

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YL-2026-0016

AFYONKARAHİSAR’DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
KAYITLI 40-69 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN
MAMOGRAFİYE İLİŞKİN TUTUMLARI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şerife Nur GÜÇLÜER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2026

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Şerife Nur GÜÇLÜER tarafından hazırlanan “Afyonkarahisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30.01.2026

Üye (T.D.)	: Prof. Dr. Ayden ÇOBAN	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Dr. Öğretim Üyesi Gizem ÖZTÜRK	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Dr. Öğretim Üyesi Melike ÖZTÜRK	Çukurova Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca benimle her zaman ilgilenen ve destek olan, tecrübesi ve rehberliği ile yolumu aydınlatan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alan değerlendirmeleri, görüş ve önerileri ile araştırmama katkı sağlayan sayın hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Gizem ÖZTÜRK ve Dr. Öğretim Üyesi Melike ÖZTÜRK'e,

Hayatım boyunca her anımda yanımda olan, gösterdikleri sonsuz sevgi ve sabırla bana güç veren, güvenle sırtımı yasladığım sevgili babam İdriz GÜÇLÜER'e, annem Şerife GÜÇLÜER'e, kardeşlerim Osman ve Mustafa Alperen GÜÇLÜER'e

Yüksek lisans sürecim boyunca her zaman bana destek olan sevgili arkadaşım Uzm. Ebe Ebru ERSİN KAYACAN ve tüm değerli dostlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca çalışma programımın düzenlenmesinde kolaylık sağlayan Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi idarecilerine ve Kadın Doğum-Cerrahi Servisi'ndeki çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmamın veri toplama aşamasında sağladıkları kolaylıklar ve destekleri için Afyonkarahisar 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına; ayrıca çalışmaya katılan ve değerli vakitlerini ayıran tüm katılımcılara içtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
RESİMLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Memenin Anatomik Yapısı ve Fizyolojik Özellikleri	3
2.2. Meme Kanseri	4
2.2.1. Epidemiyolojisi.....	4
2.2.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	5
2.2.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2.2.2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	7
2.2.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları	11
2.2.4. Meme Kanserinden Korunma.....	13
2.2.5. Meme Kanseri Evreleri.....	15
2.2.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri	16

2.2.6.1. Cerrahi Tedavi	17
2.2.6.2. Radyoterapi.....	18
2.2.6.3. Hormonal Tedavi.....	20
2.2.6.4. Hedefe Yönelik Tedavi.....	21
2.2.6.5. Kemoterapi	21
2.2.6.6. İmmünoterapi	23
2.3. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı	24
2.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	24
2.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	26
2.3.3. Mamografi	27
2.3.3.1. Mamografi Nedir?	27
2.3.3.2. Mamografinin Kadın Sağlığındaki Önemi	29
2.3.3.3. Mamografi ve Radyasyon.....	29
2.3.3.4. Türkiye ve Dünyada Mamografi Tarama Programları	30
2.4. Meme Kanserinde Ebelik Yaklaşımları.....	32
2.4.1. Meme Kanserinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kapsamında Ebelik Yaklaşımları	32
2.4.2. Meme Kanseri Tanı ve Tedavi Sürecinde Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Şekli.....	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	36
3.6. Veri Toplama Araçları.....	37
3.6.1. Anket Formu.....	37

3.6.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)	37
3.7. Pilot Çalışma	38
3.8. Verilerin Toplanması.....	38
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.10. Araştırmanın Güçlükleri	39
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
3.12. Çalışma Takvimi	40
4. BULGULAR	41
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	41
4.2. Kadınların Eşlerine Ait Sosyo-Demografik Özellikler	43
4.3. Kadınların Sağlığa Yönelik Alışkanlıkları ve Sağlık-Hastalık Özellikleri	44
4.4. Kadınların Obstetrik Özellikleri	45
4.5. Kadınların Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeyi ve Tarama Davranışları.....	47
4.6. Kadınların Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) Puan Dağılımları....	50
4.7. Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık ve Mamografiye İlişkin Özelliklerine Göre MDDSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler.....	67
KAYNAKLAR.....	69
EKLER	89
Ek 1. Anket Formu	89
Ek 2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ).....	94

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	96
Ek 4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu	97
Ek 5. Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	98
Ek 6. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) Kullanım İzin Yazısı	100
BİLİMSEL ETİK BEYANI	101
ÖZ GEÇMİŞ	102

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACS	: American Cancer Society
ALND	: Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu
ASM	: Aile Sağlığı Merkezleri
BRCA 1	: Breast Cancer 1
BRCA 2	: Breast Cancer 2
CDK 4/6	: Siklin Bağımlı Kinaz 4/6 İnhibitörleri
CTLA-4	: Cytotoxic T- Lymphocyte- Associated Protein 4
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
ECIBC	: European Commission Initiative on Breast Cancer
ESMO	: European Society for Medical Oncology
ER+	: Östrojen Reseptörü Pozitif
ER-	: Östrojen Reseptörü Negatif
GLOBACAN	: The Global Cancer Observatory
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormone
Gy	: Gray
HER1	: Human Epidermal Growth Factor Receptor 1
HER2	: Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
IARC	: International Agency for Research on Cancer
ICRP	: International Commission on Radiological Protection
IGF-1	: Insulin-Like Growth Factor-1
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri

KHT	: Kombine Hormon Tedavisi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
MGy	: miligray
MKC	: Meme Koruyucu Cerrahi
MR	: Manyetik Rezonans
mSv	: Milisievert
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
PD-1	: Programmed Cell Death Protein 1
PDL-1	: Programmed Cell Death Protein Ligand
PR+	: Progesteron Reseptörü Pozitif
PR-	: Progesteron Reseptörü Negatif
SERM	: Seçici Östrojen Reseptör Modülatörleri
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezleri
SLNB	: Sentinel Lend Nodu Biyopsisi
TNM Sistemi	: Tümör, Nodül, Metastaz Sistemi
TRD	: Türk Radyoloji Derneği
USPSTF	: United States Preventive Services Task Force
WCRF	: World Cancer Research Fund
WHO	: World Health Organization

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Memede şişlik, kızarıklık ve portakal kabuğu görünümü.....	12
Resim 2. Meme başı retraksiyonu (Mastuki ve Oura, 2024).	12
Resim 3. Tek taraflı kanlı akıntı (Paula ve Campos, 2017).	12
Resim 4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	26
Resim 5. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	27

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Meme kanseri evreleri	16
Tablo 2. Çalışma takvimi.....	40
Tablo 3. Kadınların sosyodemografik özellikleri (n:172)	41
Tablo 4. Eşlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n:128).....	43
Tablo 5. Kadınların sağlığa yönelik alışkanlıklarının dağılımı (n:172).....	44
Tablo 6. Kadınların sağlık ve hastalık özellikleri (n:172)	45
Tablo 7. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n:172).....	46
Tablo 8. Kadınların mamografi bilgi düzeyi ve davranışlarına ilişkin özellikleri (n:172) .	48
Tablo 9. Kadınların mamografi çekirme sıklığı ve erken tanı davranışları (n:172)	49
Tablo 10. Kadınların MDDSÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılımlar.....	50
Tablo 11. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenler ile karşılaştırılması	51
Tablo 12. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının sağlık hastalık durumları ile karşılaştırılması.....	52
Tablo 13. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının mamografi ve diğer erken tanı yöntemleri ile karşılaştırılması	54
Tablo 14. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması ile yaş, BKİ, obstetrik özellikleri arasındaki ilişki (n:172).....	55

ÖZET

AFYONKARAHİSAR'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 40-69 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN MAMOGRAFİYE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Güçlüer Ş. N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2026.

Amaç: Bu araştırma Afyonkarahisar'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 40-69 yaş grubu kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, analitik-kesitsel olarak 23 Eylül- 16 Aralık 2024 tarihleri arasında, Afyonkarahisar 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 40-69 yaş arası 172 kadın ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Anket Formu ve Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) kullanılarak toplandı. Veriler IBM SPSS istatistik programı, Version 30.0 yazılımı ile analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde ve minimum-maksimum değerler kullanılarak hesaplanmış olup, independent samples t-test ve one-way ANOVA testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $52,38 \pm 7,60$ (40-69) yıl olup, %59,3'ü ilkokul mezunu, %74,4'ü evli, %78,5'i çalışmayan, %67,4'ü çekirdek aile tipi ve %64'ünün ekonomik durumu gelir gidere denktir. Kadınların Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) toplam puan ortalaması $86,36 \pm 9,45$ olarak belirlendi. Araştırmada çalışmayan ($p:0,007$) ve sağlık algısı kötü olan ($p:0,045$) kadınların MDDSÖ toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca mamografinin önemi hakkında bilgi sahibi olan ($p:0,007$) ve daha önce mamografi çekirme öyküsü bulunan ($p:0,001$) kadınların MDDSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Araştırma sonucunda kadınların mamografi ektirme davranışına yönelik olumlu bir tutum geliştirme eēiliminde olduklarını tespit edilmiştir. Çalışmayan, genel saēlık durumunu kötü algılayan, mamografinin önemini bilen ve her yıl düzenli mamografi çektiren kadınların mamografiye ilişkin tutumları pozitif yönde etkilendiēi saptanmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak, kadınların mamografi ektirme oranlarını artırmaya yönelik bireyselleştirilmiş mamografi danıřmanlıēı, konuya ilişkin saēlık okur-yazarlıēının artırılması ve mesai dışı tarama randevularının oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Etkileyen faktörler, Kadın, Mamografi, Meme Kanseri, Tutum.

ABSTRACT

ATTITUDES TOWARDS MAMMOGRAPHY AND AFFECTING FACTORS OF WOMEN AGED 40-69 YEARS REGISTERED IN A FAMILY HEALTH CENTRE IN AFYONKARAHISAR

Güçlüer Ş. N. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Midwifery Program, Post Graduate Master's Thesis, Aydın, 2026.

Objective: This study was conducted to examine the attitudes of women aged 40-69 registered at a Family Health Center in Afyonkarahisar toward mammography and the factors influencing these attitudes.

Material and Methods: The study was conducted analytically and transversally between September 23 and December 16, 2024, with 172 women aged 40-69 registered at the Afyonkarahisar No. 4 Murat Gök Family Health Center. Data were collected using a Questionnaire Form and the Mammography Processes of Change Scale prepared by the researcher. Data were analyzed using IBM SPSS statistical software, Version 30.0. Descriptive statistics of the data were calculated using arithmetic mean, standard deviation, percentage, and minimum-maximum values, and analyzed using the independent samples t-test and one-way ANOVA test.

Findings: The average age of the women participating in the study was 52.38 ± 7.60 (40-69) years, 59.3% were elementary school graduates, 74.4% were married, 78.5% were unemployed, 67.4% lived in nuclear families, and 64% had an income equal to their expenses. The mean total score on the Mammography Processes of Change Scale for women was determined to be 86.36 ± 9.45 . The study found that women who were not employed ($p:0.007$) and who had a poor perception of health ($p:0.045$) had statistically significantly higher Mammography Processes of Change Scale total scores. Furthermore, women who were aware of the importance of mammography ($p=0.007$) and who had a history of mammography ($p=0.001$) were found to have statistically significantly higher Mammography Processes of Change Scale total scores.

Conclusion: The study found that women tend to develop a positive attitude toward getting mammograms. Women who are unemployed, perceive their general health as poor, understand the importance of mammograms, and get regular annual mammograms were found to have a more positive attitude toward mammograms. Based on these results, individualized mammography counseling to increase women's mammography rates, improving health literacy on the subject, and creating after-hours screening appointments may be recommended.

Key Words: Attitude, Breast Cancer, Influencing factors, Mammography, Women.

1. GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2024). Her 8 kadından 1'i tüm yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riski taşımaktadır (Bekar, 2023). Dünya geneline baktığımızda 2022 yılında yaklaşık 2,3 milyon kadın meme kanseri teşhisi almış ve meme kanserine bağlı olarak yaklaşık 670.000 ölüm gerçekleşmiştir (World Health Organization [WHO], 2025). Meme kanseri vakalarının en fazla görüldüğü üç ülke Çin, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Hindistan olarak bildirilmektedir (World Cancer Research Fund [WCRF], 2025). Ülkemizde de 2020 yılında meme kanseri görülme durumu 100.000 kadında 43,4 ile ilk sırada olup, hastaların yaklaşık yarısında (%45,5) erken evrede tanı aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025a).

Meme kanserinin erken evrede tespit edilebilmesi ve gelişen modern tedavi yöntemleri göz önüne alındığında, hastaların büyük bir çoğunluğunda tedavi şansı artmakta, bu durum sağkalım oranlarının artmasına katkı sağlamaktadır (Harbeck ve diğerleri, 2019; Özçelik ve diğerleri, 2017). Bu amaç doğrultusunda meme kanseri erken tanı programları yürütülmektedir (Milosevic ve diğerleri, 2018). Ülkemizde meme kanseri tarama programı, bütüncül bir sağlık hizmeti sağlayan Ulusal Kanser Kontrol Programı çerçevesinde yürütülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Meme kanseri tarama programı kapsamında kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi taraması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Mamografi taraması, meme kanseri erken teşhisinde önemli bir role sahip güvenilir bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Bu nedenle ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 40-69 yaş grubundaki kadınlara 2 yılda bir mamografi taraması yaptırması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Ülkemizde meme kanseri taramalarının sistemli bir şekilde ilerlemesi amacı ile Ulusal Meme Kanseri Tarama Rehberi hazırlanmıştır. Etkin bir tarama programı ve mortalite oranını azaltmak için belirlenen hedef ise toplumun %70'inden fazlasının taramaya katılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Ülkemizde Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 raporuna göre, 40-69 yaş

grubundaki kadınların %56,5'i mamografi yaptırmıştır. Bu oran hedeflenen %70 oranının altında kalmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025b). Kadınların mamografi ile ilgili algıladıkları engeller mamografiye karşı tutumlarını da etkilemektedir (Atashi ve diğerleri, 2020). Taramaya katılımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarının bu faktörler doğrultusunda taramaya katılımı artıracak müdahaleler geliştirmesine katkı sağlamaktadır (Sterlingova ve diğerleri, 2023).

Kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve bu tutumları etkileyen sosyo-demografik, obstetrik, sağlık alışkanlıkları gibi faktörlerin belirlenmesi, taramaya katılımı etkileyebilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kadınların bilgi düzeylerinin artırılması ve olumlu yönde sağlık davranışı kazandırılması ile meme kanseri erken teşhisi daha sistematik bir hale getirilebilir. Ayrıca bu durum eğitimlerin daha etkin bir şekilde planlanmasına ve toplumsal açıdan sağlığın gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma kadınların mamografiye ilişkin tutumlarını ve bu tutumları etkileyen faktörleri belirleyerek gelecek çalışmalara yönelik girişimlerin planlanmasına katkıda bulunabilir. Kadınların düzenli mamografi yaptırmaya alışkanlığı kazanması, meme kanserine ilişkin erken tanı oranlarının artmasına, sağkalım süresinin uzaması, kansere yönelik bilinç ve farkındalığının artmasına olanak sağlayacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Afyonkarahisar'da bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 40-69 yaş grubu kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

1.2. Araştırmanın Soruları

S1: Aile Sağlığı Merkezine başvuran 40- 69 yaş arası kadınların mamografiye ilişkin tutumları nasıldır?

