

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOKSUL KADINLARIN MEME KANSERİNE
YÖNELİK İNANÇLARININ MAMOGRAFİ
YAPTIRMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

SEVGİ GÜÇLÜ DEMİRTAŞ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR, 2019

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970085

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOKSUL KADINLARIN MEME KANSERİNE
YÖNELİK İNANÇLARININ MAMOGRAFİ
YAPTIRMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SEVGİ GÜÇLÜ DEMİRTAŞ

Danışman Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Nihal Gördes AYDOĞDU

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2012970085

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Sevgi GÜÇLÜ DEMİRTAŞ ‘Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi’ konulu yüksek lisans tezini 01.07.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Dr. Öğr. Üyesi Nihal GÖRDES AYDOĞDU

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Güldam KARADAĞ

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK

ÜYE

(Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ

YEDEK ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL

YEDEK ÜYE

(Gaziosmanpaşa Üniversitesi)

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Meme Kanseri.....	8
2.1.1. Epidemiyolojisi	18
2.1.2. Etiyoloji.....	11
2.1.3.1.Majör Risk Faktörleri.....	11
2.1.3.2.Minör Risk Faktörleri.....	12
2.1.3.1.Majör Risk Faktörleri.....	11
2.1.3.2.Minör Risk Faktörleri.....	12
2.1.4. Meme Kanserinin Belirtileri.....	14
2.1.5. Meme Kanserinde Erken Tanı.....	14
2.1.5.1. Mamografi	15
2.2. Kadınlarda Yoksulluk ve Meme Kanseri İlişkisi	17
2.3.Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanısında Rol ve Fonksiyonları.....	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	19
3.4. Çalışma materyali(Bulunmamaktadır)	19
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	19
3.6. Veri Toplama Araçları	19
3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu	20
3.6.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	20
3.6.3 Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Değerlendirme Formu.....	21
3.7. araştırmanın Planı	22
3.8. erilerin Değerlendirilmesi	22
3.9. rul Onayı	22
4. BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	27
5.1.Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Gösterme Durumu.....	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
6.1. Sonuç	40
6.2.Öneriler	40
7. KAYNAKLAR.....	41
8. EKLER	52
Ek 1- Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu	52
Ek 2- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	53

Ek 3- Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Değerlendirme Formu.....	55
Ek 4- İzmir Bornova Belediye Başkanlığı TEZ Çalışma İzni	56
Ek 5- Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Etik Kurul Kararı	57
Ek 6- Özgeçmiş.....	60



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada En Sık Görülen 10 Kanser Türü.....	8
Tablo 2. Dünyada Kadınlar Arasında Meme Kanseri Yeni Vaka Sayısı ve Yüzdesi....	9
Tablo 3. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları.....	10
Tablo 4. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Model Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri.....	21
Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 6 . Kadınların Mamografi Yaptırma Durumları.....	24
Tablo 7 . Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mamografi Yaptırma Durumları.....	25
Tablo 8 . Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları.....	25
Tablo 9 . Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutlarına Göre Mamografi Yaptırma Durumları.....	26
Tablo 10 .. Kadınların Mamografi Yaptırma Durumları ile Bazı Değişkenlerin Analizi.....	27

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünyada Meme Kanseri İnsidansı.....	10
--	----



KISALTMALAR

KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
BSE	Breast Self Examination
CBE	Clinical Breast Examination
ACS	American Cancer Society
IARC	International Agency for Research on Cancer
DES	Diethylstilbestrol
BKI	Beden Kitle İndeksi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
ICN	International Council of Nurses
ANA	American Nurses Association
AWHONN	The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
TUIK	Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BRCA1	Breast Cancer 1
BRCA2	Breast Cancer 2
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜRLER

Yükseklisans eğitimim süresince her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Sayın Nihal GÖRDES AYDOĞDU'ya teşekkür ediyorum.

Sevgi GÜÇLÜ DEMİRTAŞ

YOKSUL KADINLARIN MEME KANSERİNE YÖNELİK İNANÇLARININ MAMOGRAFİ YAPTIRMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sevgi GÜÇLÜ DEMİRTAŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı İnciraltı/İzmir

ÖZET

Amaç: Yoksul kadınların meme kanserine yönelik inançlarının mamografi yaptırma davranışları üzerine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Aralık 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında İzmir Bornova ilçesi Doğanlar-Mevlana Mahallesi, 40-69 yaş grubu yoksul kadınlarda yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini basit rastgele yöntemle seçilen toplam 384 kadın oluşturmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların yaşı, eğitimi, medeni durumu, sosyal güvence durumu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği algılanan ciddiye, duyarlılık, sağlık motivasyonu, mamografi yarar, mamografi engel alt boyut puan ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları, bağımlı değişkenleri; kadınların düzenli mamografi yaptırma durumudur. Veriler SPSS 16.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Bornova Belediyesi, Bornova Kaymakamlığı, Pınarbaşı Polis Merkezi Amirliği'nden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan sözel onam alınarak araştırma yürütülmüştür.

Bulgular: Kadınların %26.3'ü düzenli mamografi yaptırmakta, düzenli mamografi yaptırmayanların oranı %73.7'dir. Çalışmaya katılan kadınların yaş, eğitim, sosyal güvence

ile mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Medeni durum ile mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Yapılan lojistik regresyon analizinde eğitim seviyesinin artmasının mamografi yaptırma oranını 5.12 kat arttırdığı saptanmıştır. Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puan ortalamaları (duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, yarar, engel) ve Mamografi yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları ile mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Sağlık motivasyonu algısı ile mamografi engel algısının kadınlarda mamografi yaptırma davranışını sırasıyla 0.85 ve 0.92 kat arttırdığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma sonucunda yoksul kadınlarda mamografi yaptırma oranının düşük olduğu, kadınların yaş, eğitim, sosyal güvence ve Sağlık İnanç Modeli alt boyutları ile mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, erken tanı davranışı, sağlık inanç modeli.

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF POVERTY WOMEN'S BELIEF FOR BREAST CANCER ON MAMMOGRAPHIC MAKING BEHAVIORS

ABSTRACT

Objective: To investigate the effects of poor women's breast cancer beliefs on mammography behaviors.

Method: This descriptive study was carried out between December 2016 and April 2017 in the Doğanlar-Mevlana Neighborhood of Bornova, İzmir. The sample of the study consisted of 384 women selected by simple random method. Independent variables of the study; age, education, marital status, social security status, Health Belief Model Scale perceived severity, sensitivity, health motivation, mammography benefit, mammography barrier sub-dimension score and Mammography Sufficiency Scale mean scores, dependent variables; women's regular mammography (mammography every 2 years). Data were evaluated by SPSS 16.0 computer program. In the analysis of data; descriptive statistics, chi square test, significance test of difference between two means and logistic regression analysis were used. Permission was obtained from Bornova Municipality, Bornova District Governorate, Pınarbaşı Police Headquarters and Dokuz Eylül University Non-Interventional Research Ethics Committee. In addition, verbal consent was obtained from the participants and the research was conducted.

Results: While 26.3% of women had regular mammography, the rate of those who did not undergo regular mammography was 73.7%. A statistically significant difference was found between age, education, social security and mammography status of the women participating in the study. There was no statistically significant difference between marital status and mammography. In the logistic regression analysis, it was found that the increase in the level of education increased the mammography rate by 5.12 times. There is a statistically significant difference between women's Health Belief Model Scale sub-scale mean scores (sensitivity, severity, health motivation, benefit, obstacle) and mammography competence scale and mean mammography ($p < 0.05$). The perception of health motivation and the

perception of mammography were found to increase the mammography behaviors in women by 0.85 and 0.92 fold, respectively.

Conclusion: As a result of this study, it was found that the rate of having mammography in poor women was low and there was a statistically significant difference between the age, education, social security and Health Belief Model sub-dimensions and mammography status.

Key Words: Poverty, early diagnosis behavior, health belief model.



1.GİRİS VE AMAC

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya’da kadınlar arasında meme kanseri görülme oranı %24.2’dir ve meme kanseri 2018 yılında 2.88 milyon olarak açıklanmıştır. Meme kanseri kadınlarda %15 oranla ölümün önde gelen nedenidir (GLOBOCAN, 2018). Dünya nüfusunun artmasına ve yaşlanmaya bağlı olarak kanser artış hızının devam etmesi halinde 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kanser teşhisi konulacağı belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup, insidansı yüz binde 41.6’dır ve her 4 kadın kanserinden birisi (%24.9) meme kanseridir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Meme kanseri özellikle gelişmiş ülkelerde daha fazla oranda görülmektedirken, mortalite oranları gelişmekte olan ülkelere daha fazladır. Bunun nedeni az gelişmiş ülkelerdeki kadınların erken tanı, tarama ve tedavi olanaklarına ulaşımındaki zorluklardan kaynaklandığı belirtilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Mamografi, meme kanserinde mortaliteyi azaltan en etkin tarama yöntemidir (Açıkgöz 2010; Bahar ve Tuzcu, 2015; Arslan ve Şahin, 2013; Thompson ve ark. 2005). Ülkemizde meme kanseri birçok batı ülkesine göre daha genç yaşta görülmesi nedeniyle ulusal tarama standardı olarak mamografi ile taramaya başlama yaşı 50’den 40’a düşürülmüştür ve meme kanseri semptomlarının ortaya çıkması ile tedaviye başlama arasındaki sürenin 14 aydan fazla olması nedeniyle 40-69 yaş semptomsuz kadınlarda iki yılda bir kez düzenli mamografi çekilmesi önerisi geçerliğini korumaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

Dünyada ve ülkemizin farklı bölgelerinde, farklı eğitim ve kültür düzeyine sahip kadınlar ile yürütülen çalışmalarda mamografi çekirme oranı ile ilgili değişik sonuçlar elde edilmiştir. Fakat yapılan bu çalışmaların birçoğunda kadınların mamografi çekirme oranı yetersiz olmakla birlikte bu oran yoksul kadınlarda daha düşüktür (Dişçigil ve ark., 2007).

Yoksulluk ve sağlık birbiri ile yakından ilişkili iki kavramdır. DSÖ'ye göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümleri en temel nedenidir. Cinsiyet yoksulluk açısından belirleyici bir faktör olması nedeniyle kadınlar, yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen gruptur ve yoksulluk sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ontario Womens Health Network, 2010; UNDP, 2011). Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu literatürde çeşitli çalışmalarda ve istatistiklerde gösterilmektedir. Amerikan Kanser Birliği (2008) yoksul kadınların mamografi ile taranma oranı %33.2 olarak belirtilmektedir.

Viyetnam'lı 345 yoksul kadınların mamografi yaptıırma davranışlarının incelendiği bir çalışmada kadınların mamografi yaptıırma oranlarının %32.8 olduğunu saptanmıştır (Yi ve ark., 2001). Makuc ve arkadaşları (1999), düşük gelirli kadınların son bir yıl içerisinde mamografi çekirme oranlarının %48.4 iken yüksek gelire sahip kadınlarda bu oranın %73.6 olduğunu belirtmişlerdir. Subramanian ve arkadaşları (2013), ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlardan %87.8'inin mamografi ile ilgili bilgi sahibi olmasına rağmen, 40-60 yaş arasındaki kadınların %68.1'inin mamografi çektiirmediğini saptamışlardır.

Ege Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada, kadınların mamografi çekirme oranlarının %40.6 olduğunu belirtilmiştir (Dişçiğil, şensoy, Tekin ve Söylemez, 2007). Dündar ve arkadaşları (2006) Türkiye'nin batısında yaşayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %27.9'unun, Maral ve arkadaşları (2009) Ankara'nın kırsal kesiminde yaşayan 40 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları araştırmada ise, kadınların %42.5'inin hiç mamografiyi duymadıklarını saptamışlardır. Benzer şekilde Seçginli ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kadınların %56'sının mamografiyi hiç duymadıklarını belirlemişlerdir.

Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışında bulunmama nedenleri arasında; taramalara karşı ihmaller, bilgi eksikliği, eğitim durumunun düşük olması, zaman kısıtlılığı, gelir durumunun yeterli olmaması, erken tanı hizmetlerine ulaşım yetersizliği, sosyal güvencenin olmaması, sağlık personelinin önerisinin olmaması, kadercilik inancı, tarama yöntemlerine karşı korku, meme kanseri tanısı alma ve memeyi kaybetme korkusu gibi faktörler yer almakla birlikte sağlık inançları da kadınların erken tanı davranışlarını

belirlemede önemli etkenlerdir (Abbaszadeh ve ark., 2007; Cronan ve ark., 2008; Gabers ve ark., 2003; Meana ve ark., 2001). .

Hemşirelik literatüründe bireylere yönelik sağlık risklerini azaltmak için gerekli olan yaklaşımın davranış değişimi olduğuna vurgu yapılmaktadır (Koyun, 2013). Hemşireler sağlığı geliştirme ve hastalıkları erken dönemde önleme programlarında bazı davranış değiştirme modellerini rehber olarak kullanmaktadır (Ergul ve Temel, 2009; Güngörmüş, 2010; Kamişli ve Öz, 2011; Karatay ve ark., 2010; Koyun, 2013; Özdemir ve Taşçı, 2013; Taş ve ark., 2016).

Türkiye’de yapılan çalışmalar; kadınların meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarının yetersiz olduğunu göstermekle birlikte, özellikle yoksul kadınların mamografi davranışlarına etki eden etmenlerin incelendiği çalışmalara ulaşamamıştır. Hemşireler, yoksul kadınların mamografi yaptıрма davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yapacakları araştırmalarla, meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmalarını engelleyen faktörleri azaltarak tarama programlarının geliştirilmesine katkıda bulunabileceklerdir (Cutler, 1999; Hilton ve ark., 2003).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; yoksul kadınların meme kanserine yönelik inançlarının mamografi yaptıрма davranışları üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- Sosyo-demografik özelliklerin mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?
- Meme kanseri duyarlılık algısının mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?
- Meme kanseri ciddiyet algısının mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?
- Sağlık motivasyonu algısının mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?
- Mamografi yarar algısının mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?
- Mamografi engel algısının mamografi yaptıрма durumuna etkisi var mıdır?

-Mamografi özetkililik algısının mamografi yaptıırma durumuna etkisi var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2.1.1. Epidemiyolojisi

Meme kanseri, akciğer kanserinden sonra %11.6 oranla (kadınlar ve erkekler) en fazla görülen kanser türüdür (Tablo 1). Dünyada her dört kadından biri meme kanseridir ve 2018 yılında 2.088 milyon (tüm kanserlerin %24.2'i) kadın meme kanseri tanısı almıştır (Tablo 2). Meme kanseri tüm dünyada ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır ve meme kanseri nedenli ölüm sayısı 4.169.387'dir (GLOBOCAN, 2018).

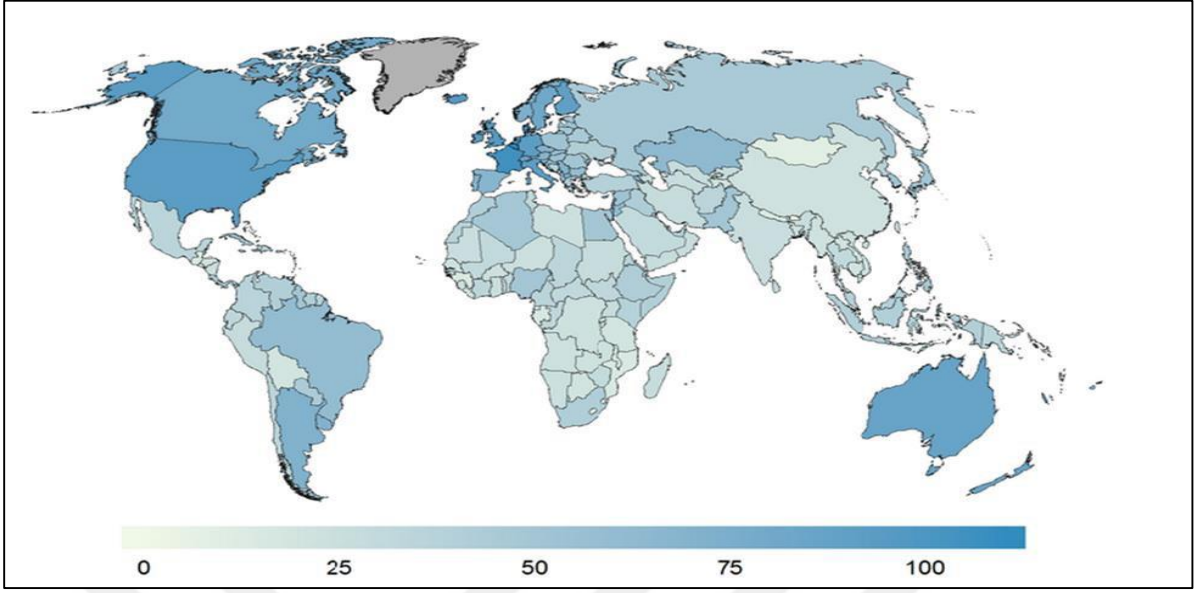
Tablo 1. Dünyada En Sık Görülen 10 Kanser Türü, (Globocan, 2018).

Kanser	Yeni Vaka Sayısı, 2018 (1000s)	Tüm Kanserlerin Yüzdesi
Akciğer	2.093	11.6
Meme	2.088	11.6
Kolon	1.849	10.2
Prostat	1.276	7.1
Mide	1.033	5.7
Karaciğer	841	4.7
Serviks	569	3.2
Özefagus	572	3.2
Diğer	7.7563	42.9

Tablo 2. Dünyada Kadınlar Arasında Meme Kanseri Yeni Vaka Sayısı ve Yüzdesi, (Globocan, 2018).

Kanser	Yeni Vaka Sayısı, 2012 (1000s)	Tüm Kanserlerin Yüzdesi (Cilt kanseri hariç)
Meme	2.088	24.2
Kolon	823	9.5
Akciğer	725	8.4
Serviks	569	6.6
Tiroid	320	4.8
Endometrium	436	5.1
Diğer	3.978	46.1

Dünyada meme kanseri insidansı 100.000’de 46.3’tür. Meme kanseri insidansı en yüksek olan bölge Kuzey Amerika ve Okyanusya iken en düşük Asya ve Afrika bölgeleridir. Orta Afrika ve Doğu Asya’da meme kanseri insidansı 100.000’de 27.9 iken Batı Avrupa’da 92.6’dır. Çok gelişmiş ülkelerde meme kanseri insidansı 100.000’de 94.2 iken az gelişmiş ülkelerde 25.9 olarak daha düşüktür (Şekil 1), (GLOBOCAN, 2018). Meme kanserine bağlı ölüm insidansına gelince; gelişmiş ülkelerde %15.4, az gelişmiş ülkelerde ise %13.6’dır (GLOBOCAN, 2018). Bu eğilim az gelişmiş ülkelerde daha kötü prognozla ilişkili kanser tiplerinin daha sık olmasından ve zamanında tanı ve tedaviye sınırlı erişimden kaynaklanmaktadır.



Şekil 1. Dünyada Meme Kanseri İnsidansı, 2018 (GLOBOCAN, 2018).

Türkiye’de en sık tanı konulan kanser türleri sırasıyla dünyada ve diğer ülkelerin verileri ile benzerlikler göstermektedir ve kadınlarda meme kanseri (43.8/100000 kişide YSH) ilk sırada görülen kanser türlerindendir (Tablo 3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılına ait verileri incelendiğinde ülkemizde kanser nedeniyle ölümler ikinci sırada (%20) yer almaktadır ve sıralamanın daha önceki yıllara göre değişmediği görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015).

Tablo 3. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanserin Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2015)

Meme Kanseri	43.8
Tiroid Kanseri	21.7
Kolorektal kanseri	14.4
Uterus Korpusu Kanseri	10.0
Trakea, Bronş, Akciğer	9.0
Over Kanseri	6.4
Mide Kanseri	6.3
Non Hodkin Lenfoma	4.9
Uterus, Serviks	4.5

2.1.2.Etiyoloji

Meme kanseri insidansını azaltmaya yönelik girişimlerin etkinliği, değiştirilebilir risk faktörlerinin az olması nedeniyle sınırlıdır. Bireylerin yaşam tarzına yönelik uygulanan girişimler meme kanseri riskinde azalmaya neden olabilir. Düzenli mamografi yaptırılması ile yüksek risk grubundaki kadınlarda anlamlı bir risk azalması sağlanamamakla birlikte meme kanserine bağlı mortalite oranlarında anlamlı bir düşüş elde edilmektedir. Kanser acil bir küresel mücadele ile önlemesi, erken tanı, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini daha etkin hale getirmek için hükümetlerin tedbirler alması gerektiği belirtilmektedir (GLOBOCAN, 2018).

2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri (American Cancer Society, 2018)

2.1.3.1. Majör Risk Faktörleri

Cinsiyet; Meme kanseri erkeklerden çok kadınlar için büyük risk faktörüdür. Meme kanserinde kadın olmak riski 100 kat arttırmaktadır (Aslan ve Gürkan, 2007).

Genetik Yatkınlık; Meme kanseri ve gen ilişkisi arasında yapılan çalışmalarda, genetik yatkınlığın meme kanserinde etken olduğu saptanmıştır (Kaya, 2014). Kalıtsal meme kanserinde otozomal dominant karakterli kalıttan sorumlu olan BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarıdır (Engin, 2005; Gençay, 2007; Merey, 2002).

BRCA1 pozitifliğine sahip bir kadında yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riski %85 iken BRCA2 pozitifliğinde ise risk %40-45'dir (Koçak ve ark. 2011). En yüksek risk olarak kabul edilen BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında farkındalığın sağlanması için 18 yaşından itibaren aylık düzenli kendi kendine meme muayenesi yapılması, 25-29 yaşlar arasında ise yıllık olarak memenin MR ile taramasının yapılması ve 30-75 yaş arasında ise yıllık mamografi ve meme MR'nin birlikte çekilmesi önerilmektedir (Engin, 2005 ; Fındık, 2007; Gençay, 2007; Merey 2002; Özen, 2010).

Aile Öyküsü; bireyler genetik mutasyona sahip değilse de meme kanseri tanısı alan bireylerin yaklaşık %10-20'sinde aile öyküsü olduğu tespit edilmesinden dolayı ailede meme kanseri öyküsü önemli risk faktörüdür (Berg, 2009; Demirkazık, 2014).

Yaş; cinsiyetten sonra en büyük risk faktörü yaştır (Kozan ve Tekgöz, 2016; Ravdin ve ark. 2007). Meme kanseri insidansı 40 yaş itibarıyla hızla artmaktadır (Demirkazık, 2014). Meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda, %70'inin yaşının 50 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Engin, 2005; Ünal ve Orgun, 2006).

Diğer Memede İnvaziv Kanser veya Duktal Karsinoma İnsitu; meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, karşı memede de kanser gelişme meme kanseri olmayanlara göre beş kez fazladır (Aslan ve Gürkan, 2007; Eroğlu ve ark., 2010).

