, %41,9'u (n=121) yılda bir, %31,1'i (n=90) hiçbir zaman uygulamamaktadır. Klinik meme muayenesini, %2,4'ü (n=7) duymamış iken, %97,6'sı (n=282) duymuştur. Klinik meme muayenesi, %3,8'i (n=11) üç ayda bir, %15,6'sı (n=45) altı ayda bir, %60,6'sı (n=175) yılda bir, %20,1'i (n=51) hiçbir zaman uygulamamaktadır. 40 yaşından sonra mamografi, %17,6'sı (n=51) çekilmemiş iken, %63,7'si (n=184) düzenli değil ama çekilmiş, %18,7'si (n=54) 2 yılda bir çekilmiştir. Meme kanseri hakkında, %20,1'sini (n=58) bilgisi yok iken, %79,9'unun (n=231) vardır. Meme kanseri hakkındaki bilgisini, %9,0'u (n=26) yeterli görüyor iken, %59,9'u (n=173) yeterli görmüyor, %31,1'i (n=90) ise kararsızdır.

Tablo 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği İlişkin Soruların Dağılımı

	Hiçbir zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli Olarak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	74	25,6	99	34,3	69	23,9	47	16,3
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	43	14,9	64	22,1	101	34,9	81	28,0
Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	7	2,4	56	19,4	111	38,4	115	39,8
Düzenli bir egzersiz programı yaparım	70	24,2	92	31,8	46	15,9	81	28,0
Yeterince uyurum	24	8,3	140	48,4	72	24,9	53	18,3
Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	22	7,6	35	12,1	114	39,4	118	40,8
İnsanları başarıları için takdir ederim	0	0,0	7	2,4	106	36,7	176	60,9
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	64	22,1	111	38,4	73	25,3	41	14,2

<i>Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum</i>	74	25,6	85	29,4	60	20,8	70	24,2
<i>Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)</i>	59	20,4	93	32,2	58	20,1	79	27,3
<i>Her gün rahatlamak için zaman ayırırım</i>	37	12,8	96	33,2	64	22,1	92	31,8
<i>Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım</i>	3	1,0	40	13,8	70	24,2	176	60,9
<i>İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm</i>	2	0,7	35	12,1	91	31,5	161	55,7
<i>Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim</i>	84	29,1	117	40,5	48	16,6	40	13,8
<i>Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım</i>	6	2,1	51	17,6	104	36,0	128	44,3
<i>Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğın haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm</i>	41	14,2	121	41,9	79	27,3	48	16,6
<i>Yaşamımda değiştiremeyeceğım şeyleri kabullenirim</i>	21	7,3	50	17,3	111	38,4	107	37,0
<i>Geleceğē umutla bakarım</i>	34	11,8	37	12,8	110	38,1	108	37,4
<i>Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım</i>	30	10,4	75	26,0	76	26,3	108	37,4
<i>Her gün 2-4 öğün meyve yerim</i>	40	13,8	51	17,6	61	21,1	137	47,4
<i>Her zaman gittiğım sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başkabir sağlık personeline danışırım</i>	56	19,4	30	10,4	105	36,3	98	33,9
<i>Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizikaktiviteler yaparım</i>	115	39,8	60	20,8	63	21,8	51	17,6
<i>Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm</i>	54	18,7	121	41,9	51	17,6	63	21,8
<i>Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim</i>	49	17,0	83	28,7	89	30,8	68	23,5
<i>Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır</i>	18	6,2	55	19,0	97	33,6	119	41,2

<i>Her gün 3-5 öğün sebze yerim</i>	47	16,3	60	20,8	92	31,8	90	31,1
<i>Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım</i>	20	6,9	48	16,6	68	23,5	153	52,9
<i>Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım</i>	94	32,5	92	31,8	56	19,4	47	16,3
<i>Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım</i>	29	10,0	111	38,4	60	20,8	89	30,8
<i>Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım</i>	72	24,9	66	22,8	49	17,0	102	35,3
<i>Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum</i>	14	4,8	62	21,5	50	17,3	163	56,4
<i>Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim</i>	38	13,1	49	17,0	88	30,4	114	39,4
<i>Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim</i>	25	8,7	82	28,4	79	27,3	103	35,6
<i>Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)</i>	47	16,3	134	46,4	47	16,3	61	21,1
<i>İş ve eğlence zamanımı dengelerim</i>	51	17,6	112	38,8	68	23,5	58	20,1
<i>Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum</i>	68	23,5	106	36,7	51	17,6	64	22,1
<i>Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım</i>	69	23,9	85	29,4	39	13,5	96	33,2
<i>Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim</i>	53	18,3	63	21,8	67	23,2	106	36,7
<i>Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım</i>	37	12,8	44	15,2	64	22,1	144	49,8
<i>Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim</i>	74	25,6	84	29,1	50	17,3	81	28,0
<i>Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım</i>	93	32,2	71	24,6	71	24,6	54	18,7
<i>Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım</i>	15	5,2	53	18,3	87	30,1	134	46,4

Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	79	27,3	56	19,4	78	27,0	76	26,3
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	118	40,8	53	18,3	63	21,8	55	19,0
Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	104	36,0	87	30,1	42	14,5	56	19,4
Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	109	37,7	69	23,9	45	15,6	66	22,8
Yorulmaktan kendimi korurum	93	32,2	98	33,9	37	12,8	61	21,1
İlahi bir gücün varlığına inanırım	28	9,7	33	11,4	36	12,5	192	66,4
Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	51	17,6	65	22,5	65	22,5	108	37,4
Kahvaltı yaparım	4	1,4	62	21,5	57	19,7	166	57,4
Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	36	12,5	96	33,2	61	21,1	96	33,2
Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	14	4,8	68	23,5	83	28,7	124	42,9

SYBDÖ-II ilişkin soruların dağılımına bakıldığında sorulara en yoğun verilen cevaplar;

- “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %66,6 oranında düzenli olarak cevabı olmuştur.
- “Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %60,9 oranında düzenli olarak cevabı olmuştur.
- “İnsanları başarıları için takdir ederim.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %60,9 oranında düzenli olarak cevabı olmuştur.

Tablo 4: Meme Kanseri Korkusu Ölçeğine İlişkin Soruların Dağılımı

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım.	21	7,3	50	17,3	47	16,3	107	37,0	64	22,1
Meme kanserini düşündüğüm zaman sinirlenirim.	82	28,4	86	29,8	67	23,2	42	14,5	12	4,2
Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm.	12	4,2	43	14,9	38	13,1	125	43,3	71	24,6
Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum.	52	18,0	80	27,7	50	17,3	83	28,7	24	8,3
Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum.	33	11,4	59	20,4	54	18,7	109	37,7	34	11,8
Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar.	45	15,6	86	29,8	54	18,7	87	30,1	17	5,9
Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum.	23	8,0	60	20,8	54	18,7	126	43,6	26	9,0
Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.	17	5,9	50	17,3	58	20,1	138	47,8	26	9,0

MKKÖ ilişkin soruların dağılımına bakıldığında sorulara en yoğun verilen cevaplar;

“Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %47,8 oranında katılıyorum cevabı olmuştur.

“Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %43,6 oranında katılıyorum cevabı olmuştur.

“Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm.” seçeneğine verilen en yoğun cevap %43,3 oranında katılıyorum cevabı olmuştur.

4.2. ÖLÇEKLER İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 5: Meme Kanseri Korkusu Ölçek Puan Ortalamaları.

	<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Meme Kanseri Korku Ölçeği					
Toplam Puanı	24,97 ±7,48	8-40 (26)	-0,223	-0,345	0,919
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Sağlık Sorumluluğu	25,8±4,82	14-36 (26)	-0,014	-0,581	0,701
Fiziksel Aktivite	18,8±5,02	8-30 (18)	-0,003	-0,644	0,792
Beslenme	24,29±3,33	16-32 (24)	0,207	-0,092	0,731
Manevi Gelişim	26,84±5,06	15-36 (27)	-0,060	-0,318	0,741
Kişilerarası ilişkiler	26,45±5,1	15-35 (27)	-0,320	-0,940	0,751
Stres Yöntemi	20,45±3,92	13-30 (20)	0,373	-0,063	0,727
Toplam Puanı	142,64±20,78	92-189 (143)	-0,105	-0,471	0,895

Ölçek incelendiğinde çalışmamızda SYBDÖ II puan ortalaması $142,64 \pm 20,78$ olarak bulundu (min-max:52-208). Bu durum katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek ölçüde uyguladığını ve olumlu olduğunu gösterdi. Aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutundan manevi gelişim ($26,84 \pm 5,06$) ve kişilerarası ilişkiler ($26,45 \pm 5,1$) ölçek puanları en yüksek, fiziksel aktivite ($18,8 \pm 5,02$) ölçek puanı en düşük saptandı. Ölçeğin Cronbach Alpha değerlerinin 0,70 ile 0,99 olması güvenilir olduğunu göstermektedir (Tavakol ve Dennick, 2011). Çalışmamızda kullanılan SYBDÖ-II (0,895) ve MKKÖ (0,919) değeri ile güvenilir bulunmuştur. Bir dağılımın normal bir dağılım gösterip göstermediğine karar vermek için çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınır. Bu noktada basıklık ve çarpıklık değerlerinin kesme noktaları (sınırları) çarpıklık (Skewness) için mutlak değer olarak 3 ve basıklık (Kurtosis) için mutlak değer olarak 10 'un üzerinde olmamalıdır (Kline 2011). Çalışmamızda ölçeklerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmıştır.

Tablo 6: Meme Kanseri Korku Düzeyleri

Korku Düzeyleri	n	%
<i>Düşük Korku Düzeyi</i>	21	7,3
<i>Orta Korku Düzeyi</i>	94	32,5
<i>Yüksek Korku Düzeyi</i>	174	60,2
<i>Toplam</i>	289	100
	<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>
<i>Meme Kanseri Korku Ölçeği Puanı</i>	24,97 ±7,48	8-40 (26)

Araştırmaya katılan kadınların korku düzeyleri Tablo 5 'te yer almaktadır. Katılımcıların %7,3 'ü düşük düzeyde korku yaşarken % 32,5 'i orta düzeyde ve %60,2 'i yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşamakta olup meme kanseri korkusunun puan ortalaması $24,97 \pm 7,48$ (min-max = 8-40) olarak bulunmuştur.

4.3. ARAŞTIRMA SORULARINA AİT BULGULAR

Demografik özelliklere göre meme kanseri korku ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile kurulmuş hipotezler sonuçlarına aşağıdaki tablolarda ver verilmiştir.

Tablo 7: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		<i>Meme Kanseri Korku Ölçeği</i>			
		<i>Toplam Puanı</i>			
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<i>Yaş</i>	<i>36-45 yaş</i>	25,21±7,01	8-40 (26)	1,069	^a 0,362
	<i>46-55 yaş</i>	25,63±7,37	8-40 (26)		
	<i>56-65 yaş</i>	24,35±7,69	8-40 (24)		
	<i>66 yaş ve üzeri</i>	23,08±8,49	8-39 (24)		
<i>Medeni durumu</i>	<i>Evli</i>	25,00±7,47	8-40 (26)	0,109	^b 0,913
	<i>Bekâr</i>	24,87±7,61	8-40 (26)		
<i>Eğitim durumu</i>	<i>Okur-yazar</i>	24,74±7,75	8-40 (26)	0,294	^a 0,830
	<i>İlköğretim</i>	24,89±7,47	8-40 (26)		
	<i>Lise</i>	24,93±7,43	8-40 (26)		
	<i>Üniversite ve üstü</i>	26,43±7,08	11-36 (29)		
<i>Çalışma durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	26,78±6,02	16-40 (26)	2,549	^b 0,011 **
	<i>Çalışmıyor</i>	24,29±7,87	8-40 (24)		
<i>Mesleği</i>	<i>Emekli</i>	23,37±7,10	8-36 (24)	3,969	^c 0,410
	<i>Memur</i>	25,64±6,73	16-35 (28)		
	<i>İşçi</i>	26,47±4,95	16-32 (26)		
	<i>Ev Hanımı</i>	24,55±7,97	8-40 (26)		
	<i>Diğer</i>	26,65±7,05	11-40 (26)		
<i>Gelir düzeyiniz</i>	<i>Gelir giderden az</i>	24,38±7,9	8-40 (24)	0,632	^c 0,729
	<i>Gelir ve gider eşit</i>	25,28±7,24	8-40 (26)		
	<i>Gelir giderden fazla</i>	24,78±8,56	8-36 (26)		
<i>Sosyal güvence durumu</i>	<i>Sosyal güvencem yok</i>	23,91±6,46	11-39 (23)	0,955	^a 0,386
	<i>SGK</i>	24,85±7,62	8-40 (26)		
	<i>Diğer</i>	26,09±7,52	8-40 (26)		

Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	24,53±6,91	12-39 (24)	-0,251	^b 0,802
	İl	25±7,53	8-40 (26)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	24,74±7,61	8-40 (26)	0,033	^a 0,962
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	25,03±7,56	8-40 (26)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	24,94±6,33	11-32 (26)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 8: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Meme Kanseri Korku Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		Meme Kanseri Korku Ölçeği					
		Toplam Puanı					
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri	p		
Sigara kullanımı	Hayır	24,71±7,86	8-40 (26)	0,464	^a 0,629		
	≤10\gün	25,29±6,37	11-40 (26)				
	10-20 arası \gün	25,97±7,09	11-40 (26)				
Alkol kullanımı	Hayır	24,85±7,55	8-40 (26)	-0,987	^b 0,325		
	1-2 kez\yıl	26,52±6,53	16-36 (26)				
Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?	Hiç	26,35±7,83	8-40 (27)	7,445	^a 0,001 **		
	≤5 fincan/gün	22,96±6,88	8-40 (24)				
	5-10 fincan/gün	26,33±7,18	8-40 (26)				
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	25,76±7,43	8-40 (26)	2,056	^a 0,087		
	Hipertansiyon	22,71±7,22	8-40 (23,5)				
	Diyabet(Şeker	24,88±7,07	8-36 (26)				
	Hastalığı)						
	Kalp Hastalığı					25,7±7,13	11-39 (26)
	Diğer	25,68±8,3	8-40 (27)				
Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?	Yok	24,73±7,63	8-40 (26)	-1,148	^b 0,252		
	Var	26,04±6,74	8-40 (26)				
Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?	Yok	25,85±7,54	8-40 (26)	1,848	^b 0,066		
	Var	24,22±7,38	8-40 (24)				
Daha önce ameliyat öykünüz var mı?	Yok	24,81±7,65	8-40 (26)	-0,419	^b 0,675		
	Var	25,18±7,3	8-40 (26)				

Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?	Evet	26,2±7,18	8-40 (26)	1,756	^b 0,082
	Hayır	23,83±7,29	8-40 (24)		
Menapoza girme yaşı	41-50 yaş	25,58±7,53	11-40 (26)	3,525	^a 0,031 *
	51-60 yaş	25,51±7,54	8-40 (26)		
	61 yaş ve üzeri	22,56±6,88	8-33 (24)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla (Kendiliğinden)	24,83±7,56	8-40 (26)	-1,123	^b 0,263
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	26,65±6,4	11-36 (29)		
Menopoza yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	24,89±7,51	8-40 (26)	-0,359	^b 0,720
	Evet	25,28±7,43	8-40 (26)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	25,16±7,6	8-40 (26)	0,770	^b 0,442
	Evet	24,35±7,08	10-40 (26)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	24,95±7,39	8-40 (26)	-0,155	^b 0,877
	Evet	25,19±8,45	8-40 (26)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	25,55±6,82	8-40 (26)	5,524	^c 0,238
	Anne	28,29±8,54	10-40 (29)		
	Anneanne	23,25±7,6	11-36 (24)		
	Kız kardeş	23,81±8,01	8-32 (26)		
	Hala	23,88±8,12	10-40 (26)		
	Diğer	23,5±7,87	8-40 (23,5)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	25,81±7,39	8-40 (26)	1,132	^b 0,259
	Evet	24,68±7,51	8-40 (26)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	27,83±5,74	18-32 (30,5)	4,384	^c 0,357
	Üç Ayda bir kez	22,11±7,76	11-40 (22,5)		
	Altı Ayda bir kez	25,52±7,68	8-40 (26)		
	Yılda bir	24,89±7,02	8-40 (26)		
	Hiçbir zaman	25,13±7,98	8-40 (26)		

Klinik meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	24,43±6,75	16-32 (24)	-0,232	^d 0,816
	Evet	24,99±7,51	8-40 (26)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	22,36±6,38	11-32 (23)	1,807	^c 0,613
	Altı Ayda bir kez	25,51±7,03	11-40 (26)		
	Yılda bir	24,88±7,3	8-40 (26)		
	Hiçbir zaman	25,33±8,57	8-40 (26)		
40 yaşından sonra mamografi çektiniz mi?	Hayır	25,98±8,52	8-40 (26)	1,392	^a 0,250
	Düzenli değil ama evet	24,42±7,33	8-40 (24)		
	Evet, 2 yılda bir	25,91±6,89	8-40 (27)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	24,79±8,2	8-40 (26)	-0,140	^b 0,888
	Evet	25,02±7,31	8-40 (26)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	26,08±8,89	10-40 (26,5)	0,638	^a 0,529
	Hayır	25,13±7,46	8-40 (26)		
	Kararsızım	24,34±7,11	8-40 (26)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

*p<0,05

**p<0,01

Yaşa göre, medeni durumuna göre, eğitim durumuna göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışma durumuna göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,011; p<0,05). Çalışanların meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları daha yüksektir.

Mesleğe göre, gelir düzeyine göre, sosyal güvence durumuna göre, şu anda yaşanan yere göre, birlikte yaşanan kişiye göre, sigara kullanımına göre, alkol kullanımına göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Günlük tüketilen kafein miktarına göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001; p<0,05).

Yapılan ikili karşılaştırmalara göre ≤5 fincan/gün kafein miktarı tüketenlerin, meme

kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları Hiç ($p=0,002$) ve $\leq 5-10$ fincan/gün tüketenlerin göre düşük bulunmuştur.

Kronik hastalık olma durumuna göre, psikiyatrik hastalık olma durumuna göre, düzenli kullanılan ilaç durumuna göre, ameliyat öyküsüne göre, tekrar ameliyat olma korkusuna göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Menopoza girme yaşına göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,031$; $p<0,05$). Yapılan ikili karşılaştırmalara göre 61 yaş ve üzeri grubunun, meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları 51-60 yaş grubuna göre düşük bulunmuştur.