S2: Aile Sağlığı Merkezine başvuran 40- 69 yaş arası kadınların mamografiye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomik Yapısı ve Fizyolojik Özellikleri

Meme, gelişmiş bir ter bezidir (Tan ve Şahin, 2017). Yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör üzerinde uzanmış ve ikinci ya da üçüncü kaburgadan altıncı ya da yedinci interkostal kıkırdağa yerleşmiştir (Ellis ve Mahadevan, 2013; Tan ve Şahin, 2017). Meme bezinin anatomik yapısı, temel görevi olan süt üretimine uygun bir yapıdadır (Bistoni ve Farhadi, 2015). Memenin dışarıdan görülebilen kısmı meme ucu ve koyu renkli areoladır. Her ikisinin üzerinde görülen ve salgı yapan küçük kabarcıklara Montgomery tüberkülleri denir (Taşkın, 2020a). Memenin iç kısmında bulunan lobların her biri laktifer kanala sahiptir ve meme başına açılmaktadır (Tan ve Şahin, 2017; Taşkın, 2020a). Lobun daha küçük alt parçalarına lobul denir. Lobüllerin en küçük birimi alveollerdir. Çevresini miyoepitelyal hücreler sarmaktadır. Loblar arasında bağ dokusu yoğun olarak görülmektedir. Bu bölgeler hücrel olarak daha zengin ve aktiftir, yağ dokusu ise minimal düzeydedir. Bu özellikler belli dönemlerde memenin büyümesi ve değişimi gibi durumları desteklemektedir (Haider, 2023). Laktiferöz kanal ağının bir kısmı skuamöz epitelden, kalan kısmı bazal membranlar ile çevrili iki hücre tabakasından oluşmaktadır. Bu tabaka iç tarafta luminal hücreler, dış tarafta miyoepitelyal hücreler ile çevrilidir (Tan ve Şahin, 2017).

Erişkin bir kadının memesi yaklaşık 200 gr ağırlığındadır. Vücudun yaşadığı hormonal ve fizyolojik değişimler ile ağırlığı değişiklik göstermektedir (Haider, 2023). Memeler pubertede büyür ve bu büyüme kişiye özgüdür. Genellikle her iki meme eşit büyüklükte değildir (Haider, 2023). Puberte öncesi memede alveol içermeyen laktiferöz kanallar mevcuttur. Pubertede östrojen hormonunun etkisi ile duktal yapı ve memenin gömülü olduğu stroma büyümeye başlamaktadır. Kanallar dallanarak terminal duktal lobüler üniteleri meydana getirmektedir. Kanallarda damarlanma artmakta ve yağ dokusu yerini kanalların gelişimi için destek olacak bağ dokusuna bırakmaktadır (Anderson, 2002; Bistoni ve Farhadi, 2015).

Memeler gebelikte en yüksek düzey gelişime ulaşmaktadır. Luteal ve plasental cinsiyet hormonları ve prolaktinin etkisi ile kanallar, alveoller ve lobüllerde belirgin bir artış olmaktadır. İlk haftalarda östrojen sayesinde kanallarda gelişim artarak lobüllerde proliferasyon başlamaktadır. İkinci trimester da progesteron ve prolaktin hormonları sayesinde lobül oluşum aşamasına geçilmektedir (Anderson, 2002; Bistoni ve Farhadi, 2015; Humphreys ve diğerleri 1997). Menopozda östrojen ve progesteron kaybına bağlı glandüler doku ve bağ dokusundaki hücreler işlev azalmaktadır. Bu durum bireysel farklılık gösterse de genellikle sarkmaya neden olmaktadır (Bistoni ve Farhadi, 2015).

Memenin lenfatik drenajı, aksiller lenf düğümleri ve iç torasik lenf düğümleri olarak temelde iki ana gruba ayrılmaktadır. Aksiller lenf düğümlerinin sayısı 20-30 arasında değişiklik gösterir ve memeden gelen lenfi toplayan ana düğümlerdir. Drenajın yaklaşık %75'i bu düğümlere aktarılmaktadır. Metastatik aksiller düğüm anatomisi pektoralis minör kasının altında, arkasında ve üstünde olmak üzere üç seviyede bulunmaktadır. İç toraksik düğümler daha küçüktür, memenin iç kısmında ve göğsün ön duvarından gelen lenfi uzaklaştırmaktadır. Memenin iç kısmında yer alan tümörler genellikle iç toraksik düğümlere yayılmaktadır. Lenf sıvısı vücudun karşı tarafındaki lenfatik sisteme genellikle dahil olmamaktadır. Bu durum tümörün lenfatik yayılımının erken evrede olmasını engellemektedir (Ellis ve Mahadevan, 2013).

2.2. Meme Kanseri

2.2.1. Epidemiyolojisi

Ülkemizde 2020 yılında meme kanseri görülme durumu 100.000 kadında 43,4 ile ilk sıradadır. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin %28,3'ü meme kanseridir. Genellikle 30-35 yaşından sonra hızlı artış göstermekte ve bu artış 75 yaşına kadar devam etmektedir. En düşük sıklık 15-25 yaş grubunda, en yüksek sıklık ise 60-64 yaş grubunda görülmektedir. Vakaların 2020 yılındaki dağılımı incelendiğinde; %95,9'unun patolojik olarak, %2,9'unun ise yalnızca klinik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tanı aldığı görülmekte ve %94,9'unun histolojik tipi duktal ve lobüler tümör tipindedir. Bunun da %83,9'u İnfiltratif

Duktal Karsinom olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025a).

The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2022 verilerine göre meme kanseri insidansı dünyada 100.000 kadında 46,8, mortalite oranı 12,7 ile en sık görülen ve ölümün en çok olduğu kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır (IARC, 2024). Dünya geneline baktığımızda meme kanseri en sık Kuzey Amerika’da, en az Asya’da görülmektedir. Ancak ölüm hızlarına baktığımızda en fazla ölüm Afrika’da, en az ölüm Asya’da gerçekleşmektedir (IARC, 2024).

Dünyada bazı ülkelerin 2022 yılı verileri incelendiğinde, Birleşik Krallık %27,6’lık oranla yeni vakalar içinde meme kanserinin en yoğun görüldüğü ülkelerdendir. Bu sıralamayı Hindistan (%26,6), İran (%25,5), ABD (%25) ve Güney Afrika (%25), Avustralya (%22,9), Güney Kore (%22,6), Japonya (%21,6) ve Almanya (%12,2) takip etmektedir. İncelenen diğer ülkelerde kadınlarda en sık görülen tür olmasına karşın Çin’de ikinci sırada yer alan meme kanseri, tüm yeni kanser vakaları içinde %15,6’lık bir paya sahiptir (IARC, 2024).

2.2.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri etiyojijisinde birçok faktör olsa da kesin nedeni hala bilinmemektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). Vakaların yaklaşık yarısında, yaş ve cinsiyet faktörü dışında özgün risk faktörleri bulunmamaktadır (WHO, 2025). Bu nedenle meme kanseri, risk faktörlerini taşıyan kadınlarda olabileceği gibi bu faktörlerin bulunmadığı kadınlarda da ortaya çıkmaktadır (Utkan, 2018). Risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

2.2.2.1. Değıştirilemeyen Risk Faktörleri

Cinsiyet, kadın olmak meme kanseri için en büyük risk faktörüdür. Meme kanserinin erkeklerde görülme durumu ise yaklaşık %0,5-1’dir (WHO, 2025).

Yaşın ilerlemesi ile risk artar (American Cancer Society [ACS], 2021a). Ülkemiz 2020 yılı kanser istatistiklerine göre meme kanseri yaşın ilerlemesi ile artış gösterip 75 yaşından sonra azalma eğilimine girmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025a).

Aile öyküsü, meme kanseri vakalarının çoğunluğunda bulunmamaktadır. Ancak özellikle birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü olması riski arttırırken, daha fazla sayıda birinci derece yakınında meme kanseri olması riski yaklaşık üç kat artırmaktadır (ACS, 2021a). Yapılan çalışmalarda ailede meme kanseri öyküsü olan kadınların daha fazla risk altında olabileceği bildirilmektedir (Mermer ve Güzekin, 2021; Teke, 2020).

Luminal A ve Luminal B hücreleri, **östrojen** reseptörlerine duyarlı meme kanseri alt tiplerindendir. Östrojen kansere iki şekilde neden olabilmektedir. Bunlardan ilki, proliferasyonu artırması ile başlar ve bu Deoksiribonükleik asitte (DNA) mutasyon riskini artırmaktadır. Hücre içindeki denetimin bozulması kanser oluşum riskini yükseltmektedir. İkincisi, östrojenin parçalanması sırasında ortaya çıkabilen kinon metabolitleri, DNA'ya bağlanarak depürinasyona neden olabilir ya da östrojen okside olup katekole indirgenirse oluşan reaktif oksijen türleri DNA'da değişikliğe neden olabilmektedir. Meme kanserlerinin %10'undan azında genetik bir kalıtsal mutasyondan bahsedilmektedir (Rojas ve Stuckey, 2016). TP53, PTEN, STK11 ve daha birçok genin meme kanseri oluşumunda etkisi bulunmakla birlikte daha çok otozomal dominant şekilde aktarılan **Breast Cancer1 (BRCA1) ve Breast Cancer 2 (BRCA2)** genlerinden kaynaklanmaktadır (Cobain ve diğerleri, 2016). BRCA1 veya BRCA2 geninde mutasyon geliştiğinde DNA'daki hasarı giderecek protein üretilemez. Bu durum hücrelerin aşırı çoğalmasına ve meme kanseri oluşumuna neden olabilmektedir (ACS, 2021a).

Erken menarş ve geç menopoz gibi durumlar, yaşam boyu östrojene maruziyeti arttırdığı için risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (ACS, 2021a; Açıkgoz ve Akal Yıldız, 2017). Menarş yaşının bir yıl düşmesi, meme kanseri riskini %5 oranında artırmaktadır (Johnson ve diğerleri, 2017). BRCA1/2 genlerindeki mutasyon için erken menarş, orta ve düşük risk oluşturmaktadır (Kozan ve Tokgoz, 2016).

Yoğun meme dokusuna sahip olmak, meme kanseri için risk oluşturmaktadır (ACS, 2021a). Meme dokusu aşırı yoğun olan kadınlarda, dağınık fibroglandüler yoğunluktaki meme dokusuna sahip kadınlara göre artmış meme kanseri riski

bulunmaktadır. Yüksek meme dokusu olan kadınlar için ek tarama yöntemleri önerilmektedir (Bodewes ve diğerleri, 2022).

Boy uzunluğunun artışı proliferasyonu artırarak, kanser oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir. Insulin-Like Growth Factor-1 (IGF-1) ve büyüme hormonu hücre proliferasyonunu artırmaktadır. Ölmesi gereken hücrelerin zamanında ölmemesi kontrolsüz çoğalmaya ve kansere neden olabilmektedir (İleri ve diğerleri, 2018). Yapılan bir epidemiyolojik analiz çalışması, boy uzunluğunun meme kanseri için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Nunney, 2018).

Özellikle büyüme ve gelişimin devam ettiği **genç yaşlarda meme çevresine radyasyon** uygulanmış olması meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2021a). İyonlaştırıcı radyasyon, kanser tedavi yöntemlerindendir. Radyasyon, enerjinin dokuya birikmesi ile biyolojik sonuçlar doğurmaktadır. Tedavinin üzerinden uzun zaman geçse de kanser riski devam etmektedir. Kişinin bireysel özellikleri, uygulanan bölge ve uygulanan doz önemli etkenlerdir (Gao ve diğerleri, 2023). Çocukluk çağı kanserlerini atlattmış kadınlarda, meme kanseri insidansı 40-45 yaşlarında %13-%20 arasında değişim göstermektedir. Hodgking Lenfomayı atlattmış kadınlarda, bu oran 50 yaşına kadar %35'e çıkmaktadır. Ayrıca ölüm riski açısından, doğrudan meme kanseri olan kadınlara göre daha fazla risk altındadır (Mulder ve diğerleri, 2020).

2.2.2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Alkol, tüketilen miktar ile bağlantılı olarak meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2022). Günlük alınan alkol miktarındaki her 20 gr artış meme kanseri insidansını %20-23'e kadar artırmaktadır. Postmenopozal kadınlarda, tüketimin günde 1gr artması, riski %1,05 artırmaktadır. Şarap tüketimi ve riski ile ilgili güçlü veriler bulunsa da bira ve diğer alkol türleri ile ilgili kanıtlar daha sınırlıdır (Sun ve diğerleri, 2020). Alkol tüketen kadınlarda, tüketmeyenlere kıyasla Östrojen Reseptörü pozitif (ER+) ve Progesteron Reseptörü pozitif (PR+) meme kanseri riski daha fazladır (Starek-Świechowiec ve diğerleri, 2023; Sun ve diğerleri, 2020).

Obezite, meme kanseri risk faktörlerindendir. Amerikan Kanser Derneği'ne göre, kadınlardaki kanserlerin yaklaşık %11'i aşırı vücut ağırlığı ile ilişkili ve tüm kanserden ölümlerin %7'si ile ilişkilidir (ACS, 2025a). Menopoz sonrasında obezite meme kanseri riskini daha fazla artırmaktadır. Çünkü bu dönemde, östrojen yağ dokusundan üretilmeye başlamaktadır (Clemons ve Goss, 2001; Park ve diğerleri, 2021). Bu dönemde, vücudun tamamında 5 kg'lık artış %35 risk artışını, santral yağlanmadaki 5 kg'lık artış %56'lık risk artışını ve bacaklarda 5 kg'lık artış %100'ün üzerinde bir risk ile ilişkilendirilmektedir (Iyengar ve diğerleri, 2019). Premenopozal dönemdeki etkisi riski artırmıyor gibi görünmekte, bu konuda tartışmalar devam etmektedir (Clemons ve Goss, 2001; Park ve diğerleri, 2021; Yıldırım, 2018).

Fiziksel olarak aktif bir yaşama sahip olmamak, meme kanseri risk faktörlerine dahil edilmektedir. Bu durum hormonlarda değişiklik ile oksidatif stres ve inflamasyona, meme kanserine neden olabilmektedir (Jia ve diğerleri, 2022). Meme kanseri tanısı almış kadınlarda, fiziksel aktivitenin sağkalım üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır (Ammitzbøll ve diğerleri, 2016).