2.1.3.2. Minör Risk Faktörleri (American Cancer Society, 2018)

Doğurganlık ve Emzirme; emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı, ayrıca emzirmeyen kadınlarda bu riskinin yüksek olduğu savunulmaktadır (Aslan ve Gürkan, 2007; Eroğlu ve ark., 2010; Lee ve ark., 2003). Erken gebelik yaşı, gebelik sayısının fazla olması ve emzirme ile meme kanseri riskini %30 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Erken Menarş, Geç Menopoz; erken menarş (12 yaş öncesi), geç menopoz (55 yaş sonrası), meme kanseri oluşumu açısından birer risk faktörüdür (Aslan ve Gürkan, 2007; Göcen, 2008; Eroğlu ve ark., 2010; Koçak ve ark., 2011; Wrensch ve ark., 2003).

Sosyo Ekonomik Durum, Etnik Köken; sosyo ekonomik düzeyle meme kanseri arasındaki ilişki eğitim, emzirme, doğurganlık, ilk doğumda annenin yaşı gibi diğer faktörlerle ilişkili olduğundan sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda, meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu konusunda görüş bildirilmiştir (Akyolcu, 1985; Aslan ve Gürkan, 2007).

Yaşam Biçimi (sigara, alkol, diyet, obezite, fiziksel aktivite); Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı rapora göre, meme kanseri görülme sıklığını tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, şişmanlık, yetersiz fiziksel aktivite ve alkol kullanım, kilo alımı, yetersiz ve dengesiz

beslenme, sanayileşme meme kanseri riskini artıran faktörler yönündedir (Özmen ve ark., 2009; WHO, 2010). Günde üç ya da daha fazla sayıda alkollü içecek tüketmek, riski yüzde 30-50 oranında artırmaktadır, günlük içilen her içki, yaklaşık %7 daha yüksek risk anlamına gelmektedir (WHO, 2010). Ayrıca araştırmalar meme kanserinin kilo ile anlamlı ilişkisinin olduğunu göstermiştir (İtili, 2009).

Özellikle menopoz sonrası kilo artışı ile meme kanserinin ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aslan ve Gürkan, 2007). Fiziksel aktivitenin az olması meme kanseri riskini artırmaktadır (Bordeleau ve ark., 2007; Demirkazık, 2014). 40 yaş altındaki kadınlarda haftada dört saat ya da daha fazla fiziksel aktivite yapanlarda kanser riski fiziksel aktivite yapmayan kadınlara göre %60 daha az görüldüğü belirtilmiştir (Gençay, 2007; Gülten, 2008; İtili, 2009). Fiziksel aktivite östrojen hormon düzeyini düşürerek, vücut yağ oranını azaltıp bağışıklık sistemi ile antioksidan savunma sistemini iyileştirir ve hücre çoğalmasını uyaran bazı hormonların etkisini azaltarak meme kanseri riskini azaltmaktadır (Gençay,2007).

Yüksek kalorili besinler meme kanseri riskini arttırırken, omega 3 yağ asitlerinin koruyucu olduğu bilinmektedir (Dereceli 2013; Serdar 2000;Sertöz, 2002). Antioksidan vitaminin yetersizliği meme kanseri riskini artırır (Bordeleau ve ark., 2007; Demirkazık, 2014). Çalışmalar, son yıllarda D vitamininin meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi olabileceğini savunmuştur (Linos ve Willett, 2007). Sigara tüketimi ve meme kanseri riski arasındaki ilişkisi direk olarak bulunmasa da sağlık üzerindeki olumsuz etkisinden dolayı bırakılması önerilmekte ayrıca eşlik eden diğer bazı faktörleri ile birleştiğinde meme kanseri riskini artırdığı düşünülmektedir (Gençay 2007; Koçak ve ark., 2011).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve Oral Kontraseptif Kullanımı; HRT tedavisinin meme kanserine yakalanma riskini artırdığı belirtilmektedir. Oral kontraseptiflerin de, uzun süreli kullanıcılarda meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olduğu bildirilmektedir. Ancak literatüre göre bu etkinin kısa süreli olduğu gözlenmiştir (Dereceli, 2013; İtili, 2009). WHO'ya göre ise enjeksiyon yöntemi veya kısa süreli kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilmemiştir (Engin, 2005). Çalışmalarda da oral

kontraseptif kullanımının meme kanseri riskini etkilemediği desteklenmektedir (Koçak ve ark., 2011; Marchbanks ve ark., 2002).

2.1.4.Meme Kanserinin Belirtileri

Meme kanserinin en yaygın belirtisi memede kitle bulunmasıdır. Kitlenin özellikleri; ağrısız, nispeten sert ve düzensiz kenarlara sahip olmasıdır.

Diğer belirtiler;

- Memede veya koltukaltında şişkinlik hissi ve içe doğru çekilmeler
- Kanlı olan veya olmayan meme başı akıntısı
- Memede çukurlaşma ve tahriş görüntüsü
- Ağrı, meme başında içe çekilme ve deri retraksiyonu
- Memenin renginde kızarıklık veya yara görüntüsü
- Meme başında değişiklikler (soyulma, kabuklanma)
- Memede büyüme, şekil bozukluğu veya asimetridir (ACS, 2018).

2.1.5.Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de meme kanseri insidansındaki artış erken tanı çalışmalarının önemini arttırmaktadır. Meme kanseri erken tanı çalışmalarının başarısı için eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve davranış değişikliğinin sağlanması gerekmektedir (Ulusal Kanser Danışma Kurulu, Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu, 2010).

Kadınların Meme kanserine yakalanma riski %11-12.6 arasında olduğundan meme kanseri riskini en aza indireyecek tutum ve davranışların geliştirilmesi ile kanser gelişimini önlenmeye çalışma, erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresini arttırmak meme kanserinden korunmada önemli girişimlerdir(Darendeliler ve Yaman,2003;Onat ve Başaran, 2003;Özdemir ve Işık, 1998; Yüceyar, 2000).

Meme kanserinde mortalite ve morbiditenin azaltılması kaliteli ve etkili tarama yöntemlerinin artırılması ile sağlanabileceği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Amerikan Kanser Birliği, 50 yaş üstü kadınlarda meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemi programları ile gelecek 20 yıl içinde meme kanserinden ölüm riskinin yaklaşık %30 oranında azaltacağı yönünde görüş bildirmektedir. Meme kanseri risklerinin ve risk gruplarının belirlenmesinde erken teşhis ve tedavide kolaylık sağlayan tarama programlarının yaygınlaştırması ve halkın meme kanseri konusunda farkındalığının artırılması görüşü genel kabul görmektedir (Kayhan ve Arıbal, 2014; Kurdoğlu ve ark., 2009; Seçginli ve Nahçıvan 2006; Yıldırım ve Özyayın, 2014). Meme kanseri erken tanısında altın standart olarak bilinen yöntem mamografidir.

2.1.5.1.Mamografi

Mamografi, fizik muayenede saptanamayacak kadar küçük anomalilerin belirlenmesi amacıyla çekilen meme röntgen filmidir (Dinçel ve ark., 2010; Saatkaya 2009). Mamografi, bir tarama aracı olduğu gibi tanı koymak amacı ile de kullanılmaktadır (Evans, 2012; Schopper ve Wolf, 2009). Avrupa tarama grubunun 2012’de yayınladığı mamografik taramanın yarar ve zararı ile ilgili çalışmada bazı dezavantajlarından bahsedilmektedir. Mamografi taramasının meme kanseri mortalitesini azaltacağına dair birçok kanıt bulunmaktadır. Ancak tarama için gerekli kapasite, fon ve altyapının bu tür programlara başlanmadan önce temin edilmesi, maliyet etkinlik açısından önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Mamografi taramasının son 20-25 yıldır yararlarından çok, yanlış pozitiflik, gereksiz tanı ve tedavi, ağrı, anksiyete ve radyasyon maruziyeti gibi zararları hakkında oldukça fazla tartışma vardır (Bleyer, 2015; ; Coldman ve Phillips, 2012; Evans, 2012; Marmot ve ark., 2013; Yaffe ve Mainprize, 2011). Her 100 kadından 3-5’inde mamografi yanlış pozitiflik gösterebilmektedir (Elmore ve ark., 1998; Leitch ve ark., 1997). Her 1000 kadından dördünde mamografi ile taramanın gereksiz teşhise neden olduğu ve her bir gereksiz teşhis için 250 kadının taranması gerektiği vurgulanmıştır. Gereksiz teşhisler sonucunda yapılan mastektomi

oranlarında %20 artış gözlenmiştir (Cochrane Library, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre ise mamografi ile MK mortalite oranının özellikle 50-69 grubu kadınlarda %40 azaldığı belirtilmiştir (Bleyer, 2015; Özmen ve ark., 2015; Sever ve ark., 2012).

Mamografi taramasının 70-74 yaş aralığına uzatılması sonucunda ise bu yaş grubunda meme kanserinden hayatını kaybeden hasta sayısında anlamlı düşüş olduğu gözlenmiştir (H.Gilbert ve ark., 2016). Kanada'da 1990-2009 yılları arasında yapılan bir çalışmada da meme kanseri tanısı almış ve yaşamını yitirmiş hastalarda mamografi taramasına katılanlar ile katılmayanlar arasında mortalitedeki azalma oranları %27-59 oranında değişmektedir (Coldman ve Phillips, 2012).

Global Meme Sağlığı Girişimi tarafından 2011 yılında meme kanseri görülme sıklığı verilerine göre yaş dağılımının ülkeler arasında ve hatta ülkelerin kendi içinde farklılıklar gösterdiğinden erken teşhis programlarının her ülkenin kendi durumuna göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Birçok Avrupa ülkesinde; 40-49 yaş grubunda meme kanseri sıklığının düşük olması, yanlış pozitiflik ve negatiflik oranlarının yüksekliği sebebiyle taramaya başlama yaşını yaklaşık 50 ve üzeri olarak belirlenmiştir (American Cancer Society, 2018; Alan ve ark., 2016; Kayhan ve Arıbal, 2014; Türk Kanser Derneği, 2017).

Amerikan Kanser Birliği ve çeşitli otoriteler, belirti göstermeyen 35-40 yaşları arasındaki kadınlarda ilerleyen yaşlarda çekilen mamografiler ile karşılaştırması amacıyla mamografi çekimini önermektedir. Amerikan Kanser Birliği 40-49 yaşları arasında kadınlarda bir- iki yılda bir kez, 50 yaşın üzerindekilerde ise her yıl mamografi çektilmesi gerektiğini belirtmektedir (American Cancer Society, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu ülkemiz verilerini göz önünde bulundurduğunda meme kanseri taramaya başlama yaşının yaklaşık 45 olması ve iki yılda bir mamografi yapılması gerektiği konusunda görüş belirtmiştir (Globocan, 2018; WHO, 2016).

Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların yaklaşık yarısının 50 yaş altında olması nedeniyle mamografi ile taramaya başlama yaşı 50'den 40'a düşürülmüştür. Ayrıca

meme kanseri semptomlarının ortaya çıkması ile tedaviye başlama arasındaki sürenin 14 aydan fazla olması nedeniyle, 40-69 yaş semptomsuz kadınlarda iki yılda bir kez düzenli mamografi çekirtmesi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

Toplum tabanlı mamografi tarama programları dahilinde daha çok kadının taranması için mamografi ve mamografinin yararları konusunda halkın eğitilip bilinçlendirilerek farkındalık oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Özmen ve ark., 2015).