Sağlık davranışlarına göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 9: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı</i>			
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<i>Yaş</i>	<i>36-45 yaş</i>	143,06±20,94	92-187 (145,5)	0,75	^a 0,973
	<i>46-55 yaş</i>	142,07±21,14	92-189 (143)		
	<i>56-65 yaş</i>	142,76±21,51	92-187 (143)		
	<i>66 yaş ve üzeri</i>	143,96±17,29	117-189 (139)		
<i>Medeni durumu</i>	<i>Evli</i>	142,14±20,32	92-189 (142)	-0,855	^b 0,393
	<i>Bekâr</i>	144,8±22,72	92-189 (147)		
<i>Eğitim durumu</i>	<i>Okur-yazar</i>	140,46±18,65	92-179 (136)	1,340	^a 0,262
	<i>İlköğretim</i>	144±23,13	92-189 (147)		
	<i>Lise</i>	141,45±20,04	92-188 (144,5)		
	<i>Üniversite ve üstü</i>	149,67±19,37	120-187 (143)		
<i>Çalışma durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	141,71±22,89	92-189 (138)	-0,468	^b 0,640
	<i>Çalışmıyor</i>	143±19,98	92-189 (144,5)		

Mesleği	Emekli	148,48±18,05	120-189 (148)	7,695	^c 0,103
	Memur	134,36±21,07	92-172 (134)		
	İşçi	138,17±25,34	99-189 (127,5)		
	Ev Hanımı	142,15±20,34	92-189 (143)		
	Diğer	146,58±19,93	92-181 (149,5)		
Gelir düzeyiniz	Gelir giderden az	141,13±21,46	92-189 (138)	4,671	^c 0,097
	Gelir ve gider eşit	142,74±20,4	92-189 (146)		
	Gelir giderden fazla	156,22±18,57	120-181 (160)		
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvencem yok	146,33±21,92	110-187 (151)	1,536	^a 0,218
	SGK	141,26±20,71	92-189 (143)		
	Diğer	145,66±20,11	100-189 (147)		
Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	140,88±24,92	108-189 (136)	-0,360	^b 0,719
	İl	142,75±20,55	92-189 (145)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz ?	Yalnız	144,94±22,9	92-189 (147)	0,441	^a 0,644
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	142,01±20,26	92-189 (142)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	143,41±21,07	116-172 (137)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Tablo 10: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	142,65±20,82	92-189 (144)	0,025	^a 0,978
	<i>≤10\gün</i>	142,25±21,71	92-181 (145)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	143,27±19,45	108-188 (142)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	142,45±20,74	92-189 (143,5)	-0,572	^b 0,568
	<i>1-2 kez\yıl</i>	145,14±21,64	92-187 (143)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	143,93±21,8	92-189 (146)	0,956	^a 0,386
	<i>≤5 fincan/gün</i>	140,6±19,66	92-187 (138)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	144,23±20,98	92-188 (146)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	140,38±20,87	92-189 (137)	1,251	^a 0,290
	<i>Hipertansiyon</i>	143,64±21,61	92-189 (146,5)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	149,31±20,82	111-189 (155,5)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	143,55±18,43	120-179 (136,5)		
	<i>Diğer</i>	145±19,56	108-187 (146)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	142,03±21,26	92-189 (141,5)	-1,060	^b 0,295
	<i>Var</i>	145,38±18,42	99-179 (148)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	141,18±20,99	92-189 (137)	-1,106	^b 0,270
	<i>Var</i>	143,89±20,59	92-189 (146,5)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	143,6±20,73	92-189 (147)	0,882	^b 0,378
	<i>Var</i>	141,43±20,86	92-187 (141)		
<i>Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?</i>	<i>Evet</i>	143,53±20,8	92-187 (145)	1,372	^b 0,172
	<i>Hayır</i>	138,38±20,78	93-172 (137)		

Menapoz girme yaşı	41-50 yaş	140,44±21,91	92-187 (140)	0,388	^a 0,679
	51-60 yaş	142,93±20,89	92-188 (144)		
	61 yaş ve üzeri	143,78±19,51	107-189 (145)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla	142,59±20,61	92-189 (143,5)	-0,138	^b 0,891
	Kendiliğinden				
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	143,22±23,19	92-187 (143)		
Menopozu yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	142,08±20,42	92-189 (142,5)	-0,893	^b 0,373
	Evet	144,75±22,15	92-189 (146)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	142,65±20,28	92-189 (144)	-0,017	^b 0,987
	Evet	142,61±22,57	92-189 (142,5)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	142,72±20,87	92-189 (144,5)	0,188	^b 0,851
	Evet	141,93±20,25	100-187 (138)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	140,69±20,71	94-189 (136)	6,417	^c 0,268
	Anne	141,21±22,85	92-179 (145,5)		
	Anneanne	143,69±16,88	99-165 (146)		
	Kız kardeş	148,71±21,79	117-189 (149)		
	Hala	150,59±13,26	125-171 (156)		
	Diğer	143,3±22,07	92-188 (147,5)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	141,19±20,73	107-189 (136)	-0,705	^b 0,481
	Evet	143,15±20,83	92-189 (146)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	144,33±14,71	130-164 (137)	0,772	^c 0,942
	Üç Ayda bir kez	142,22±20,45	93-173 (145)		
	Altı Ayda bir kez	143,8±23,66	92-189 (146,5)		
	Yılda bir kez	141,74±19,95	92-188 (142)		
	Hiçbir zaman	143,13±20,82	92-189 (145)		
Klinik meme	Hayır	148±23,97	119-187 (141)	-0,622	^d 0,622

muayenesini duydunuz mu?	Evet	142,51±20,73	92-189 (143,5)		
	Üç Ayda bir				
	kez	140,45±27,1	92-181 (138)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyor sunuz?	Altı Ayda bir			0,197	^c 0,978
	kez	142,89±21,73	92-189 (142)		
	Yılda bir	142,71±20,65	92-189 (147)		
	Hiçbir zaman	142,66±19,66	107-187 (139)		
	Hayır	141±20,79	107-187 (136)		
40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Düzenli değil				
	ama evet	142,69±20,43	92-188 (147)	0,280	^a 0,756
	Evet, 2 yılda				
	bir	144,04±22,22	93-189 (138)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	139,41±22,45	94-189 (137)	-1,326	^b 0,186
	Evet	143,45±20,31	92-189 (145)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	141,38±21,11	100-187 (145)		
	Hayır	142,87±20,36	93-189 (145)	0,058	^a 0,948
	Kararsızım	142,57±21,69	92-189 (140)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanının Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Yaş</i>	<i>36-45 yaş</i>	25,5±4,67	16-36 (26)	0,703	^a 0,551
	<i>46-55 yaş</i>	25,93±4,77	17-36 (26)		
	<i>56-65 yaş</i>	25,47±5,22	14-36 (25)		
	<i>66 yaş ve üzeri</i>	26,92±4,32	19-36 (26)		
<i>Medeni durumu</i>	<i>Evli</i>	25,66±4,67	14-36 (26)	-1,051	^b 0,294
	<i>Bekâr</i>	26,42±5,44	16-36 (26)		
<i>Eğitim durumu</i>	<i>Okur-yazar</i>	25,63±4,42	15-34 (25)	0,635	^a 0,593
	<i>İlköğretim</i>	26,18±5,14	17-36 (26)		
	<i>Lise</i>	25,36±4,8	14-36 (26)		
	<i>Üniversite ve üstü</i>	26,52±5,04	18-36 (26)		
<i>Çalışma durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	25,72±4,9	16-36 (26)	-0,175	^b 0,861
	<i>Çalışmıyor</i>	25,83±4,81	14-36 (26)		
<i>Mesleği</i>	<i>Emekli</i>	28,0±4,21	18-36 (29)	12,409	^c 0,015*
	<i>Memur</i>	24,09±4,48	17-31 (24)		
	<i>İşçi</i>	24,9±5,42	16-36 (24)		
	<i>Ev Hanımı</i>	25,49±4,84	14-36 (25)		
	<i>Diğer</i>	26,9±4,31	17-34 (27)		
<i>Gelir düzeyiniz</i>	<i>Gelir giderden az</i>	25,51±4,98	17-36 (25)	0,771	^c 0,680
	<i>Gelir ve gider eşit</i>	25,94±4,65	14-36 (26)		
	<i>Gelir giderden fazla</i>	26,11±6,94	17-34 (28)		
<i>Sosyal güvence durumu</i>	<i>Sosyal güvencem yok</i>	27,36±4,73	18-36 (28)	2,406	^a 0,092
	<i>SGK</i>	25,46±4,7	14-36 (26)		
	<i>Diğer</i>	26,15±5,21	15-36 (26)		
<i>Şuanda yaşadığınız yer</i>	<i>İlçe</i>	25,53±5,21	17-36 (24)	-0,240	^b 0,810
	<i>İl</i>	25,82±4,81	14-36 (26)		

<i>Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?</i>	<i>Yalnız</i>	26,46±5,48	16-36 (26)	0,849	^a 0,429
	<i>Eşim ile/eş ve çocuklarım ile</i>	25,59±4,67	14-36 (26)		
	<i>Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile</i>	26,41±4,61	18-33 (26)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

*p<0,05

Tablo 12: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanın Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	25,85±4,94	14-36 (26)	0,081	^a 0,923
	<i>≤10\gün</i>	25,83±4,85	16-34 (26)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	25,48±4,19	17-36 (26)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	25,84±4,79	14-36 (26)	0,509	^b 0,611
	<i>1-2 kez\yıl</i>	25,29±5,3	17-36 (26)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	26,19±5,19	14-36 (26)	0,650	^a 0,523
	<i>≤5 fincan/gün</i>	25,46±4,51	17-36 (26)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	25,75±4,75	16-36 (26)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	25,11±4,84	14-36 (25)	1,603	^a 0,174
	<i>Hipertansiyon</i>	26,35±4,82	15-36 (26)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	26,92±4,88	17-36 (26)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	26,45±4,2	18-33 (26)		
	<i>Diğer</i>	26,55±4,88	18-36 (27)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	25,58±4,88	14-36 (26)	-1,658	^b 0,098
	<i>Var</i>	26,79±4,48	16-34 (27)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	25,29±5,02	14-36 (25)	-1,663	^b 0,097
	<i>Var</i>	26,24±4,62	15-36 (26)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,11±4,96	14-36 (26)	0,313	^b 0,220
	<i>Var</i>	25,41±4,63	15-36 (26)		
<i>Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz? (n=127)</i>	<i>Evet</i>	25,75±4,93	16-36 (26)	0,316	^b 0,326
	<i>Hayır</i>	24,92±4,15	15-33 (24)		
<i>Menapoza girme yaşı</i>	<i>41-50 yaş</i>	24,85±5,05	17-36 (26)	1,443	^a 0,238
	<i>51-60 yaş</i>	25,91±4,85	14-36 (26)		
	<i>61 yaş ve üzeri</i>	26,37±4,46	17-36 (26)		

Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla Kendiliğinden	25,77±4,79	14-36 (26)	-0,429	^b 0,668
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyat)	26,22±5,28	17-36 (26)		
Menopoza yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	25,71±4,81	14-36 (26)	-0,598	^b 0,550
	Evet	26,13±4,91	17-36 (26)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	25,76±4,86	14-36 (26)	-0,290	^b 0,772
	Evet	25,95±4,74	15-36 (26)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	25,82±4,85	14-36 (26)	0,196	^b 0,845
	Evet	25,63±4,7	15-36 (26)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	25,5±4,64	14-36 (25)	6,417	^c 0,268
	Anne	25±5,35	15-34 (24,5)		
	Anneanne	26,44±4,66	16-34 (27)		
	Kız kardeş	27,19±5,11	18-36 (26)		
	Hala	27,94±3,7	22-33 (28)		
	Diğer	25,61±5,16	17-36 (26)		
Kendi kendine meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	25,85±4,91	18-36 (25)	0,831	^b 0,916
	Evet	25,79±4,81	14-36 (26)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	27±3,03	24-32 (27)	1,806	^c 0,771
	Üç Ayda bir kez	25,78±4,94	17-31 (27,5)		
	Altı Ayda bir kez	25,93±5,46	14-36 (26)		
	Yılda bir	25,42±4,58	16-36 (26)		
	Hiçbir zaman	26,17±4,86	17-36 (26)		
Klinik meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	26,43±6,11	18-36 (25)	-0,202	^d 0,840
	Evet	25,79±4,8	14-36 (26)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	26,55±6,01	15-34 (28)	0,860	^c 0,835
	Altı Ayda bir kez	26±5,14	17-36 (26)		
	Yılda bir	25,65±4,74	14-36 (26)		
	Hiçbir zaman	25,98±4,69	18-36 (26)		

40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	25,53±5,29	17-36 (24)	0,985	^a 0,375
	Düzenli değil ama evet	25,64±4,58	14-36 (26)		
	Evet, 2 yılda bir	26,63±5,17	15-36 (26)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	25,45±5,46	14-36 (25)	-0,625	^b 0,532
	Evet	25,89±4,66	15-36 (26)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	25,85±4,85	15-36 (27)	0,011	^a 0,989
	Hayır	25,77±4,87	14-36 (26)		
	Kararsızım	25,86±4,78	17-36 (26)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskal Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

*p<0,05

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Sadece sosyo-demografik özelliklerden *mesleğe* göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,015; p<0,05). Emeklilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu puanlarının, memur (p=0,001) ve işçi (p=0,001) göre yüksek olması anlamlı bulunmuştur.

Tablo 13: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanın Değerlendirilmesi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanı					
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri	p
Yaş	36-45 yaş	18,42±5,56	8-27 (18,5)	0,172	^a 0,915
	46-55 yaş	18,93±5,17	9-30 (18)		
	56-65 yaş	18,84±4,41	9-28 (19)		
	66 yaş ve üzeri	19,04±4,82	12-30 (19)		
Medeni durumu	Evli	18,73±5,13	9-30 (18)	-0,502	^b 0,616
	Bekâr	19,11±4,58	8-28 (19)		

Eğitim durumu	Okur-yazar	18,05±4,46	9-30 (18)	1,208	^a 0,307
	İlköğretim	19,32±5,63	9-30 (19)		
	Lise	18,69±4,75	8-28 (18,5)		
	Üniversite ve üstü	19,71±5,04	9-27 (19)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	18,48±5,58	8-28 (18)	-0,667	^b 0,505
	Çalışmıyor	18,92±4,81	9-30 (19)		
Mesleği	Emekli	19,3±3,9	11-28 (19)	7,614	^c 0,107
	Memur	16,18±5,13	9-25 (18)		
	İşçi	17,43±5,78	8-28 (17,5)		
	Ev Hanımı	18,84±4,98	9-30 (18)		
	Diğer	20,05±5	9-28 (20)		
Gelir düzeyiniz	Gelir giderden az	18,46±5,03	8-28 (18)	3,714	^c 0,156
	Gelir ve gider eşit	18,83±5,06	9-30 (18)		
	Gelir giderden fazla	21,67±3,61	15-27 (22)		
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvencem yok	19,21±5,12	10-27 (18)	0,553	^a 0,576
	SGK	18,6±5,17	8-30 (18)		
	Diğer	19,32±4,4	9-28 (19)		
Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	18,76±5,31	12-28 (17)	-0,032	^b 0,974
	İl	18,81±5,02	8-30 (19)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz ?	Yalnız	19,13±4,62	8-28 (19)	-0,193	^a 0,823
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	18,7±5,11	9-30 (18)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	19,12±5,4	9-27 (18)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Tablo 14: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanının Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Fiziksel Aktivite Puanı</i>			
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	<i>p</i>
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	18,89±4,99	9-30 (18)	0,285	^a 0,752
	<i>≤10\gün</i>	18,85±5,07	8-27 (19)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	18,18±5,24	9-27 (18)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	18,8±4,99	9-30 (18)	-0,006	^b 0,995
	<i>1-2 kez\yıl</i>	18,81±5,62	8-27 (19)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	18,95±5,04	9-29 (19)	-0,279	^a 0,757
	<i>≤5 fincan/gün</i>	18,54±4,9	8-30 (18)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	19,05±5,29	9-30 (18)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	18,14±5,11	8-29 (18)	1,440	^a 0,221
	<i>Hipertansiyon</i>	19,29±4,3	12-28 (19)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	20,15±5,82	9-30 (21,5)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	19,15±5,85	9-30 (18)		
	<i>Diğer</i>	19,52±4,63	9-27 (19)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	18,72±5,11	8-30 (18)	-0,558	^b 0,578
	<i>Var</i>	19,15±4,67	9-30 (19)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	18,46±5,23	8-29 (18)	-1,075	^b 0,283
	<i>Var</i>	19,1±4,84	9-30 (19)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	19,2±5,05	9-29 (19)	1,512	^b 0,132
	<i>Var</i>	18,3±4,97	8-30 (18)		

Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?	Evet	18,53±5,23	8-30 (19)	0,636	^b 0,526
	Hayır	17,96±4,59	9-27 (17,5)		
Menapoz girme yaşı	41-50 yaş	17,73±4,74	8-27 (18)	1,772	^a 0,172
	51-60 yaş	18,9±5,04	9-30 (18)		
	61 yaş ve üzeri	19,52±5,16	9-29 (19)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla (Kendiliğinden)	18,91±4,98	9-30 (18)	-0,395	^b 0,239
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	17,61±5,54	8-27 (19)		
	Hayır	18,97±4,9	9-30 (18)		
Menopozu yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Evet	18,18±5,46	8-28 (19)	1,090	^b 0,277
	Hayır	18,79±4,98	9-30 (18)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Evet	18,83±5,21	8-30 (18,5)	-0,056	^b 0,955
	Hayır	18,77±5,09	9-30 (18,5)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Evet	19,07±4,4	8-30 (18)	-0,294	^b 0,769
	Hayır	18,03±5,26	8-29 (18)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Anne	19,17±4,77	12-30 (18)	9,716	^c 0,084
	Anneanne	18,94±3,68	11-27 (19)		
	Kız kardeş	19,86±5,62	9-30 (19)		
	Hala	21±4,09	13-27 (20)		
	Diğer	19,48±4,67	9-27 (19)		
	Yok	18,03±5,26	8-29 (18)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Evet	19,02±4,97	9-30 (19)	-1,235	^b 0,218
	Hayır	18,19±5,17	8-29 (18)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	18,33±5,79	9-25 (17,5)	-1,235	^c 0,997
	Üç Ayda bir kez	19,06±4,22	12-27 (18)		
	Altı Ayda bir kez	18,8±4,78	9-28 (19)		
	Yılda bir	18,78±5,16	9-30 (18)		
	Hiçbir zaman	18,82±5,18	8-30 (18)		

Klinik meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	19,71±5,09	14-26 (17)	-0,829	^d 0,829
	Evet	18,78±5,03	8-30 (18,5)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	18,82±4,64	12-27 (18)	1,536	^c 0,674
	Altı Ayda bir kez	18,64±4,47	9-28 (19)		
	Yılda bir	18,98±5,24	9-30 (19)		
	Hiçbir zaman	18,4±4,93	8-30 (17)		
40 yaşından sonra mamografi çektiniz mi?	Hayır	17,78±4,65	8-29 (17)	1,860	^a 0,158
	Düzenli değil ama evet	18,83±5	9-30 (18)		
	Evet, 2 yılda bir	19,67±5,36	10-28 (19)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	17,86±5,28	8-29 (17)	-1,599	^b 0,111
	Evet	19,04±4,94	9-30 (19)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	18,54±4,6	8-27 (18)	0,041	^a 0,960
	Hayır	18,82±5,01	9-29 (19)		
	Kararsızım	18,86±5,22	9-30 (18)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 15: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Beslenme Puanının Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Beslenme Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Yaş</i>	<i>36-45 yaş</i>	24,53±3,23	18-32 (24)	0,657	^a 0,579
	<i>46-55 yaş</i>	24,02±3,44	16-32 (24)		
	<i>56-65 yaş</i>	24,61±3,23	18-32 (24)		
	<i>66 yaş ve üzeri</i>	24,04±3,35	18-32 (23)		
<i>Medeni durumu</i>	<i>Evli</i>	24,23±3,27	16-32 (24)	-0,712	^b 0,477
	<i>Bekâr</i>	24,58±3,56	18-32 (24)		
<i>Eğitim durumu</i>	<i>Okur-yazar</i>	24,28±3,42	18-32 (24)	1,495	^a 0,216
	<i>İlköğretim</i>	24,03±3,42	16-32 (24)		
	<i>Lise</i>	24,26±3,14	18-31 (24)		
	<i>Üniversite ve üstü</i>	25,71±3,15	19-32 (25)		
<i>Çalışma durumu</i>	<i>Çalışıyor</i>	24,35±3,23	16-31 (24)	0,189	^b 0,850
	<i>Çalışmıyor</i>	24,27±3,37	18-32 (24)		
<i>Mesleği</i>	<i>Emekli</i>	25,04±3,01	21-32 (24)	0,690	^c 0,953
	<i>Memur</i>	23,82±3,25	18-29 (24)		
	<i>İşçi</i>	24,2±2,87	16-30 (24)		
	<i>Ev Hanımı</i>	24,2±3,42	18-32 (24)		
	<i>Diğer</i>	24,4±3,51	18-31 (24)		
<i>Gelir düzeyiniz</i>	<i>Gelir giderden az</i>	24,15±3,45	16-32 (24)	2,051	^c 0,359
	<i>Gelir ve gider eşit</i>	24,29±3,28	18-32 (24)		
	<i>Gelir giderden fazla</i>	25,89±2,76	23-30 (25)		
<i>Sosyal güvence durumu</i>	<i>Sosyal güvencem yok</i>	25,03±3,43	18-31 (25)	0,918	^a 0,400
	<i>SGK</i>	24,19±3,33	16-32 (24)		
	<i>Diğer</i>	24,25±3,23	18-32 (24)		

Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	23,24±2,82	18-29 (24)	-1,355	^b 0,177
	İl	24,36±3,35	16-32 (24)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	24,57±3,59	18-32 (24)	1,396	^a 0,249
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	24,14±3,2	16-32 (24)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	25,41±3,99	18-32 (25)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

**p<0,01

Tablo 16: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Beslenme Puanının Değerlendirilmesi

		Sağlıklı Yaşam Biçimi			p
		Davranışları Ölçeği Beslenme			
		Puanı			
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri	
Sigara kullanımı	Hayır	24,21±3,29	16-32 (24)	0,370	^a 0,691
	≤10\gün	24,63±3,48	18-31 (24)		
	10-20 arası \gün	24,21±3,31	18-32 (24)		
Alkol kullanımı	Hayır	24,25±3,33	16-32 (24)	-0,873	^b 0,383
	1-2 kez\yıl	24,9±3,28	18-31 (24)		
Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?	Hiç	24,29±3,58	18-32 (24)	0,399	^a 0,672
	≤5 fincan/gün	24,14±3,25	16-32 (24)		
	5-10 fincan/gün	24,61±3	18-31 (25)		
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	24,14±3,2	18-32 (24)	0,878	^a 0,478
	Hipertansiyon	24,08±3,56	16-32 (24)		
	Diyabet(Şeker Hastalığı)	24,35±3,05	19-31 (24)		
	Kalp Hastalığı	25,45±2,7	22-32 (25)		
	Diğer	24,71±3,96	18-32 (24)		
Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?	Yok	24,15±3,35	18-32 (24)	-1,531	^b 0,127
	Var	24,92±3,16	16-31 (25)		
Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?	Yok	24,13±3,29	18-32 (24)	-0,784	^b 0,434
	Var	24,44±3,36	16-32 (24)		
Daha önce ameliyat öykünüz var mı?	Yok	24,3±3,25	18-32 (24)	0,048	^b 0,962
	Var	24,28±3,44	16-32 (24)		
Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?	Evet	24,15±3,07	18-32 (24)	-0,537	^b 0,592
	Hayır	24,48±3,93	16-32 (25)		

Menapoz girme yaşı	41-50 yaş	23,85±3,2	16-32 (24)	1,441	^a 0,238
	51-60 yaş	24,55±3,48	18-32 (24)		
	61 yaş ve üzeri	23,87±2,86	18-32 (23)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla (Kendiliğinden)	24,27±3,36	16-32 (24)	-0,407	^b 0,684
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	24,57±2,98	18-32 (24)		
Menopozu yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	24,24±3,3	18-32 (24)	-0,565	^b 0,572
	Evet	24,51±3,44	16-32 (24)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	24,25±3,3	18-32 (24)	-0,445	^b 0,656
	Evet	24,45±3,45	16-32 (24)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	24,25±3,32	16-32 (24)	-0,671	^b 0,503
	Evet	24,7±3,37	19-32 (25)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	24,31±3,11	16-32 (24)	-1,555	^c 0,103
	Anne	23,92±4,07	18-31 (24,5)		
	Anneanne	24,69±3,09	20-32 (24)		
	Kız kardeş	24±2,61	18-30 (24)		
	Hala	26,29±3,53	19-32 (26)		
	Diğer	23,86±3,63	18-32 (24)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	23,8±2,84	18-32 (23)	-1,498	^b 0,135
	Evet	24,47±3,47	16-32 (24)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	26,33±2,16	24-30 (26)	5,254	^c 0,262
	Üç Ayda bir kez	24,28±3,68	18-32 (24,5)		
	Altı Ayda bir kez	24,37±3,47	16-32 (24)		
	Yılda bir	24,4±3,4	18-32 (24)		
	Hiçbir zaman	23,97±3,14	18-32 (24)		
Klinik meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	25,57±2,3	23-30 (25)	7,135	^d 0,207
	Evet	24,26±3,34	16-32 (24)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	25,18±4,02	18-32 (26)	1,575	^c 0,665
	Altı Ayda bir kez	24,31±3,32	18-32 (24)		
	Yılda bir	24,23±3,33	16-32 (24)		
	Hiçbir zaman	24,31±3,26	19-32 (24)		

40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	24,2±3,13	18-32 (24)	0,079	^a 0,924
	Düzenli değil ama				
	evet	24,28±3,43	16-32 (24)		
	Evet, 2 yılda bir	24,44±3,21	18-32 (24)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	23,24±2,64	16-30 (23)	-2,726	^b 0,007**
	Evet	24,56±3,43	18-32 (24)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	23,58±3,61	19-32 (24)	2,102	^a 0,127
	Hayır	24,12±3,21	16-32 (24)		
	Kararsızım	24,84±3,41	18-32 (25)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

**p<0,01

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarından *meme kanseri hakkında bilgi alma durumuna* göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,007; p<0,01). Meme kanseri hakkında bilgi alanlarda beslenme alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanının Değerlendirilmesi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanı				
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri
				p
Yaş	36-45 yaş	27,18±5,33	15-36 (27)	0,270
	46-55 yaş	26,54±5,06	15-36 (26)	
	56-65 yaş	27±4,92	16-36 (27)	
	66 yaş ve üzeri	26,96±4,96	15-36 (28,5)	

Medeni durumu	Evli	26,76±4,89	15-36 (26,5)	-0,549	^b0,583
	Bekâr	27,18±5,76	15-36 (28)		
Eğitim durumu	Okur-yazar	26,33±4,59	15-36 (27)	1,031	^a0,379
	İlköğretim	27,26±5,37	15-36 (26)		
	Lise	26,55±5,25	15-36 (27)		
	Üniversite ve üstü	28,1±4,45	22-36 (27)		
	Çalışıyor	26,57±5,41	15-36 (26)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	26,95±4,94	15-36 (27)	-0,565	^b0,572
	Emekli	28,11±4,84	21-36 (28)		
Mesleği	Memur	25,73±5,12	16-36 (26)	3,070	^c0,546
	İşçi	26,23±6,01	15-36 (26)		
	Ev Hanımı	26,77±4,94	15-36 (27)		
	Diğer	27,1±5,04	15-36 (27)		
	Gelir giderden az	26,49±5,1	15-36 (26)		
Gelir düzeyiniz	Gelir ve gider eşit	26,83±5,02	15-36 (27)	5,555	^c0,062
	Gelir giderden fazla	30,67±4,3	23-36 (31)		
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvencem yok	27,97±5,59	19-36 (28)	1,561	^a0,212
	SGK	26,52±4,98	15-36 (26)		
	Diğer	27,4±4,97	18-36 (27)		
Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	26,41±5,95	19-36 (24)	-0,363	^b0,717
	İl	26,87±5,01	15-36 (27)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	27,24±5,8	15-36 (28)	0,224	^a0,799
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	26,73±4,95	15-36 (26)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	27±4,11	19-33 (27)		
	Diğer				

Tablo 18: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanın Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Manevi Gelişim Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	27,01±4,85	15-36 (27)	0,479	^a 0,620
	<i>≤10gün</i>	26,27±5,56	15-36 (26)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	26,91±5,43	19-36 (26)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	26,82±5,06	15-36 (27)	-0,325	^b 0,745
	<i>1-2 kez\yıl</i>	27,19±5,15	16-36 (27)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	27,38±4,87	15-36 (28)	1,105	^a 0,364
	<i>≤5 fincan/gün</i>	26,47±4,92	16-36 (26)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	26,59±5,63	15-36 (26)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	26,46±5,17	15-36 (26)	1,601	^a 0,174
	<i>Hipertansiyon</i>	27,15±5,35	15-36 (27)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	29,04±5,06	19-36 (29)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	26,6±4,41	15-32 (27,5)		
	<i>Diğer</i>	26,32±3,97	19-36 (26)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,82±5,15	15-36 (27)	-0,187	^b 0,851
	<i>Var</i>	26,96±4,69	15-36 (27)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,58±5,02	15-36 (26)	-0,882	^b 0,412
	<i>Var</i>	27,07±5,1	15-36 (27)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	27,11±4,86	15-36 (27)	1,012	^b 0,312
	<i>Var</i>	26,5±5,31	15-36 (27)		
<i>Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?</i>	<i>Evet</i>	27,15±5,37	15-36 (27)	1,650	^b 0,102
	<i>Hayır</i>	25,58±5,13	15-36 (26)		

Menapoz girme yaşı	41-50 yaş	26,96±5,67	16-36 (26)	0,519	^a 0,596
	51-60 yaş	26,64±5,05	15-36 (27)		
	61 yaş ve üzeri	27,43±4,51	19-36 (28)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla (Kendiliğinden)	26,83±4,97	15-36 (27)	-0,196	^b 0,844
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	27,04±6,12	16-36 (27)		
Menopozu yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	26,62±4,92	15-36 (27)	-1,470	^b 0,143
	Evet	27,69±5,52	16-36 (27)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	26,82±4,96	15-36 (27)	-0,146	^b 0,884
	Evet	26,92±5,42	15-36 (26)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	26,95±5,02	15-36 (27)	1,151	^b 0,251
	Evet	25,78±5,44	15-36 (26)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	26,74±5	15-36 (26)	2,082	^c 0,838
	Anne	25,58±6	15-36 (26)		
	Anneanne	27,19±4,61	15-36 (28)		
	Kız kardeş	27,9±5,07	19-36 (29)		
	Hala	27,47±3,69	21-33 (27)		
	Diğer	26,95±5,3	16-36 (27)		
Kendi kendine meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	26,92±4,51	15-36 (27)	0,162	^b 0,882
	Evet	26,82±5,25	15-36 (27)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	25,17±2,23	22-28 (25)	1,787	^c 0,775
	Üç Ayda bir kez	26,44±5,52	16-36 (26,5)		
	Altı Ayda bir kez	27,33±5,45	16-36 (27)		
	Yılda bir	26,6±5,06	15-36 (27)		
	Hiçbir zaman	27,07±4,91	15-36 (27)		
Klinik meme muayenesini duydunuz mu?	Hayır	27±4,55	23-36 (27)	961,000	^d 0,905
	Evet	26,84±5,08	15-36 (27)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	25,55±6,07	16-36 (26)	1,661	^c 0,646
	Altı Ayda bir kez	26,64±5,42	16-36 (26)		
	Yılda bir	27,03±5,01	15-36 (27)		
	Hiçbir zaman	26,69±4,8	15-36 (27)		

40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	26,75±4,69	15-36 (27)	0,022	^a 0,978
	Düzenli değil ama evet	26,89±5,25	15-36 (27)		
	Evet, 2 yılda bir	26,78±4,84	16-36 (26)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	26,83±5,1	17-36 (26)	-0,028	^b 0,978
	Evet	26,85±5,06	15-36 (27)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	25,54±5,36	15-36 (26)	1,092	^a 0,337
	Hayır	27,09±4,95	15-36 (27)		
	Kararsızım	26,74±5,18	15-36 (27)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanının Değerlendirilmesi

		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanı			
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri	p
Yaş	36-45 yaş	26,8±5,14	16-35 (28)	0,156	^a 0,926
	46-55 yaş	26,39±5,29	16-35 (27)		
	56-65 yaş	26,35±5,17	15-35 (27)		
	66 yaş ve üzeri	26,12±4,07	19-35 (26)		
Medeni durumu	Evli	26,45±5,07	15-35 (27)	0,022	^b 0,893
	Bekâr	26,44±5,31	16-35 (27)		

Eğitim durumu	Okur-yazar	26±4,62	16-33 (27)	1,304	^a 0,273
	İlköğretim	26,9±5,61	16-35 (28)		
	Lise	26±5,07	15-35 (27)		
	Üniversite ve üstü	27,95±4,32	21-35 (28)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	26,28±5,68	16-35 (27)	-0,349	^b 0,727
	Çalışmıyor	26,51±4,88	15-35 (27)		
Mesleği	Emekli	27,26±4,41	19-35 (27)	2,994	^c 0,559
	Memur	25,64±5,48	16-33 (24)		
	İşçi	25,1±6,08	16-35 (25)		
	Ev Hanımı	26,44±4,98	15-35 (27)		
	Diğer	27,2±5,21	16-34 (28)		
Gelir düzeyiniz	Gelir giderden az	26,22±5,01	16-35 (27)	2,651	^c 0,266
	Gelir ve gider eşit	26,44±5,17	15-35 (27)		
	Gelir giderden fazla	29,11±4,34	21-34 (30)		
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvencem yok	26,58±5,03	18-35 (27)	1,249	^a 0,288
	SGK	26,18±5,2	15-35 (27)		
	Diğer	27,42±4,72	17-35 (28)		
Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	26,47±5,17	21-35 (27)	0,17	^b 0,896
	İl	26,45±5,11	15-35 (27)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Yalnız	26,43±5,36	16-35 (27)	0,264	^a 0,768
	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	26,52±5,07	15-35 (27)		
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	25,59±4,9	17-33 (28)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Tablo 20: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanının Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	26,21±5,07	15-35 (27)	1,044	^a 0,353
	<i>≤10\gün</i>	26,61±5,44	16-34 (28)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	27,58±4,66	18-35 (28)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	26,36±5,12	15-35 (27)	-1,090	^b 0,276
	<i>1-2 kez\yıl</i>	27,62±4,81	16-35 (28)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	26,58±5,17	15-35 (28)	0,688	^a 0,504
	<i>≤5 fincan/gün</i>	26,06±5,1	16-35 (27)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	26,97±5,01	16-35 (28)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	26,25±5,27	15-35 (27)	1,048	^a 0,383
	<i>Hipertansiyon</i>	26,14±5,28	16-35 (27)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	28,31±5,43	17-35 (31)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	26±4,44	20-33 (26,5)		
	<i>Diğer</i>	26,77±3,85	18-35 (27)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,42±5,18	15-35 (27)	-0,183	^b 0,855
	<i>Var</i>	26,57±4,81	16-33 (27)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,44±5,21	15-35 (27)	0,017	^b 0,985
	<i>Var</i>	26,46±5,03	16-35 (27)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	26,34±5,09	15-35 (27)	-0,414	^b 0,679
	<i>Var</i>	26,59±5,14	16-35 (27)		
<i>Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?</i>	<i>Evet</i>	27,07±4,94	16-35 (27)	1,257	^b 0,211
	<i>Hayır</i>	25,9±5,39	16-33 (27)		
<i>Menapoza girme yaşı</i>	<i>41-50 yaş</i>	26,6±5,64	16-35 (27,5)	0,259	^a 0,772
	<i>51-60 yaş</i>	26,54±5,06	15-35 (28)		
	<i>61 yaş ve üzeri</i>	26±4,76	17-35 (26)		

Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla Kendiliğinden	26,39±5,1	15-35 (27)	-0,623	^b 0,534
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	27,09±5,26	16-35 (27)		
Menopoza yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	26,24±5,06	15-35 (27)	-1,345	^b 0,180
	Evet	27,23±5,23	16-35 (28)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	26,58±5,05	15-35 (27)	0,787	^b 0,432
	Evet	26,02±5,3	16-35 (27)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	26,51±5,12	15-35 (27)	0,639	^b 0,524
	Evet	25,85±5,01	17-35 (27)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	26,14±5,24	15-35 (27)	3,003	^c 0,699
	Anne	26,13±4,93	16-33 (26,5)		
	Anneanne	26,13±4,53	16-33 (27)		
	Kız kardeş	27,95±5,2	17-35 (29)		
	Hala	26,53±3,74	17-32 (28)		
	Diğer	26,86±5,33	16-35 (28)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduğunuz mu?	Hayır	26,24±5,32	17-35 (27)	-0,413	^b 0,680
	Evet	26,52±5,04	15-35 (27)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	26,33±3,72	21-31 (27)	0,996	^c 0,910
	Üç Ayda bir kez	25,78±5,33	16-33 (25)		
	Altı Ayda bir kez	26,83±5,57	15-35 (28)		
	Yılda bir	26,32±5	16-35 (27)		
	Hiçbir zaman	26,53±5,08	16-35 (27)		
Klinik meme muayenesini duyduğunuz mu?	Hayır	27,14±4,49	21-35 (27)	949,00	^d 0,850
	Evet	26,43±5,12	15-35 (27)		
Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyor musunuz?	Üç Ayda bir kez	24,91±5,39	16-34 (24)	1,024	^c 0,795
	Altı Ayda bir kez	26,76±5,18	16-35 (27)		
	Yılda bir	26,44±5,1	15-35 (27)		
	Hiçbir zaman	26,53±5,09	17-35 (27,5)		
40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	26,27±5,24	17-35 (27)	0,144	^c 0,866
	Düzenli değil ama evet	26,57±5,11	15-35 (27,5)		
	Evet, 2 yılda bir	26,2±5,04	16-35 (27)		

Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	25,9±5,54	15-35 (26)	-0,923	^b 0,357
	Evet	26,59±4,99	16-35 (28)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	26,81±4,94	18-35 (27)	0,472	^a 0,624
	Hayır	26,62±5,11	15-35 (27)		
	Kararsızım	26,02±5,16	16-35 (27)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 21: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanın Değerlendirilmesi

		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanı			p
		Ort±SS	Min-Max (Medyan)	Test Değeri	
Yaş	36-45 yaş	20,62±3,98	13-30 (21)	0,269	^a 0,840
	46-55 yaş	20,24±3,71	13-30 (20)		
	56-65 yaş	20,49±4,35	13-30 (21)		
	66 yaş ve üzeri	20,88±3,5	14-30 (20)		
Medeni durumu	Evli	20,3±3,86	13-30 (20)	-1,312	^b 0,191
	Bekâr	21,07±4,13	13-30 (21)		
Eğitim durumu	Okur-yazar	20,16±3,65	13-30 (20)	0,906	^a 0,439
	İlköğretim	20,3±4,28	13-30 (20)		
	Lise	20,59±3,75	13-30 (21)		
	Üniversite ve üstü	21,67±3,85	15-30 (22)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	20,3±4,19	13-30 (20)	-0,388	^b 0,689
	Çalışmıyor	20,5±3,82	13-30 (20)		

Mesleği	Emekli	20,78±3,25	15-30 (21)	3,756	^c 0,440
	Memur	18,91±3,48	13-24 (20)		
	İşçi	20,3±5,25	15-30 (18,5)		
	Ev Hanımı	20,41±3,92	13-30 (20)		
	Diğer	20,93±3,28	13-28 (21)		
Gelir düzeyiniz	Gelir giderden az	20,3±4	13-30 (20)	2,861	^c 0,239
	Gelir ve gider eşit	20,41±3,83	13-30 (20)		
	Gelir giderden fazla	22,78±4,47	15-29 (22)		
Sosyal güvence durumu	Sosyal güvencem yok	20,18±3,37	14-30 (21)	1,000	^a 0,369
	SGK	20,32±3,97	13-30 (20)		
	Diğer	21,13±4,04	13-30 (21)		
Şuanda yaşadığınız yer	İlçe	20,47±4,42	14-30 (20)	0,022	^b 0,982
	İl	20,45±3,89	13-30 (20)		
	Yalnız	21,11±4,16	13-30 (21)		
Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	Eşim ile/eş ve çocuklarım ile	20,33±3,9	13-30 (20)	1,049	^a 0,352
	Benim/eşimin anne babası, eşim ve çocuklarım ile	19,88±3,22	16-26 (20)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Tablo 22: Yaşam Alışkanlıkları ve Sağlık Davranışlarına Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanının Değerlendirilmesi