Diyette, fazla miktarda doymuş yağ, kırmızı et, daha az miktarda taze meyve ve sebzenin tüketilmesi, vücutta toksik maddelerin birikmesine neden olabilmektedir. Bu da meme kanseri açısından risk oluşturmaktadır (Jia ve diğerleri, 2022).

D vitamini eksikliği meme kanseri riskini artırırken, takviyesi riski azaltabilmektedir. D vitamininin kalsitriol formu memelerde büyüme ve farklılaşmayı düzenler ve eksikliğinde düzen bozulabilmektedir (de La Puente-Yagüe ve diğerleri, 2018). Fareler üzerinde yapılan bir çalışmada, D vitamini eksikliğinde, hücrelerde aşırı büyüme gözlemlenmiş ve meme kanseri hücrelerinin kemik metastazı yapması hızlanmıştır (Ooi ve diğerleri, 2010). D vitamini ve meme kanseri riski arasındaki koruyucu ilişki premenopozal kadınlarda daha barizdir (Estébanez ve diğerleri, 2018). Ancak diyet ile alınan D vitamini ve risk arasındaki ilişki daha karmaşık bir durumdadır (Estébanez ve diğerleri, 2018; Hossain ve diğerleri, 2019).

B vitamini ve meme kanseri riski üzerine yapılan bir çalışmada, B1 vitamini yüksekliğinin riski artırabileceği, B5 vitamini düşüklüğünün riski azaltabileceği görülmektedir (Xie ve diğerleri, 2023).

Beta-karotenin (provitamin A), meme kanseri teşhisi öncesi diyet ile yüksek miktarda alınması sağkalım üzerine olumlu etki oluşturmaktadır. Teşhis sonrası tüketiminde fayda gösterilmemiştir (He ve diğerleri, 2018).

İlk doğum yaşının artması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2022; Ellingjord-Dale ve diğerleri, 2017; Katuwal ve diğerleri, 2019). Nullipar kadınlar ile karşılaştırıldığında, doğum sayısı fazla olan kadınlarda meme kanseri riski azalmaktadır. En az dört gebeliği olan kadınların (nullipar kadınlara kıyasla) bazı meme kanseri tiplerine yakalanma riski %40 daha düşüktür (Ellingjord-Dale ve diğerleri, 2017; Nguyen ve diğerleri, 2016). Doğum aralığı, kanserin türüne ve tanı konulan yaşa göre değişim göstermektedir (Katuwal ve diğerleri, 2019).

Çoğu çalışma **emzirmenin** ve bunun uzun süre devam etmesinin meme kanseri riskini azaltacağını öne sürmektedir. Çalışmalarda emzirme ve risk arasında ilişki bulunsa da daha kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu da vurgulanmaktadır (Norat ve diğerleri, 2015; Oikonomou ve diğerleri, 2024; Zhou ve diğerleri, 2015).

Menopozal hormon tedavisi ile meme kanseri riski arasındaki ilişki henüz açıklanmamaktadır (Deng ve Jin, 2022). Kombine Hormon Tedavisi (KHT), dört yıldan fazla kullanımda meme kanseri riskini artırmakta, bıraktıktan beş yıl sonra risk azalmaya başlasa da tamamen yok olmamaktadır. Östrojen tedavisinin meme kanseri riski artırdığına yönelik çelişkiler devam etmektedir (ACS, 2022).

Modern hormonal kontraseptifler premenopozal kadınlarda daha fazla olmak üzere meme kanseri riskini artırabilmektedir (premenopozal kadınlarda daha fazla) (Torres-de la Roche ve diğerleri, 2023). Oral hormonal kontraseptifler meme kanseri riskini artırabilmektedir. Ancak bu risk hormon türü ve kullanım süresine göre değişkenlik göstermektedir. Enjeksiyonluk hormonal kontraseptifler, hormonal olmayan kontraseptiflere göre riski artırmaktadır (Dilma'aarij ve diğerleri, 2021).

Meme implantlarının, meme kanseri riskini artırdığına dair bağlantı bulunamamaktadır (ACS, 2022). ABD’de meme implantı olan ve olmayan meme kanseri hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, implantların riski artırması veya azaltmasına dair doğrudan bir ilişki bulunamamaktadır (Coreneos ve diğerleri, 2019). Yine bir meta analiz çalışmasında, yalnızca estetik amaç ile yapılan implantların, meme kanseri riskini artırmadığı görülmektedir (Noels ve diğerleri, 2015). Ancak, nadir bir kanser türü olan

anoplastik büyük hücreli lenfoma (BIA-ALCL) ile meme implantları ilişkilendirilmiştir. Burada implantların yüzeylerinin pütürlü olmasının, seroma ve kitle oluşumuna neden olabileceği düşünülmektedir (Leberfinger ve diğerleri, 2017).

Aktif ve pasif tütün maruziyeti, meme kanseri için risk oluşturabilmektedir. Özellikle menopoz öncesi dönemdeki kadınlarda daha çok dikkat çekmektedir. Sigara içmek, ER+ meme kanseri ile ilişkilendirilmektedir. Sigara içme süresi ve yoğunluğunun artması riski artırabilmektedir. Multipar kadınlarda risk artmış ve ilk doğumdan önce kullanımı ile sonra kullanımı arasında, önce kullanımı riski artırmaktadır (He ve diğerleri, 2022).

Gece vardiyasında çalışmak, meme kanseri için risk oluşturabilmektedir (Wei ve diğerleri, 2022). Gece ışığa maruz kalmak, melatonin hormonunu baskıladığı için DNA hasarı ve tümör gelişimine neden olabilmektedir (Manouchehri ve diğerleri, 2021). Gece çalışmak riski %2,9 artırırken, 10 yıldan fazla çalışmak riski %8,6'ya çıkarmaktadır (Wei ve diğerleri, 2022). 10 yıldan az çalışma ile meme kanseri riski arasında ilişki bulunurken, uzun çalışma arasında anlamlı ilişki bulunamamaktadır (Manouchehri ve diğerleri, 2021). Gece çalışmak, çalışma süresi ve sıklığı, menopoz gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Hong ve diğerleri, 2022).

Sütyen kullanımı, lenfatik drenajı engelleyebileceğinden dolayı meme kanseri risk faktörü olarak değerlendirilse bile 1513 kadınla yapılmış vaka kontrol çalışmasında bir ilişki bulunamamıştır (Chen ve diğerleri, 2014; Silva Rios ve diğerleri, 2016). Ancak başka bir çalışmada menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda sütyen kullanımı ile artmış risk ilişkilendirilmektedir (Silva Rios ve diğerleri, 2016).

Ter önleyici ürünler, alüminyum içeriklerinden ve vücutta oluşturabileceği toksinden dolayı risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Moussaron ve diğerleri, 2023; Trinh ve diğerleri, 2024). Bu ürünler ile meme kanseri riski arasında bağlantı bulunmamaktadır. Ancak tümör hücrelerinin etrafında alüminyum konsantrasyonlarının artması açısından, özellikle tahriş olmuş ciltlere bu ürünlerin kullanılmasında dikkatli olunması önerilmektedir (Moussaron ve diğerleri, 2023).

2.2.3. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Tümör erken evrede iken genellikle belirti vermez ve tespit edilmesi zordur (Abd Alkareem ve diğerleri, 2023). En yaygın bulgu bir bölgede, sert ve ağrısız kitle ele gelmesidir (Zgajnar, 2017). Ancak bazı olgularda yumuşak, ağrılı ve hassas özellikler de gösterebilmektedir (American Cancer Society [ACS], 2025b). Bazen cilt ya da meme başında retraksiyon (içe çekilme) şeklinde değişiklikler görülebilmektedir (Zgajnar, 2017). Meme kanserinin diğer belirtileri şu şekildedir:

- Meme de kitle olmasa bile, tamamen ya da bir bölümünde şişlik olması, asimetri: Malign hücrelerin lenf damarlarını tıkaması, dolaşımda probleme ve memede şişliğe neden olmaktadır (Resim 1) (ACS, 2025b; Kalkan, 2022; Vouxinou ve diğerleri, 2020).

- Ciltte portakal kabuğu görünümü: Daha çok ileri evrede karşımıza çıkan bu belirti, malign hücrenin lenf damarlarını tıkaması ve kıl foliküllerinin deri altı dokuya çekilmesi ile bu görünüm oluşmaktadır (ACS, 2025b; Kalkan, 2022).

- Memede ve meme ucunda ağrı (ACS, 2025b).

- Meme ucunda inversiyon (içe çekilmesi): Bu belirti kanser (malign) hücrenin cooper ligamentlerini kısaltması ile görülmektedir (Resim 2) (ACS, 2025b; Kalkan, 2022; Mastuki ve Oura, 2024).

- Meme derisi ya da meme ucunda kırmızı, kuru ve pullu görünüm (ACS, 2025b).

- Meme ucu akıntısı: Patolojik, fizyolojik ve şüpheli olarak üç şekilde görülmektedir. Kanlı ya da seröz, kendiliğinden, tek taraflı ve sürekli ise patolojik ya da şüpheli olarak kabul edilmektedir (Resim 3) (ACS, 2025b; Dupont ve diğerleri, 2015; Paula ve Campos, 2017).

- Koltuk altında ele gelen kitle (lenf düğümlerinin şişmesi): Tümörün lenf nodüllerine metastaz yapması sonucu oluşmaktadır (ACS, 2025b; Kalkan, 2022).



Resim 1. Memede şişlik, kızarıklık ve portakal kabuğu görünümü
(Vouxinou ve diğerleri, 2020).



Resim 2. Meme başı retraksiyonu (Mastuki ve Oura, 2024).



Resim 3. Tek taraflı kanlı akıntı (Paula ve Campos, 2017).

2.2.4. Meme Kanserinden Korunma

Birincil korunma, meme kanserine neden olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve bu faktörlere bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Hastalık ortaya çıkmadan önce önlemeyi hedeflemektedir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020). Alkol tüketimini sınırlamak, fiziksel olarak aktif olmak, mümkünse emzirmek, sağlıklı kiloya sahip olmak gibi değiştirilebilir yaşam tarzı ile risk azaltılabilmektedir. Dünya Kanser Araştırma Fonu (World Cancer Research Fund (WCRF)) meme kanseri riskini azaltmak için, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aktivite veya 75 dakika şiddetli aktiviteyi önermektedir (WCRF, 2025). Meme kanseri riski yüksek tespit edilen kadınlarda yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra ilaç (tamoksifen, raloksifen...) ve ameliyat (örneğin risk azaltıcı bilateral mastektomi) gibi önleyici seçenekler de bulunmaktadır (Britt ve diğerleri, 2020).

Avrupa 4. Kanserle Mücadele Yasası, bireysel kanser riskini en aza düşürmek için sağlıklı beslenme ve yaşam tavsiyeleri geliştirmiştir (Norat ve diğerleri, 2015). Toplam 12 maddesi bulunan Kansere Karşı Avrupa Kodu maddelerinden bazıları şunlardır:

- Tütün kullanımı: Sigara içilmemesi ve hiçbir şekilde tütün ürünlerinin kullanılmaması önerilmektedir.
- Vücut ağırlığı ve fiziksel aktivite: Sağlıklı bir vücut ağırlığının korunması ve düzenli fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir.
- Beslenme alışkanlıkları:
 - Tam tahıllar, baklagiller, sebze ve meyvelerden zengin bir beslenme düzeninin benimsenmesi,
 - Şeker ve yağ oranı yüksek, enerji yoğun gıdaların sınırlandırılması,
 - Şekerli içeceklerden kaçınılması,
 - İşlenmiş et tüketiminden kaçınılması,
 - Kırmızı et ve tuz oranı yüksek gıdaların sınırlandırılması önerilmektedir.
- Alkol tüketimi: Alkol alımının sınırlandırılması, tercihen hiç alkol tüketilmemesi önerilmektedir.

- Emzirme: Kadınlar için, emzirmenin annenin meme kanseri riskini azalttığı belirtilmekte olup, mümkün olan durumlarda emzirmenin teşvik edilmesi önerilmektedir.
- Hormon replasman tedavisi: Hormon replasman tedavisinin bazı kanser türlerinin riskini artırabileceği vurgulanmakta ve kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir.
- Tarama programlarına katılım: Meme kanseri tarama programlarına düzenli katılım önerilmektedir (Norat ve diğerleri, 2015).

İkincil korunma, erken tanı yöntemleri ile henüz belirti vermemiş, erken evrede olan kanser hücrelerinin tanımlanmasını ve etkin tedaviyi sağlamaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020). Tarama, sağlıklı bireylere uygulanırken, tümör hücresi belirti verdikten sonra uygulanan tarama erken teşhise girmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Ülkemizde meme kanserinden ikincil korunma kapsamında Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve mamografi uygulanmaktadır. Bu tarama programları ile farkındalık oluşturularak, pozitif yönde sağlık davranışı kazandırılabilir. Kadınlara bu bilincin kazandırılmasında düzenlenecek eğitimler büyük rol oynamaktadır. Sağlık bilincinin farkında olan kadın, vücudundaki değişimleri fark ederek olası bir durumda erken teşhisi hızlandırmaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020). Zamanında ve etkili olan tedavinin uygulanması, meme koruyucu cerrahi gibi yöntemlerin kadına sunulması ve sağkalım oranlarını artırması hem fiziksel hem de psikolojik açıdan refahı yükseltebilmektedir. Taramaya düzenli katılım ve beraberinde birincil korunma yöntemlerinin uygulanması, meme kanserinden korunmaya olanak sağlamaktadır.

Üçüncül korunma, kanser tedavisi sırasında ve sonrasında oluşan komplikasyonları en aza indirerek yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır (Sezen ve Özmen, 2017). Tedavi sürecinde oluşan ölüm ve beden imajında bozulma kaygısı kişinin psikolojik stresini artırmaktadır (Ünal ve diğerleri, 2021). Yine tedavi sonrası iyileşme sağlanmış olsa bile hematoma, lenfödem, ağrı gibi fiziksel komplikasyonlar oluşabilmektedir. (Gül ve Aygün, 2021). Bireylerin yaşadığı komplikasyonları azaltmak için tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan aromaterapi kullanılmaktadır (Ünal ve diğerleri, 2021). Aromaterapi masajı ile bireylerin yaşadığı uyku sorunu, stres, kaygı bozukluğu, bulantı, konstipasyon ve lenfödem gibi fiziksel ve psikolojik durumlar azaltılmakta ve yaşam kalitesi yükseltilmektedir (Teskereci ve Kulakaç, 2018). Antioksidan yönünden zengin içeriğe sahip

Akdeniz diyeti, tedavi sürecinde kanser hücrelerin metastaz yapmasını ve gelişimini engellemektedir (Deniz Güneş ve Acar Tek, 2021). Meme kanseri cerrahisi sonrası uçak ile yolculuk lenfödem riskini artırabilmektedir. Risk olan koldan enjeksiyon gibi invaziv girişimlerin ve kan basıncı ölçümünün yapılmaması, kompresyon giysileri kullanımının sağlanması ile riskin azaltılabileceği düşünülmektedir (Gül ve Aygin, 2021).