2.2.Kadınlarda Yoksulluk ve Meme Kanseri İlişkisi

Yoksulluk bireylerin yaşamını sürdürebilmesi için en temel gereksinimleri karşılayamaması durumudur (Uzun, 2003). Dünya’da aşırı yoksulluk sınırı olan 1.90 doların altında gelire sahip 776.3 milyon kişi bulunmaktadır. Bu sayı dünya nüfusunun yüzde 9.6’sına denk gelmektedir (Dünya Bankası, 2015). Türkiye’de yoksulluk oranı %21.2’dir ve erkeklerde yoksulluk oranı %18.32 iken kadınlarda yüzde 21.6’dır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2016).

Yoksulluk ile sağlık karşılıklı olarak birbirini etkileyen iki kavramdır. Son çalışmalar, kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının istenildiği gibi olmadığını yoksul kadınlarda bu istenilenin daha da azaldığını göstermektedir (Bastani ve ark., 1995; Jirojwong ve Mac Lennan, 2003; Yi ve ark., 2001). Yoksul olan kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma oranlarının %18.6, klinik meme muayenesi (KMM) yaptırmaya oranlarının %48.7 ve mamografi çekirtme oranlarının %32.8 olduğu saptanmıştır (Yi ve ark., 2001). Bastani ve arkadaşları (1995), yoksul kadınların mamografi çekirtme oranının %21, Makuc ve arkadaşları (1999), ise %48.4 olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye’de özellikle yoksul kadınlar ile meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik çalışmalar sınırlıdır.

2.3. Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanısında Rol ve Fonksiyonları

Meme kanserinin birincil ve ikincil koruma düzeyinde hemşirelerin önemli bir rolü vardır, çünkü bütünsel bakış açıları ve ileri düzey pratik becerileri sağlık bakımının tüm seviyelerinde kadınlar için müdahale etmelerini sağlar. Kadınları, kanser risk faktörleri konusunda eğitmek ve erken teşhis ve müdahaleyi amaçlayan tarama programını başlatmak için ileri düzeydeki bilgi ve uygulama becerilerini kullanırlar (Dorria, Hoda, Salwa, Suzan, 2015). Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri hemşirelik girişimleri yolu ile (eğitim ve eyleme geçiriciler) kadınların erken tanı davranışlarının arttırılmasına katkıda bulunmaktadır (Bahar ve Ersin, 2011). Bu nedenle hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geçiricileri bilmeli ve uygulamada kullanmalıdır (Potter PA, Perry AG,2005).

Meme kanseri taramalarına yönelik kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi çekirme gibi koruyucu sağlık davranışlarının düzenlenmesinde ve kazandırılmasında bazı bilişsel-davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden ilki ve en çok kullanılanı Sağlık İnanç Modeli' (SİM) dir (Health Belief Model, 2002; Cognitive-Behavioral Models, 2003; Bellamy, 2004). Meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen inançları çalışan araştırmacıların birçoğu meme kanseri tarama davranışlarını açıklamak için Sağlık İnanç Modeli'nin kuramsal yapısından yararlanmışlardır (Jane Lu, 1995; Kim, Song, 2002; Lee,2002; Wu, Yu, 2003; Mikhail, Petro,Nustas, 2001). Sağlık İnanç Modeli ve kavramları pek çok girişimsel çalışmada yol gösterici olarak kullanılmaktadır. Bu kavramların ve erken tanı davranışlarını nasıl etkilediğinin bilinmesi de hemşirelerin planlayacakları girişimler ile kadınların erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaklardır.

3. GEREÇ / YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Literatür tarama ile Eylül 2014'te başlamış, Temmuz 2019 'da tez savunmasıyla sonlanmıştır. Araştırma İzmir'in Bornova ilçesinde Doğanlar, Mevlana Mahallesi'nde ikamet eden yoksul kadınlarda anket uygulanarak yapılmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini İzmir ili, Bornova ilçesi, sosyo-kültürel düzeyi düşük bir bölge olan Mevlana-Doğanlar mahallesinde yaşayan 40-69 yaş grubu yoksul kadınlar oluşturmuştur. Çalışmada örnekleme alınacak kadın sayısının belirlenmesinde, evreni belli olmayan örneklem seçim yöntemi kullanılarak örneklem hacmi 384 olarak belirlenmiştir. Örneklemeye Bornova Belediyesi'nden sosyal yardım alan adreslere gidilerek, 40-69 yaş grubu, memesinde herhangi bir kitlesi ve meme kanseri öyküsü olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar çalışmaya alınmıştır.

3.4. Çalışma Materyali (Bulunmamaktadır)

3.5. araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

Kadınların düzenli mamografi yaptıрма durumudur (2 yılda bir mamografi)

Bağımsız Değişkenler:

Katılımcıların yaşı, eğitimi, medeni durumu, sosyal güvence durumu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği algılanan ciddiye, duyarlılık, sağlık motivasyonu, mamografi yarar, mamografi engel alt boyut puan ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarıdır.

3.6. veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. 1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, kadınların yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence durumu, aylık gelir miktarı ve ailede yaşayan birey sayısı ve mamografi yaptırma durumuna yönelik yedi sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.6.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş ve üç kez revize edilmiştir. (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004). Ölçek duyarlılık, ciddiye, yarar, engel, öz etkililik ve sağlık motivasyonu algısı olmak üzere meme kanseri ve erken tanıya yönelik bireysel algıları ölçmektedir. Ölçeğin 1984, 1993, 1997 ve 1999 yıllarında yapılan revizyonlarının alt boyutları güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.60-0.78, 0.80-0.93, 0.65-0.90 ve 0.75-0.88 arasında değişmektedir.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği üç çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu araştırmada Gözüm ve Aydın tarafından (2004) uyarlanan Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe formunun duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, mamografi yararları ve mamografi engelleri alt boyutları kullanılmıştır (Tablo 4). Orijinal ölçek toplam 52 maddeden, duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, mamografi yararları ve mamografi engelleri alt boyutlarını içeren ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır. Ölçek 5'li likert tipi bir araçtır. Ölçeğin puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” 1 puandan, “kesinlikle katılıyorum” 5 puana doğru sıralanmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların yükselmesi o alt boyuta ait algının yüksek olduğunu ifade etmektedir (EK 2).

Tablo 4. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alfa Değerleri (Gözüm ve Aydın, 2003).

Alt Boyutlar	Gözüm & Aydın 2004	
	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Duyarlılık	3	0.69
Ciddiyet	6	0.75
Sağlık Motivasyonu	5	0.83
Mamografi yarar algısı	5	0.80
Mamografi engel algısı	11	0.81

Bu çalışmada Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları güvenilirlik katsayıları sırasıyla duyarlılık algısı 0.99, ciddiyet algısı 0.99, sağlık motivasyonu algısı 0.98, mamaografi yarar algısı 0.98 ve mamografi engel algısı 0.98 olmak üzere belirlenmiştir.

3.6.3. Mamografi Yeterlilik Ölçeği

Mamografi Yeterlilik Ölçeği Champion ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olup bireylerin mamografi yaptırmaya ilişkin özetkililik algılarını ölçen, toplam 10 sorudan oluşan 5'li likert tipi (kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, kararsızım 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum 5) bir ölçektir. Ölçekten alınan minimum puan 10, maksimum puan 50'dir. Yüksek puan mamografi yaptırma olasılığının arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .87 olarak saptanmıştır.

Ölçek Seçginli tarafında (2012) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur ve 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçeğin puanlaması "kesinlikle katılmıyorum" 1 puandan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puana doğru sıralanmaktadır. Ölçekten alınan minimum puan 10, maksimum puan 50'dir ve

puanların yükselmesi özetkililik algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri .90 olarak saptanmıştır (EK 3).

Bu çalışmada Mamografi Yeterlik Ölçeği Cronbach alfa değeri 0.969 olarak bulunmuştur.

3.7.raştırma Planı:

- Literatür tarama, tez önerisi hazırlama ; Eylül 2014
- Kurum izinlerinin alınması ; Aralık 2014
- Etik kurul izni ; Aralık 2014
- Veri toplama ; Aralık 2014-Şubat 2018
- Veri analizi ve rapor yazımı ; Şubat 2018 -Mayıs 2019
- Tez Savunma ;Temmuz 2019

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde;

- Yoksul kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre sayı ve yüzde dağılımı,
- Yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence ile mamografi yaptırma durumları arasında ki-kare testi,
- Mamografi yaptırma durumu ile Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Mamografi yaptırma durumu ile Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Mamografi yaptırma durumu ile istatistiksel olarak anlamlılık gösteren bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

3.9. Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir ili Bornova Belediyesi'nden (Ek 4) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. (Karar No: 2015/04-02 Tarih: 12.02.2015) (Ek 5) Ayrıca araştırmaya alınacak kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Kadınların Düzenli Mamografi Yaptırma Durumu

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
40-49	139	36.2
50-59	95	24.7
60-69	150	39.1
Eğitim		
İlkokul Altı	231	60.2
İlkokul Üstü	153	39.8
Medeni Durum		
Evli	310	80.7
Bekar	74	19.3
Sosyal Güvence		
Var	329	85.7
Yok	55	14.3
Toplam	384	100

Çalışmaya alınan kadınların %36.2'si 40-49 yaş, 24.7'si 50-59 yaş, 39.1'i 60-69 yaş grubundadır. Kadınların %60.2'sininin eğitim seviyesi ilkokul altı, %80.7'si evli, %19.3'ü bekar ve %85.7'sinin sosyal güvencesi vardır (Tablo 5)

Tablo 6.Kadınların Mamografi Yaptırma Durumu (n=384)

Düzenli Mamografi Yaptırma Durumu	n	%
Yaptıran	101	26.3
Yaptırmayan	283	73.7

Çalışmaya katılan kadınların düzenli mamografi yaptırma durumları Tablo 6’da yer almaktadır. Katılımcıların %26.3’ü düzenli mamografi yaptırırken, düzenli mamografi yaptırmayanların oranı %73.7’dir.

Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Mamografi Yaptırma Durumları

	Yaptırıyor		Yaptırmıyor		χ^2	p
	n	%	n	%		
Yaş						
40-49 Yaş Grubu	78	77.2	61	21.6	105.68	.000
50-59 Yaş Grubu	17	16.8	78	27.6		
60-69 Yaş Grubu	6	5.9	144	50.9		
Eğitim					117.35	.000
İlkokul altı	15	14.9	216	76.3		
İlkokul ve üstü	86	85.1	67	23.7		
Medeni Durum						
Evli	76	75.2	234	82.7		
Bekar	25	24.8	49	17.3	2.647	.104
Sosyal Güvence						
Var	100	99	229	80.9		
Yok	1	1.0	54	19.1	19.852	.000
Toplam	101	100	283	100		

Kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre düzenli mamografi yaptırma durumları Tablo 7’de yer almaktadır. Katılımcıların yaş grupları ile mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=.000). Bu farklılık 40-49 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. Kadınların eğitim seviyesine göre mamografi yaptırma durumları incelendiğinde ilkokul altı eğitim seviyesinde olan kadınlar ile, ilkokul üstü eğitim seviyesinde olan kadınlar arasında mamografi yaptırma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0.002).Eğitim seviyesi ilkokul ve üstü olan kadınların mamografi çekirtme oranı %85.1’dir. Katılımcıların medeni durumlarına göre mamografi yaptırma durumları

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=.104$). Kadınların sosyal güvence ile mamografi yaptıırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=.000$). Sosyal güvenceye sahip olanların %99'u mamografi yaptırmaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Duyarlılık Algısı	7.99±3.88	3-15
Ciddiyet Algısı	17.04±8.74	6-30
Sağlık Motivasyonu Algısı	17.52±5.28	5-25
Mamografi Yarar Algısı	17.31±5.34	5-25
Mamografi Engel Algısı	26.83±9.87	11-55
Mamografi Yeterlilik Algısı	33.03±9.22	10-50

Çalışmaya katılan kadınların meme kanserine yönelik algı puan ortalamaları Tablo 8'de yer almaktadır. Katılımcıların meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalaması 7.99 ± 3.88 , ciddiyet algısı puan ortalaması 17.04 ± 8.74 , sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması 17.52 ± 5.28 , mamografi yarar algısı puan ortalaması 17.31 ± 5.34 ve mamografi engel algısı puan ortalaması 26.83 ± 9.87 'dir. Ayrıca katılımcıların mamografi yeterlilik algısı puan ortalaması 33.03 ± 9.22 'dir.