		<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Stres Yöntemi Puanı</i>			<i>p</i>
		<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Test Değeri</i>	
<i>Sigara kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	20,49±4,06	13-30 (20)	1,050	^a 0,353
	<i>≤10\gün</i>	20,07±3,52	13-29 (20)		
	<i>10-20 arası \gün</i>	20,91±3,76	15-30 (21)		
<i>Alkol kullanımı</i>	<i>Hayır</i>	20,38±3,87	13-30 (20)	0,514	^b 0,598
	<i>1-2 kez/yıl</i>	21,33±4,46	13-30 (22)		
<i>Günlük tükettiğiniz kafein (çay, kahve, kola) miktarı ne kadardır?</i>	<i>Hiç</i>	20,55±4,12	13-30 (21)	2,394	^a 0,093
	<i>≤5 fincan/gün</i>	19,93±3,63	13-30 (20)		
	<i>5-10 fincan/gün</i>	21,26±3,99	13-30 (21)		
<i>Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</i>	<i>Hayır</i>	20,28±3,99	13-30 (20)	0,437	^a 0,782
	<i>Hipertansiyon</i>	20,64±3,93	13-30 (21)		
	<i>Diyabet(Şeker Hastalığı)</i>	20,54±3,81	15-30 (21)		
	<i>Kalp Hastalığı</i>	19,9±3,77	14-30 (20)		
	<i>Diğer</i>	21,13±3,88	15-30 (21)		
<i>Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?</i>	<i>Yok</i>	20,33±4,01	13-30 (20)	-1,093	^b 0,274
	<i>Var</i>	20,98±3,45	15-30 (21)		
<i>Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?</i>	<i>Yok</i>	20,28±3,93	13-30 (20)	-1,093	^b 0,493
	<i>Var</i>	20,6±3,92	13-30 (20)		
<i>Daha önce ameliyat öykünüz var mı?</i>	<i>Yok</i>	20,54±3,87	13-30 (21)	0,427	^b 0,670
	<i>Var</i>	20,34±3,99	13-30 (20)		
<i>Tekrar ameliyat olmaktan korkuyor musunuz?</i>	<i>Evet</i>	20,89±4,23	13-30 (21)	1,899	^b 0,060
	<i>Hayır</i>	19,54±3,52	13-29 (19,5)		

Menapozaya girme yaşı	41-50 yaş	20,46±4,13	13-30 (20,5)	0,048	^a 0,953
	51-60 yaş	20,4±3,86	13-30 (20)		
	61 yaş ve üzeri	20,59±3,96	15-30 (20)		
Menopozunuz nasıl gerçekleşti?	Doğal yolla (Kendiliğinden)	20,43±3,9	13-30 (20)	-0,313	^b 0,754
	Cerrahi yolla (Rahim ameliyatı, histerektomi)	20,7±4,25	13-30 (21)		
Menopozaya yönelik herhangi bir tedavi alıyor musunuz?	Hayır	20,3±3,9	13-30 (20)	-1,273	^b 0,204
	Evet	21,02±3,98	13-30 (21)		
Daha önce memenizde herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konuldu mu?	Hayır	20,46±3,86	13-30 (20)	0,60	^b 0,952
	Evet	20,42±4,14	13-30 (20)		
Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?	Hayır	20,4±3,88	13-30 (20)	-0,611	^b 0,542
	Evet	20,89±4,34	13-30 (20)		
Ailenizde meme kanseri tanısı almış olan birisi/birileri var mı?	Yok	19,97±3,97	14-30 (20)	9,099	^c 0,105
	Anne	21,42±3,79	13-30 (22)		
	Anneanne	20,31±2,85	15-25 (20,5)		
	Kız kardeş	21,81±4,6	15-30 (20)		
	Hala	21,35±2,47	16-26 (22)		
	Diğer	20,53±4,07	13-30 (21)		
Kendi kendine meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	20,19±4,07	14-30 (20)	-0,675	^b 0,500
	Evet	20,54±3,87	13-30 (20)		
Ne sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?	Ayda bir kez	21,17±4,17	18-27 (19)	0,479	^c 0,976
	Üç Ayda bir kez	20,89±3,46	13-29 (20,5)		
	Altı Ayda bir kez	20,54±4,47	13-30 (21)		
	Yılda bir	20,21±3,61	13-30 (20)		
	Hiçbir zaman	20,58±4,1	13-30 (20,5)		
Klinik meme muayenesini duyduunuz mu?	Hayır	22,14±5,76	15-30 (22)	-0,816	^d 0,414
	Evet	20,41±3,87	13-30 (20)		

Ne sıklıkta klinik meme muayenesi (hekim, hemşire, ebe) yaptırıyorsunuz?	Üç Ayda bir kez	19,45±4,27	13-28 (19)	0,946	^c 0,814
	Altı Ayda bir kez	20,53±4,09	13-30 (20)		
	Yılda bir	20,39±3,81	13-30 (21)		
	Hiçbir zaman	20,74±4,09	14-30 (20,5)		
40 yaşından sonra mamografi çektirdiniz mi?	Hayır	20,47±4,52	14-30 (20)	0,039	^a 0,961
	Düzenli değil ama evet	20,48±3,69	13-30 (21)		
	Evet, 2 yılda bir	20,31±4,14	13-30 (20)		
Meme kanseri hakkında hiç bilgi aldınız mı?	Hayır	20,14±4,46	14-30 (19)	-0,677	^b 0,499
	Evet	20,53±3,78	13-30 (21)		
Meme kanseri hakkındaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?	Evet	21,08±3,89	13-30 (21)	0,456	^a 0,634
	Hayır	20,46±3,9	13-30 (20)		
	Kararsızım	20,24±3,98	13-30 (20)		

^aOne-Way Anova Testi

^bIndependent Sample T Testi

^cKruskall Wallis Testi

^dMann Whitney U Testi

Sosyo-demografik özelliklere, yaşam alışkanlıkları ve sağlık davranışlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği stres yönetimi alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 23: Meme Kanseri Korku Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişkin İncelenmesi

Meme Kanseri Korku		
Sağlık sorumluluğu	r	.168**
	p	0,004
Fiziksel aktivite	r	-0,096
	p	0,104
Beslenme	r	-0,026
	p	0,665
Manevi gelişim	r	0,114
	p	0,054

<i>Kişilerarası ilişki</i>	<i>r</i>	.299**
	<i>p</i>	<0,001
<i>Stres yönetimi</i>	<i>r</i>	.229**
	<i>p</i>	<0,001
<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları</i>	<i>r</i>	.156**
	<i>p</i>	0,008

r=Pearson Correlation

***p*<0,01

Meme kanseri korku toplam puanı ile sağlık sorumluluğu puanı arasında pozitif yönlü %16,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,168$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Meme kanseri korku toplam puanı ile fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Meme kanseri korku toplam puanı ile kişilerarası ilişki puanı arasında pozitif yönlü %29,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,299$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Meme kanseri korku toplam puanı ile stres yönetimi puanı arasında pozitif yönlü %22,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,22,9$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Meme kanseri korku toplam puanı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı arasında pozitif yönlü %15,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,156$; $p=0,004$; $p<0,01$).

Tablo 24: Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi

	β	SD	t	p
<i>Sağlık Sorumluluğu</i>	0,106	0,037	2,825	0,005*
<i>Fiziksel Aktivite</i>	-0,087	0,044	-1,994	0,047*
<i>Beslenme</i>	-0,017	0,027	-0,647	<0,001**
<i>Manevi Gelişim</i>	0,072	0,039	1,836	0.067
<i>Kişilerarası ilişkiler</i>	0,196	0.039	5,024	<0,001**
<i>Stres Yöntemi</i>	0,118	0,030	3,955	<0,001**
<i>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları</i>	0,388	0,163	2,379	0,018*

Bağımlı değişken; Meme Kanseri Korkusu

**p<0.001

*p<0.05

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korkusu” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “sağlıklı yaşam biçimi davranışları” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (p=0.018; Adjusted R2: 0.016). Meme kanseri korkusunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif yönlü 0.016 birimlik etkiye sahiptir. Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “sağlık sorumluluğu” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (p=0.005; Adjusted R2: 0.024). Sağlık sorumluluğunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif yönlü 0,024 birimlik etkiye sahiptir.

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “fiziksel aktivite” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (p=0.047; Adjusted R2: 0.010). Sağlık sorumluluğunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif yönlü 0,010 birimlik etkiye sahiptir.

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “beslenme” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (p<0.001; Adjusted R2: -0.002). Sağlık sorumluluğunun, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde negatif yönlü 0,002 birimlik etkiye sahiptir.

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “manevi gelişim” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmamıştır (p=0.067). Anlamlı etkisi bulunmamaktadır.

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “kişilerarası ilişkiler” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur

($p < 0.001$; Adjusted $R^2: 0.078$). Kişilerarası ilişkilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif yönlü 0,078 birimlik etkiye sahiptir.

Bağımsız değişken olarak ele alınan “meme kanseri korku” ile bağımlı değişken olarak ele alınan “stres yöntemi” arasındaki regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$; Adjusted $R^2: 0.048$). Stres yönetimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde pozitif yönlü 0.048 birimlik etkiye sahiptir.



5. TARTIŞMA

Meme kanserine yönelik Globocan 2020 verilerine göre, meme kanseri nedeniyle 2015 yılında hayatını kaybeden kadın sayısı 570.000 iken bu sayı 2020 yılında 685.000'e yükselmiştir ve 2040 yılında ise bu sayının 991.000 olacağı tahmin edilmektedir (IARC 2020) . Gün geçtikçe artan meme kanseri vakaları ve mortalite oranında artış, kişilerde meme korkusuna neden olmaktadır (Ersin ve Dedeoğlu 2020, Stan et al 2020).

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınlarda MKKÖ puan ortalaması $24,97 \pm 7,48$ olarak bulunmuştur (min-max:8-40, Tablo 6). Bu durum katılımcıların yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığını göstermektedir (8-15 puan düşük düzey, 16-23 puan orta düzey, 24-40 puan yüksek düzey). Literatürde, kadınlarda meme kanseri korkusunun yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur (Çal 2018, Coşkun 2019, Yılmaz 2020, Cruickshank et al 2020, Emami ve ark 2021, Yılmaz ve ark 2022). Kadınlarda orta düzey meme kanseri korkusu olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (Lee 2011, Seçginli 2012, Kayar 2019, Ersin ve Dedeoğlu 2020). Yapılan çalışmalar kadınların meme kanserinden orta ve yüksek düzeyde korktuğunu göstermektedir. Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda yer alan menopoz dönemindeki kadınların meme kanseri korkusu yaşama nedeni, meme kanserinin kadınlarda görülen en sık kanser olması, kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılanması, bireyin içinde bulunduğu yaşam koşullarının meme kanseri riskini artırıcı faktörleri barındırmasıdır. Ayrıca bu çalışmada korku düzeyinin yüksek olmasını etkileyen önemli unsurun menopoz dönemine girmeye bağlı hormonal ve emosyonel değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınlarda SYBDÖ-II puan ortalaması $142,64 \pm 20,78$ olarak bulunmuştur (min-max:52-208, Tablo 6). Bu durum katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek ölçüde uyguladığını ve olumlu olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutundan manevi gelişim ($26,84 \pm 5,06$) ve kişilerarası ilişkiler ($26,45 \pm 5,1$) ölçek puanları en yüksek, fiziksel aktivite ($18,8 \pm 5,02$) ölçek puanı en düşük saptanmıştır (Tablo 5). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da bizim sonucumuzla paralel olarak SYBDÖ toplam puan ortalamasının orta ve yüksek olduğu, alt boyutlardan en

yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın da fiziksel aktivite olduğu bulunmuştur (Tekin 2022, Yılmaz 2020, Çetiner ve Ulupınar 2018, Yanık ve Nogay 2017, On 2016, Bostan 2013, Cürcani ve ark 2010). Çalışmamızda SYBDÖ-II yüksek düzeyde uygulanma sebebi; ulusal sağlık sorunlarının artışından kaynaklı katılımcıların kişisel sağlığına daha çok önem vermesi olarak düşünülebilir.

5.1. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE MEME KANSERİ KORKU DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Araştırmamızın sonuçlarında kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme kanseri korku puanları değerlendirildiğinde; yaş, eğitim, medeni durum, mesleki durumu, gelir düzeyi, yaşanan yer, birlikte yaşanan kişilerin meme kanseri korku puanı anlamlı olarak farklılık göstermemektedir. Bizim araştırmamıza benzer birçok çalışma mevcuttur (Norouznia 2014, Kissal ve ark 2018, Kayar 2019, Olçar 2021, Yılmaz 2022). Ersin ve Kılıç Dedeoğlu (2022)'nin çalışmasında bizim çalışmamızın aksine hemşirelerin yaş, medeni durum ve çocuk sayısı gibi sosyo-demografik özelliklerin meme kanseri korku düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir. April-Sanders ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da yaşla birlikte meme kanseri endişesinin arttığı belirlenmiştir. Öner ve arkadaşları (2015) 'nın çalışmasında 30-50 yaş grubu kadınlarda meme kanseri korkusunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özçelik (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, meme kanseri korku düzeylerinin 40 yaş üzerindeki kadınlarda 40 yaş altı kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Coşkun (2019) 'un çalışmasında evli olan kadınların bekâr olan kadınlara kıyasla meme kanseri korkusu yaşama düzeyleri yüksek saptanmıştır. Literatürde farklı olarak kadınların yaşının artması ile daha az meme kanseri korkusu yaşadığını belirtilen çalışmalarda mevcuttur (Karabaş 2013, Murphy et al 2018). Vrinten (2017) 'ın yaptığı çalışmada yaşlıların %40 'ının kanseri ölmek için iyi bir seçenek olarak gördüğü bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu literatür ile farklılık göstermektedir. Bu çalışmalardaki bulguların bizim çalışmamızdan farkı yaşlanıyor oluşun bir kaygı nedeni olarak en büyük etken olarak görülmesi ve yaş artışının ölümü algılama şeklini etkilemesidir. Kadınların yaşı ile meme kanseri korkusu arasındaki ilişki düzeyleri, psiko-sosyal-ekonomik özellikleri de dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

Aynı zamanda eğitim düzeyinin artmasına bağlı meme kanseri korkusunun arttığı ve

azaldığı birçok çalışmalar mevcuttur (Kayan 2019, Sadıç 2019, Ersin 2018, Seven ve ark. 2018, Olçar 2021). Bizim çalışmamızda etkilememesinin sebebi sosyal medya ve teknolojiye bağlı bilgilerin çok hızlı insanlara ulaşması ve tedavi olanaklarının çoğalması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda menopoz dönemi kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme kanseri korku puanları değerlendirildiğinde çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Yani çalışanların meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde çalışma durumuna tek başına etken olarak çok fazla rastlanılmamıştır. Genellikle literatürde gelir düzeyi etken olarak alınmıştır (Özcan 2018, Kayan 2019, Aydın ve Hosseinneshad 2022, Yelboğa ve Işık 2022). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Nacar (2018) 'ın çalışmasında, çalışmayan kadınların çalışanlara göre 3,2 kat ve gelir durumu düşük olan kadınların orta ve yüksek olanlara kıyasla 0,5 kat daha fazla meme kanserine yakalanma korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Kayar (2019)'ın çalışmasında meslekte 20 yıl ve üzeri çalışan kadınların meme kanseri korku düzeyleri, diğer çalışan gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum bizim çalışmamızı destekler nitelikte olabilmektedir. Bizim çalışmamızın farklı sonuçlara ulaşmasının sebebi kadınların çalışma şartlarındaki kanser yükünü yükseltebilecek etkenlere daha fazla maruz kalması olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınların sigara ve alkol kullanımı ile meme kanseri korku puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Başka bir çalışmada, yağ oranının yüksek olduğu besinler, kafein ve kırmızı et içeren diyetler meme kanseri için risk faktörüdür (Koçak ve ark 2011). Fakat günlük tüketilen kafein miktarına göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre ≤ 5 fincan/gün kafein miktarı tüketenlerin, meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları, Hiç ($p=0,002$) ve $\leq 5-10$ fincan/gün tüketenlerin göre düşük bulunmuştur. Literatür araştırıldığında meme kanseri korkusunun kafein ile ilişkisini ele alan verilere rastlanamamıştır. Bazı çalışmalarda, kahve ve kafein alımının meme kanseri riskinde azalma ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Baker et al 2006, Lowcock et al 2013, Bhoo-Pathy et al 2015). Oh ve arkadaşlarının (2015) 'nın çalışmasında kahve tüketimi ve kafein alımının meme kanseri riski ile negatif ilişkili olduğu fakat çay tüketiminin meme kanseri riski ile pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda da kafein tüketiminin meme kanseri üzerine etkisinin anlamlı farklılık göstermediği

belirtilmiştir (Ganmaa et al 2008, Ishitani et al 2008). Çalışmamız meme kanseri korkusunun kafein alımı ile ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. İstatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunsa da literatürde destekleyici çalışmalar bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızda çıkan bu durum kafein alımının kanser riskini etkilediğine dair çalışmaların çoğalmasa ve diyetisyenlerin popülerliği ile tüketimi sık olan bu ürünlerin kullanımına bağlı kişisel bilgi düzeyinin etkilediği düşünülebilir. Aynı zamanda dünya genelinde çay ve kahve çeşitliliğinin popülaritesinin artışı ile kafein alımının olumlu etkisinin varlığı üzerine çok çalışma ve reklamlar yapılarak, kadınlarda meme kanseri korkusunu pozitif yönde etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme kanseri korku puanları değerlendirildiğinde kronik hastalık bulunma durumu, psikiyatrik hastalık bulunma durumu, düzenli ilaç kullanımı, ameliyat öyküsünün olması ve buna bağlı tekrar ameliyat olma korkusu, menopozun gerçekleşme şekli, memede herhangi bir iyi huylu kitle, kist, apse tanısı konma durumu, daha önce meme kanseri tanısı alma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Rızalar ve Altay (2010) ve Aydoğdu ve Bahar (2012)'ın çalışmalarında kadınların KKMM, KMM ve mamografi yaptırdıklarında kitle bulma, kötü sonuç çıkma düşüncesinden dolayı korktukları belirtilmiş olup erken tanı davranışlarını erteledikleri tespit edilmiştir. Tuzcu ve Bahar (2015)'ın çalışmasında da benzer olarak kadınların hem kitle bulma, meme kanseri tanısı alma, radyasyona maruz kalma, meme kaybı vb. korkulardan dolayı erken tanı uygulamalarını erteledikleri saptanmıştır. Öner ve arkadaşlarının (2015)'nın çalışmalarında ise kadınların meme kanseri tanısı almaktan korktukları için doktora gitmedikleri bulunmuştur.

Meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarına olumsuz etki ettiğini gösteren çalışmaların tersine olumlu katkısı olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Polat (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada meme kanseri korkusunun erken tarama davranışları üzerinde olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Literatürde meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik birçok çalışma yer alırken meme kanseri tanısının olması ya da kitle durumunun meme kanseri korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız sonucu elde edilen bulgular, erken tanı davranışlarını uygulama durumları ve meme kanseri korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği yakın çalışmalarla incelenmiştir.

Çalışmamızda menopoza dönemindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme kanseri korku puanları değerlendirildiğinde, menopoza girme yaşı ile meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmamızda 61 yaş ve üzeri grubunun, meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları 51-60 yaş grubuna göre düşük bulunmuştur. Olçar (2021)'ın çalışmasında menopoza döneminde olan kadınların menopoza olmayan kadınlara kıyasla meme kanseri korkusu ölçeğinden aldığı puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ile sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Fakat yaş ile birlikte meme kanseri korkusunun da arttığını gösteren çok sayıda çalışma olmasına rağmen literatürde menopoza girme yaşı ile meme kanseri korkusu arasındaki ilişkiyi inceleyen sayılı çalışma mevcuttur. Özçelik (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 40 yaş üzeri kadınlarda, Lee ve arkadaşlarının (2011) ise 44-55 yaş grubu kadınlarda meme kanseri korkusu yaşama düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Karabaş (2013) 'ın çalışmasında artan yaşın ve menopoza belirtilerinin meme kanseri korkusunu yükselttiği saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda, menopoza geç giren özellikle 55 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (Karayurt ve Can 2014, Bayçelebi ve ark 2015). Çalışmamızdaki bu farklılıklar kadınların ölüm algısına, menopoza kadının üreme hayatının sona ermesi ve gecikmesinin olumsuzluk düşüncesine bağlı, sonuçları etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda menopoza dönemindeki kadınların sosyo-demografik özellikleri ile meme kanseri korku puanları değerlendirildiğinde aile de meme kanseri öyküsü, KKMM yapma durumu, KMM yapma durumu, 40 yaşından sonra mamografi çekirme durumu, meme kanseri hakkında bilgi alma durumu ve meme kanseri hakkındaki bilgisini yeterli bulma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Olçar (2021) çalışmasında annesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların kardeşi veya ablasında meme kanseri öyküsü olan kadınlara göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada kadınların birinci derece veya ikinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olduğu belirtilmiştir (Altınbaş 2019, Özçelik 2019, Sadıç 2019). Yılmaz (2020) çalışmasında ailede kanser hastası bulunan kadınların meme kanseri korku düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmamız literatürden farklılık göstermektedir. Litareture göre ailede birinci derece yakınında bir kişinin meme kanseri olanların riski yaklaşık 1,8 kat artarken, birinci derece yakınından iki kişinin olması meme kanseri riskini yaklaşık 3 kat artırdığı gözlemlenmiştir (Özmen 2012). Her kanser çeşidinde olduğu

gibi meme kanserinde de erken tanı çok önemlidir ve genetik yatkınlık gösteren bir hastalıktır (Gürel Köksal 2022). Çalışmalarda bulunan bu durumun, korkunun artışına neden olduğu düşünülebilir.