2.2.5. Meme Kanseri Evreleri

Meme kanserinin evrenmesi, teşhisin konulmasını takiben ne kadar yayıldığını tespit etmek ve uygun tedavi yöntemine karar vermek açısından önemlidir. Evreleme sistemi olarak daha çok Tümör, Nodül, Metastaz (TNM) sistemi tercih edilmektedir. Evre 0 meme kanserinin en erken evresidir ve 4'e doğru gittikçe yayılım artmaktadır (ACS, 2021b). Tablo 1'de meme kanserinin evrenmesi, TNM sistemi kombinasyonu ve ne anlama geldiği açıklanmaktadır (ACS, 2021b; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2024). Moleküler sınıflandırma kendi içinde Luminal A, Luminal B, Üçlü negatif ve Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) overekspresyonu olarak ayrılmaktadır. Luminal A ve Luminal B'nin ortak noktası östrojen ve progesteron hormonlarının pozitif olması iken, HER2 geni Luminal A'da negatif, Luminal B'de pozitif olarak karşımıza çıkmaktadır. Üçlü negatifte Östrojen Reseptörü negatif (ER-), Progesteron Reseptörü negatif (PR-) ve HER2- ancak Human Epidermal Growth Factor Receptor (HER1) pozitifdir. HER2 overekspresyonunda ER-, PR- ancak HER2+ durumdadır (Akyolcu ve diğerleri, 2019).

Tablo 1. Meme kanseri evreleri

EVRE	TNM SİSTEMİ	AÇIKLAMA
Evre 0	Tis N0 M0	Karsinoma in situ (kanser süt kanallarında başlamış ve yayılım göstermemiş)
Evre I	T1 N0 M0	Tümör ≤ 2 cm, lenf düğümlerinde yayılım yok, metastaz yok (Erken invaziv kanser)
Evre IIA	T0 N1 M0	Memede kitle bulunmamakta, lenf düğümlerinde yayılım yok ya da 1-3 yayılım var, metastaz yok
	T1 N1 M0	Tümör ≤ 2 cm, lenf düğümlerinde yayılım yok ya da 1-3 yayılım var, metastaz yok
	T2 N0 M0	Tümör 2-5 cm, lenf düğümlerinde yayılım yok, metastaz yok
Evre IIB	T2 N1 M0	Tümör 2-5 cm, lenf düğümlerinde 1-3 yayılım var, metastaz yok
	T3 N0 M0	Tümör >5 cm, lenf düğümlerinde yayılım, metastaz yok
Evre IIIA	T0 N2 M0	Memede kitle bulunmamakta, lenf düğümlerinde 4-9 yayılım var, metastaz yok
	T1-T2 N2 M0	Tümör ≤ 5 cm, lenf düğümlerinde 4-9 yayılım var, metastaz yok
	T3 N1-N2 M0	Tümör >5 cm, lenf düğümlerinde 1-9 yayılım var, metastaz yok
Evre IIIB	T4 N0-N2 M0	Tümör cilde/göğüs duvarına yayılmış (T4). Lenf bezi yayılmamış ya da 1-9 lenf düğümünde yayılım var, metastaz yok.
Evre IIIC	T0, T1, T2, T3, T4 N3M0	Tümör herhangi bir büyüklükte olabilir. Lenf bezinde yayılım çok fazla (10 üzeri) ve köprücük kemiği altında bulunan lenf düğümleri, aksiller ya da içteki meme bezlerine yayılmış, metastaz yok.
Evre IV	T0, T1, T2, T3, T4 N0,N1,N2, N3 M1	Tümör herhangi bir büyüklükte olabilir ve lenf düğümleri yayılımı fark etmez. Çünkü metastaz var.

2.2.6. Meme Kanseri Tedavi Yöntemleri

Meme kanseri tedavisine iki ana yaklaşım bulunmaktadır: Bu yaklaşımların ilki sistemik diğeri ise lokal tedavidir. Lokal tedavi, cerrahi tedavi ve radyoterapiyi içermektedir. Sistemik tedavi ise kemoterapi, endokrin tedavi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapiyi kapsamaktadır. Hangi tedavi yönteminin ne zaman kullanılacağına hastalığın evresi, tümörün boyutu, metastaz durumu, meme kanseri alt tipleri gibi durumlar göz önünde bulundurularak karar verilmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Waks ve Winer, 2019).

Meme kanserinin sistematik tedavisinde moleküler sınıflandırma rol oynamaktadır (Kolářová ve diğerleri, 2022). Meme kanseri alt tiplerinden Luminal A ve Luminal B

hormonal olarak pozitiflik taşıdığından bu hastalarda endokrin tedavi, HER2 pozitif olan hastalarda kemoterapi ve hedefe yönelik tedavi, üçlü negatif hastalarda yalnızca kemoterapi uygulanmaktadır. Evre I meme kanserinde, beş yıllık en fazla sağkalım çoktan aza doğru Luminal A, Luminal B, HER2+, üçlü negatif olarak karşımıza çıkmaktadır (Waks ve Winer, 2019). Neoadjuvan (preoperatif) sistemik tedavi, cerrahi tedavi öncesi tümör hücrelerinin küçültülmesi, Meme Koruyucu Cerrahi (MKC) kullanma şansının artırılması ve Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu (ALND) gibi işlemlere duyulan ihtiyacın azaltılması amacı ile uygulanmaktadır (Moo ve diğerleri, 2018).

2.2.6.1. Cerrahi Tedavi

Metastatik olmayan meme kanserinde amaç, lokal olarak tümörün ortadan kaldırılması ve metastaz yapmasını engellemektir (Waks ve Winer, 2019). Cerrahi tedavi ile temiz sınırlar sağlanarak tedavi gerçekleştirilirken birey için de estetik açıdan en iyi görünüm sağlanmaktadır (Akyolcu ve diğerleri, 2019). Evre I ya da II'de olan hastalarda önce cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Moo ve diğerleri, 2019).

Subkutan mastektomi, basit mastektomi, modifiye radikal mastektomi, radikal mastektomi, mastektomi çeşitleridir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). Radikal mastektomi ile pectoralis kasının çıkarıldığı vakalarda ameliyat sonrası dönemde komplikasyon riski artmakta ve fiziksel bozukluklar meydana gelmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Taşkın, 2020b). Bu nedenle günümüzde mümkün olduğunca MKC tercih edilmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). MKC, temiz sınırlar sağlanarak tümörün çıkarılması işlemidir (Taşkın, 2020b). Lumpektomi, tilektomi, parsiyel (segmental) mastektomi ve kadrenektomi, MKC yöntemleridir (Akyolcu ve diğerleri, 2019).

Lokal tedavi cerrahi tedavinin yanı sıra tümörün aksiller lenf düğümlerine yayılımını değerlendirmekte, örneklemesini içermektedir (Waks ve Winer, 2019). ALND, çok sayıda lenf düğümünün koltuk altı yağ dokusu ile birlikte çıkarılması işlemidir. ALND sonrasında lenfödem, ağrı ve sertlik gibi komplike durumlarda artış riskinden dolayı, günümüzde daha az invaziv girişimde bulunulan Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB) kullanılmaktadır. Sentinel lenf nodu, tümör kitlesinin ilk olarak yayılım gösterebileceği yerdir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). SLNB'de mavi boya ya da kombine (mavi boya+radyokolloid maddde)

olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Şahin ve diğerleri, 2024). Şahin ve diğerleri (2024), mavi boya ve kombine yöntemin etkinliğini karşılaştırmışlar ve kombine yöntemin mavi boya yöntemine göre daha yüksek doğrulukta sentinel lenf nodü tespit ettiği sonucu elde etmişlerdir. Bu maddeler, ana tümör odağının 1 cm kadar uzağa ve meme dokusunun dört kadranına enjekte edilmektedir. İlk ulaşılan lenf nodu/nodülleri işaretlenerek patoloji için gönderilmektedir (Akyolcu ve diğerleri, 2019). Bundan sonrası metastaz durumuna göre ilerlemektedir. Metastaz yok ise invaziv girişim en az da tutularak işlem uygulanmış olur. Bu da ALND'nin neden olduğu komplikasyon riskini en aza indirmektedir. Metastaz var ise ALND yapılabilir (Şahin ve diğerleri, 2024).

Meme Rekonstrüksiyonu, memedeki görsel bütünlüğün yeniden sağlanabilmesi için kişinin isteği doğrultusunda, silikon jel, implant, kişinin kendi dokusu ya da kendi dokusu ve protez (kombine) kullanılarak yapılmaktadır (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Taşkın, 2020b).

2.2.6.2. Radyoterapi

Radyasyon tedavisi, cerrahi işlemi takiben hastalığın lokal tekrarını önlemek ve sağkalım süresini uzatmak için çoğu hastada üç boyutlu olarak uygulanmaktadır (Kolářová ve diğerleri, 2022). Yüksek enerjili X ışınları sayesinde kanser hücresinde DNA hasarına yol açarak bu hücreyi yok etmektedir (Saha ve Gautam, 2025). Tüm meme ışınlaması, kısmi meme ışınlaması ve bölgesel lenf nodu ışınlaması olarak uygulanmaktadır. Tüm meme ışınlaması eskiden 5-7 haftada uygulanırken, günümüzde hipofraksiyon yöntemi ile 3-4 haftada uygulanabilmektedir (Shah ve diğerleri, 2021). ABD'de radyasyon tedavisi için önerilen rejim, 15 fraksiyonda 40 *Gray* (Gy) ya da 16 fraksiyonda 42,5 Gy'dir (Kolářová ve diğerleri, 2022). Kısmi meme ışınlaması daha çok erken evre meme kanserinde sadece tümörün bulunduğu bölgeye uygulanmaktadır. Bu sayede daha az meme dokusu ışınl alır ve tedavi süresi kısalmaktadır. Erken evre meme kanseri hastalarında tüm meme ışınlaması kadar etkili bir yöntemdir. Lokal nüks etme açısından farklılık olmamasını yanı sıra estetik açıdan olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Shah ve diğerleri, 2021). Diğer bölgelere nüks etme ihtimali açısından risk taşımaktadır (Kolářová ve diğerleri, 2022). Üç ana yöntem bulunmaktadır:

1. İnterstisyel Brakiterapi: Lumpektomi etrafına, kataterler arasında 1-1,5 cm boşluk bırakılarak yerleştirilen çoklu katater tekniğidir. Katater yerleştirildikten sonra güvenlik marjı, cilt dokusuna uzaklığı, klinik hedef hacmi ve uygun doz belirlenerek uygulanmaktadır. Genellikle günde iki kez 10 fraksiyon ve 34 Gy olarak uygulanmaktadır (Kolářová ve diğerleri, 2022).

2. Aplikatör Tabanlı Brakiterapi: Lumpektomi sonrası kalan boşluğa aplikatör yerleştirilmektedir (Shah ve diğerleri, 2021).

3. Harici Işın Radyoterapisi: Vücuda dışarıdan ışın gönderilmektedir. Zamanla ışın uygulanan kısımda fibrozis ve memede şekil bozuklukları gibi yan etkiler oluşmaktadır. Geliştirilen yoğunluk ayarlı radyoterapi tekniği ile bu yan etkiler azaltılabilmektedir (Shah ve diğerleri, 2021). En yaygın kullanılan yöntemlerdendir (Kolářová ve diğerleri, 2022).

SLNB sonrası lenf nodülünde pozitif tutulum var ise ALND yapılmaktadır. Ancak günümüzde ALND yapılmadan direk radyasyon tedavisi, lenf nodü pozitif sayısı ve hangi moleküler sınıfta yer aldığı değerlendirilerek uygulanabilmektedir. Mastektomi sonrası radyasyon tedavisi uygulanacak hastalara, hastanın yaşı, tümörün moleküler sınıfı, pozitif cerrahi sınır varlığı, lenfovasküler invazyon ve hastanın profiline bakılarak karar verilmektedir (Shah ve diğerleri, 2021).

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu geçirmiş hastalarda, memeye estetik görünüm sağlamak için önce geçici genişleticiler ardından kalıcı implantlar yerleştirilmektedir. Her iki durumda da radyasyon tedavisi uygulanabilmektedir. Ancak geçici genişleticiler varken tedavi uygulanarak altı ay bekledikten sonra implant takılması daha uygun bir yaklaşım olarak görülmektedir. Çünkü implant varken radyasyon tedavisi estetik açıdan olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Kolářová ve diğerleri, 2022). Bu konu ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (Shah ve diğerleri, 2021).

Günümüzde radyasyon tedavisi herkes için standart bir uygulama değildir. Kişinin kliniği, yaşı, tümör yapısı gibi birçok faktör değerlendirilerek uygun doz ve yöntem ile uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalar, dozu artırarak uygulanan süreyi kısaltmaya yöneliktir (Kolářová ve diğerleri, 2022; Shah ve diğerleri, 2021).

2.2.6.3. Hormonal Tedavi

Meme kanseri hücresinde östrojen ve progesteron reseptörlerinin bulunması Hormon Reseptörü pozitif (HR+) olarak adlandırılmaktadır (Waks ve Winer, 2019). Bu tip meme kanseri, tüm alt tipler içinde en yaygın görülmekte ve daha iyi bir seyir göstermektedir. Amaç, östrojen üzerine etki ederek proliferasyonunu engellemek ve ER+ tümörlerin büyümesinin önüne geçmektir. Hormon tedavisi üç alt sınıfa ayrılmaktadır. Bunlardan ilki Seçici Östrojen Reseptör Modülatörleri (SERM)'dir (Lee, 2023). ER'lerine bağlanarak üretimi bloke etmektedir (Lee, 2023; Waks ve Winer, 2019). Tamoksifen, raloksifen, toremifen kullanılan ilaçlardır (Lee, 2023). Sıcak basması yaygın bilinen yan etkilerindendir (Waks ve Winer, 2019). İkincisi Seçici Östrojen Reseptör Yıkıcılar, ER'üne bağlanmakla kalmaz aynı zamanda parçalamaktadır. Bu sayede östrojenin etkisi tamamen engellenmektedir. SERM'lerin yeterli olmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Fulvestrant tedavide kullanılan ilaçtır. Üçüncüsü ise Aromataz inhibitörleridir. Aromataz enzimi, androjenin östrojene dönüşümünü inhibe ederek östriol seviyesini düşürmektedir. Anastrozol, letrozol ve eksemestan tedavide kullanılan ilaçlardır (Lee, 2023). Tamoksifene göre daha etkilidir. Eklem ağrısı ve sıcak basması bilinen yan etkilerindendir. Eğer kadın premenopozal dönemde ise Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) antagonisti ya da GnRH antagonisti ve tamoksifen/aromataz inhibitörü tedavi seçenekleri bulunmaktadır. (Waks ve Winer, 2019). Geri dönüşümsüz bir seçenek olarak oofektomi ve yumurtalıklara radyasyon uygulaması yapılabilmektedir (Lee, 2023).