Tablo 9. Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Ölçek Alt Boyutlarına Göre Mamografi Yaptırma Durumları

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları	Mamografi Yaptıran $\bar{X} \pm SD$	Mamografi Yaptırmayan $\bar{X} \pm SD$	t	p
Duyarlılık Algısı	11.44±3.38	6.75±3.42	11.91	.000
Ciddiyet Algısı	24.73±5.62	14.30±7.98	14.20	.000
Sağlık Motivasyonu Algısı	20.84±4.04	16.33±5.16	8.89	.000
Mamografi Yarar Algısı	21.14±4.29	15.94±5.00	9.99	.000
Mamografi Engel Algısı	18.61±9.86	29.76±8.06	-11.22	.000
Mamografi Yeterlilik Algısı	40.21±8.50	30.47±8.05	10.28	.000

Çalışmaya katılan kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarına göre mamografi yaptırma durumları Tablo 9’da yer almaktadır. Kadınların duyarlılık, ciddiye, motivasyon, mamografi yarar, mamografi engel ve mamografi yeterlilik durumları ile mamografi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=.000).

Tablo 10. Kadınların Mamografi Yaptırma Durumları İle Bazı Değişkenlerin Analizi*

Değişkenler	β	SE ^a	df ^b	p	OR ^c	%95 CI	
						Alt Değer	Üst Değer
Yaş	-.667	.407	1	.101	.513	.231	1.139
Eğitim	1.634	.399	1	.000	5.125	2.344	11.206
Sosyal Güvence	-1.563	1.186	1	.188	.210	.020	2.142
Duyarlılık Algısı	.132	.068	1	.051	1.141	1.000	1.303
Ciddiyet Algısı	.035	.041	1	.389	1.036	.956	1.123
Sağlık Motivasyonu	-.161	.075	1	.032	.852	.735	.986
Yarar Algısı	.122	.063	1	.050	1.130	1.000	1.278
Engel Algısı	-.080	.023	1	.000	.923	.883	.965
Yeterlilik Algısı	.042	.027	1	.113	1.043	.990	1.099

*Lojistik regresyon analizi, ^aStandart Hata, ^b Serbestlik derecesi, ^c Odd'sRatio

Çalışmada kadınların mamografi yaptırma durumu ile istatistiksel olarak anlamlılık gösteren bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analizi Tablo 10'da yer almaktadır. Kadınların mamografi davranışı gösterme oranları; eğitim düzeyinin artması ile 5.12 kat, sağlık motivasyonu algısının bir birim artması ile 0.85 kat, mamografi engel algısındaki bir birimlik azalma ile 0.92 kat artmaktadır.

5.TARTIŞMA

5.1.Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Gösterme Durumu

Bu çalışmada sadece %26.3'ü düzenli mamografi çektirirken, düzenli mamografi çektirmeyenlerin oranı %73.7'dir (Tablo 6). Yapılan çalışmalar da kadınların mamografi çektirme oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Yi ve arkadaşları (2001), 345 Vietnamlı yoksul kadınlar üzerinde yaptığı tanımlayıcı araştırmasına kadınların mamografi çektirme oranlarının %32.8 olduğunu bildirmiştir. Yoksul kadınlarda yapılan bir başka çalışmada son bir yıl içerisinde kadınların mamografi çektirme oranı %21 iken, dokuz aylık izlem sonrasında kadınları mamografi çektirme oranını %23 olarak saptanmıştır (Bastani ve ark.,1995). Makuc ve arkadaşları (1999),50-64 yaşında olan yoksul kadınların son bir yılda mamografi çektirme oranlarının %48.4 iken yoksul olmayan kadınlarda bu oranın %73.6 olduğunu belirtmişlerdir.

Doğu Baltimore, Maryland'de yaş ortalaması 48 ve %58'inin sigortasız olduğu 119 yoksul Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan çalışmada mamografi çektirme oranı %50 olarak saptanmıştır (Garza ve ark., 2005). Tennessee'de Afrika kökenli Amerikalı 40 yaş üstü 334 yoksul kadınlarda yapılan çalışmada %73.6'sının mamografi çektirmediği saptanmıştır (Patel, Kushel, 2014). Benzer şekilde Floudi ve arkadaşları (2013), kadınların %6.8'inin, Donnelley ve arkadaşları (2013), ise kadınların sadece %26.9'unun mamografi yaptırdığını saptamışlardır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da kadınların mamografi yaptırma davranışlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Sönmez ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınların %32'sinin mamografi yaptırdığı saptanmıştır. Açıkgöz ve arkadaşları (2015), kadınların %44.1'inin hiç mamografi yaptırmadığı ve %16.4'ünün ise iki yılda bir yaptırdığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada kadınların %17.9'unun mamografi yaptırdığı saptanmıştır (Avcı ve ark., 2014). Gürsoy ve arkadaşları (2011), kadınların sadece %15'inin, Koç ve Sağlam (2009), %14'ünün, Yavan ve arkadaşları (2010) %21'inin mamografi yaptırdığını belirtmişlerdir.

Literatürdeki sağlığı geliştirme çalışmalarında kullanılan modellerde kadınların mamografi çektirme davranışlarının en önemli belirleyicileri; meme kanseri ile ilgili sağlık

kuruluşlarından daha önce eğitim alma, mamografi hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık konusunda yüksek bilinç düzeyinde olmaları belirtilmektedir (Akkaş ve ark., 2007; Ersin ve Bahar, 2012; Gençtürk, 2013; Glanz ve ark., 1993; Şeçginli ve Nahçıvan, 2006). Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesi ilkokul altı olması kadınların meme kanseri erken tanısı ve mamografiye yönelik bilgiye ulaşma konusunda kısıtlılıklar yaşayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca yoksul kadınlar mamografi gibi tarama davranışlarını düşük öncelikli olarak algılayabilmekte ve bu durum davranışın oluşumunu engelleyebilmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların yaş gruplarına göre mamografi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, bu farklılığın 40-49 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 7). Bu bulguya zıt olarak Norouznia ve Aydoğdu (2014), yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzeri kadınların mamografi yaptırma oranının %22.'8 olduğunu, O'Malley, Forrest ve Mandelblatt (2002), yoksul kadınlarda kanser tarama davranışlarını inceledikleri çalışmalarında 65 yaş ve üstü kadınların kanser taramalarında uyumlarının genç olan kadınlara göre daha iyi olduğunu saptamışlardır. CDC'nin (2005) meme kanseri taramaları ve sosyo-ekonomik statü isimli 35 Metropolde yaptıkları araştırmada, kadınların 40-49 yaş grubunda olan kadınların daha yaşlı bireylere oranla son 2 yılda daha az mamografi tarama davranışı gösterdiğini saptamıştır. Thind, Diamant, Hoq ve Maly (2008) yoksul bireylerde yaptıkları çalışmada yaşlı kadınların kanser erken semptomlarını tanımlamada genç olan kadınlara göre yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Patel ve arkadaşları (2014); yoksul Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptıkları çalışmada da 40-64 yaş grubunda olan kadınların 65 yaş ve üzerinde olanlara göre daha fazla mamografi taramasına katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada 40-49 yaş grubunda olan kadınların mamografi çekirme oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum genç kadınların teknoloji kullanımı ile birlikte bilgiye ulaşma, sağlık kuruluşlarından randevu alabilme gibi konularda yaşlı bireylere göre daha aktif olabilmelerinden kaynaklanabilmektedir.

Kadınların eğitim durumlarına göre mamografi yaptırma durumları incelendiğinde ilkokul altı ve ilkokul üstü ile mamografi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ve bu farklılık ilkokul üstü grubundan kaynaklanmaktadır. Yapılan lojistik regresyon analizinde eğitim seviyesinin artmasının mamografi yaptırma oranını 5.12 kat arttırdığı saptanmıştır. Literatürde eğitim seviyesinin artması erken tanı davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir faktör olarak gösterilmektedir. Yapılan bir çalışmada; üniversite mezunu olan kadınların lise mezunu olan kadınlara oranla daha yüksek mamografi yaptırma oranlarına sahip olduğu belirtilmektedir (CDC, 2005). Kadınların eğitim, gelir gibi sosyo-demografik özellikleri meme kanseri taramalarında, kadınların taramalara katılmalarını bilişsel faktörler üzerinden etkileyebilmektedir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça, bireylerin meme kanserine ve erken tanısına yönelik algıları da değişerek davranış gösterme oranlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Kadınların medeni durumlarına göre mamografi yaptırma durumları incelendiğinde medeni durum ile mamografi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Patel ve arkadaşları (2014) yoksul kadınlarda medeni durumun mamografi yaptırma üzerine etkisinin olduğunu, evli olan kadınların bekar olan kadınlara göre daha yüksek oranda tarama davranışı gösterdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde yapılan bir diğer çalışmada bekar olan kadınların evli olan kadınlara göre meme kanseri tarama davranışı gösterme oranları daha düşük olarak saptanmıştır (CDC, 2005). Literatürde evli olan kadınların daha fazla tarama davranışlarında bulunma nedenleri arasında eş desteği gösterilmekle birlikte, bu çalışmada medeni durumun etkisinin olmaması yoksul olmaları ile açıklanabilmektedir.

Katılımcıların sosyal güvence durumuna göre mamografi yaptırma durumları incelendiğinde sosyal güvence ile mamografi yaptırma arasında literatür ile uyumlu olarak anlamlı fark saptanmıştır. CDC (2005) çalışmasında sosyal güvencenin olmasının tarama davranışlarında artışa neden olduğunu belirtmiştir. Türkiye’de meme kanseri ulusal tarama standartlarına göre kadınlara KETEM’lerde sunulan erken tanı hizmetleri (mamografi) ücretsiz olarak karşılanmakta ancak ikinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler sosyal güvencesi olmayanlar için ücretli olarak verilmektedir. Bu durum sosyal güvencesi

olan ve olmayan kadınlar arasında mamografi davranışı gösterme açısından farklılık oluşturmayacağını düşündürse de, özellikle yoksul kadınların ücretsiz verilen hizmetlere yönelik yeterli bilgisinin olmaması çalışma sonuçlarında bu farklılığın ortaya çıkmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut ve mamografi yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde; kadınlarda meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalaması 7.99 ± 3.88 (min. 3-max. 15) olarak ortalama puanın üzerinde ve duyarlılık algısı ile mamografi yaptırma davranışı arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalamalarının 6.74 ± 3.25 ile 12.99 ± 3.07 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir (Aydoğdu, 2011; Champion, 1997; Güney, 2009; Lee-Lin, 2007; Seçginli ve Nahçıvan, 2006). Yoksul kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara oranla mamografi çekirme oranlarının 0.74 kat fazla olduğu ve algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki korelasyonun .29 olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulara zıt olarak; algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Champion ve Scott, 1997; Hyman, Baker, Ephraim, Moadel, Philip, 1994). Duyarlılık algısı bireylerin meme kanseri olma ihtimallerine yönelik olarak kendilerini ne kadar riskli algıladıklarını gösteren bir değişkendir. Duyarlılık algısı yüksek olan bireyler meme kanseri olma ihtimallerinin yüksek olacağına inandıkları için tarama davranışlarını daha fazla gösterebilmektedir.

Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ciddiyet Alt Boyutu puan ortalamalarının 17.04 ± 8.74 (min. 6-max. 30) olduğu ve meme kanseri ciddiyet algısının mamografi yaptırmaya etkisinde anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Literatürde kadınların meme kanseri ciddiyet algısı puan ortalamaları 20.78 ± 5.12 ile 23.91 ± 4.91 arasında değişmektedir (Güney, 2009; Seçginli ve Nahçıvan, 2006). Ciddiyet algısı bireyin meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılamasına yönelik inancıdır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme

kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla mamografi yaptıрма eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008).

Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli sağlık motivasyon alt boyut puan ortalamaları 17.52 ± 5.28 (min. 5 -max. 25) ve sağlık motivasyonunun mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Sağlık motivasyonunda bir birimlik artış mamografi yaptıрма oranında 0.85 kat artışa neden olmaktadır. Aydoğdu (2011) yoksul kadınlar üzerinde yaptığı deneysel çalışmada kadınların sağlık motivasyonu algı puanlarının girişim öncesi deney grubunda 20.94 ± 4.03 , kontrol grubunda 19.62 ± 3.27 olduğunu saptamıştır. Literatürde sağlık motivasyonunun yoksul kadınların erken tanı davranışlarına etkisini inceleyen çalışmaya ulaşılammamıştır ancak yoksul olmayan kadınlarda yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonunun meme kanseri erken tanı davranışlarına olumlu yönde etkisi olduğu ve uygulanan girişimler ile kadınların motivasyon algısının arttırıldığı saptanmıştır (Seçginli, 2007).

Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Yarar Alt Boyutu puan ortalamaları 17.31 ± 5.34 (min. 5-max. 25) olup mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Literatürde yoksul kadınlar ile yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, yoksul kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların mamografi yarar alt boyutu puan ortalamaları 19.84 ± 3.66 saptanmıştır (Aydoğdu, 2011). Sosyo-ekonomik durumu orta düzey olan kadınlarda ise mamografi yarar algısı puan ortalamaları 18.88 ± 3.90 ile 23.05 ± 3.31 arasında değişim göstermektedir (Güney, 2009; Lee-Lin ve ark., 2007; Seçginli ve Nahçıvan, 2006). Ayrıca literatürde meme kanseri erken tanı yöntemlerine yönelik olarak kadınların algıladıkları yararlar arasında, hastalığın erken tanılanması ile daha kolay tedavi imkânlarını sağlaması, kanserden ölümleri düşürmesi, erken dönemde kitleyi tespit etmeyi sağlaması, tedavi için büyük önem arz etmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşamı sağlamak yer almaktadır (Champion ve Scott, 1997; Mc Donald, Thorne, Pearson ve Adams-Campbell, 1999; Skinner, Arfken ve Sykes, 1998). Bu çalışmada kadınların mamografi yarar algısı literatürde belirtilen ortalamaların altındadır. Bu durum kadınların mamografiye yönelik acı hissetme, meme kanserine neden olması, mamografi

yapılırken çok fazla radyasyona maruz kalma gibi düşünceye sahip olabileceklerini düşündürmektedir.

Kadınların Sağlık İnanç Modeli Mamografi Engel Alt Boyut puan ortalamaları 26.83 ± 9.87 (min. 11-max. 55) olup, mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Kadınlarda engel algısının azalması mamografi yaptırma oranını 0.92 kat arttırmaktadır. Literatürde kadınların mamografi engel algısı puan ortalamaları 16.59 ± 3.25 ile 37.53 ± 10.24 arasında değişim göstermektedir (Güney, 2009; Lee-Lin, 2007; Seçginli ve Nahçıvan, 2006). Aydoğdu (2011) yaptığı deneysel çalışmada yoksul kadınların mamaografi engel algısı puan ortalamalarının deney grubunda 28.08 ± 8.63 , kontrol grubunda 31.18 ± 6.91 olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada kadınların yoksul olması ve erken tanı çalışmalarında sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması engel algısının artarak mamografi yaptırmayı olumsuz olarak etkilemiş olabilir.

Katılımcıların Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları 33.03 ± 9.22 (min. 10-max. 50) olup yeterlilik algısının mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde yeterlilik algısı yüksek olan kadınlar ile olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 8). Yapılan bir çalışmada kadınların mamografi özetkililik puan ortalamaları 31.44 ± 13.44 olarak saptanmıştır (Ersin ve ark., 2013). Literatürde kadınlarda özetkililik/yeterlilik algısının yüksek olması mamografi yaptırmaya yönelik davranışları olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar yer almaktadır (Champion, Cronan, 2008; Fernandez, 2009; Skinner ve Menon, 2005). Yapılan bir çalışmada yoksul kadınlarda özetkililik algısının artması ile kadınların mamografi yaptırma oranının 2.1 oranında arttığı saptanmıştır. (Palmer, Fernandez, Tortolero-Luna, Gonzales, Mullen, 2005). Yeterlilik algısı bireylerin bir davranışı gerçekleştirebilmelerine yönelik kendilerine olan inançları, davranışı başarabileceklerine olan algılarını tanımlamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri yeterlilik algılarını etkileyerek davranış oluşumunda etkili olmaktadır (Pender, 1987; Pender ve ark., 2006).

6.SONUC VE ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Bu çalışma sonucunda;

- Okur yazar olmayanların mamografi yaptırma oranları düşük,
- 40-49 yaş arasında mamografi yaptırma oranının fazla olduğu,
- Sosyal güvencenin olması mamografi yaptırma davranışını arttırdığı,
- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları ve Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarına göre mamografi duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar, engel, yeterlilik algısı yüksek olanların mamografi yaptırma oranının fazla olduğu,
- Mamografi Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları 33.03 ± 9.22 (min. 10-max. 50) olup yeterlilik algısının mamografi yaptırmaya etkisi incelendiğinde yeterlilik algısı yüksek olanların mamografi yaptırma oranının fazla olduğu,
- Eğitim durumlarına göre mamografi yaptırma durumları incelendiğinde; yapılan lojistik regresyon analizinde; eğitim seviyesinin artmasının mamografi yaptırma oranını 5.12 kat arttırdığı ,
- Yoksul kadınların yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve meme kanserine yönelik inançları ile mamografi yaptırma davranışlarını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

6.2.Öneriler

- Kadınların eğitim düzeyinin artması ile mamografi yaptırma oranının 5.12 kat artması nedeniyle özellikle okuma yazması olmayan yoksul kadınların Aile Sağlığı Merkezleri'ne yönlendirilmesi ve burada halk sağlığı hemşireleri tarafından izlenmesi,
- Kadınların sağlık motivasyonlarının mamografi yaptırma üzerine etkisi nedeniyle hemşirelerin; toplumda lider konumundaki bireyler ve yerel yönetimler ile işbirliği içerisinde erken tanı çalışmalarını yürütmesi,

-Kadınların meme kanseri engel algısının azaltılması için meme kanseri erken tanı hizmetlerini ücretsiz olarak nereden alabilecekleri konusunda yoksul kadınlara danışmanlık yapılması,

-Kadınların meme kanseri duyarlılık, ciddiyeet algısı, sağlık motivasyonu, mamografi yarar, mamografi engel algıları ve mamografi yeterlilik algıları erken tanı davranışını olumlu yönde etkilediğinden bu algıları arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması önerilmektedir.



7.KAYNAKLAR

- Abbaszadeh A, Haghdast AA, Taebi M, Kohan S. The relationship between women's health beliefs and their participation in screening mammography. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2007; Oct-Dec: 8(4): 471-5.
- Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. J Breast Health, 2015; 11: 8-31.
- Açıkgöz A. Risk assessment for breast and cervical cancer and the use of screening services İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- Akkaş H, İlhan MN, Bumin MA. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Denizli; 2007, s: 324- 325.
- Akyolcu N. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi-Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık Bilgisi Düzeylerinin Ölçülmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi, 1985, İstanbul.
- Alan B, Kapan M, Girgin S. Üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde yapılan 5100 mammografi görüntülemesinin retrospektif analizi. Dicle Tıp Dergisi, 2016; 43 (2): 339-343.
- American Cancer Society (2018). Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html>. Erişim Tarihi: 25.10.2018
- American Cancer Society. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms. 2018, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-recs>. Erişim Tarihi: 25.3.2018.

- American Cancer Society. Anxiety, fear and depression, Cancer affects your emotional health. 2018, www.cancer.org/anxiety-fear-depression-pdf. Erişim Tarihi: 2.04.2018.
- American Cancer Society. What are the risk factors for breast cancer? 2018, <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi: 27.03.2018.
- April-Sanders A, Oskar S, Rachel C. Schmitt KM, et all. Predictors of breast cancer worry in a Hispanic and predominantly immigrant mammography screening population. Women's Health Issues, 2018; 27(2): 237–244.
- Aslan F.E, Gürkân A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi.2007; 3(2): 63-8.
- Arslan M. Dursun A.ř. Kadınlarnın Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik e-dergisi. 2013; (1) :1.
- Aydoğdu N.G. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınlarnın Meme Ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İzmir, 2011
- Avcı İA, Kumcagiz H, Altinel B, Caloglu A. Turkish female academician self-esteem and health beliefs for breast cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev, 2014; 15(1): 155-160.
- Bahar, Ersin F. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: A qualitative study according to the health belief and health development models. Asian Pacific J Cancer Prev, 2011; 12: 1849-1854.
- Bahar Z ,Tuzcu A, Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women Within Turkey. Journal of Trans cultural Nursing 2015; Jan;26(1):47-56.
- Bastani R, Kaplan CP, Maxwell AE, Nisenbaum R, Pearce J, Marcus AC. Initial and repeat mammography screening in a low income multi-ethnic population in Los Angeles. Cancer Epidemiology Biomarkers&Prevention, 1995; Vol: 4(2):161-167.

- Beji NK, Meran HEP. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1.Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2015:11-3.
- Bellamy, R.(2004) Introduction to Patient Education: Theory and Practice. Med Teach; 26(4); 359-365.
- Berg WA. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next? AJR Am J Roentgenol. 2009; 192: 390-9.
- Bleyer A. Screening Mammography: Update and Review of Publications Since Our Report in the New England Journal of Medicine on the Magnitude of the Problem in the United States. Acad Radiol 2015; 22: 949-960.
- Bordeleau LJ, Lipa JE, Neligan PC. Management of the BRCA mutation carrier or high-risk patient. Clin Plastic Surg. 2007; 34: 15-27.
- CDC MVMR.Breast Cancer Screening and Socioeconomic Status-35 Metropolitan Areas, <https://www.cdc.gov.mmwr/preview/mmwrhtml/mm543a2.htm#tab1> October7,2005/54 (39);981-985
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. Nursing Research, 1997;46:331-337.
- Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self efficacy scale for mammography. Research in Nursing&Health 2005; 28:329-336.
- CIA - The WorldFactbook 2014, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/appendix/appendixb.html#D>. Erişim tarihi: 25.01.2017)
- Cochrane Library_2012, <http://www.cochranelibrary.com/> Erişim Tarihi:15.012.2018
- Cognitive- Behavioral Models: Leading the Way in Individual and Interpersonal Theories. http://oc.nci.nih.gov/services/Theory_at_glance/HOME, Erişim tarihi 10.03. 2018.
- Coldman A, Phillips N. False Positive Screening Mammograms and Biopsies Among Women Participating in a Canadian Breast Screening Program. 2012; 103: 420-424.