Polat ve Ersin'in (2017) çalışmasında kadınların KKMM, KMM ve mamografi çekirme davranışları ile meme kanseri korku düzeyleri arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir. Yapılan bu çalışma bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ersin ve Kılıç Dedeoğlu (2022)'nin çalışmasında hemşirelerden KKMM, KMM ve mamografi gibi uygulamaları yapanların meme kanseri korku düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Al-Naggar ve Bobryshev (2012) çalışmasında meme kanseri korkusu yaşayan kadınların mamografi çekirme oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise mamografi çektiren kadınların çekirmeyenlere göre meme kanseri korku ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ersin ve ark 2015). Çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulunamamasının nedeni araştırmanın sınırlılıkları olabilir.

5.2. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ sağlık sorumluluğu alt boyutundan mesleğe göre aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Emeklilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu puanlarının, memur ve işçi grubuna göre yüksek olması anlamlı bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamıza benzer menopoza dönemindeki kadınlar hariç daha çok üniversite öğrencileri temel alınarak yapılan SYBDÖ ilişkin çalışmalara rastlanmaktadır. Eskiocak 'ın (2021) çalışmasında mesleğe göre değerlendirmede memur grubundaki bireylerin SYBDÖ puanlarının, diğer gruptakilere göre SYBDÖ-II istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ezer ve Üstün 'ün (2022) çalışmasında, sağlık profesyonellerinin SYBDÖ, meslek ve çalışma koşulları açısından karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu puan ortalamalarının hemşirelerde hekimlere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Akın ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında sağlık yaşam biçimi davranışları incelendiğinde yükseköğretim mezunu ve çalışan kadınların sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Diğer

Çalışmaların aksine Beşer ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında gıda sektöründe çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyede olduğu, egzersiz ve sağlık sorumluluğunun en düşük puanda olduğu saptanmıştır. Şen ve arkadaşlarının (2017) alışmasında, okuyan öğrencilerin ek bir işte çalışma durumuna göre SYBDÖ-II puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışan öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler stres yönetimi ve manevi gelişim alt grubu puan ortalamaları çalışmayan öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızda sağlık sorumluluğunun emekli olan kadınlarda fazla olması; yaşa ve kişisel zaman ayırmanın daha fazla olmasına, aynı zamanda kronik hastalıkların artışına bağlı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu alt boyutundan kronik hastalık olması durumu, psikiyatrik hastalık olması durumu, düzenli kullanılan ilaç durumu ve ameliyat öyküsü gibi belirteçlere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Kalyoncuo (2021) alışmasında ilaçlarını düzenli kullananların sağlık sorumluluğunun kullanmayanlara oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Çavuşoğlu (2018) alışmasının sonucunda da kronik hastalığa yönelik ilaç kullananların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Toptaş 'ın (2020) alışmasında da bizim çalışmamıza benzer 60 yaş ve üzeri bireylerin ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ-II sağlık sorumluluğu alt boyutuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda ki sonuca göre, yaş ve eğitim düzeyinde azalmaya bağlı bilgi eksikliği olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II fiziksel aktivite alt boyutundan yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki durumu, gelir düzeyi ve etken olabilecek tüm ihtimallere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Birçok çalışmada bizim çalışmamızın aksine anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Eskiocak 'ın (2021) alışmasında memur grubundaki bireylerin fiziksel aktivite alt ölçek puanları; özel sektör, işçi grubu ve ev hanımı grubundaki bireylerin fiziksel aktivite alt ölçek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bostan ve Beşer 'ın (2017) alışmasında gelirin giderinden yüksek olduğu durumlarda hemşirelerin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimini daha

yüksek saptanmıştır. Bilal (2012), sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişki, stres yönetimi ve SYBDÖ-II toplam puanını yüksek olan kadınlarda gelir düzeyi giderden yüksek bulunmuştur. Kolaç ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında bekâr olanların fiziksel aktivite puan ortalamaları evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda çalışanların en düşük puanlarının fiziksel aktivite ve stres yönetimi olduğu da belirtilmiştir. Oliveira ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında Brezilya'nın farklı bölgelerinde yaşayan 20-59 yaş aralığındaki kadınlarda; 46 ila 59 yaşlarındaki kadınların, 20 ila 32 yaşındakilere kıyasla aktif olma şansının azaldığını, eğitim seviyesi düştükçe; fiziksel aktivite seviyelerinin düştüğü saptanmıştır. Çalışmamızda fiziksel aktivite sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı olmasa da en düşük alt boyut olarak bulunmuştur. Bu durum artan yaş ve aktifliğin azalması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II beslenme alt boyutundan meme kanseri hakkında bilgi alma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği beslenme alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Meme kanseri hakkında bilgi alanlarda beslenme alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Hartman ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada meme kanseri hastalarının kız kardeşleri ile yaptığı araştırmada, kadınların meme kanseri riskini azaltmak için fiziksel aktivite düzeylerini artırdığı, meyve ve sebze tüketimini artırdığı ve büyük kısmının mamografi çektiği saptanmıştır. Kara ve Ceylan 'ın (2022) çalışmasında beslenme konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olan bireylerin önemli bir kısmının sağlık durumlarının kötü olmadığı belirtilmiştir. Literatürde bulgularımıza dair destekleyici çalışma bulunmamaktadır. Bostan ve Beşer 'in (2017) çalışmasında 39 ve üstü yaş kadınlarda manevi gelişim, beslenme ve genel ölçek puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yaşın ilerlemesi, kadın olmak, kadınların fiziksel görünüşleri ile ilgili daha hassas olmaları, mutfakta daha fazla zaman geçirmeleri, fiziksel ihtiyaçlarımızın temeli olan beslenmeye önem vermekle ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda katılımcıların bilgiye duyarlı olması ve sağlık çalışanlarına güvenin artması sonuçlarımıza olumlu yansımış olabilir.

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II manevi gelişim alt boyutundan bulgularımızın aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Eskiocak 'ın (2021) çalışmasında en düşük puan fiziksel egzersiz alt boyutunda ve en yüksek puan manevi gelişim alt boyutunda saptanmıştır. Demir ve

Arıöz 'ün (2014) göç eden kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada en düşük puan fiziksel egzersiz alt boyutundan alınırken, en yüksek puan manevi gelişim alt boyutundan alınmıştır. Kumsar ve Pakyüz (2015) çalışmasında da en düşük puan fiziksel egzersiz alt boyutundan alınırken, en yüksek puan manevi gelişim alt boyutundan alınmıştır. Bunlara benzer literatürde yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında SYBDÖ alt boyutlarından manevi gelişim puan ortalamasının yüksek düzeyde olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Savaşan ve ark. 2013, Yılmazel ve ark 2015, Chiou et al 2016, Küçük 2016). Eskiocak 'ın (2021) çalışmasında mesleğe göre değerlendirmede memur ve özel sektör grubundaki bireylerin manevi gelişim alt ölçek işçi grubundaki bireylerin manevi gelişim alt ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Güler ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmaya göre sigara içmeyenlerde manevi gelişim alt ölçek puanları içenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine her gün sigara içen bireylerin manevi gelişim alt ölçek puanları hiç sigara içmeyen bireylerin manevi gelişim alt ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tambağ 2011, Aktaş Özakgöl ve ark 2016, Bostan ve Beşer 2017, Kolaç ve ark 2018). Çalışmamızın sonucunu belirli bir dini görüşüne sahip insanların daha yüksek sayıda olması etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II kişilerarası ilişkiler alt boyutundan bulgularımızın aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Külcü 'nün (2019) yaptığı sağlık alanında okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada en yüksek puanlar kişilerarası ilişki ve manevi gelişim alt ölçeklerinden alınmıştır. Literatürde birçok çalışmada SYBDÖ-II en yüksek ortalama puan kişiler arası ilişki alt ölçeğinden bulunmuştur (Chang Nian et al 2012, Çetin Dağlı 2022). Gülcivan ve Topçu 'nun (2017) araştırmasında, eğitim düzeyinin artması ile kişiler arası ilişki puanının arttığı saptanmıştır. Cürcani ve arkadaşları (2010) lise mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelerden beslenme alışkanlığı, ruhsal gelişim, kişiler arası ilişkiler puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Eskiocak 'ın (2021) çalışmasında mesleğe göre değerlendirmede işçi grubundaki bireylerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu belirtilmiştir. Tambağ 'ın (2011) yaptığı bir çalışmada sigara içenlerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları içmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Aktaş Özakgöl ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan başka bir çalışmada da sigara içmeyenlerin kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları içenlere göre

istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer çoğu çalışmada ise aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Bozhüyük 2011, İmer 2013, Bostan ve Beşer 2017).

Çalışmamızda kadınların sosyo-demografik özellikleri ile SYBDÖ-II stres yönetimi alt boyutundan bulgularımızın aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Tahran da yapılan bir çalışmada beslenme puanı ailesi ile yaşayanlarda anlamlı olarak yüksek olmakla birlikte diğer grupta fiziksel aktivite, stres yönetimi, beslenme ve SYBDÖ puanı daha yüksek bulunmuştur (Hosseini et al 2014). Çelik ve arkadaşlarının (2017) İzmir de yaptığı çalışmada SYBDÖ-II alt boyutları puanı incelendiğinde beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu düzeyi yüksek olarak bulunmuş olup; fiziksel aktivite ve stres yönetimi en düşük puan ortalamasında bulunmuştur. Yılmaz 'ın (2020) çalışmasında meslek ve cinsiyete göre stres yönetimi istatistiksel olarak anlamlı fakat diğer bulgular bizim çalışmamıza benzer istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Neziroğlu 'nun (2021) çalışmasında stres yönetiminin SYBDÖ-II ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu, hemşirelerin meme kanseri risk düzeyi düşük olanlarda stresle baş edenlerin oranı yüksek iken; orta derecede riskli olanlarda, stres ile baş etmede oranın daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda anlamlı sonuçlar bulunamamasının nedeni araştırmanın sınırlılıkları olabilir.

5.3. MENOPOZ DÖNEMİNDEKİ KADINLARIN MEME KANSERİ KORKU DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda menopoz dönemi içindeki kadınların meme kanseri korku toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişki, stres yönetimi puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 23). Ayrıca MKKÖ toplam puanı ile SYBDÖ-II puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışı da artmaktadır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer ebe ve hemşirelerde meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğunu alma davranışında artış bulunmuştur. Benzer şekilde bazı çalışmalarda da kadınların tarama testleri yaptırma kararlarını meme

kanserine yakalanma korkusunun, vücudunun bir parçasını kaybetme endişesinin etkilediği, meme kanseri endişesi yüksek olan kadınların daha fazla KMM yaptırdığı, KKMM yapan, KMM yaptıran, mamografi çektiren hemşirelerin meme kanseri korku düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sağlık sorumluluğuyla pozitif ilişkide olduğu belirtilmiştir (Abelson et al 2018, Nacar 2018, Ersin ve Kılıç Dedelioğlu 2020).

Menopoz dönemindeki kadınlarda meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişki davranışı da artmaktadır. Kişiler kanser hakkında kötü şeyler duyduklarında ya da ailesinde çevresinde daha fazla kansere yakalanmış kişileri gördüklerinde yoğun kaygıya kapılırlar ve daha çok sorgulamaya başlarlar. Karabaş (2013) meme kanseri olmaktan korkan öğretim elemanlarının %24.3'ünün "*meme kanseri olduğumu düşününce panik hissediyorum*" a kesinlikle katıldığı belirtilmiş ve meme kanseri korkusu ile meme kanseri olduğumu düşününce panik hissediyorum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda en yüksek cevap "*Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.*" seçeneğine %47,8 oranında katılıyorum cevabı olmuştur. Literatürde sosyo-demografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında kişilerarası ilişkiler en yüksek düzeyde bulunmasına rağmen meme kanseri korkusuyla bağlantılı anlamlı sonuçlar bulunamamıştır. Molina ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri riski algısı arttıkça baş etme stratejilerini daha fazla kullanmaya bağlı daha fazla endişe yaşadıkları belirtilmiştir. Aynı şekilde sosyo-demografik özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları stres yönetimi üzerine çalışmalar olmasına karşın meme kanseri korkusuyla ilişkilendirilen çalışmalara rastlanmamıştır. Bununla birlikte menopoz dönemindeki kadınlar riskli gruplarda değerlendirilip yakın izlem ve erken tanı için tarama programları sağlanmalıdır. Aralıklı ve düzenli eğitimle bilinçlendirilmelidir. Kadının fizyolojik ve anatomik özelliklerini tanıyarak; sağlıklarıyla ilgili olumsuzlukları hemen fark edebilmesi ve gereken önlemleri alması, düzenli olarak tetkik ve taramalar yaptırması, sağlığını izleyerek değişiklikleri fark etmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmesi beklenmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Menopozal dönemdeki kadınlarda (premenopoz, menopoz, perimenopoz, postmenopoz) meme kanseri korkusunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin saptanması amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Menopoz dönemindeki kadınlarda MKKÖ toplam puan ortalamasının ($24,97 \pm 7,48$) ve SYBDÖ-II toplam puan ortalamasının ($142,64 \pm 20,78$) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 5).
- SYBDÖ-II ilişkin soruların dağılımına bakıldığında sorulara %66,6 oranında düzenli olarak en yoğun verilen cevap; “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” şeklindedir (Tablo 3).
- MKKÖ ilişkin soruların dağılımına bakıldığında sorulara en yoğun verilen cevap %47,8 oranında ‘Katılıyorum’ cevabı ile “Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim.” Olmuştur (Tablo 4).
- SYBDÖ-II incelendiğinde çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutundan manevi gelişim ($26,84 \pm 5,06$) ve kişilerarası ilişkiler ($26,45 \pm 5,1$) ölçek puanları en yüksek, fiziksel aktivite ($18,8 \pm 5,02$) ölçek puanı en düşük saptandı (Tablo 5).
- Meme kanseri korku düzeyi sonucumuzda, araştırmaya katılan katılımcıların %7,3 ‘ü düşük düzeyde korku yaşarken % 32,5 ‘i orta düzeyde ve %60,2 ‘i yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşamakta olup meme kanseri korkusunun puan ortalaması $24,97 \pm 7,48$ (min-max = 8-40) olarak bulunmuştur (Tablo 6).
- Çalışma sonucumuzda; menopoz dönemindeki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MKKÖ puanlarında çalışma durumu ($p=0,011$; $p<0,05$), günlük tüketilen kafein miktarı ($p=0,001$; $p<0,05$) ve menopoza girme yaşına ($p=0,031$; $p<0,05$) göre meme kanseri korku ölçeğinden aldıkları toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 7,8).
- Yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, gelir düzeyi, sosyal güvence, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara-alkol tüketimi, kronik-psikiyatrik hastalığı olması, düzenli ilaç kullanımı, ameliyat öyküsü, tekrar ameliyat olma

korkusu, menopozun gerçekleşme şekli, tedavi kullanımı, herhangi bir kitle durumu, ailede meme kanseri öyküsü, KKMM bilme ve sıklığı, KMM bilme ve sıklığı, 40 yaşından sonra mamografi çekirme durumu, meme kanseri bilgi düzeyi özellikleri ile MKKÖ arasındaki ilişki anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 7,8).

- Çalışma sonucumuzda; menopoz dönemindeki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre SYBDÖ-II (alt boyutları da dâhil) karşılaştırıldığında mesleğe göre ($p=0,015$; $p<0,05$) sağlık sorumluluğu ve meme kanseri hakkında bilgi alma durumuna göre ($p=0,007$; $p<0,01$) beslenme alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 11,12,15,16). SYBDÖ-II alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22).
- Çalışma sonucumuzda; MKKÖ ile SYBDÖ-II arasındaki puanlar karşılaştırıldığında meme kanseri korku toplam puanı ile sağlık sorumluluğu ($r=0,168$; $p=0,004$; $p<0,01$), kişilerarası ilişki ($r=0,299$; $p=0,001$; $p<0,01$), stres yönetimi ($r=0,229$; $p=0,001$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 23).
- Aynı zamanda MKKÖ toplam puanı ile SYBDÖ-II puanı ($r=0,156$; $p=0,004$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 23).
- Çalışma sonucumuzda; bağımsız değişken olan meme kanseri korkusu ile bağımlı değişken olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($p=0,018$; Adjusted R^2 : 0.016), SYBDÖ Sağlık Sorumluluğu ($p=0,005$; Adjusted R^2 : 0.024), Fiziksel Aktivite ($p=0,047$; Adjusted R^2 : 0.010), Kişilerarası İlişkiler ($p<0,001$; Adjusted R^2 :0.078) ve Stres Yöntemi ($p<0,001$; Adjusted R^2 :0.048) alt boyutlarına pozitif yönlü; Beslenme ($p<0,001$; Adjusted R^2 : -0.002) alt boyutuna ise negatif yönlü etkisi vardır (Tablo 24).
- Çalışmamızda menopoz dönemindeki kadınların meme kanseri korku düzeyinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek düzeyde olduğu, meme kanseri korku düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu alma, kişilerarası ilişki, stres yönetimi davranışının pozitif yönde arttığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Aile Sağlığı Merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde menopoz dönemindeki kadınlar risk grubu dâhilinde yer alması,

- Menopoz döneminde ki kadınların Aile Sağlığı Merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık düzeyi takibinin yapılması ve meme kanseri taramalarının eklenmesi,
- Kadınların kanser korkusu dâhil, sağlığa yönelik korkularını dile getirmesi desteklenerek, kişi odaklı çözüm yollarının üretilmesi,
- Kadınlara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ulaşımı sağlayacak alternatif yöntemlerin belirlenmesi,
- Menopoz dönemindeki kadınlara meme kanseri, riskleri, korkuları ve tarama yöntemlerine ilişkin eğitimlerle bilgilendirmelerin yapılması,
- Menopozal döneme ek olarak premenopozal ve perimenopozal dönemleri kapsayan çalışmaların yapılması,
- Üniversitelerde, hemşirelik eğitim dönemlerine, menopoz dönemi kadınların seçmeli ders olarak eklenmesi ve danışmanlık konusunda kadın hastalıkları ve doğum derslerinde ekstra yer verilmesinin sağlanması,
- Literatürde bu çalışmayı destekleyecek başka desenlerde (nitel, kesitsel, gibi) araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abelson J, Tripp L, Brouwers MC, Pond G, Sussman J. Uncertain times: A survey of Canadian women's perspectives toward mammography screening. *Preventive Medicine* 2018; 112:209-215.
- ACOG, 2021. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/perimenopausal-bleeding-and-bleeding-after-menopause> (Erişim Tarihi: 10.05.2021).
- ACS, 2019. <https://www.acs.org/pressroom/newsreleases/2019/june/dna-nanorobots-target-her2-positive-breast-cancer-cells.html> (Erişim Tarihi:10.10.2021).
- ACS, 2021. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/2022-2024-breast-cancer-facts-figures-acf.pdf> (Erişim Tarihi: 10.10.2021).
- ACS, 2022. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html> (Erişim Tarihi: 21.02.2022).
- ACS, 2022. <https://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/breast-cancer-facts-figures> (Erişim Tarihi: 21.02.2022).
- ACSM, 2022. <https://www.acsm.org/searchresults?indexCatalogue=main&searchQuery=physical+activity&wordsMode=0> (Erişim Tarihi: 11.11.2022).
- Açıkgöz, A., & Yıldız, E. A. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56.
- Ades, F., Tryfonidis, K., & Zardavas, D. (2017). The Past and Future of Breast Cancer Treatment-From The Papyrus to Individualised Treatment Approaches. *Ecancermedicalscience*, 11, 746. doi:10.3332/ecancer.2017.746.
- Ak Sözer, G., & Ege, E. (2021). Menopoz semptomlarını yönetmek ve yaşam kalitesini artırmak: İlerleyici kas gevşeme egzersizleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 179-188.
- Akın B. , Erkal Aksoy Y. , Karakuş Ö. Kadınların pap smear testi yaptıırma durumu, sağlıklı yaşam biçimini büyük ölçüde ve servikal kanserin erken yaklaşımına yönelik tutumları. CBU-SBED: Celal Bayar Üniversitesi-Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Dergisi. 2022; 9(2): 273-282.

Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. Biol Res. 2017 Oct 2;50(1):33. doi: 10.1186/s40659-017-0140-9. PMID: 28969709; PMCID: PMC5625777.

Aktaş Özakgöl A, Atabek Aştı T, Ataç M, Mercan K. Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi? Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2016;24(1):16-23.

Akyolcu N. (2018). Memenin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı [Surgical diseases and care of breast]. Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, editörler. Cerrahi Hemşireliği II. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018. p. 327-76

Akyolcu N., Özhanlı Y., Kandemir D., (2019). Recent Developments in Breast Cancer. Journal of Health Science and Profession, 6(3), 583-94.

Allam, M.F., Breast Cancer and Deodorants/Antiperspirants: a Systematic Review. *Cent Eur J Public Health* 2016, 24 (3), 245-7.

Al-Naggar, R.A., Bobryshev, Y.V. (2012). Practice and barriers of mammography among Malaysian women in the general population. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (e-journal)*, 13(8):359-600: http://journal.waocp.org/article_26727_bd4e96022b66a3931618f20d823c6b25.pdf

Al-Naggar, RA ve Bobryshev, YV (2012). Genel popülasyondaki Malezyalı kadınlar arasında mamografi uygulaması ve engelleri. *Asya Pasifik Kanseri Önleme Dergisi* , 13 (8), 3595-3600.

Altınbaş B. Yeni Tanı Almış Meme Kanseri Hastalarının Kansere Tepkileriyle Dini Baş Etmeleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2019, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

AMS, 2021. <https://www.menopause.org.au/hp/information-sheets/185-what-is-menopause> (Erişim Tarihi: 18.05.2021)

Andıç S, Karayurt Ö. Determination Of Information And Support Needs Of First Degree Relatives Of Women With Breast Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13:4491-99.

- April-Sanders A. K, Tehranifar P, Rodriguez C. B, Desperito, E, Schmitt K. M.
Migration history, language acculturation, and mammographic breast density.
Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers, 2018; 27(5), 566-574.
- ARAR, M. A., & ERBİL, N. (2022). Menopozal Dönemde Nonfarmakolojik
Yöntemlerin Uyku Kalitesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışmaların
Sistematik Derlemesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Dergisi*, 13(2), 334-347.
- Arslan, A. (2019). Postmenopozal Dönemde Sık Karşılaşılan Kas-İskelet Sistemi
Yaralanmaları, Önlenmesi ve Yönetimi. Kaplan, Ş. (Ed.). *Kadın ve Spor*.
Ankara, Türkiye.
- Augoulea A, Moros M, Lykeridou A, Kaparos G, Lyberi R, Panoulis K.
Psychosomatic and vasomotor symptom changes during transition to
menopause. *Prz Menopauzalny*. 2019 Jun;18(2):110-115. doi:
10.5114/pm.2019.86835. Epub 2019 Jun 28. PMID: 31485208; PMCID:
PMC6719639.
- Avis NE, Crawford SL, Green R. Vasomotor Symptoms Across the Menopause
Transition: Differences Among Women. *Obstet Gynecol Clin North Am*.
2018 Dec;45(4):629-640. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.005. Epub 2018 Oct 25.
PMID: 30401547; PMCID: PMC6226273.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., & Greendale, G. the Study of Women's Health
Across the Nation (SWAN). Duration of menopausal vasomotor symptoms
over the menopause transition. *JAMA Intern Med* 2015; 175 (4): 531, 9.
- Aydın M. Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Jinekolojik Kansere Farkındalığı ve
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. 2019, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aydın, N. & Hosseinnazhad, F. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Kansere
Hastalarının Sorunları: Nitel bir çalışma . Türkiye Aile Hekimliği ve Temel
Bakım Dergisi, 16(3), 493-502 . DOI: 10.21763/tjfm.1066799
- Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S.,
Kapan, S. (2013). Güncel Çevresel Risk Faktörlerinin Meme Kansere Etkisi.
Bakırköy Tıp Dergisi, 9, 176-182.

- Aydoğdu G.G, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Faköltesi, İzmir, Doktora Tezi, 2012; 48-101.
- Babaoğlu, AB, Büyüközmen, E., & Can, FE (2021). İzmir'de toplu kanser tarama sınavları ve kişilerin kanser tarama testlerine katılanları etkileyenler. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(2), 173–181.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
- Baker JA, Beehler GP, Sawant AC, Jayaprakash V, McCann SE, Moysich KB (2006) Siyah çay değil kahve tüketimi, menopoş öncesi meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkilidir . *Beslenme Dergisi* 136 (1):166–171.
- Bakken K, Fournier A, Lund E, Waaseth M, Dumeaux V, Clavel-Chapelon F, Fabre A, Hémon B, Rinaldi S, Chajes V, Slimani N, Allen NE, Reeves GK, Bingham S, Khaw KT, Olsen A, Tjønneland A, Rodriguez L, Sánchez MJ, Etxezarreta PA, Ardanaz E, Tormo MJ, Peeters PH, van Gils CH, Steffen A, Schulz M, Chang-Claude J, Kaaks R, Tumino R, Gallo V, Norat T, Riboli E, Panico S, Masala G, González CA, Berrino F. Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: impact of different treatments. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer*. 2011 Jan 1;128(1):144-56. doi: 10.1002/ijc.25314. PMID: 20232395.
- Ban KA, Godellas CV. Epidemiology of breast cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2014 Jul;23(3):409-22. doi: 10.1016/j.soc.2014.03.011. PMID: 24882341.
- Barajas Galindo De, Vidal-Casarięo A, Callejafernández A, Hernández-Moreno A, Pintor De La Maza B, Pedraza-Lorenzo M, Et Al. Appetite Disorders İn Cancer Patients: İmpact On Nutritional Status And Quality Of Life. *Appetite*. 2017 Jul 1;114:23-27. Epub 2017 Mar 16.
- Bařęöl, ř. (2016). Pelvik taban disfonksiyonunu önlemede sağlıklı yaşam biçimidavranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 57-65.

- Bayçelebi, G. , Aydın, F. , Gökosmanoğlu, F. , Tat, T. S. & Varım, C. (2015). Trabzon’da Kanser Tarama Testleri Farkındalığı . Journal of Human Rhythm , 1 (3) , 90-94 .
- Bayrak, U., Gram, E., Mengeş, E., Okumuş, Z. G., Sayar, H. C., Skrijelj, E., Ellidokuz, H. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıkla ilgili Alışkanlıklar ve Kanser Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3), 95-104.
- Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses’ responsibilities in their health promoting activities. Ind Health 2007;45:151-9.
- Bhoo-Pathy N, Peeters PHM, Uiterwaal CSPM, Bueno-de-Mesquita HB, Bulgiba AM, Bech BH, Overvad K, Tjønneland A, Olsen A, Clavel-Chapelon F, Fagherazzi G, Perquier F, Teucher B, Kaaks R, Schütze M, Boeing H, Lagiou P, Orfanos P, Trichopoulou A, Agnoli C, Mattiello A, Palli D, Tumino R, Sacerdote C, van Duijnhoven FJB, Braaten T, Lund E, Skeie G, Redondo ML, Buckland G , Pérez MJS, Chirlaque MD, Ardanaz E, Amiano P, Wirfält E, Wallström P, Johansson I, Nilsson LM, Khaw KT, Wareham N, Allen NE, Key TJ, Rinaldi S, Romieu I, Gallo V, Riboli E, van Gils CH (2015) Avrupa Prospektif Kanser ve Beslenme Araştırması (EPIC) kohort çalışmasında kahve ve çay tüketimi ve menopoza öncesi ve sonrası meme kanseri riski . *Meme kanseri araştırması : BCR* 17 (1):15.
- Bilal, S. (2012). Doğurganlık ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme ve Jinekolojik Kanserlerden Korunma Davranışları İle İlişkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul.
- Bostan, N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir. (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Beşer).
- Bostan, N. ve Beşer, A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(1), 38-44.

- Bozhüyük A. (2011). Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2011.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. TJFMPC; 6:13-21.
- BOZKURT, Ö. D., HAZAR, S., Mehmet, CAN ve AHSUN, S. (2021). Kadınlarda Sağlık Anksiyetesi ve Meme Kanseri Korkusunun Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* , 10 (3), 348-355.
- Bozkuş, T., TÜRKMEN, M., Murat, K. U. L., ÖZKAN, A., Ümit, Ö. Z., & CENGİZ, C. (2013). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi. *International Journal of Sport Culture and Science*, 1(3), 49-65.
- Bozlar V, Arslanoğlu C. Healthy life style behaviors of university students of school of physical education and sports in terms of body mass index and other variables. *Universal Journal of Educational Research*. 2016;4(5):1189-1195.
- 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 Aug;165(1):193-200. doi: 10.1007/s10549-017-4325-2. Epub 2017 Jun 3. PMID: 28578505; PMCID: PMC5511313.
- Burki TK. WHO releases latest report on the global tobacco epidemic. *Lancet Oncol*. 2021 Sep;22(9):1217. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00464-2. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34364410.
- Büyükbaş Can Z. Premenopoz Ve Menopoz Dönemindeki Kadınların Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Durumları. 2020, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Campbell KE, Dennerstein L, Finch S, Szoek CE. 20 yılı kapsayan boylamsal bir örnekleme menopoz durumunun olumsuz ruh hali ve depresif belirtiler üzerindeki etkisi. *Menopoz*. 2017; 24 :490–496.
- Carbonel AAF, Simões RS, Girão MJBC, Soares Júnior JM, Baracat EC. Cardiovascular system and estrogen in menopause. *Rev Assoc Med Bras*

(1992). 2020 May 15;66(2):97-98. doi: 10.1590/1806-9282.66.2.97. PMID: 32428138.

Cesur, AA. ve Erbağcı, Z (2018). *Türkiye Klinikleri .Menopoz Fizyopatolojisi ve Deri, Postmenopozal Dönemde Deri, Saç ve Tırnak Bakımı ve Uygun Dermatokozmetik Yaklaşımlar*. Ankara, 1-6.

Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S, Giesler RB, Monahan P, Daggy J. A breast cancer fear scale: psychometric development. J Health Psychol. 2004 Nov;9(6):753-62. doi: 10.1177/1359105304045383. PMID: 15367754.

Chang Nian W, Koichi H, Kimiyo U, Kumiko F, Keiko M, Atsushi U, 2012, Assesment of Health-Promoting Lifestyle Profile in Japanese University Students, Enviromental Heath and preventive Medicine, vol. 17, 222–227.

Cheng J, Li F, Lai Y, Chen J, Sun X, Xiang L, Jiang P, Wu S, Xiao Y, Zhou L, Luo R, Zhao X, Liu Y. Association of stress management skills and stressful life events with allergy risk: a case-control study in southern China. BMC Public Health. 2021 Jun 30;21(1):1279. doi: 10.1186/s12889-021-11333-3. PMID: 34193097; PMCID: PMC8247235.

Chiou AF, Hsu SP, Hung HF. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. Appl Nurs Res 2016;30:1-6.

Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faught BM, Parish SJ, Simon JA, Vignozzi L, Christiansen K, Davis SR, Freedman MA, Kingsberg SA, Kirana PS, Larkin L, McCabe M, Sadovsky R. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. Mayo Clin Proc. 2018 Apr;93(4):467-487. doi: 10.1016/j.mayocp.2017.11.002. Epub 2018 Mar 12. PMID: 29545008.

Cleveland RJ, North KE, Stevens J, Teitelbaum SL, Neugut AI, Gammon MD. The association of diabetes with breast cancer incidence and mortality in the Long Island Breast Cancer Study Project. Cancer Causes Control. 2012 Jul;23(7):1193-203. doi: 10.1007/s10552-012-9989-7. Epub 2012 May 22. PMID: 22674293; PMCID: PMC3383781.

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. DOI: 10.1093/jn/nxz268.
- Coleman C.(2017). Early Detection and Screening For Breast Cancer. Seminars in Oncology Nursing.2017; 33(2):141-155.
- Coşkun S, Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Korkusu ve Kadercilik Algısının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. 2019, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 67 sayfa, İzmir, (Dr. Öğr. Üyesi Nihal Gördes Aydoğdu).
- Cruickshank S, Steel E, Fenlon D, Armes J, Banks E, Humphris G. Specialist breast cancer nurses' views on implementing a fear of cancer recurrence intervention in practice: A mixed methods study. Support Care Cancer. 2020;28(1):201-210.
- Cürçani, M., Tan, M., Özdelikara, A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5).
- Çakır, S. , Kafadar, M. T. , Arslan, Ş. N. , Türkan, A. , Kara, B. & İnan, A. (2016). Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi . İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi , 2 (3) , 186-194 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ibufntd/issue/24776/261788>
- Çal, A.,Kabataş, Yıldız, M., Aydın, Avcı, İ. (2018). Examination Of Knowledge And Fear Levelsof Breast Cancer With The Spiritual Characteristics Of Nurses.Frontiers İn Public Health, November, 6, 331.
- ÇALIK, A., & KAPUCU, S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 62-75.
- Çavuşoğlu E. Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Sağlık Anksiyeteleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki ilişki, 60 Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2018.

- Çayır, A., Atak, N., and Köse, S. K. 2011. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), ss. 13-19.
- ÇELİK, A. S., & PASİNLİOĞLU, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56.
- Çelik, A., Kin, Ö. K., & Karadakovan, A. (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 17-23.
- Çetin Dağlı, S. (2022). Bir Belediyenin Spor Salonuna Devam Eden Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları . *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi* , 7 (2) , 153-162 . DOI: 10.31680/gaunjss.1122742
- Çetiner, H., Ulupınar, S. (2018). Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(1), 1-10.
- Da Costa Vieira RA, Biller G, Uemura G, Ruiz CA, Curado MP. Breast cancer screening in developing countries. *Clinics (Sao Paulo)*. 2017 Apr;72(4):244-253. doi: 10.6061/clinics/2017(04)09. PMID: 28492725; PMCID: PMC5401614.
- Dall GV, Britt KL. Estrogen Effects on the Mammary Gland in Early and Late Life and Breast Cancer Risk. *Front Oncol*. 2017 May 26;7:110. doi: 10.3389/fonc.2017.00110. PMID: 28603694; PMCID: PMC5445118.
- Dashti, A., Yousefi, H., Maghsoudi, J., & Etemadifar, M. (2016). The effects of motivational interviewing on health promoting behaviors of patients with multiple sclerosis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(6), 640–645.
- Dauchy RT, Xiang S, Mao L, Brimer S, Wren MA, Yuan L, Anbalagan M, Hauch A, Frasch T, Rowan BG, Blask DE, Hill SM. Circadian and melatonin disruption by exposure to light at night drives intrinsic resistance to tamoxifen therapy in breast cancer. *Cancer Res*. 2014 Aug 1;74(15):4099-110. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-13-3156. PMID: 25062775; PMCID:

PMC4119539.

DEĞERLİ, H., & YİĞİT, A. (2020). SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNDE BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞ DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573-586.

Demir Avcı Y. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(3): 259-266.

Demir G, Arıöz A. Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(2):1-8.

Demirci, H. (2015). Menopoz. B. Karaca Saydam (Ed.), Olgularla jinekolojik hastalarda bakım. (ss: 200-208). I. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

Demirel Bozkurt, Ö. ve Sevil, Ü., (2016). Menopoz ve Cinsel Yaşam. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*.3(4), 497-498.

Devericks EN, Carson MS, McCullough LE, Coleman MF, Hursting SD. The obesity-breast cancer link: a multidisciplinary perspective. *Cancer Metastasis Rev.* 2022 Sep;41(3):607-625. doi: 10.1007/s10555-022-10043-5. Epub 2022 Jun 25. PMID: 35752704; PMCID: PMC9470704.

Di Bonaventura M., Luo X., Moffatt M., Bushmakın AG, Kumar M., Bobula J. Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'daki Menopoz Sonrası Kadınlar Arasında Vulvovajinal Atrofi Semptomları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *J. Kadın Sağlığı*. 2015; 24 :713–722. doi: 10.1089/jwh.2014.5177.

Dickler MN, Saura C, Richards DA, Krop IE, Cervantes A, Bedard PL, Patel MR, Pusztai L, Oliveira M, Cardenas AK, Cui N, Wilson TR, Stout TJ, Wei MC, Hsu JY, Baselga J: Phase II Study of Taselisib (GDC-0032) in Combination with Fulvestrant in Patients with HER2-Negative, Hormone ReceptorPositive Advanced Breast Cancer. *Clinical Cancer Research* 2018, 24(18):4380–4387.

Duffy SW, Tabar L, Yen AM, Dean PB, Smith RA, Jonsson H, et al. Mamografi taraması ilerlemiş ve ölümcül meme kanseri oranlarını azaltır: 549.091 kadında sonuçlanır. *Kanser*. 2020;126(13):29719.

DURAN, Ü., Serdal, Ö. Ğ. Ü. T., ASGARPOUR, H., & KUNTER, D. (2018). Sağlık

- çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 138-147.
- E. Pınar, Ş., Yıldırım, G., Duran, Ö., ve Cesur, B. (2015). Kadına Özgü Bir Sorun: Menopozda Ruh Sağlığı. *International Journal of Human Sciences*. 12(2), 787-798.
- Eichholzer M, Huang DJ, Modlasiak A, Schmid SM, Schötzau A, Rohrmann S, Güth U. Impact of body mass index on prognostically relevant breast cancer tumor characteristics. *Breast Care (Basel)*. 2013; 8(3):192-198.
- Eker, A., & Aslan, ERGÜL. (2017). Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 298-303.
- Emami L, Ghahramanyan A, Rahmani A. Beliefs fear and awareness of woman about breast cancer: Effects on Mammography Screening Practices. *Nurs Open*. 2021;8(2):890-899.
- Erkin, Ö., Ardahan, M. (2014). Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesinin Pullardaki Tarihi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi*, 4(3), 22-28.
- Ermiş, E., Doğan, E., Erilli, N.A., Satıcı, E., 2015. Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi, Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği, 6 (1).
- EROĞLU, K., & Gülten, K. O. Ç. (2014). Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 77-90.
- Ersin F, Capık C, Kissal A, Gordes N, Beşer A. Breast cancer fatalism scale: A validity and reliability study in Turkey. *International Journal Of Caring Sciences*. 2018;11(2):783-788.
- Ersin F, Kılıç Dedelioğlu G. Hemşirelerin meme kanseri korku ve kadercilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences* 2020; 5 (9):146-153.
- Ersin, F., Gözükar, F., Polat, P., Erçetin, G., Bozkurt, M.E.(2015). Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turkish Journal of Medical Sciences (e-journal)*, 2015;45:775-781: <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/issues/sag->

Ersoy, N. & Yardımcı, H. (2022). Besin Gruplarının Meme Kanseri Gelişme Riski Üzerine Etkileri Var Mıdır? . İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , 7 (2) , 339-343.

<https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/70141/893326>

Eskiocak, Y. (2021). 25-45 YAŞ ARASI MENOPOZA GİRMEMİŞ KADINLARDA MENOPOZLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ, Uzmanlık Tezi, Hatay.