Erken evre meme kanseri olan hastalarda adjuvan hormon tedavisi uygulanmaktadır. Premenopozal ve postmenopozal hastalarda farklı tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Ancak tamoksifen tek başına ya da kombine olarak her iki dönemde de kullanılmaktadır. GnRH antagonisti sadece premenopozal kadınlarda verilmektedir (Lee, 2023). Hasta genç ve yüksek riskli grupta ise aromataz inhibitörü ile daha etkili tedavi sağlanmaktadır (Waks ve Winer, 2019). Aromataz inhibitörü her iki grupta kullanılabilse de postmenopozal kadınlarda etkinlik sağlamaktadır (Lee, 2023; Waks ve Winer, 2019). Toplam tedavi süresi hastaya göre 5-10 yıl arasında değişmektedir (Lee, 2023; Waks ve Winer, 2019).

2.2.6.4. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedavi, tümör hücresinin moleküler özelliklerini ve sinyal iletim yollarındaki mutasyonları merkeze alan nüks ve mortalite riskini önemli oranda azaltan bir tedavi şeklidir (Akyolcu ve diğerleri, 2019; Saha ve Gautam, 2025; Waks ve Winer, 2019). HER2+ meme kanserinde kullanılan ilaçlar HER2 reseptörlerini bloke etmeyi amaçlamaktadır (Saha ve Gautam, 2025). Trastuzumab HER2 reseptörüne bağlanıp proliferasyonu engelleyerek, Pertuzumab HER2 reseptörünün diğer reseptörler ile bir araya gelmesini engelleyerek, Neratinib HER2 reseptörlerinin hepsini inhibe ederek işlevini yerine getirmektedir (Waks ve Winer, 2019).

HR+ ancak HER2- yüksek riskli hastalarda hormonal tedaviye ek siklin bağımlı kinaz 4/6 inhibitörleri (CDK 4/6) verilebilmektedir. Bu sayede hücrenin aşırı çoğalmasının önüne geçilmektedir (Lee, 2023; Saha ve Gautam, 2025). Üçlü negatif meme kanseri genellikle BRCA geninde mutasyon ile birlikte. Bu durumda hasarı düzeltmek PARP enzimine düşmektedir. Ancak PARP inhibitörü ile PARP yolu kapatılarak hücrelerin DNA onarımının önüne geçilmektedir. Böylece mutasyonlu hücrelerin hayatta kalması engellenmektedir (Saha ve Gautam, 2025).

Hedefe yönelik tedavinin bir kolu da PI3K/AKT/mTOR sinyal yolu inhibitörleridir. Bu yol fizyolojik olaylarının gerçekleştiği, tümör hücresinin büyümesine elverişli bir geçiş yoludur (Küpel, 2022; Saha ve Gautam, 2025). Yolağı farklı noktalardan kesen PI3K, mTOR, AKT, PI3K&mTOR inhibitörleri sayesinde enzimler arasındaki sinyallerin önüne geçilerek hücrenin büyümesi baskılanmaktadır (Saha ve Gautam, 2025).

2.2.6.5. Kemoterapi

Meme kanserinde kemoterapi neoadjuvan ve adjuvan olarak uygulanabilen, kanser hücrelerinin çoğalmasını engellemek ve yok etmek için kullanılan bir tedavi seçeneğidir (Özbek ve Erol, 2024). Ancak bu ilaçlar sağlıklı hücrelerinde etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu durumda bazı yan etkiler ortaya çıkmaktadır. En yaygın bilinen yan

etkiler halsizlik, yorgunluk, ödem, kas ağrısı, saçlarda dökülme, anemi, bulantı olarak görülmektedir (Özbek ve Erol, 2024; Waks ve Winer, 2019).

Üçlü negatif ve HER2+ meme kanseri hastaları, HER2- meme kanseri hastalarına göre daha fazla kemoterapi almaktadır (Claessens ve diğerleri, 2020). Kemoterapi rejimi tercih edilirken hastanın hangi risk grubunda olduğu önem taşımaktadır. Düşük riskli hastalarda kemoterapiden sağlanacak yararın etkisi göz önünde bulundurulmalıdır (Waks ve Winer, 2019). Kombine kemoterapi tek ajanlı kemoterapiye göre tedaviye daha fazla yanıt verse de tek ajanlı kemoterapi daha fazla tercih edilmektedir. Çünkü daha fazla ajan daha fazla toksisite anlamına gelmektedir. Kemoterapide hastanın ilk uygulanan tedaviye verdiği yanıt sonraki tedavilerden alınacak başarı hakkında bilgi vermektedir. Yani tedavi basamağı ilerledikçe ek tedaviden alınan yanıt ilk tedavilere göre daha sınırlıdır (Claessens ve diğerleri, 2020).

Antrasiklin ve taksan içeren rejimler nüks riskini azalttığı ve daha etkili bir tedavi sağladığı için yüksek riskli hastalarda tercih edilmektedir (Waks ve Winer, 2019). Ancak antrasiklin kardiyak etkisi nedeni ile kalp hastalarında tercih edilmemektedir (Julka ve diğerleri, 2022). Evre I-III neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi hastalarında antrasiklin ve taksan kullanımı meme kanseri dışındaki mortaliteyi artırabilmektedir (Qari ve diğerleri, 2024). Tedavinin ilk basamaklarında antrasiklin ve taksanlar tercih edilse de ilerleyen basamaklarda taksanlar ve kapesitabin daha sık kullanılmaktadır (Claessens ve diğerleri, 2020).

Kemoterapi uygulama süresinde iki ana yaklaşım bulunmaktadır. İlki belirli bir sayıda döngünün olduğu, kür sayısı bitince ara verilerek hastanın takip edildiği yaklaşım şeklidir. İkincisi hastada kabul edilemez yan etkilerin görülmeye başlamasına kadar devam eden tedavi yaklaşımıdır. İkinci yaklaşımın ilerlemesiz sağ kalım süresini uzattığı bilinmektedir (Claessens ve diğerleri, 2020).

Özellikle 2000’li yılların başında daha fazla klasik kemoterapi tedavisi onay alırken günümüzde tümör hücresinin moleküler yapısı ve sinyal yolları gibi daha net bilgilere sahip olabildiğimiz için hedefe yönelik tedavi, hormonoterapi ve immunoterapiye yönelik tedaviler artış göstermektedir (Claessens ve diğerleri, 2020).

2.2.6.6. İmmünoterapi

Kanser ve bağışıklık sistemi arasında eliminasyon, denge ve kaçış aşamaları olarak üç dinamik bulunmaktadır. Eliminasyon ve denge aşamasında tümör hücreleri kontrol altında tutulabilmektedir. Ancak kaçış aşamasında tümör hücreleri bağışıklık sistemi tarafından kontrol altına alınamamakta ve metastaz yapmaktadır (García-Aranda ve Redondo, 2019). İmmünoterapi, baskılanan bağışıklık sisteminin tekrar aktif hale gelerek tümör hücrelerini fark etmesi ve yok etmesini amaçlanmaktadır (Özlük ve diğerleri, 2017). Günümüzde klasik tedavi yöntemlerinin yanında dördüncü bir tedavi yöntemi olarak yerini almaktadır (García-Aranda ve Redondo, 2019). Özellikle üçlü negatif meme kanseri hastalarında olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Eroğlu ve diğerleri, 2023). Üç farklı tedavi yöntemi bulunmaktadır (Özlük ve diğerleri, 2017).

Birincisi en sık kullanılan ve onay alan yöntem olan monoklonal antikordur (Babaç ve diğerleri, 2023; Özlük ve diğerleri, 2017). İmmün sistem tanımadığı maddelere karşı antikor üreterek vücudun savunmasını sağlamaktadır. Yalnızca belli bir yabancı maddeyi (antijeni) hedef alan özgül antikorlara monoklonal antikor denir. Kendi içinde sınıflara ayrılmaktadır (Özlük ve diğerleri, 2017). En sık kullanılan çıplak monoklonal antikorlar, radyoaktif madde ya da herhangi bir ilaç içermemektedir (Babaç ve diğerleri, 2023). Konjuge monoklonal antikorlar, kemoterapötik ilaçlar ya da radyoaktif partiküller içermektedir. Radyasyon işaretli monoklonal antikor, radyoaktif parçacıklar içermektedir (Özlük ve diğerleri, 2017). Normalde bir antikor bir antijene bağlanırken bispesifik monoklonal antikorlar, aynı anda iki tip antijene bağlanabilmektedir (Babaç ve diğerleri, 2023). Kimyasal olarak işaretlenmiş antikorların kemoterapötik etkileri güçlüdür (Özlük ve diğerleri, 2017). Trastuzumab ilk onay alan, HER2'ye bağlanarak meme kanseri tedavisinde kullanılan önemli bir monoklonal antikordur (García-Aranda ve Redondo, 2019; Özlük ve diğerleri, 2017). Avantajları spesifik bir hedefe yönelik, maliyetinin ve teminatının kısa olmasıdır. Ayrıca kemoterapötik ajanlara göre toksisitesi daha azdır. Babaç ve diğerleri (2023), monoklonal antikor tedavilerinde görülebilecek olası yan etkilerin; ateş ve titreme gibi infüzyon ilişkili reaksiyonlar, zayıflık ve baş ağrısı gibi sistemik yakınmalar, bulantı-kusma ve ishal gibi gastrointestinal semptomlar ile hipotansiyon ve cilt döküntüsü gibi klinik bulguları içerebildiğini bildirmektedir.

İkinci immünoterapi yöntemi immün kontrol inhibitörleridir. Temelde iki adet kontrol noktası inhibitörü bulunmaktadır: Programmed Cell Death Protein 1 (PD-1)/ Programmed Cell Death Protein Ligand (PDL-1) ve Cytotoxic T- Lymphocyte- Associated Protein 4 (CTLA-4). PD-1 reseptörü PDL-1 ile bağlandığında T hücrelerinin çalışmasını inhibe etmektedir. CTLA-4, T hücrelerinin aktif çalışmasını engelleyerek immün yanıtı baskılamaktadır. PD-1/PDL-1 ve CTLA-4 inhibitörleri ile immün sistemin tümör hücrelerini tanıyarak saldırıya geçmesi sağlamaktadır (García-Aranda ve Redondo, 2019). Meme kanserinde PD-1'in fazla olması daha kötü ve agresif bir prognoz anlamına gelmektedir (Sert ve Küçükkılınç, 2022). Maliyet ve yan etkileri dezavantajını oluşturmaktadır (García-Aranda ve Redondo, 2019).

Üçüncü immünoterapi yöntemi kanser aşılardır. Kanser hücrelerine karşı, immün sistemin saldırı mekanizmasını artırarak tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Özlük ve diğerleri, 2017). Gen bazlı aşı tedavisi, yararlı genin hücreye verilmesi ile hücrede iyileşmeyi sağlayan proteinlerin üretimi artırmaktadır. Peptid bazlı aşılarda, tek antijene ya da iki antijene bağışıklık oluşturma durumuna göre sınıflandırılmaktadır. Meme kanserinde E75 peptid aşısı kullanılmaktadır. Hücre temelli aşılarda hastadan ya da donörden alınan bağışıklık veya tümör hücrelerinin özel işlemlerden geçirilmesi ile elde edilmektedir (Sert ve Küçükkılınç, 2022). Adjuvan madde eklenen aşılarda, yalnızca antijen içeren aşılarla kıyasla immün sistem etkinliğini daha fazla artırmaktadır (Özlük ve diğerleri, 2017).

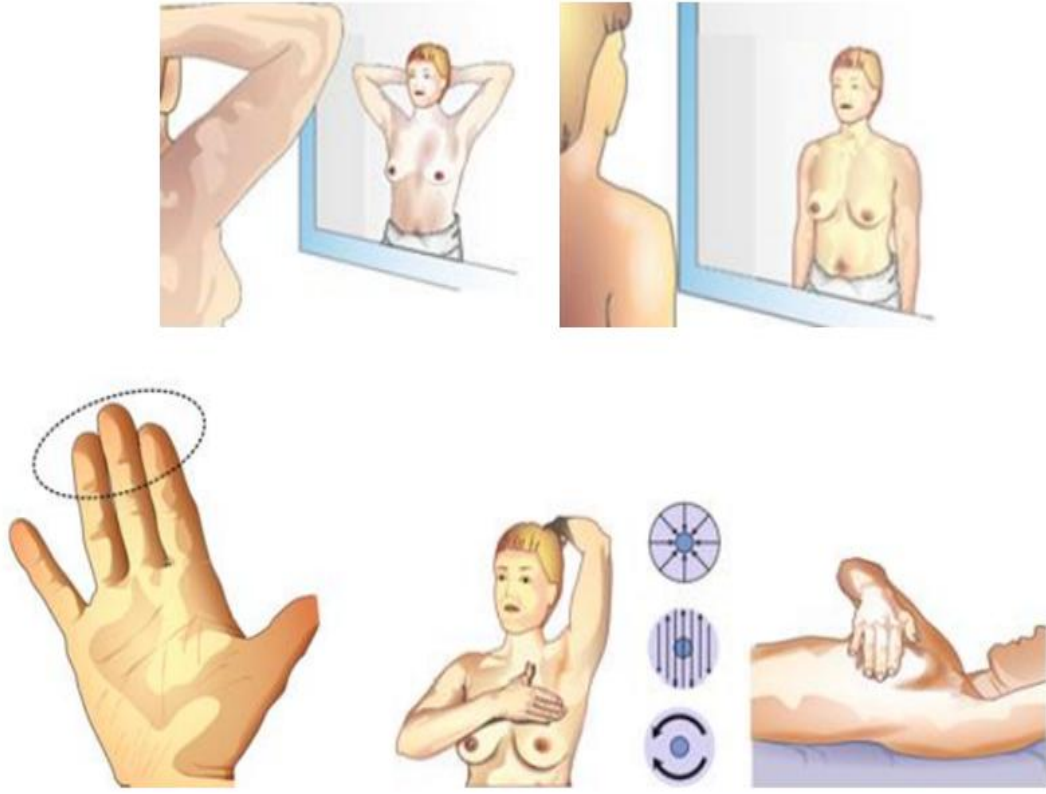
2.3. Meme Kanserinde Tarama ve Erken Tanı

2.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kadınların el ve göz ile memelerini muayene ederek oluşan değişiklikleri fark etmeleri KKMM'dir. Maliyet gerektirmeyen ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir (Bakır ve Demir, 2020). Yaşı 20'nin üzerinde olan kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Menstrual dönemin 8-12. günleri muayene için uygun bir dönem olarak görülmektedir (Taşpınar, 2018). Menstrual disfonksiyon ya da postmenopozal dönemde olan kadınlar her

ayın belli bir gününü belirleyerek o günlerde muayene yapması önerilmektedir (Bakır ve Demir, 2020). Emziren kadınlar memeleri boşalttıktan sonra, doğum kontrol hapı kullananlar her ilaç kutusunun bittiği gün yeni ilaca başlamadan muayene yapabilmektedir (Taşpınar, 2018). Göz ile yapılan muayenede meme derisinde çökme, kanama, akıntı, çekilme, asimetri varlığı kontrol edilmektedir. Memede saptanan her kitlenin malignite anlamına gelmediği unutulmamalıdır. Kansere olabilecek kitleler genellikle sert, ağrısız ve keskin sınırları bulunmamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