- Cronan TA, Villalta I, Gottfried E, Vaden Y, et all. Predictor of mammography screening among ethnically diverse low income women. *Journal of Women's Health*, 2008; 17(4): 527-538.
- Cutler LR. The contribution of nursing to cancer prevention. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29(1):169-177.
- Darendeliler E, Yaman A.F. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. Meme Kanseri. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003; 13-33.
- Dereceli Ö. Hereditör Meme Kanserinde BRCA1 VE BRCA2 Genlerinin Rolü, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Bitirme Tezi, 2013, Kayseri (Danışman İlhan Demirhan).
- Demirkazık F.B. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? Trd Sem. 2014; 2: 206-216.
- Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, Akkuş M.A. İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler Meme Sağlığı Dergisi. 2010; 6: 3.
- Dişçigil, G, Şensoy N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medikal Journal*, 2007; 20(1):29-36.
- Dorria Salem, Hoda Zaki, Salwa Hagag Abdelaziz Suzan Atteya, Nurse's Role in Early Detection of Breast Cancer through Mammography and Genetic Screening and Its Impact on Patient's Outcome, *International Scholarly and Scientific Research & Innovation* 9(2) 2015, 155-162.
- Donnelly TT, Al Khater A, Al Bader SB, AL Kuwari MG ve ark. Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practice among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 2013; 13(49): 2-16. Erişim Tarihi: 26.04.2014.

- Elmore JG, Barton MB, Mocer VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med. 1998; 338(16): 1089-96.
- Engin K. Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevi, 2005; 75-90.
- Ergul S, Temel AB. The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. International Nursing Review. 2009; (1): 102-108.
- Eroğlu C, Eryılmaz M.A, Cıvıç S, Gurbuz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu International Journal of Hematology and Oncology. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Kayseri, 2010.
- Ersin F, Bahar Z. Sağlık Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. bir literatür derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012; 5(1): 28-38.
- Evans WP. Breast cancer screening: successes and challenges. CA Cancer J Clin, 2012; 62: 59.
- Fındık S. Meme Kanseri Olgularında HER2/neu Tespitinde İmmünohistokimya Ve Floresan İn Situ Hibridizasyon (FISH) Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2007, Konya (Danışman: H. Toy).
- Fouladi N, Porfarzi F, Mazaheri E, Alimohammadi AH, ve ark. Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the Champion health belief model scale. Asian Pac J Cancer Prev, 2013; 14(11): 6857-6862.
- Garbers S, Jessop DJ, Foti H, Uribe Larrea M, et al. Barriers to breast cancer screening for low income Mexican and Dominican women in New York City. Journal of Urban Health, 2003; 80(1): 81-91.

Garza Mary A, PhD, MPH, Luan jingyu, PhD, Blinka Marcela, MSW, Iris Farabee-Lewis Reverend, DD, Neuhaus Charlotte E., MHS, Zabora James R, ScD, MSW, and Jean G. Ford Jean G., MD From the Department of Epidemiology, John Hopkins Bloomberg School of Public Health (MAG, JL, JGF) and the Department of Oncology, School of Medicine (MB, CEN, JRZ, JGF) at Johns Hopkins University, and the Centennial-Caroline Street United Methodist Church (IF-L), Baltimore, Maryland. Submitted March 4, 2005; accepted July 28, 2005

Gençay T.Hasta ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması.Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü Uzmanlık tezi,2007,İstanbul(Danışman Doç.Dr.O.Yücel).

Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. Meme Sağlığı Dergisi. 2013; (1): 9.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Health behavior and health education: theory, research, and practice, John Wiley&Sons, 2008.

GLOBOCAN 2018. International Agency for Research on Cancer, Cancer istatistic worldwide <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> . Erişim Tarihi: 10.10.2018.

GLOBOCAN, 2018. International Agency for Research on Cancer, 2018. Breast cancer, Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=breast. Erişim Tarihi: 25.11.2018.

GLOBOCAN, 2018. International Agency for Research on Cancer, 2018. Breast cancer, Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2018. Pupulation fact sheet in turkey. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx?country=792. Erişim tarihi: 25.12.2018.

GLOBOCAN, 2018. International Agency for Research on Cancer, IARC. Latest world cancer statistics. 12 December 2018. www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf. Erişim Tarihi: 25.10.2018.

Göcen E. Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanmış Meme Kanseri Hastalarda Konvansiyonel Radyoterapi İle Konformal Radyoterapi Tekniğinin Doz Dağılımı Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul.

Gözüm, S. Karayurt, Ö. ve Aydın, İ.(2004). Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına ilişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1(2).

Gülten N. İzmir Balçova bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Güney E. İzmir'de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

Güngörmüş Z ve Erci B. Transtheoretical model-based education given for smoking cessation in higher school students. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 2012;42(6):1548

Güngörmüş Z. Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının Transteoretik Model Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2010; 19: 12-18

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.

H. Gilbert Welch, M.D, M.P.H, Philip C. Prorok, Ph.D., A. James O'Malley, Ph.D., and Barnett S. Kramer, M.D., M.P.H. Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness N Engl J Med. 2016; 375:1438-1447.

Health Belief Model. http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm

Erişim Tarihi, 12 .08. 2018.

- Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, et all. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. Cancer, 2003;98(9):2020-2074.
- Hyman RB, Baker S, Ephraim R, Moadel A, ve ark. Healthbelief model variables as predictors of screening mammography utilization. Journal of Behaviour Medicine 1994; 17:391-406.
- İtilli Ö,Hastanemiz Meme Polikliniğine Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları ve Mamografi, Meme Ultrasonografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi.Sağlık bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile Hekimlik Uzmanlık tezi,2009(Danışman Op.Dr.C.F.Gezen)
- Jane Lu, Z.Y. (1995) Variables Associated with Breast Self-Examination among Chinese Women. Cancer Nursing, 18 (1): 29-34.
- Jirojwong S, Mac Lennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane, Journal of Advanced Nursing, 2003; 41(3), 241-249.
- Kamişli S.Öz F.Evaluation of a Smoking Cessation Psychoeducational Program for Nurses.Journal of Addictions Nursing.2011;22(3)117-123.
- Karatay G,Kubilay G,Emiroğlu O.N.Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women.Journal of Advanced Nursing.2010;66(6):1328-37.
- Kaya AA. Honaz organize sanayi bölgesi semt polikliniğine başvuran 20-70 yaş arası kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi. T.C. Pamukkale Üniversitesi, 2014,Pamukkale (Danışman:Doç.Dr.T.Edirne)
- Kayhan A, Arıbal E. Meme kanseri taraması: Neden yapıyoruz? Ne zaman? Değerlendirmede yaşanan sorunlar. Trd Sem. 2014; 2: 230-40.
- Kim J, Kim O. Predictors of preceived barriers to mammography in Korean women. Asian Nursing Research, 2008; 2(2): 74-81.

- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak S. D, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010, Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi. 2011; 7: 47-67.
- Koyun A.Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transteoratik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigara bırakma Davranışı Üzerine Etkisi Hacettepe Üniversitesi,Doktora Tezi,2013,Ankara
- Kurdoğlu M, Gelir GK, Keremoğlu Ö. Van Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi' ne Ait Serviks ve Meme Kanserlerini Tarama Programı Sonuçları.Van Med J. 2009; 16 (4): 119-123.
- Lee-Lin F, Menon U, Pett M, Nail L et al. Breast cancer belief and mammography screening practices among Chinese American immigrants. JOGNN Clinical Research,2007; 36(3): 212- 221.
- Lee, EH., Kim, JS., Song, MS. (2002) Translation and Validation of Champion's Health Belief Model Scale with Korean Women. Cancer Nursing. 25: 391-395.
- Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Eff ect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women' s cohort study. Int J Cancer. 2003; 105 (3): 390- 393
- Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, et al. American Cancer Society guidelines for theearly detection of breast cancer. CA Cancer J Clin. 1997; 47: 150 –153.
- Linos E, Willett WC. Diet and breast cancer risk reduction. J Natl Compr Canc Netw. 2007; 5: 711-718.
- Makuc DM, Breen N, Freid V. Lowincome, race, and theuse of mammography, HSR: Health Services Research, 1999;34,1 (April 1999, Part II).
- Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. Behavions toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara,Turkey. J Cancer Educ, 2009; 24-127.

- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, Bernstein L, Malone KE, Ursin G, Strom BL, Norman SA, Wingo PA, Burkman RT, Berlin JA, Simon MS, Spirtas R, Weiss LK. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 346: 2025-2032.
- Marmot MG, Altman DG, Cameron, Dewar JA, SG Thompson, Wilcox and The Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013; 108: 2205-2240.
- Merey S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul.
- McDonald, P.A.G., Thorne, D. D., Pearson, J. C. & AdamsCampbell, L. L. (1999). Perceptions and knowledge of breast cancer among African American women residing in public housing. *Ethnicity and Disease*, 9, 81-93.
- Mikhail B.I., Petro-Nustas W.I. (2001) Transcultural Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2): 159-165
- Norouznia Somayyeh, Gördes Aydoğdu Nihal , 'Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi' Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi, 2014
- Onat H, Başaran M. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. Meme Kanseri. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003; 90-107.
- Ontario Women's Health Network,2010 <http://www.cwhn.ca/en> Erişim Tarihi: 24.08.2018
- Palmer RC, Fernandez ME, Tortolero-Luna G, GonzalesA, ve ark. Correlates of mammography screening among hispanic women livingin lowerriogrande valley farmworker communities. *Health Education&Behaviour* 2005; 32(4):488-503.
- Patel Kushal, Mohamed Kanu Mohamed, Liu Jianguo , Bond Brea , Brown Elizabeth , Williams Elizabeth , Theriot Rosemary, Bailey Stephanie , Sanderson Maureen and

- Hargreaves Margaret , NIH Public Access Author Manuscript J Community Health. Author manuscript; available in PMC 2014 October 01.
- Pender, N. J. (1987). Health promotion in nursing practice (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, L. C., Parsons, A. M. (2006). Health promotion in nursing practice (Fifth ed.). USA:Prentce Hall.
- Potter PA, Perry AG.Fundamentals of nursing. 6th Ed., St Louis: Elsevier Mosby Company, 2005
- Mc Elroy JA, Shafer MM, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Newcomb PA. Cadmiu exposure and breast cancer risk. J Natl Cancer Inst. 2006; 98: 869-873.
- Meana M, Bunston T, George U, Wells L. Et all. Influences on breast cancer screen in behaviours in Tamil immigrant women 50 years old and over. Ethn Health, 2001; 6:179-
- O'Malley AS, Forrest CB, Mandelblatt J. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations the roles of primary care, health insurance, and HMOs. J Gen Intern Med. 2002; Feb, 17(2): 144–154.
- Özdemir A, Işık S. Meme Ontario Women's Health Network,2010 <http://www.cwhn.ca/en>
Erişim Tarihi: 24.08.2018
- Kanseri Taramasında Mammografi-I: Meme kanseri risk faktörleri. İnsizyon Cerrahi Tıp Bilimleri Derg. Bilimsel-Tıp Yayınevi, 1998; 1 (2):118-122.
- Özdemir A, Işık S. Meme Kanseri Taramasında Mammografi-I: Meme kanseri risk faktörleri. İnsizyon Cerrahi Tıp Bilimleri Derg. Bilimsel-Tıp Yayınevi, 1998; 1 (2):118-122.
- Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1: 41-47.
- Özmen V, Ozcinar B, Karanlık H, et al. Breast cancer risk factors in Turkish women-a University Hospital based nested case control study. World J SurgOncol 2009; 7: 37-47. (PMID: 19356229)
- Özmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapkac M, Girgin S, Tireli M, Ihtiyar E, Demircan O, Baskan MS, Koyuncu A, Tasdelen I, Dumanli E, Ozdener F, Zaborek P.