Ezer, S. & Üstün, B. (2022). Sağlık Çalışanlarının Profesyonel Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi . Ege Hemşire Üniversitesilik Fakültesi Dergisi , 38 (1) , 29-42 . DOI: 10.53490/egehemşire.100383.

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

Farid ND, Aziz NA, Al-Sadat N, Jamaludin M, Dahlui M. Clinical breast examination as the recommended breast cancer screening modality in a rural community in Malaysia; what are the factors that could enhance its uptake? PLoS One. 2014 Sep 4;9(9):e106469. doi: 10.1371/journal.pone.0106469. PMID: 25188003; PMCID: PMC4154699.

Fink, G. 2017. Stress: concepts definition, history. *Reference Modeule in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, pp. 1-9.

Flores-Luevano S, Shokar NK, Dwivedi AK, Shokar GS, Defeu SN. Breast Cancer Fear Among Mexican American Women in the United States. Breast Cancer (Auckl). 2020 Aug 26;14:1178223420952745. doi: 10.1177/1178223420952745. PMID: 32922022; PMCID: PMC7453449.

Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Liu, Z., & Gracia, C. R. (2011). Duration of menopausal hot flushes and associated risk factors. *Obstetrics and gynecology*, 117(5), 1095.

Ganmaa D, Willett WC, Li TY, Feskanich D, van Dam RM, Lopez-Garcia E, Hunter DJ, Holmes MD. Coffee, tea, caffeine and risk of breast cancer: a 22-year follow-up. *Int J Cancer* 2008; 122: 2071-2076.

Globocan, 2020. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-factsheets.pdf> (Erişim Tarihi:10.10.2021).

Gorzynik-Debicka M, Przychodzen P, Cappello F, Kuban-Jankowska A, Gammazza AM, Knap N, et al. Potential health benefits of olive oil and plant polyphenols. *International Journal of Molecular Sciences*. 2018; 19(3): 686. DOI: 10.3390/ijms19030686

Gucalp A, Tolaney S, Isakoff SJ, Ingle JN, Liu MC, Carey LA, Blackwell K, Rugo H, Nabell L, Forero A, Stearns V, Doane AS, Danso M, Moynahan ME, Momen LF, Gonzalez JM, Akhtar A, Giri DD, Patil S, Feigin KN, Hudis CA, Traina TA: Phase II trial of bicalutamide in patients with androgen receptorpositive, estrogen receptor-negative metastatic Breast Cancer. *Clinical Cancer Research* 2013, 19(19):5505-5512.

Gülcivan, G., Topçu, B. (2017). Meme Kanseri Hastaların Yaşam Kalitesi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(2), 63-74.

Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *CÜ Hemşirelik Dergisi*. 2008;12(3).

Gümüşay M. ve Erbil N. (2016). Alternative methods in the management of menopausal symptoms, *Middle Black Sea Journal of Health Science*, 2(2), 20-25.

GÜREL KÖKSAL, N. (2022). Meme Kanseri Tarama ve Erken Tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, East Black Sea Journal of Health Sciences Cilt 1, Sayı 2. ORCID: 0000-0002-9498-0163

Gürsoy AA, Mumcu HK, Çelik KY, Bulut HK ve ark. Attitude and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among turkish women. *Journal of Transcultural Nursing* 2011;22(4):368-375.

Güzel N, Bayraktar N. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına Yönelik

Farkındalıklarının Ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Huhemfad 2019;6(2): 101-10.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı, 2022.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html> (Erişim Tarihi:11.10.2022).

Hamer M, Lavoie KL, Bacon SL. Daha sonraki yaşamda fiziksel aktiviteye başlamak ve sağlıklı yaşlanma: İngiliz uzunlamasına yaşlanma çalışması. *Br J Sports Med*. 2014; 48 :239–243. doi: 10.1136/bjsports-2013-092993.

Hamolsky B. Nursing management breast disorders. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Burcher L, eds. *Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. 9th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2014. p. 1239-60.

Hannah Ritchie, Fiona Spooner and Max Roser (2018). ‘Causes of death’. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: <https://ourworldindata.org/causes-of-death#citation>

Hardefeldt PJ, Edirimanne S, Eslick GD. Deodorant use and breast cancer risk. *Epidemiology*. 2013 Jan;24(1):172. doi: 10.1097/EDE.0b013e3182781684. PMID: 23232621.

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., De Villiers, T. J., & Group, S. C. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159-1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>

Hartman SJ, Dunsiger SI, Jacobsen PB. The relationship of psychosocial factors to mammograms, physical activity, and fruit and vegetable consumption among sisters of breast cancer patients. *Int J Womens Health* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 7];3(1):257–63.

Hasta, D. (2017). Saldırganlık: Kişilerarası ilişki tarzları ve empati açısından bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(1).

He Y, Si Y, Li X, Hong J, Yu C, He N. The relationship between tobacco and breast

- cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Front Oncol.* 2022 Sep 15;12:961970. doi: 10.3389/fonc.2022.961970. PMID: 36185316; PMCID: PMC9520920.
- Hinyard L., Wirth LS, Clancy JM, Schwartz T. Medeni durumun 65 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri ile ilgili sonuçlar üzerindeki etkisi: Bir SEER veri tabanı analizi. *meme* . 2017; 23 :13–17. doi: 10.1016/j.göğüs.2016.12.008.
- Hosseini M, Ashktorab T, Taghdisi MH. Health-Promoting Behaviors and Their Association With Certain Demographic Characteristics of Nursing Students of Tehran City in 2013. *Global Journal of Health Science* 2014;7(2):264-72.
- Howell A, Anderson AS, Clarke RB, Duffy SW, Evans DG, Garcia-Closas M, Gescher AJ, Key TJ, Saxton JM, Harvie MN. Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2014 Sep 28;16(5):446. doi: 10.1186/s13058-014-0446-2. PMID: 25467785; PMCID: PMC4303126.
- <http://www.dh.gov.uk/health/category/publications/> (Erişim Tarihi: 11.11.2022).
- <http://www.trsgo.org/menu/158/kanser-psikolojisi-ve-basetme-yollari>. (Erişim Tarihi: 14.11.2022).
- Husby, A., Wohlfahrt, J., Øyen, N., & Melbye, M. (2018). Pregnancy duration and breast cancer risk. *Nature communications*, 9(1), 1-7.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). World Health Organization, 2020. https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report/ (Erişim Tarihi:11.11.2021). https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2021/09/BCAM_chart_01.jpg (Erişim Tarihi:11.11.2021).
- Ishitani K, Lin J, Manson JE, Buring JE, Zhang SM. Caffeine consumption and the risk of breast cancer in a large prospective cohort of women. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2022-2031.
- İlker, K.A.B.A. (2019). STRES, RUH SAĞLIĞI VE STRES YÖNETİMİ: GÜNCEL BİR GÖZDEN GEÇİRME. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81.
- İmer A. Üniversitede görev yapan idari personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2013.

Jung S, Wang M, Anderson K, Baglietto L, Bergkvist L, Bernstein L, van den Brandt PA, Brinton L, Buring JE, Eliassen AH, Falk R, Gapstur SM, Giles GG, Goodman G, Hoffman-Bolton J, Horn-Ross PL, Inoue M, Kolonel LN, Krogh V, Lof M, Maas P, Miller AB, Neuhaus ML, Park Y, Robien K, Rohan TE, Scarmo S, Schouten LJ, Sieri S, Stevens VL, Tsugane S, Visvanathan K, Wilkens LR, Wolk A, Weiderpass E, Willett WC, Zeleniuch-Jacquotte A, Zhang SM, Zhang X, Ziegler RG, Smith-Warner SA. Alcohol consumption and breast cancer risk by estrogen receptor status: in a pooled analysis of 20 studies. *Int J Epidemiol*. 2016 Jun;45(3):916-28. doi: 10.1093/ije/dyv156. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26320033; PMCID: PMC5005939.

Kabacaoğlu, C., & Karaca, A. (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü.

KALYONCUO, S. (2021). 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Aktif Yaşlanma Sürecine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2021.

Kanadys W, Barańska A, Malm M, Błaszczuk A, Polz-Dacewicz M, Janiszewska M, Jędrych M. Use of Oral Contraceptives as a Potential Risk Factor for Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Case-Control Studies Up to 2010. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 27;18(9):4638. doi: 10.3390/ijerph18094638. PMID: 33925599; PMCID: PMC8123798.

Karabaş S. Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine bakışı ve kanser korkusunun incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2013, s.154.

Karakoç Kumsar A, Çınar Pakyüz S. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015;12(1):19-24.

Karayurt Ö, Can G. Meme Kanseri. *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2014; 619-658.

Karlamangla AS, Burnett-Bowie SM, Crandall CJ. Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Dec;45(4):695-708. doi: 10.1016/j.ogc.2018.07.012. Epub 2018 Oct 25.

PMID: 30401551; PMCID: PMC6226267.

Kaya, R., (2021), Isparta Okulu Dergisi 2021, Cilt: 1(1), s.25–35

Kayan, S. (2019). Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri İle Meme Kanseri Korkuları Arasındaki İlişki. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.

Kayar N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi. 2019, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 95 sayfa, Ordu, (Prof. Dr. Nilüfer Erbil).

Keskinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M, et al. Türkiye Kanseri Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 987, Ankara, Türkiye: Anıl Reklam Matbaa, 2016;18-49.

Kissal A, Ersin F, Koç M, Vural B, Çetin Ö. Determination of Women's Health Beliefs, Breast Cancer Fears, and Fatalism Associated with Behaviors Regarding the Early Diagnosis of Breast Cancer. *International Journal of Cancer Management* 2018; 11(12): 1-9.

Kissal A, Vural B, Ersin F, Solmaz T. The effect of women's breast cancer fear and social support perceptions on the process of participating in screening. *Glob Health Promot.* 2018 Sep;25(3):52-59. doi: 10.1177/1757975916677174. Epub 2017 Feb 14. PMID: 28195527.

Kline, R.B., (2011), Principles and Practice of Structural Equation Modelling, 3rd.Edition, NY: Guilford Press.

Koç G, Gulen Savas H, Ergol S, Yildirim-Cetinkaya M, Aydın N. Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Niger J Clin Pract.* 2019 Mar;22(3):410-415. doi: 10.4103/njcp.njcp_341_18. PMID: 30837432.

Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanseri Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2011; 7(2), 47-67.

Kolaç N, Sezer Balcı A, Nevin Şişman F, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp*

Dergisi 2018(14):267-74.

Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B., Burdan, F. (2017). Meme kanserinin birincil ve ikincil önlenmesi. *Ann Agric Çevre Med.* , 24 (4), 549-553. <https://doi.org/10.26444/aaem/75943>

Köksal, A. (2020). Meme Kanserinde Birincil ve İkincil Korunma Önlemlerine ilişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Derleme. JAREN* 2020;6(1):179-86
doi:10.5222/jaren.2020.69885.

Küçük E. Health perception and healthy lifestyle behaviors of female factory workers. *Archives of Environmental and Occupational Health* 2016;71:216-21.

Külcü DP, 2019, Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*, 29(1), 89- 97.

Lakhtakia, R. (2014). A Brief History of Breast Cancer: Part I: Surgical Domination Reinvented. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(2), E166–E169.

Lal, C., DiBartolo, MM., Kumbhare, S., Charlie Strange, C. ve Joseph, JE. (2016). Impact of obstructive sleep apnea syndrome on cognition in early postmenopausal women. *Sleep and Breathing*. 20(2), 621-626.

Lampio L, Polo-Kantola P, Polo O, Kauko T, Aittokallio J, Saaresranta T. Orta yaştaki kadınlarda uyku: menopozun etkileri, vazomotor semptomlar ve depresif semptomlar. *Menopoz*. 2014; 21 :1217–1224.

Lee J, Han Y, Cho HH, Kim MR. Sleep Disorders and Menopause. *J Menopausal Med*. 2019 Aug;25(2):83-87. doi: 10.6118/jmm.19192. Epub 2019 Aug 5. Erratum in: *J Menopausal Med*. 2019 Dec;25(3):172. PMID: 31497577; PMCID: PMC6718648.

Lee JB. Breast cancer fear, mammography fear, and mammography adherence of african american women in Bridgeport, Connecticut. New York University Department of Nutrition, Food Studies, and Public Health. Doctoral Thesis. 2011.

Lehmann, BD, Pietenpol, JA ve Tan, AR (2015). Üçlü negatif meme kanseri: moleküler alt tipler ve tedavi için yeni hedefler. *Amerikan Klinik Onkoloji*

- Leonard A. Kaminsky, Charles German, Mary Imboden, Cemal Ozemek, James E. Peterman, Peter H. Brubaker, The importance of healthy lifestyle behaviors in the prevention of cardiovascular disease, *Progress in Cardiovascular Diseases*, Volume 70, 2022, Pages 8-15.
- Liang H. More reliable breast cancer risk assessment for every woman. *Cancer Cell*. 2021 Apr 12;39(4):457-459. doi: 10.1016/j.ccell.2021.02.018. Epub 2021 Mar 18. PMID: 33740422; PMCID: PMC8244816.
- Lim, Z.L., Ho, P.J., Khng, A.J. *et al*. Mammography screening is associated with more favourable breast cancer tumour characteristics and better overall survival: case-only analysis of 3739 Asian breast cancer patients. *BMC Med* 20, 239 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02440-y>
- Liu Y, Nguyen N, Colditz GA. Links between alcohol consumption and breast cancer: a look at the evidence. *Womens Health (Lond)*. 2015 Jan;11(1):65-77. doi: 10.2217/whe.14.62. PMID: 25581056; PMCID: PMC4299758.
- Lobo, R.A. (Ed.). (2019). Menopause and aging. In Yen and Jaffe's reproductive endocrinology (s. 322-356). Content Repository Only!.
- Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N, Neuberger K, Tomasetto C, Mathelin C. Breast cancer in elderly women and altered clinicopathological characteristics: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*.2017; 166(3):657-668.
- Lowcock EC, Cotterchio M, Anderson LN, Boucher BA, El-Sohemy A (2013) Kafein değil, yüksek kahve alımı, CYP1A2 genotipi tarafından hiçbir etki modifikasyonu olmadan azalmış östrojen reseptörü negatif ve postmenopozal meme kanseri riski ile ilişkilidir . *Beslenme ve kanser* 65 (3):398–409.
- Manson JE, Kaunitz AM. Menopause Management--Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med*. 2016 Mar 3;374(9):803-6. doi: 10.1056/NEJMp1514242. PMID: 26962899.
- Mauas, V., Kopala-Sibley, D. C., & Zuroff, D. C. (2014). Depressive symptoms in the transition to menopause: the roles of irritability, personality vulnerability,

- and self-regulation. *Archives of women's mental health*, 17, 279-289.
- McVeigh UM, Tepper JW, McVeigh TP. A Review of Breast Cancer Risk Factors in Adolescents and Young Adults. *Cancers (Basel)*. 2021 Nov 5;13(21):5552. doi: 10.3390/cancers13215552. PMID: 34771713; PMCID: PMC8583289.
- Mermer, G., & Güzekin, Ö. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi Ve Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 50-62.
- Miller SJ, O'Hea EL, Lerner JB, Moon S. ve ark. The relationship between breast cancer anxiety and mammography: experiential avoidance as a moderator. *Behavioral Medicine* 2011; 37:113-118
- Moghaddam Tabrizi F, Vahdati S, Khanahmadi S, Barjasteh S. Determinants of Breast Cancer Screening by Mammography in Women Referred to Health Centers of Urmia, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Apr 25;19(4):997-1003. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.4.997. PMID: 29693968; PMCID: PMC6031808.
- Molina, Ceballos RM, Dolan ED, Albano D, McGregor BA. Perceived breast cancer risk and breast cancer worry among women with a family history of breast cancer: a new perspective on coping as a mediator. *Psychooncology*. 2015;24:113-6.
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A.R. ve Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199.
- Mourouti N, Kontogianni MD, Papavagelis C, Psaltopoulou T, Kapetanstradaki MG, Plytzanopoulou P, Vassilakou T, Malamos N, Linos A, Panagiotakos DB. Whole Grain Consumption and Breast Cancer: A Case-Control Study in Women. *J Am Coll Nutr*. 2016;35(2):143-9. doi: 10.1080/07315724.2014.963899. Epub 2015 Apr 27. PMID: 25915188.
- 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): 86.
- Nacar, G. (2018). KADINLARDA MEME KANSERİ ENDİŞE DÜZEYİ İLE ERKEN TANI UYGULAMA DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi , 6 (2) , 44-53 .

NAMS, 2021. <https://www.menopause.org/for-women/menopauseflashes/menopause-symptoms-and-treatments/menopause-101-a-primer-for-the-perimenopausal> (Erişim Tarihi: 19.05.2021)

Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, Brambilla E, Bosoni D, Cassani C, Gardella B. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019 Aug 21;10:561. doi: 10.3389/fendo.2019.00561. PMID: 31496993; PMCID: PMC6712495.

National Cancer Institute, 2022. <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2020/breast-cancer-fertility-preservation-safe> (Erişim Tarihi:10.10.2022).

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

Neziroğlu, D. (2021). Hemşirelerin Meme Kanseri Riskine İlişkin Farkındalıkları ve Aldıkları Önlemler. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021.

Nguyen B, Venet D, Lambertini M, Desmedt C, Salgado R, Horlings HM, Rothé F, Sotiriou C. Imprint of parity and age at first pregnancy on the genomic landscape of subsequent breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2019 Feb 15;21(1):25. doi: 10.1186/s13058-019-1111-6. PMID: 30770770; PMCID: PMC6377756.

Nojomi M, Namiranian N, Myers RE, Razavi-Ratki SK, Alborzi F. Tahrán, İran'da kadınlar arasında meme kanseri tarama karar aşaması ile ilişkili faktörler. *Int J Prev Med*. 2014; 5 :196.

Norouznia, S. (2014). Meme Kanseri Korkusunun Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. (Danışman:Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu).

- Oh JK, Sandin S, Strom P, Lof M, Adami HO, Weiderpass E (2015) İsveç'te kahve, çay ve kafeine ilişkin olarak meme kanserinin prospektif çalışması . *Int J Cancer* 137 (8):1979–1989.
- Olçar E. Z. Birinci derece yakını meme kanseri olan kadınların meme kanseri korkusunun erken tanı davranışları üzerinde etkisi. 2021, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 2021.
- Oliveira, P., Oliveira, A., Tillmann, A, Araujo, C., Bertuol, C., Pazin, J., ... & Machado, Z. (2015). Factors associated to usual physical activity in women. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(2), 99-103.
- On, B. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu).
- Onat, F. ve Alikılıç, İ. (2017). Menopoz ve andropoz dönemindeki insanların sosyal medyada algılanışı: Twitler üzerine bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi*, 25(2), 65-79.
- Öner E, Girgin S, Uslukaya Ö, Bozdağ Z, Gümüş H, Urakçı Z, Gümüş M. Güneydoğu Anadolu bölgesinde meme kanserinde tanı ve tedavide gecikme sebeplerine yönelik anket çalışması. *J Clin Exp Invest* 2015; 6(4).
- Özbek, Z. (2019). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi . *Ankara Tıp Dergisi* , 18(2), 164-174.
- Özçelik E. K. Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Olan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. 2019, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- Özçelik Fm. Meme Kanseri, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Türk Cerrahi Derneği Yayınları, Ankara, 2018, S.298-313.
- Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. 2012. Kişilik gelişimi.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4), ss. 566-589.

Özel, Y. & Bay Karabulut, A. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi . Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi , 1 (1) , 48-56 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tusbad/issue/38852/427943>

Özen B, Zincir H, Kaya Erten Z, Özkan F, Elmalı F. Genç kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2013;9:200-204.

ÖZER, Ü., & GÖZÜKARA, F. (2016). Şanlıurfa'da Kadınların Menopozla İlgili Yaşadıkları Sorunların, Baş Etme Yollarının ve Bakış Açılarının Belirlenmesi. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 3(1).

Özkarabulut, A. H., Öztürk, O., & Nur, H. (2022). TARÇIN Dergisi, Sayı: 2021-2022. *Tarçın: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrenci Dergisi*.

Özmen V. (Editör) (2012). Meme Hastalıkları Kitabı. Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu (MHDF).