İlk aşama olan göz ile yapılan muayenede, memeler çıplak olacak şekilde ayna karşısına geçilmektedir. Sırası ile önce her iki kol yukarı sonra aşağı sallanacak şekilde bırakılarak ve en son her iki el belden tutularak öne eğilmiş şekilde memelerde dıştan gözüken bir farklılık değerlendirilmektedir. İkinci aşama olan el ile yapılan muayenede, elin ikinci, üçüncü ve dördüncü parmaklarının iç tarafta kalan uç kısımları kullanılmaktadır. Sağ meme muayene edilecek ise sol el, sol meme muayene edilecek ise sağ el kullanılmaktadır. Boşta kalan el başın üzerine kaldırılmaktadır. Muayene yukarıdan aşağıya, dıştan içe dairesel hareketler ve meme başından dışa doğru uygulanmaktadır. Ardından koltuk altı hafif baskı uygulayarak kontrol edilmektedir. Sonra tekrar yatağa uzanarak aynı işlemler uygulanmaktadır (Resim 4)(T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

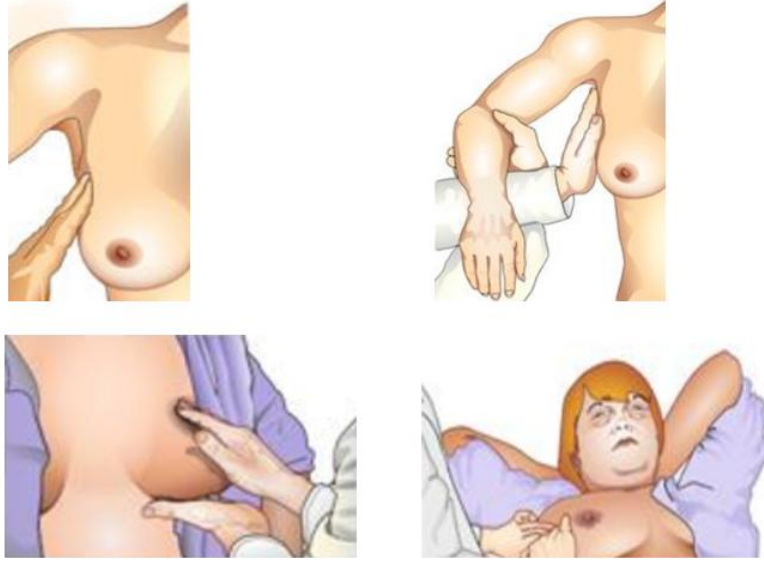


Resim 4. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

(T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

2.3.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM her yıl aile hekimi, genel cerrahi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Muayene göz ile her iki memede anormal bir durumun değerlendirilmesi, aksilla ve köprücük kemiğinin üst tarafında lenf düğümleri varlığı ve her iki memenin bütün kısmının el ile muayenesini kapsamaktadır (Gürel Köksal, 2022). İlk inspeksiyon ile yapılan muayene ayakta, lenf düğümleri varlığı muayenesi oturarak ve memelerin el ile muayenesi yatarak yapılmaktadır. Yaşı 35'in altında olan nullipar ve hiç emzirmemiş kadınlarda meme dokusunun daha yoğun olması nedeniyle hekim uygun gördüğü görüntüleme yöntemini isteyebilmektedir (Resim 5) (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).



Resim 5. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

(T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

2.3.3. Mamografi

2.3.3.1. Mamografi Nedir?

Mamografi, meme dokusunun düşük doz X-ışınları kullanılarak görüntülenmesini sağlayan ve meme kanserinin erken tanısında yaygın olarak kullanılan bir görüntüleme yöntemidir (Duffy ve diğerleri, 2020). Dijital mamografi, dijital meme tomosentezi, sentetik mamografi, kontrastlı mamografi çeşitleri bulunmaktadır. ABD Mamografi Kalite ve Standart Yasası, taramada uygulanacak radyasyonu 3 *miligray (mGy)* olarak belirlemiştir (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017). Dijital mamografide uygulanan ortalama doz yaklaşık 1.2 *mGy*'dir (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017). Dezavantajları, yoğun memelerde daha az duyarlılık ve normal memelerde yanlış pozitiflik gösterebilmektedir. Dijital meme tomosentezi ile bu kısıtlamanın önüne geçilebilmektedir (Skaane ve diğerleri, 2019). Tomosentezde 1.3 *mGy* radyasyon uygulanmakta ve üç boyutlu görüntü sağlamaktadır (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017). Genellikle dijital mamografi ile uygulanmaktadır (Skaane ve diğerleri, 2019). Sentetik mamografi, tomosentez görüntülerinden yeniden

oluşturulan iki boyutlu görüntülerdir (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017). Günümüzde dijital mamografi ve tomosentezin yerini tomosentez ve sentetik mamografinin alması tartışılmaktadır (Skaane ve diğerleri, 2019). Uygulanan radyasyon neredeyse yarıya düşmesi, ekstra bir mamografi çekimine ihtiyaç duyulmaması, duyarlılık açısından her iki yöntemin yakın sonuçlarının olması, geri çağırılma oranlarının düşmesi ve bunun hastalarda gereksiz stresin önüne geçmesi, daha fazla hastanın taranabilmesi tomosentez ve sentetik mamografinin birlikte yapılmasının avantajlarından (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017; Skaane ve diğerleri, 2019). Dezavantajları ise yoğun memeye sahip olunması, görüntünün cilde yakınlığı, kişinin kas yapısı ya da yabancı bir maddenin bulunması gibi durumlarda sentetik mamografi görüntülerinde bozukluklar görülebilmektedir (Ratanaprasatporn ve diğerleri, 2017).

Kontrastlı mamografi, meme kanseri tespitinde kullanılan vasküleriteyi merkeze alan görüntüleme tekniğidir. İyotlu kontrast maddenin intravenöz uygulanmasından sonra X ışınları hem yüksek hem düşük enerjide gönderilerek görüntü elde edilmektedir. Bu enerjilerden elde edilen görüntüler birleştirilerek işlenmektedir. Görüntülerde kontrast madde olan bölgeler tümör veya damarda kanlanmanın fazlaştığı anlamına gelmektedir. Yani meme dokusunda oluşan anormal durumlar ve neovaskülerite tespit edilebilmektedir. Dijital mamografiden daha iyi ve meme Manyetik Rezonansına (MR) yakın duyarlılık göstermektedir (Coffey ve Jochelson, 2022). Avantajları yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda iyi görüntüleme, MR'ye göre düşük maliyet, yüksek duyarlılık ve daha kolay erişilebilir olmasıdır (Coffey ve Jochelson, 2022; Covington ve diğerleri, 2024). Dezavantajı düşük ihtimal de olsa kontrast maddeye karşı alerji riski, MR'ye göre daha kısıtlı görüş açısı ve sekiz farklı açıdan poz çekilmesinden dolayı uygulanan radyasyon miktarının dijital mamografiye kıyasla biraz fazla olmasıdır (Coffey ve Jochelson, 2022). Kontrastlı mamografi de dahil tüm mamografi çeşitlerinde kişiye radyasyon uygulanmaktadır. Bu da kanser riskini artıran bir diğer dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır (Covington ve diğerleri, 2024).

2.3.3.2. Mamografinin Kadın Sağlığındaki Önemi

Ülkemizde ve dünyada kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir (IARC, 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025). Mamografi taramasında temel amaç henüz klinik belirti vermemiş meme kanserlerinin erken evrede saptanması yoluyla meme kanserine bağlı mortalite oranını ve ileri evre meme kanseri riskini azaltmaktır (Autier ve Boniol, 2018; Duffy ve diğerleri, 2020). Kadınların anksiyete kontrolünde pozitif etkiler sağlamaktadır (Hooshmand ve diğerleri, 2022). Mamografi %80-90 oranında erken evrede tespiti sağlamaktadır (Taşkın, 2020b). İsveç'te yapılan geniş çaplı bir çalışma sonucunda mamografi taramasına katılan kadınların mortalite ve ileri evre kanser riskinin daha düşük olduğu görülmektedir (Duffy ve diğerleri, 2020). Özellikle 50 yaş üzeri kadınlarda mortalitede daha etkili bir azalma görülmektedir (Shi ve diğerleri, 2025). Eğer kanser mamografi taraması sırasında fark edilirse daha iyi bir prognoz, tarama sonrası belirti vererek fark edilirse daha agresif bir prognoz gösterebilmektedir (Autier ve Boniol, 2018). Erken evrede fark edilmesi geliştirilen modern tedavi yöntemlerini kullanma şansını da artırmaktadır (Duffy ve diğerleri, 2020).

2.3.3.3. Mamografi ve Radyasyon

Kadınlar, mamografi taramasında uygulanan radyasyondan dolayı endişe duymaktadır (Hooshmand ve diğerleri, 2022). Meme dokusunun radyasyona duyarlı olduğu bilindiğinden bu endişelerin haklılık payı olabilmektedir (Hooshmand ve diğerleri, 2022; Tamam ve diğerleri, 2021). Doku iyonizasyonu, dokunun yüksek enerjili fotonlar tarafından elektron kaybetmesini sağlayarak gerçekleşmektedir. Bu fotonlara sahip olan x ışınları ile doku iyonizasyonu olabilmektedir (Hendrick, 2020). Dijital mamografi, meme tomosentezi ve kontrastlı mamografi gibi x ışını tabanlı görüntüleme yöntemleri çok düşük de olsa meme kanseri için risk oluşturabilmektedir (Hendrick, 2020; Kaya, 2024). Kendi aralarında baktığımızda en fazla kontrastlı mamografi, en az dijital mamografi risk oluşturmaktadır. Meme özgül gama görüntüleme, moleküler meme görüntüleme ve pozitron emisyon mamografisi gibi yeni teknolojiler yüksek doz radyasyon kullanıldığı takdirde önemli ölçüde riski artırabilmektedir (Hendrick, 2020).

Mamografide uygulanan radyasyon dozunda asıl nokta süt bezleri ve kanallara emilen radyasyon dozudur. Memenin yüzeyinden iç tarafına doğru gidildikçe radyasyonun şiddeti azalmaktadır. Meme, çekim sırasında üst ve alt plaklar ile sıkıştırılmaktadır. Memenin kalınlığı ne kadar incelse o kadar net görüntü elde edilmektedir. Büyük memeye sahip kadınlarda bu kalınlık fazla olduğunda uygulanan radyasyon miktarı da artmaktadır (Hendrick, 2020).

Günümüzde rutin olarak kullanılan dijital mamografide bir memeye uygulanan ortalama radyasyon 3 *mGy*, toplam etkin doz ise 0,4 *milisievert (mSv)*'dir (Kaya, 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2024). Bu miktar kişinin hayatın doğal akışından altı haftada aldığı radyasyon miktarı kadardır (Hendrick, 2020). Uluslararası Radyolojik Koruma Komisyonu (ICRP), bir meme için uygulanacak ortalama radyasyon dozunu en fazla 3 *mGy*, her iki meme için etkin dozu 0.4 *mSv* önermektedir. Ancak semptom varlığı ile tanısal amaçlı yapılan çekimlerde poz sayısının artmasına bağlı etkin doz 1-4 *mSv* olabilmektedir (International Commission on Radiological Protection [ICRP], 2007). Bu miktar hayatın doğal akışından bir yılda alınan radyasyon kadardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Tarama sırasında uygulanan radyasyon dozu kişinin meme yapısına, çekilen poz sayısı, x ışınının gücü ve kalitesi, memeye ne kadar süre ışın uygulandığına göre değişmektedir (Hendrick, 2020; Tamam ve diğerleri, 2021). Önemli nokta tanıyı sağlayacak kadar mümkün olan en düşük doz radyasyonun uygulanması, gereksiz uygulamadan kaçınılmasıdır (ICRP, 2007; Tamam ve diğerleri, 2021). Sonuç olarak mamografide kullanılan radyasyon meme kanseri açısından risk oluşturabilmektedir. Ancak uygulama yapılırken önerilen güvenli doz sınırları içerisinde kalmak önem arz etmektedir.

2.3.3.4. Türkiye ve Dünyada Mamografi Tarama Programları

Ülkemizde 2004 yılında meme kanseri ulusal tarama standartları yayınlanmıştır. Bu standartlar Avrupa Birliği standartlarına yakın ve 50-69 yaş arası kadınları hedef almaktadır. Ülkemizin daha çok genç nüfusa sahip olması ve meme kanserinin genelde 50 yaş altında görülmesinden dolayı 2012 yılında bu standartlar yenilenmiştir. Ortalama risk grubunda olan kadınlar için tarama yaşı 40'a düşürülmüş ve 69 yaşına kadar 2 yılda bir yapılması

önerilmiştir. Aile hekimlikleri 2013 yılında kanser taramalarına dahil edilmiştir. Meme kanseri taramalarını daha ulaşılabilir ve etkili hale getirmek amacıyla 2016 yılında mobil mamografi araçları ile taramaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Türk Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi'ne göre, meme kanserine yönelik belirti varsa; 25 yaş altı mamografi yerine ultrason, 25-40 yaş arası radyolog değerlendirmesine uygun mamografi, 40 yaş üzeri ise sınır olmadan mamografi çekilmelidir (Türk Radyoloji Derneği [TRD], 2021). Amerikan Kanser Derneği önerilerine göre ortalama risk grubunda olan bir kadın 40-44 yaş arası isteğe bağlı her yıl, 45-54 yaş arası her yıl; 55 yaş üzeri iki yılda bir ya da isteğe bağlı her yıl mamografi taraması yaptırmalıdır (ACS, 2023). Taramalarda birincil öncelik 50-69 yaş arası kadınlardır. Beklenen yaşam süresi 5 yılın altında görülen kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır. Bu kadınlar genellikle 70-74 yaş arası gruba dahildir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Ulusal tarama mamografisi kapsamında 40-69 yaş arası kadınlara tarama hizmeti ücretsiz sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve bazı devlet hastaneleri aracılığı ile taramalar gerçekleştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Tarama sonrası şüpheli durumlarda gerekli merkezlere yönlendirme yapılmaktadır. 2021 yılına kadar ülke genelinde tarama sonrası yönlendirme için 173 merkez bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

ABD'de birçok farklı rehber ve tarama için farklı önerileri bulunmaktadır (Ren ve diğerleri, 2022). Örneğin, Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı (National Comprehensive Cancer Network (NCCN)) 40 yaşından itibaren yılda bir, ACS 45-54 yaş arası yılda bir ve 55 yaşından sonra 1-2 yılda bir, Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (United States Preventive Services Task Force (USPSTF)) 50-74 yaş arası 2 yılda bir mamografi taraması önermektedir (Ren ve diğerleri, 2022). Yani genel olarak 40-74 yaş aralığında 1-2 yılda bir mamografi taraması önermektedir (Ren ve diğerleri, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Avrupa Komisyonu Meme Kanseri Girişimi (European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC)) 45-74 yaş arası 2-3 yılda bir, Avrupa Medikal Onkoloji Derneği (European Society for Medical Oncology

(ESMO)) 40-49 yaş arası isteğe bağlı ve 50-74 yaş arası 1-2 yılda bir mamografi taraması önermektedir (Katsika ve diğerleri, 2024).