- Factors Affecting Breast Cancer Treatment Delay in Turkey: A Study From Turkish Federation of Breast Diseases Societies. *Eur J PublicHealth*. 2015; 25: 9-14.
- Palmer RC ,Fernandez M E, Tortolero-Luna G. Et all. Correlates of mamography screening among hispanic women living in lower rio grande vally farmworker communities. *Health Education&Behaviour*, 2005;Vol:32(4),488-503.
- Parsa P, Kandiah M, Abdul Rahman H, Mohd Zulkefli NA. Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literatüre review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2006; 7: 509-514.
- Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health belief about mammography. *Journal of Community Health Nursing* 2001;18(3):177-194.
- Prochaska JO, Velicer WF. The trans theoretical model of health behavior change *American Journal of Health Promotion*, 1997; 12(1):38-48.
- Saatkaya S. Malign Meme Kitlelerinin Boyutunun Değerlendirilmesinde Ultrasonografi, Dijital Mamografi, Manyetik Rezonans Görüntülenme ve Postoperatif Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı, 2013. Sağlık istatistikleri yılı 2012. www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/istaturk2012.pdf. Erişim Tarihi: 20.12. 2018.
- Sağlık Bakanlığı, 2014. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kanser istatistikleri. 2018. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf. Erişim Tarihi: 24.11.2018.
- Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye kanser tarama istatistikleri. 2013, <http://www.kanser.gov.tr/haberler/909-2013-kanser-tarama-statistikleri.html>. Erişim Tarihi: 24.10.2018
- Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. 2013, <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/424-meme-kaner-tarama-standartlari.html>. Erişim Tarihi: 11.11.2018.
- Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim Tarihi: 01.03.2017

- Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi İstanbul Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı hemşireliği Doktora Tezi, 2007.
- Seçginli S, Nahçıvan NO. Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursin Studies*, 2006; 43: 161- 171.
- Serdar S.Meme Kanserinde CD44 Ekspresyonunun Prognostik Önemi ve Diğer Prognostik Faktörlerle, ilişkisi, T.C.Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Servis Şefliği Uzmanlık Tezi,2000,İstanbul
- Sertöz Ö. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2002, İzmir.
- Sever A, Kayhan A, Çimşit Ç, Kaya H, Güllüoğlu B, Arıbal E. Meme Kanserli Olgularda Operasyon Öncesi Dinamik Kontrastlı Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin Cerrahi Planlamaya Katkısı. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2012; 1: 8.
- Schpper D ve Wolf C.How effective are breast cancer screening programmes by mammography?Review of the current evidence.*Eur j Cancer*,2009;45:1916-1923
- Skinner,C.S., Arfken,C.L. . & Sykes,R.K.(1998).Knowledge,perceptions and mommography stage of adoption among older urban women.*American Journal of Preventive Medicine*,14,54-63.
- Subramanian P, Oranye NO, Masri AM, Taib NA, ve ark. Breast cancer knowledge and screening behavior among women with a positive family history. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013; 14(11): 6783-6790.
- Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler*. 2016; 8: 4.

- Thind A, Diamant A, Hoq L, Maly R. Method of detection of cancer in low-income women J Womens Health (Larchmt), 2009; Nov, 18(11): 1807–1811.
- Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast Cancer Prevention. İçinde: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 255-276.
- Türk Kanser Derneği 2017, <http://www.turkkanser.org/dosyalar/raporlar/> ; Erişim Tarihi: 19.01.2018.
- Türk Kanser Derneği 2016, <http://www.turkkanserderneği.org>, Erişim Tarihi: 11.09.2018
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. In: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Eds. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2012.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2018. s. 35.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Meme Kanseri Taramaları. In: Özkan S, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G et al. Eds. Ulusal kanser kontrol planı 2013-2018. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2013. s. 46-7.
- Türkiye İstatistik Kurumu, 2016, <https://www.turkiye.gov.tr/turkiye-istatistik-kurumu-baskanligi-tuik>, Erişim Tarihi: 24.08.2018
- Türkiye İstatistik Kurumu, 2017, <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 24.08.2018
- UNDP, Human Development Report 2016, s. 205; UNDP, Human Development Report 2002, s. 152; UNDP, Human Development Report 2007, s. 232; UNDP, Human Development Report 2010, s. 146. Erişim Tarihi: 12.10.2018
- Uzun AM. Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2003; Cilt 4, Sayı 2:155-173.
- Ünal G, Orgun F. Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 13(1): 31-35.
- WHO (2018). International Agency for research on cancer, Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/home> Erişim Tarihi: 05.11.2018

- World Bank, “Poverty Overview, 2018”, 11 Nisan 2018, <http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview> (1 Temmuz 2018).
- World Health Organization (WHO),2010 [http://beslenme.gov.tr/content/files/home/küresel durum raporu](http://beslenme.gov.tr/content/files/home/küresel_durum_raporu),Erişim Tarihi:15/01/2018
- Wrensch M, Chew T, Farren G, Barlow FB, Clarke C, Erdmann CA, Lee M, Maghadassi M, Peskin – Mentzer R, Quesenberggy CP, Sounders- Mason V, Spence L, Suziki M, Gould M. Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. Breast Cancer Res. 2003; 5 (4): 88-102.
- Wu, TY., Yu, MY. (2003) Reliability And Validity Of The Mammography Screening Beliefs Questionnaire Among Chinese American Women. Cancer Nursing, 26:131-142
- Yaffe MJ, Mainprize JG. Risk of radiation induced breast cancer from mammographic screening radiology 2011; 258: (1)98-105.,
- Yıldırım A.D, Özaydın A.N. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. J Breast Health. 2014; 10: 47-56.
- Yi JK, Cielito C, Gibby R. Factors associated with breast self examination among low income vietnamese women. International Quarterly of Community Health Education, 2001;Vol:21, No:1.
- Yüceyar S. Meme Kanseri Epidemiyoloji, Etyoloji, Risk Faktörleri ve Korunma. Meme Hastalıkları. Editörler: Kemal Alemdaroğlu, Feridun Aksu, İstanbul, 2000; 21-36.

8.EKLER

Ek 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Denek No :

1. Yaşınız?

a.40-49

b.50-59

c.60-69

2. Eğitim

a. Okur -yazar değil

b. Okur –yazar

c. İlkokul

d. Ortaokul

e. Lise

f. Üniversite

3. Medeni Durumunuz

a. Evli

b. Bekar

4. Sosyal Güvence

a. Var

b. Yok

5. Aylık Gelir Miktarı.....

6. Ailede Yaşayan Birey Sayısı

a.15 yaş ve üzeri

b.9-14 yaş

c.0-8 yaş

7. Düzenli olarak mamografi yaptırıyor musunuz ?

a.Evet (2 yılda bir)

b. Hayır

Ek 2

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların meme kanseri ve mamografiye ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru yada yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duyarlılık					
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
Önemseme/ciddiyet					
1. Meme kanserini düşünmek beni korkutur.					
2. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım.					
3. Meme kanserini düşünmekten korkarım.					
4. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek.					
5. Meme kanseri olmak eşimle(ya da erkek arkadaşım ile, birlikte olduğum kişiyle					
ilişkimi tehdit eder.					
6. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek.					
Sağlık motivasyonu					
1. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.					
2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					

3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
5. Dengeli beslenirim.					
Mamografi yararları					
1. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
Mamografi Engelleri					
1. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.					
3. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
4. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
5. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.					
6. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
7. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
8. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
9. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam.					
10. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
11. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak					

kadar yaşı değilim.					
---------------------	--	--	--	--	--

Ek 3

MAMOGRAFİ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kendi aracım yada toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim.					
2.Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim.					
3.Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim.					
4.Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim.					
5.Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim.					
6.Sağlık güvencem karşılamasa bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim.					
7.Mamografi çekirmek için randevu alabilirim.					
8.Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim.					
9.Mamografi çekirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum.					
10.Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim.					

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

26/12/2014

SAYI : 91829616/804-2043
KONU : Tez Çalışması

T.C.
BORNOVA İLÇE KAYMAKAMLIĞINA

Fakültemiz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksekisans programı öğrencilerinden Sevgi GÜÇLÜ DEMİRTAŞ'ın "Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını "Yoksul Kadınları Belirlemede" veri kayıtlarınızın kullanılabilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Not: Araştırma bölgesi Mevlana
Doğanlar m.h.'de yapılacaktır.

Prof.Dr.Ayşe BEŞER
Dekan V.

EK: Araştırma Özeti

Araştırma yapmak üzere adı geçen görevliye
Doğanlar mahallesinde görevli m.h.
varlımıdır, araştırma bölgesi belirlenmiştir.

SAYI: 416 Gal. Bld. Ev.
29.12.2014

P.m.A

T.C.
BORNOVA KAYMAKAMLIĞI
SAYI:
İlçe Emniyet Müdürlüğüne
26.12.2014
Kaymakam

Pınarbaşı Pol. Mrk. Amiri

DEÜ Hemşirelik Fakültesi İnciraltı - İZMİR (35340) Tel:(232) 412 47 50 Faks: (232) 412 47 98
http://www.deu.edu.tr

Pzmir



T.C.
BORNOVA BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü

Sayı : 92883707-663.09-900
Konu : Tez Çalışması Hk.

06/01/2015

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi: 23/12/2014 tarih ve 91829616/804-2022 sayılı yazınız hk.

İlgi yazıya istinaden, Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Sevgi GÜÇLÜ DEMİRTAŞ'ın "Yoksul Kadınlara Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını Bornova Doğanlar Mahallesi Bölgesinde yapabilmesi ile ilgili talebi Belediyemizce incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Muhammet YILDIZ
Belediye Başkanı a.
Başkan Yardımcısı

Adres: 80 Sokak NO:21 Erzene Mah. Bornova
Telefon: 0(232) 999 29 29 Faks: 0.850.2098388
E-posta: Elektronik Ağ: <http://www.bornova.bel.tr/>

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak tevidi <https://ehes.kocaeli.bel.tr/>

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1903-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

	Karar No:2015/04-02	Tarih:12.02.2015
KARAR BİLGİLERİ	Yard.Doç.Dr.Nihal Gördes AYDOĞDU'nun sorumlusu olduğu "Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Reyhan</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>N. Soy</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ece</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriyatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Mukaddes</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Ayşe</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Nihal</i>
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Sefa</i>
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	<i>Sevda</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Ahmet</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	<i>Mehmet</i>



SEVGİ GÜÇLÜ DEMİRTAŞ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	24514884826
Doğum Tarihi	25/05/1980
İletişim Adresi	Erzene Mh. 69.sok. No:15 Kat:1 Daire:4
Telefon	(232) 390 32 76 (535) 514 60 99
E-posta	sevgi.guclu.ege@hotmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2012 - Şu Anda (6 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.05 / 4.0

01 Eylül 1998 - 01 Haziran 2003 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, EGE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
İZMİR ÖDEMiŞ SAĞLIK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 75.0 / 10000.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Mart 2006 - Şu Anda (13 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, UZMAN, EGE ÜNİVERSİTESİ
İdari Görev: İDARİ PERSONEL

01 Haziran 2005 - 01 Ocak 2006 (8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, UZMAN, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI HATAY İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ HATAY
REYHANLI DEVLET HASTANESİ
İdari Görev: DİĞER

01 Ocak 2004 - 01 Haziran 2005 (1 yıl 6 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, UZMAN, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI DİYARBAKIR İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
DİYARBAKIR SİLVAN DR. YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ
İdari Görev: İDARİ PERSONEL

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)