Özmen, V. (2018). 8. ULUSLARARASI ONKOLOJİ GÜNLERİ MEME KANSERİ, POPÜLER SAĞLIK DERGİSİ, HAZİRAN - TEMMUZ 2018, syf 54-55.
https://www.vahitozmen.com/assets/_pdf/ONKOLOJI_GUNLERI_POPULER_SAGLIKDERG%C4%B0S%C4%B0_SAYI68.pdf

Özmen, V., Cantürk, Z., Çelik, V., Güler, V., Kapkaç, M., Koyuncu, A., Utkan, Z. (2012). Meme Hastalıkları Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara.

Öztürk R, Güner Ö, Sevil Ü. Is prophylactic oophorectomy necessary to reduce the risk of breast and ovarian cancer? *HEAD*. 2016; 3(2): 88-94.

Pantavos, A., Ruiter, R., Feskens, EF, de Keyser, CE, Hofman, A., Stricker, BH, Franco, OH ve Kiefte-de Jong, JC (2015), Toplam diyet antioksidan kapasitesi, bireysel antioksidan alımı ve meme kanseri riski: Rotterdam çalışması. *Int. J. Cancer*, 136: 2178-2186. <https://doi.org/10.1002/ijc.29249>

Peintinger F. Avrupa'daki Ulusal Göğüs Tarama Programları. Göğüs Bakımı (Basel). 2019;14(6):354-8.

- Pender, N., Murdaugh, C., and Parsons, M. (2006). Health Promotion in Nursing Practice. 5. Edition, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Pengo MF, Won CH, Bourjeily G. Sleep in women across the life span. Chest. 2018; 154:196–206.
- Pereira RO, Luz LAD, Chagas DC, Amorim JR, Nery-Júnior EJ, Alves ACBR, Abreu-Neto FT, Oliveira MDCB, Silva DRC, Soares-Júnior JM, Silva BBD. Evaluation of the accuracy of mammography, ultrasound and magnetic resonance imaging in suspect breast lesions. Clinics (Sao Paulo). 2020;75:e1805. doi: 10.6061/clinics/2020/e1805. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32725074; PMCID: PMC7362717.
- Polat P, Ersin F. (2017). The effect of breast cancer fear levels of female seasonal agricultural laborers on early-diagnosis behaviors and perceptions of breast cancer. Social Work in Public Health (e-journal), 32(3):166-75: <https://doi.org/10.1080/19371918.2015.1137525>
- Polat P. Mevsimlik tarım işçisi kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisi. 2015, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Ponraj DN, Jenifer ME, Poongodi DP, Manoharan JS. Meme kanserinin Tabrizi *Trends Comput Inf Sci.* 2011; 2 (12):656–64.
- Portman D., Gass M. Vulvovajinal Atrofi Terminolojisi Konsensüs Konferansı Paneli Menopozun Genitoüriner Sendromu: Uluslararası Kadın Cinsel Sağlığı Araştırmaları Derneğinden ve Kuzey Amerika Menopoz Toplumundan Vulvovajinal Atrofi İçin Yeni Terminoloji. *klimakterik.* 2014; 17 :557–563. doi: 10.3109/13697137.2014.946279.
- Quillin Jm, Bodurtha Jn, Mcclish D, Wilson Db. Genetic Risk, Perceived Risk, And Cancer Worry İn Daughters Of Breast Cancer Patients. *J Genet Couns.* 2011;20:157-64.
- Recep, K. A. R. A., & CEYLAN, B. Beslenme ile İlgili Çelişkili Bilgi Kaynaklı Kafa Karışıklığının Bireylerin Sağlıklı Beslenme Tutum ve Davranışları Üzerine Etkisi. *Akademik Et ve Süt Kurumu Dergisi*, (3), 18-25.
- Rızalar, S., Altay, B. (2010). Meme Kanseri Olan Kadınların Erken Tanı

Uygulamaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(14), 73-87.

Ritte R, Lukanova A, Tjonneland A, Olsen A, Overvad K, et al. Height age menarche and risk of hormone receptor-positive and-negative breast cancer: a cohort study. *Int J Cancer* 2013;132:2619-29.

Roberts, H. ve Hickey, M. (2016). Managing the menopause: An update. *Maturitas*, 86, 53-58.

Rose DP, Gracheck PJ, Vona-Davis L. The Interactions of Obesity, Inflammation and Insulin Resistance in Breast Cancer. *Cancers (Basel)*. 2015 Oct 26;7(4):2147-68. doi: 10.3390/cancers7040883. PMID: 26516917; PMCID: PMC4695883.

Sacko, D. & Arslan, M. (2022). Üniversite içindikilerin Besin Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesi ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beden Kütle İndeksi Üzerine Etkisinin İncelenmesi: İstanbul Aydın Üniversitesi Örneği . *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* , 6 (2) , 169-176 . DOI: 10.25048/tudod.1119104

Sadıç E. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı, Bilgi ve Davranışları ile Meme Kanseri Korkusu Arasındaki İlişki. 2019, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 83 sayfa, Samsun, (Doç. Dr. Birsan Altay).

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020.

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>

(Erişim Tarihi: 10.10.2022)

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2017.

[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf)

[db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf)

[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626)

[30626](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626)(Erişim Tarihi: 10.10.2022).

Sağlık Bakanlığı, 2014 *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. 2. Basım, Ankara Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db /Fiziksel Aktivite Rehberi /Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel_Aktivite_Rehberi/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf) (Erişim Tarihi: 11.10.2022).

Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their

- Management. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2015 Sep;44(3):497-515. doi: 10.1016/j.ecl.2015.05.001. PMID: 26316239; PMCID: PMC4890704.
- Saquist N, Stefanick ML, Natarajan L, Pierce JP. Mortality risk in former smokers with breast cancer: pack-years vs. smoking status. *Int J Cancer.* 2013 Nov 15;133(10):2493-7. doi: 10.1002/ijc.28241. Epub 2013 May 29. PMID: 23649774; PMCID: PMC3770774.
- Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4:1-6.
- Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. *Medicina (Kaunas).* 2019 Sep 2;55(9):559. doi: 10.3390/medicina55090559. PMID: 31480774; PMCID: PMC6780739.
- Sechopoulos I, Teuwen J, Mann R. Artificial intelligence for breast cancer detection in mammography and digital breast tomosynthesis: State of the art. *Semin Cancer Biol.* 2021 Jul;72:214-225. doi: 10.1016/j.semcancer.2020.06.002. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32531273.
- Seçginli, S. (2011). Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2).
- Seçginli, S. (2012). Mammography self-efficacy scale and breast cancer fear scale: psychometric testing of the Turkish versions. *Cancer Nursing*, 35(5), 365-373.
- Sert, P.İ. & Tüylü Küçükılınç, ZT (2022). Meme Kanseri Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar . *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 42(1), 46-59 . DOI: 10.52794/hujpharm.959879
- Seven, M., Bağcivan, G., Akyuz, A., & Bölükbaş, F. (2018). Women with Family History of Breast Cancer: How Much Are They Aware of Their Risk?. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 33(4), 915–921. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1226-3>.
- Shikany, JM, Safford, MM, Newby, PK, Durant, RW, Brown, TM ve Judd, SE (2015). İnmede Coğrafi ve İrsal Farklılıkların Sebepleri (REGARDS) Çalışmasında Güneyli beslenme modeli akut koroner kalp hastalığı

tehlikesiyle ilişkilidir. *Dolaşım* , 132 (9), 804-814.

Shirazi, L., Almquist, M., Borgquist, S., Malm, J. ve Manjer, J. (2016). Serum D vitamini (25OHD3) seviyeleri ve meme kanserinin farklı alt tiplerinin riski: Yuvalanmış bir vaka kontrol çalışması. *Göğüs* , 28 , 184-190.

Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2017;67:7-30.

Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:7-30.

Silva DAS, Tremblay MS, Souza MFM, Guerra MR, Mooney M, Naghavi M, Malta DC. Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990-2015). *Sci Rep*. 2018 Jul 24;8(1):11141. doi: 10.1038/s41598-018-29467-7. PMID: 30042430; PMCID: PMC6057969.

Sis Çelik, A. ve Pasinlioğlu, T. (2013). Klimakterik dönemde yaşanan semptomlar ve hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 48-56.

Slepicka PF, Cyrill SL, Dos Santos CO. Pregnancy and Breast Cancer: Pathways to Understand Risk and Prevention. *Trends Mol Med*. 2019 Oct;25(10):866-881. doi: 10.1016/j.molmed.2019.06.003. Epub 2019 Aug 2. PMID: 31383623.

Sollie M, Bille C. Smoking and mortality in women diagnosed with breast cancer-a systematic review with meta-analysis based on 400,944 breast cancer cases. *Gland Surg*. 2017 Aug;6(4):385-393. doi: 10.21037/gs.2017.04.06. PMID: 28861380; PMCID: PMC5566657.

Stan D, Cutshall S. Wellness coaching intervention for increasing healthy behaviors in breast cancer survivors. *Clin J Oncol Nurs*. 2020;24(3):305-315.

Stanford Research Institute (SRI) International, Spas and the global wellness market: synergies and opportunities. 2010. <https://www.sri.com/publication/spas-and-the-global-wellness-market-synergies-and-opportunities/> (Erişim Tarihi: 2 Mayıs 2020).

Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Endogenous estrogens-breast cancer and chemoprevention. *Pharmacol Rep*. 2021 Dec;73(6):1497-1512. doi: 10.1007/s43440-021-00317-0. Epub 2021 Aug 30. PMID: 34462889;

PMCID: PMC8599256.

Stefanska, A., Bergmann, K. ve Sypniewska, G. (2015). Metabolik sendrom ve menopoz: patofizyoloji, klinik ve tanısal önemi. *Klinik kimyadaki gelişmeler* , 72 , 1-75.

Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. *Int J Biol Sci.* 2017 Nov 1;13(11):1387-1397. doi: 10.7150/ijbs.21635. PMID: 29209143; PMCID: PMC5715522.

Süss, H., Willi, J., Grub, J. ve Ehlert, U. (2021). Menopoz geçişi sırasında esnekliği destekleyen psikososyal faktörler. *Kadın ruh sağlığı arşivi* , 24 , 231-241.

Süss,H. ve Ehlert,U. (2019). Psychological Resilience During The Perimenopause. *Official Journal of the European Menopause&Andropause Society.* 131, 48-56. Erişim:09.12.2019.

Şahin, M. (2019). KORKU, KAYGI VE KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI . *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* , 6 (10) , 117-135 . <https://dergipark.org.tr/en/pub/asead/issue/50855/663245>

Şen, M. A. , Ceylan, A. , Kurt, M. E. , Palancı, Y. & Adın, C. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler . *Dicle Tıp Dergisi* , 44 (1) , 1-12 . DOI: 10.5798/dicletip.298567

ŞENELDİR, O. (2022). ZAMAN VE STRES YÖNETİMİ. *GÜNCEL KAVRAMLARLA*, 39. Kocaeli Üniversitesi, (Erişim Tarihi: 10.12.2022). ORCID No: 0000-0001-5464-7545.

Şengöz, M. (2022). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi modeli'nin bütünleşik bir süreç olarak yeniden yorumlanması. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 164-173.

Tamanal, J. M. and Kim, C. H. (2020). "Promoting Healthy Lifestyle in High School Students: Determination of The Lifestyle Status Through The Healthy Lifestyle Screen (HLS) Assessment". *Journal of Lifestyle Medicine*, 10 (1), 30-43. <https://doi.org/10.15280/jlm.2020.10.1.30>

Tambağ H. Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi

- davranışları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011:47-58.
- Tanrıverdi, H., Işık, S. (2014). Sağlık Profesyonellerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İş Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Dergisi, 125-134.
- TAŞKIN, L. (2019). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Akademisyen Kitabevi.
- Tavakol M, Dennick R (2011) Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education, 2, 53–5, doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- TEKİN, B. N. (2022). Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Kişilerin Bakım Yüklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi.
- TJOD, 2021. <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/> (Erişim Tarihi: 30.05.2021)
- Toptaş A. Kronik Hastalığı Olan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2020.
- Townsend Cm, Beauchamp Rd, Evers Bm, Mattox Kl. Sabiston Textbook Of Surgery E-Book: Elsevier Health Sciences; 2016.
- Törüner, E., Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. İstanbul: Göktuğ Yayıncılık.
- Turan, M.İ. , Karaca, M. , Çelik, M. , Yiğit, D. , Akgül, N. , Karaca, Ö. D. , Çakır, T. , Bilgetekin, İ. , Ertürk, S. & Öztürk, B. (2022). Meme Kanseri ve Moleküler Alt Tiplerinin Menopoz Durumu ve Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi . Akdeniz Tıp Dergisi , 8 (2) , 186-193 . DOI: 10.53394/akd.1060486
- Tuzcu, A. (2013). Sağlığı Geliştirme Modellerine Dayalı Hemşirelik Girişimlerinin Göçmen Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Zuhal Bahar, 2. Danışman: Prof. Dr. Sebahat Gözüm).

- Tuzcu, A., & Bahar, Z. (2015). Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), 47-56.
- Tümer, A. ve Kartal, A. (2018). Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(3), 337-346.
- TÜNEL, M., VURAL, A., EVLİCE, Y. E., & TAMAM, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 189-219.
- Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2022. <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/meme-kanseri-erken-tani> (Erişim Tarihi: 10.10.2022)
- Uncu, F., Bilgin, N. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal Of Breast Health*, 7(3).
- Utkan, N. Z. (2018). Meme kanseri. TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ YETERLİLİK (BOARD) OKULU DERS NOTLARI, 298.
- Ülker N. Hastanede çalışanların stres ve yönetimi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2016;2(2).
- Vardar, O., Özkan, S. ve Serçekuş Ak, P. (2020). Menopoz ve andropoz: Benzerlikler ve geçişler. *Androl Bul* 2020;22:129–136. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.04796>.
- Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS, Atkins JN, Bevers TB, Fehrenbacher L, Pajon ER, Wade JL 3rd, Robidoux A, Margolese RG, James J, Runowicz CD, Ganz PA, Reis SE, McCaskill -Stevens W, Ford LG, Jordan VC, Wolmark N: Ulusal Cerrahi Adjuvan Göğüs ve Bağırsak Projesi: Ulusal Cerrahi Adjuvan Göğüs ve Bağırsak Projesi Tamoksifen ve Raloksifen (STAR) P-2 Denemesi Çalışmasının Güncellenmesi: meme kanserini önleme. *Cancer Prev Res (Phila)* 2010, 3:696-706.,
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., von Wagner, C., Waller, J., Wardle, J., & Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psychology*, 26(8), 1070-1079.

- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81. PMID: 3644262.
- Walker, S.N., ve Hill-Polerecky, D.M. (1996). Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile 11. unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Webb ML, Cady B, Michaelson JS, Bush DM, Calvillo KZ, Kopans DB, et al. İnvaziv meme kanserinin başarısızlık analizi: hastalıktan ölümlerin çoğu, düzenli olarak taranmayan kadınlarda meydana gelir. Kanser. 2014;120(18):2839–46.
- WHO, 1996. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41841/1/WHO_TRS_866.pdf (Erişim Tarihi: 10.12.2021)
- WHO, 1998. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=88BECFF20C3ADB2B9A854BCBD2D59D2E?sequence=1 (Erişim Tarihi: 11.11.2022)
- WHO, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=In%202020%2C%20there%20were%202.3,the%20world%27s%20most%20prevalent%20cancer>. (Erişim Tarihi: 10.10.2022).
- WHO, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (Erişim Tarihi: 10.10.2021)
- WHO, 2021. <https://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/> (Erişim Tarihi: 15.11.2021).
- WHO, Menopoz, 2021. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41841/1/WHO_TRS_866.pdf (Erişim Tarihi: 10.12.2021).
- Wirtz P, Baumann FT. Physical Activity, Exercise and Breast Cancer - What Is the Evidence for Rehabilitation, Aftercare, and Survival? A Review. Breast Care (Basel). 2018 Apr;13(2):93-101. doi: 10.1159/000488717. Epub 2018 Apr 11. PMID: 29887785; PMCID: PMC5981588.
- Worsley R., Bell RJ, Gartoulla P., Davis SR. Toplum temelli bir orta yaş kadın

örneğinde düşük cinsel istek, cinsellikle ilgili kişisel sıkıntı ve hipoaktif cinsel istek disfonksiyonunun prevalansı ve yordayıcıları. *J. Seks. Med.* 2017; 14 :675–686. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.03.254.

Xiao Y, Ke Y, Wu S, Huanf S, Li S, Lv Z, Yeoh EK, et al. Association between whole grain intake and breast cancer risk: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutr J.* 2018; 17(1): 87. DOI: 10.1186/s12937-018-0394-2

YALÇIN, B., & YILMAZER, A. (2022). İş Stresi ve Tükenmişlik Sendromunun Çalışan Performansı Üzerine Etkisi: Otel İşletmelerinde Bir Çalışma. 12 Mayıs 2022. 20. *GELENEKSEL*, 73.

Yalçıntürk, A. (2018). Psikiyatri Hastalarında Fiziksel Egzersizin Desteklenmesi: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(1), 33-37.

Yanık, A., Noğay, N.H. (2017). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 22(4),167-176

Yelboğa, Ö. G. N., & Işık, A. (2022). MEME KANSERİ OLAN KADINLAR İLE ONKOLOJİK SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI. *Onkolojik Sosyal Hizmet*.

Yılmaz C. Ebe ve Hemşirelerde Meme Kanseri Korkusunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. 2020, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 111 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Gülseren Dağlar).

Yılmaz Y, Sezgin Bener G, Atahan K, Acar N, Acar T, Kar H, Tosun F, Gokova M. Can Magnetic Resonance Imaging Replace Mammography and Ultrasonography for the Detection of Breast Lesions? *Cureus.* 2020 May 13;12(5):e8087. doi: 10.7759/cureus.8087. PMID: 32542142; PMCID: PMC7292694.

Yılmaz, C. , Dağlar, G. , Bilgiç, D. "EBE VE HEMŞİRELERDE MEME KANSERİ KORKUSUNUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ".*Sağlık Bilimleri Dergisi.*, 31. (2022)., 355-361.

Yılmaz, M., Okay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 11(3),

202-208.

Yılmazel G, Naçar M, Çetinkaya F. Bir sanayi kuruluşunda çalışan işçilerin sağlığı geliştirme davranışları. TAF Prev Med Bull 2015;14:161-70.

Yiğitalp, G. (2022). Sağlığın Geliştirilmesi Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 11 (1) , 271-278 . DOI: 10.37989/gumussagbil.1050329

Zang J, Shen M, Du S, Chen T, Zou S. The Association between Dairy Intake and Breast Cancer in Western and Asian Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Breast Cancer. 2015 Dec;18(4):313-22. doi: 10.4048/jbc.2015.18.4.313. Epub 2015 Dec 23. PMID: 26770237; PMCID: PMC4705082.

Zhang LR, Chiarelli AM, Glendon G, Mires L. ve ark. Worry is good for breast cancer screening: a study of female relatives from the ontario site of breast cancer family registry. J Cancer Epidemiology 2012;1-10.

Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, Pandeya N, Giles GG, Bruinsma F, Brunner EJ, Kuh D, Hardy R, Avis NE, Gold EB, Derby CA, Matthews KA, Cade JE, Greenwood DC, Demakakos P, Brown DE, Sievert LL, Anderson D, Hayashi K, Lee JS, Mizunuma H, Tillin T, Simonsen MK, Adami HO, Weiderpass E, Mishra GD. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data. Lancet Public Health. 2019 Nov;4(11):e553-e564. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30155-0. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31588031; PMCID: PMC7118366.

Zhu H, Lei X, Feng J, Wang Y. Oral contraceptive use and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012 Dec;17(6):402-14. doi: 10.3109/13625187.2012.715357. Epub 2012 Oct 14. PMID: 23061743.

Zhu X., Wolfgruber TK, Leong L., Jensen M., Scott C., Winham S., Sadowski P., Vachon C., Kerlikowske K., Shepherd JA Deep Learning Predicts Interval and Screening-tipped Cancer from Screening Mamograms: 6369 Kadında Bir Vaka-Vaka-Kontrol Çalışması. *radyoloji*. 2021:203758. doi: 10.1148/radiol.2021203758.