Dünyada bazı ülkelerin mamografi tarama önerileri incelendiğinde, uygulama yaşı ve sıklığı bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Kanada (50-74 yaş), Malezya (50-74 yaş), Brezilya (50-69 yaş) ve Almanya (50-69 yaş) gibi ülkelerde tarama önerileri genellikle iki yılda bir iken; İngiltere’de 50-70 yaş grubu için bu süre üç yıl olarak belirlenmiştir. Japonya (40-74) ve Çin (45 yaş ve üzeri) gibi bazı ülkelerde ise tarama daha erken yaşta başlamakta, kadınlara her 1-2 yılda bir önerilmektedir (Katsika ve diğerleri, 2024; Ren ve diğerleri, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021).

Avustralya’da 50-74 yaş arası kadınlar davet mektubu ile programa dahil edilirken, 40-49 ile 74 yaş üzeri kadınlar için tarama isteğe bağlı tutulmaktadır (Ren ve diğerleri, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Benzer şekilde Singapur’da da 40-49 yaş grubuna yıllık, 50-69 yaş grubuna ise iki yılda bir tarama önerilmekte, 70 yaş sonrası ise süreç kadının tercihine bırakılmaktadır. Almanya’da da 70 yaş sonrasındaki taramalar isteğe bağlı olarak sürdürülmektedir (Ren ve diğerleri, 2022).

2.4. Meme Kanseri Ebelik Yaklaşımları

2.4.1. Meme Kanseri Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kapsamında Ebelik Yaklaşımları

Meme kanserinde en önemli ebelik yaklaşımı hastayı bütüncül bir bakış açısı ile ele almaktır (Kalkan, 2022). Çünkü meme kanseri yalnızca fiziksel değil, psikolojik ve sosyal açıdan da komplike durumlara yol açmaktadır. Ebelerin; meme kanserinden korunma, risk faktörlerinin belirlenmesi ve tarama programlarının etkinliğinin artırılması açısından önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020; Lovelace ve diğerleri, 2019). Meme kanserinden korunma ve erken evrede tespit edilebilmesi için düzenlenen eğitimler, kadınların pozitif sağlık davranışı geliştirmesine ve toplumsal bilinçlenmeye katkı sağlayacaktır (Atashi ve diğerleri, 2020; Kabacaoğlu ve Karaca, 2020). Bu amaç doğrultusunda düzenlenen eğitimler kadınların en iyi anlayacağı şekilde planlanmalı,

gerekirse bireysel odaklı yürütülmelidir. Yazılı materyallerden yararlanmak konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Eğitim sonunda gösterme yaptırma yöntemi ile konunun ne kadar anlaşıldığı değerlendirilmelidir (Kabacaoğlu ve Karaca, 2020). Berardi ve arkadaşlarının çalışması, kadınların %58'inin ebeler tarafından verilen eğitimlerin erken tanıyı hızlandıracağına inandığını göstermektedir. Başka bir neden ile sağlık kuruluşuna başvuran genç kadınlarda bile bu durum fırsata çevrilerek erken tanı yöntemleri ile ilgili bilgi verilebilir (Berardi ve diğerleri, 2017). Kadınların inançları, zaman ayırmak istememeleri ve utanma gibi durumlar mamografi çekiminin önündeki engellerdir. Bu engelleri azaltmak için KKMM eğitimi ya da mamografi çekimi sırasında mahremiyete önem gösterilmelidir (Atashi ve diğerleri, 2020).

2.4.2. Meme Kanseri Tanı ve Tedavi Sürecinde Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı

Meme kanseri tanı ve tedavi süreci, hastanın beden imajı ve gelecek planları üzerinde olumsuz etkilere yol açabileceğinden, ebelik danışmanlığı anksiyetenin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır (Hamzehgardeshi ve diğerleri, 2017). Ebelerin tedavi süreci boyunca yaşanacak komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olması, hastaları doğru yere yönlendirmesi ve tedaviye uyum açısından önem arz etmektedir (Lovelace ve diğerleri, 2019; Taşan ve diğerleri, 2023). Özellikle kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemlerinin fertilité üzerine olumsuz etkisi kadınlarda endişeye neden olmaktadır. Fertilité koruyucu tedavi danışmanlığı bireye gelecekte en uygun üreme seçeneklerinin sağlanması, korunması ve geliştirilmesini amaçlamaktadır. Ebeler, danışmanlık almak isteyen kadınları mümkün olan en kısa zaman içinde gerekli yerlere yönlendirmelidir. Danışmanlık verilen hasta, hastalığını kabul ederek tedaviye daha ılımlı bir yaklaşım sergileyebilmektedir (Taşan ve diğerleri, 2023).

Cerrahi bir işlem kararı verildi ise öncesinde ve sonrasında dikkat etmesi gereken konular hakkında hastaya bilgi verilmelidir. İşlem sonrası yara yerinin tam iyileşmesi için dikkat etmesi gerekenler anlatılmalıdır. Ebe pansumanı yaparken yara yerini kanama ve enfeksiyon açısından değerlendirmelidir. İnsizyonlu koldan kan basıncı ölçümü, invaziv girişimler yapılmamalı ve hastaya da bu konuda bilgi verilmelidir. Taburculuk sonrası hekim tarafından egzersiz önerildi ise evde bu rutinin oluşturulması için önerilerde

bulunulabilir. Ödem gibi komplikasyonların gelişmesi durumunda hekimine başvurması gerektiği anlatılmalıdır (Kalkan, 2022).

Ebelik mesleği meme kanserini her yönü ile ele almaktadır. Ebelerin sağladığı eğitimler ve danışmanlık sayesinde kadınlara farkındalık kazandırılmakta, toplumsal bilinç artırılmaktadır. Anksiyetelerini artıran her konuda destek sağlayarak yeni baş etme mekanizmaları geliştirmelerini sağlamaktadır. Kadınlar ile iç içe olan ebelerin toplumdaki önemi her geçen gün artmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma analitik kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Afyonkarahisar il merkezinde 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. ASM'de 4 aile hekimi, 3 ebe, 2 hemşire ve 1 destek personeli çalışmaktadır. ASM'de laboratuvar tetkikleri için kan alımı, intramüsküler ve intravenöz enjeksiyon uygulamaları gibi tıbbi işlemler yürütülmektedir. Bunların yanı sıra; gebe, bebek ve çocuk izlemleri, aşılama hizmetleri, boy-kilo takibi ve kayıt işlemleri düzenli olarak yapılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ise kadınlara yönelik kanser tarama randevuları organize edilmekte; aile planlaması desteği çerçevesinde danışmanlık eğitimi verilmektedir. Araştırma Aile Sağlığı Merkezinde bulunan bekleme alanında, diğer hastaların duymayacağı şekilde, mahremiyetine dikkat edilerek uygun ortamda gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Bu araştırma 23 Eylül 2024- 30 Haziran 2025 tarihleri arasında 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Afyonkarahisar’da 4 No’lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 40-69 yaş grubundaki kadınlar oluşturmuştur. Bu Aile Sağlığı Merkezine 2024 yılında kayıtlı kadın sayısı 2000 idi. Araştırmanın örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmış olup %5 hata payı ve %95 güven aralığında ve %12,5 (her 8 kadında 1 meme ca gelişme riski) (Bekar, 2023) görülme sıklığı ile en az 156 kadın belirlenmiştir. Araştırmaya olası vaka kayıpları (%10) dikkate alınarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme (convenience sampling) yöntemi ile toplam 172 kadına ulaşılmıştır.

Formül: $n = N \times Z^2 \times p \times (1-p) / E^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times (1-p)$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evren büyüklüğü

Z: Güven düzeyine karşılık gelen Z değeri

p: Olayın görülme sıklığı

1-p: Olayın görülmemesi olasılığı

E: Kabul edilen hata payı

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri

- 40-69 yaş grubunda,
- Türkçe konuşup, anlayabilen kadınlar

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Meme kanseri tanısı almış,

- Bilgi toplama araçlarını anlamayı engelleyecek fiziksel ya da ruhsal engeli bulunan (görme engeli, işitme engeli, zihinsel engeller, öğrenme güçlükleri) kadınlar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Anket Formu” (Ek 1), “Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)” (Ek 2) ile toplanmıştır.

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form; kadınların sosyodemografik, obstetrik ve tanıtıcı bilgileri, kadınların sağlığı algılama durumlarına ilişkin literatüre dayalı olarak hazırlanan 35 sorudan oluşmaktadır (İnel, 2023; Kaş, 2023; Sezen ve Özmen, 2017; Yılmaz Bulut, 2022).

3.6.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ), Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından geliştirilen Transteorik Modelin değişim aşamalarını temel almaktadır. Rakowski ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilen MDDSÖ’nin geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Pruitt ve diğerleri tarafından gerçekleştirilmiştir (Pruitt ve diğerleri, 2010; Rakowski ve diğerleri, 1996). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Sezen ve Özmen tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Sezen ve Özmen, 2017). Ölçek toplam 22 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; bilgi edinme, paylaşım ve iletişim 10 madde, düzenli tarama kararlılığı beş madde, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma üç madde ve düzenli tarama davranışı dört madde şeklindedir. Ölçek 5’li Likert tiptedir (kesinlikle katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılıyorum 5 puan). Sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt

boyutunda (madde 16,17,18) ters kodlama yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 43-100 arasındadır. Alt boyutların aldığı en yüksek ve en düşük puanlar, bilgi edinme, paylaşım ve iletişim 16-50 puan, düzenli tarama kararlılığı 7-25 puan, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma 3-15 puan ve düzenli tarama davranışı 4-20 puan arasındadır. MDDSÖ'den alınan puanın artması durumunda, kadınların mamografiye yönelik davranış değişiminin daha fazla olduğu kabul edilir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında MDDSÖ toplamı için saptanan Cronbach Alfa katsayısı 0,93 (Sezen ve Özmen, 2017) olup bu çalışmada 0,77 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin toplamı için Cronbach Alfa katsayısı 0,77 olarak belirlenmiştir.

3.7. Pilot Çalışma

Araştırmacı tarafından geliştirilen Anket Formu geçerlilik ve uygulanabilirliğinin sağlanabilmesi amacı ile 8 öğretim üyesi ile 2 kadın hastalıkları ve doğum uzmanının görüş ve önerisine sunulmuştur. Alınan görüş ve öneriler doğrultusunda formun son hali düzenlenmiştir. Sonrasında formun anlaşılabilirliğini test etmek amacı ile aile sağlığı merkezine kayıtlı 40-69 yaş arası 10 kadın ile ön görüşme sağlanmıştır. Yapılan ön görüşme doğrultusunda “Mamografinin önemi hakkında bilgi aldınız mı?” sorusu “Bu bilgiyi nereden aldınız?” şeklinde değiştirildi. Ön görüşme yapılan kadınların verileri araştırma verilerinin dışında tutulmuştur.

3.8. Verilerin Toplanması

Gerekli izinler alındıktan sonra Eylül 2024- Haziran 2025 tarihleri arasında veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmacı verileri mesai saatleri içerisinde Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlardan toplamıştır. Araştırmacı tarafından çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar ile tanışılarak, çalışmanın yapılma amacı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve bekleme salonunda, diğer hastaların duymayacağı şekilde mahremiyet gözetilerek görüşme yapılmıştır. Araştırmacı tarafından anket formu ve MDDSÖ yüz yüze görüşme

sağlanarak toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilen her kadın için ortalama görüşme süresi 10-15 dakika olmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri IBM SPSS istatistik programı, Version 30.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) yazılımı ile analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılımını Shapiro–Wilk testi, Q–Q grafikleri, çarpıklık/basıklık z-skorları ile incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma (SS), minimum–maksimum; kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur.

İki ve daha fazla grubun karşılaştırıldığı analizlerde Levene testi kullanılmıştır. Varsayımlar sağlanırsa parametrik testler, sağlanmazsa uygun nonparametrik alternatifler tercih edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki bağımsız grup için varsayımlar sağlandığında bağımsız örneklemeler için t-testi uygulanmıştır. Üç ve daha fazla grup için varsayımlar sağlandığında tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Farklılığın kaynaklandığı grup(lar)ı belirlemek için bonferroni/tukey testi kullanılmış ve koyu renkli gösterilmiştir.

Sürekli değişkenler arası ilişkilerde, her iki değişken normal dağılıyorsa Pearson korelasyonu; en az birinde normalite sağlanmıyorsa Spearman sıra korelasyonu kullanılmış; korelasyon katsayısı (r/ρ) ve iki yönlü p-değeri raporlanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach's α katsayısı analiz edilmiştir. Tüm testlerde iki yönlü hipotezler kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırma sırasında aile hekimlerinin çalışma saatleri ve grev gibi durumlarda ASM'ye başvurular azaldığı için kadınlara ulaşmakta zorluk yaşanmıştır. Araştırma veri formlarındaki toplam soru sayısının fazla olması katılımı olumsuz yönde etkilemiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/08/2024 tarihinde onay (Protokol No: 2024/023) alınmıştır (Ek 4). Araştırmanın Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezinde yürütülebilmesi için Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 5) yazılı izin alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı, zorunlu olmadığı ifade edilmiştir. Katılmayı kabul eden katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek 3). Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin kullanılabilmesi için Prof. Dr. Dilek ÖZMEN ve Sinem SEZEN'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 6).

3.12. Çalışma Takvimi

Tablo 2. Çalışma takvimi

	Mayıs 2024	Ağustos- Eylül 2024	Eylül 2024- Aralık 2024	Ocak 2025- Eylül 2025	Ekim- Kasım 2025	Ocak 2026
Araştırma konusu seçimi	x					
Literatür tarama	x	x	x	x	x	
Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul izni		x				
İl Sağlık Müdürlüğü kurum izni		x				
Pilot çalışma ve veri toplama			x			
Veri girişi ve istatistiksel analiz				x		
Tartışma-sonuç yazımı					x	
Savunma						x

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışma amacına uygun olarak toplanan verilerin istatistiksel analizlerinden elde edilen bulgular sunulmuştur. Veriler, kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, sağlık alışkanlıkları, sağlık-hastalık özellikleri, obstetrik öyküleri ve mamografiye yönelik bilgi/tarama davranışları çerçevesinde sunulmuştur. Ayrıca, kadınların Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) toplam puan dağılımları ile bu puanların değişkenlerle olan karşılaştırmalı analizlerine ilişkin veriler sunulmuştur.

4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3'te çalışmamıza katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 3. Kadınların sosyodemografik özellikleri (n:172)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş (yıl)		
Yaş ortalaması (yıl) $\pm$ SS*	52,38 $\pm$ 7,60	(Min:40 max:69)
40-49	69	40,1
50-59	68	39,5
60-69	35	20,4
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
BKİ ortalaması $\pm$ SS*	30,24 $\pm$ 5,55	(Min:18,36 max:49,95)
Zayıf (<18.49)	2	1,2
Normal (18.50-24.99)	23	13,4
Fazla Kilolu (25.00-29.99)	68	39,5
Obez (>30.00)	79	45,9

Tablo 3. Kadınların sosyodemografik özellikleri (n:172) (devamı)

Eğitim Durumu		
Okur-yazar	11	6,4
İlkokul mezunu	102	59,3
Ortaokul mezunu	14	8,1
Lise mezunu	29	16,9
Üniversite ve üzeri mezunu	16	9,3
Medeni Durum		
Bekar	5	2,9
Evli	128	74,4
Dul	39	22,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	37	21,5
Çalışmıyor	135	78,5
Meslek**		
Emekli	11	29,8
Memur	10	27,0
Özel sektör	16	43,2
Aile Tipi		
Çekirdek aile	116	67,4
Geniş aile	12	7,0
Yalnız yaşıyor	17	9,9
Diğer (kızı/oğlu/anne/baba ile)	27	15,7
Sağlık Güvencesi		
Var	172	100,0
Ekonomik Durum		
İyi	23	13,3
Orta	110	64,0
Kötü	39	22,7

*Standart sapma

**Çalışan kadınlar üzerinden değerlendirildi (n:37).

Tablo 3'te araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Kadınların yaş ortalamaları $52,38 \pm 7,60$ yıl olup, %40,1'i 40-49, %39,5'i 50-59 yaş ve %20,4'ü 60-69 yaş grubundadır. Kadınların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması $30,24 \pm 5,55$ olup, ve %45,9'u obez, %39,5'i fazla kilolu sınıfında yer almaktadır. Kadınların eğitim durumu incelendiğinde %6,4'ü okur-yazar, %59,3'ü ilkokul mezunu, %8,1'i ortaokul mezunu, %16,9'u lise mezunu ve %9,3'ü üniversite ve üzeri mezunudur. Kadınların %74,4'ü evli, %2,9'u bekar ve %22,7'si duldur. Kadınların %78,5'i gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışan kadınların oranı ise %21,5 olarak belirlenmiş ve bunların %43,2'si özel sektörde çalışmaktadır. Kadınların %67,4'ü çekirdek aile, %7'si geniş aile,

%9,9'u yalnız yaşayan ve %15,7'i kızı/oğlu/anne/baba ile yaşayan aile tipine sahiptir. Tüm kadınların sağlık güvencesi bulunmaktadır. Kadınların %64,0'ü orta (gelirlerinin giderlerine eşit), %13,3'ü iyi (gelirinin giderden fazla) ve %22,7'si kötü (gelirlerini giderinden az) ekonomik duruma sahip olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 3).

4.2. Kadınların Eşlerine Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 4'te çalışmamıza katılan evli kadınların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı sunulmuştur.

Tablo 4. Eşlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n:128)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Eşin yaşı (yıl)	128	
Yaş ortalaması $\pm$ SS*	55,46 $\pm$ 8,18	(min:36 max:76)
36-49	33	25,8
50-69	69	53,9
64-76	26	20,3
Eşin Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	41	32,0
Ortaokul mezunu	20	15,6
Lise mezunu	32	25,0
Üniversite ve üzeri mezunu	35	27,4
Eşin mesleği		
Emekli	62	48,5
Memur	22	17,1
Özel sektör	44	34,4

*Standart sapma

Tablo 4'te araştırmaya katılan evli kadınların eşlerine ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı verilmiştir. Kadınların eşleri en küçük 36 ve en büyük 76 yaşındadır. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 55,46 $\pm$ 8,18 yıl olup %53,9'u 50-69 yaş grubundadır. Eşlerin %32,0'si ilkokul, %15,6'sı ortaokul, %25,0'i lise ve %27,4'ü üniversite ve üzeri mezunudur. Kadınların eşlerinin %48,5'inin emekli, %17,1'i memur ve %34,4'ünün özel sektörde çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4).

4.3. Kadınların Sağlığa Yönelik Alışkanlıkları ve Sağlık-Hastalık Özellikleri

Tablo 5'te kadınların sağlığa yönelik alışkanlıklarının dağılımı, tablo 6'da sağlık ve hastalık özellikleri sunulmuştur.

Tablo 5. Kadınların sağlığa yönelik alışkanlıklarının dağılımı (n:172)

Sağlığa Yönelik Alışkanlıklar	n	%
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	55	32,0
Hayır	117	68,0
Yapılan Egzersiz Türü**		
Yürüyüş	43	78,2
Diğer egzersizler (Aerobik, pilates, yüzme, fitness)	12	21,8
Egzersiz yapılan haftalık gün ortalaması± SS*	4,27±2,00	(min:1 max:7)
Günlük Egzersiz Süresi**		
30 dakika ve altı	16	29,1
30 dakika-1 saat	32	58,2
1 saatten fazla	7	12,7
Sigara Kullanımı		
Evet	31	18,0
Hayır	141	82,0
Alkol Kullanımı		
Evet	1	0,6
Hayır	171	99,4

*Standart Sapma

**Düzenli egzersiz yapan kadınlar üzerinden değerlendirildi (n:55).

Tablo 5'te kadınların sağlığa yönelik alışkanlıklarının dağılımı sunulmuştur. Kadınların %32,0'si düzenli egzersiz yaptığını, %68,0'i ise düzenli egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Düzenli egzersiz yapan kadınların %78,2'si yürüyüş yaparken %21,8'i aerobik, pilates, yüzme ve fitness yapmaktadır. Haftada ortalama egzersiz yapılan gün sayısı 4,27±2,00 olup en az bir en fazla yedi gün egzersiz yapılmaktadır. Kadınların %58,2'si günlük ortalama egzersiz süresini 30 dakika ile 1 saat olarak belirtmişlerdir. Kadınların %18,0'inin sigara ve sadece 1 kadının (%0,6) alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Kadınların sağlık ve hastalık özellikleri (n:172)

Özellik	n	%
Genel Sağlık Algısı		
Çok kötü	5	2,9
Kötü	15	8,8
Orta	100	58,1
İyi	47	27,3
Çok iyi	5	2,9
Herhangi Bir Kanseri Tanısı Alma Durumu		
Evet (uterin, kolon, beyin vb)	5	2,9
Hayır	167	97,1
Ailede Meme Kanseri Öyküsü		
Yok	140	81,4
Anne	5	2,9
Kız kardeş	7	4,1
Teyze	3	1,7
Diğer (kuzen, hala, yeğen vb.)	17	9,9
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet (hipertansiyon, diyabet, guatr vb.)	107	62,2
Hayır	65	37,8

Tablo 6’da araştırmaya katılan kadınların sağlık ve hastalık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların genel sağlık algıları incelendiğinde; %2,9’unun çok kötü, %8,8’inin kötü, %58,1’inin orta, %27,3’ünün iyi ve %2,9’unun çok iyi şeklinde değerlendirildiği saptanmıştır. Kadınların %97,1’i herhangi bir kanser tanısı almamıştır (Tablo 5). Kanseri tanısı alan %2,9’luk kısım (5 kadın) kanser türünü uterin, kolon, beyin vb. kanser olarak belirtmiştir. Kadınların %18,6’sının ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu belirlenmiştir. Kadınların %62,2’sinin kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Kronik hastalıklar çoğunlukla hipertansiyon, diyabet, guatr ve bu hastalıkların kombinasyonu olarak belirtilmiştir (Tablo 6).

4.4. Kadınların Obstetrik Özellikleri

Tablo 7’de kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 7. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n:172)

Obstetrik özellikler	n	%
İlk Adet Yaşı (yıl)		
Yaş ortalaması $\pm$ SS*	13,29 $\pm$ 1,50	(min:10 max:18)
11 yaş altı	3	1,7
11-15 yaş arası	153	89,0
15 yaş üzeri	16	9,3
Adet Süresi (gün)		
Adet süresi ortalaması $\pm$ SS*	5,85 $\pm$ 1,82	(min:1 max:10)
1-2	1	0,6
3-7	153	89,0
> 7 gün	18	10,4
Toplam Gebelik Sayısı**		
Toplam gebelik sayısı ortalaması $\pm$ SS*	3,32 $\pm$ 1,7	(min:1 max:11)
1 gebelik	14	8,4
2 ve 3 gebelik	93	56,1
>3 gebelik	59	35,5
Toplam Doğum Sayısı ***		
Toplam doğum sayısı ortalaması $\pm$ SS*	2,51 $\pm$ 1,05	(min:1 max:7)
1 doğum	21	13,0
2 ve 3 doğum	124	76,5
>3 doğum	17	10,5
Yaşayan Çocuk Varlığı Durumu		
Evet	160	93,1
Hayır	12	6,9
Yaşayan çocuk sayısı ortalaması $\pm$ SS*	2,47 $\pm$ 0,98	(min:1 max:6)
Düşük Varlığı Durumu		
Evet	67	38,9
Hayır	105	61,1
Düşük sayısı ortalaması$\pm$ SS*	1,82 $\pm$ 1,29	(min:1 max:8)
Küretaj Varlığı Durumu		
Evet	77	44,8
Hayır	95	55,2
Küretaj sayısı ortalaması $\pm$ SS*	1,81 $\pm$ 1,24	(min:1 max:8)
Ölü Doğum Yapma Durumu		
Evet	6	3,5
Hayır	166	96,5
Ölü doğum ortalaması $\pm$ SS*	1,33 $\pm$ 0,51	(min:1 max:2)
Menopoza Girme Durumu		
Evet	117	68,0
Hayır	55	32,0
Menopoza Girme Yaşları		
Yaş ortalaması $\pm$ SS*	46,40 $\pm$ 5,48	(Min:25 max:56)
45 yaş altı	44	37,6
46-55 yaş arası	71	60,7
56 yaş ve üzeri	2	1,7

*Standart Sapma

**Gebelik öyküsü olan kadınlar üzerinden değerlendirildi (n:166).

***Doğum öyküsü olan kadınlar üzerinden değerlendirildi (n:162).

Tablo 7’de kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların ilk adet yaşı ortalaması $13,29 \pm 1,50$ yıl (min:10, max:18) olup %89,0’u 11-15 yaş arasında ilk adetini yaşamıştır. Ortalama adet süresi $5,85 \pm 1,82$ gün (min:1, max:10) olup %89,0’unun 3-7 gün arasında sürmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %96,5’inin gebelik öyküsü bulunmaktadır. Bunların toplam gebelik sayısı ortalaması $3,32 \pm 1,70$ olup (min:1, max:11) %56,1’inin 2 ve 3 gebeliği bulunmaktadır. Doğum öyküsü olan kadınların toplam doğum sayısı ortalaması $2,51 \pm 1,05$ olup (min:1, max:7) %76,5’inin 2 veya 3 doğumu bulunmaktadır. Kadınların %93,1’inin yaşayan çocuğu sahip olup yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,47 \pm 0,98$ ’dir (min:1, max:6). Kadınların %38,9’unun düşük öyküsü bulunmaktadır. Kadınların ortalama düşük sayısı $1,82 \pm 1,29$ olup %53,7’sinin 1 düşük geçirmiştir (min:1, max:8). Kadınların %44,8’inin küretaj öyküsü bulunmaktadır. Ortalama küretaj sayısı $1,81 \pm 1,24$ olup %53,2’si 1 küretaj geçirmiştir (min:1 max:8). Kadınların %3,5’inin ölü doğum öyküsü olup ortalama ölü doğum sayısı $1,33 \pm 0,51$ olarak saptanmıştır (min:1, max:2). Araştırmaya katılan kadınların %68,0’i menopoza girmiştir. Ortalama menopoza girme yaşı $46,40 \pm 5,48$ olup (min:25, max:56), %60,7’sinin 46-55 yaş arasında menopoza girdiği saptanmıştır (Tablo 7).

4.5. Kadınların Mamografiye İlişkin Bilgi Düzeyi ve Tarama Davranışları

Tablo 8’de araştırmaya katılan kadınların mamografi bilgi düzeyi ve davranışlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı, tablo 9’da kadınların mamografi çekirme sıklığı ve erken tanı davranışlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 8. Kadınların mamografi bilgi düzeyi ve davranışlarına ilişkin özellikleri (n:172)

Özellik	n	%
Mamografinin Önemi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu		
Evet	162	94,2
Hayır	10	5,8
Bilgi Kaynağı*		
Doktor	39	24,0
Ebe	23	14,2
Hemşire	6	3,7
Sağlık çalışanı (genel)	56	34,6
Sosyal çevre	19	11,8
Televizyon ve internet ortamı	17	10,5
Afiş ve Broşür	2	1,2
Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirme Durumu		
Evet	124	72,1
Hayır	48	27,9
Yaşamı Boyunca Hiç Mamografi Çektirmeme Nedeni**		
KKMM sırasında sorun hissetmediği için	30	62,5
Önemsememe	5	10,4
Tarama hakkında bilgi sahibi olmama	4	8,3
Zaman bulamama	3	6,2
Acı hissetme korkusu	2	4,2
Sağlıklı olduğunu düşünme	1	2,1
Kötü haber almaktan korkma	1	2,1
Memelerin aşırı hassasiyeti	1	2,1
Radyasyon korkusu	1	2,1

*Mamografi önemi hakkında bilgi sahibi olan 162 kadının yanıtları için hesaplanmıştır.

**Hiç mamografi çekmemiş 48 kadının yanıtları içinde hesaplanmıştır.

Tablo 8’de araştırmaya katılan kadınların mamografi bilgi düzeyi ve davranışlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %94,2’si mamografinin önemi hakkında bilgi sahibidir. Bilgi edinme kaynakları incelendiğinde %34,6’sının sağlık çalışanlarından, %24,0’ünün doktorlardan ve %14,2’sinin ebelerden bilgi aldığı saptanmıştır. Kadınların %72,1’i yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektirirken %27,9’u hiç mamografi çektirmemiştir. Hiç çektirmeyenlerin başlıca nedenleri %62,5’i KKMM sırasında sorun hissetmemesi, %10,4 önemsememe, %8,3 bilgi eksikliği olmuştur (Tablo 8).

Tablo 9. Kadınların mamografi çekirme sıklığı ve erken tanı davranışları (n:172)

Özellik	n	%
Mamografi Çekirme Sıklığı*		
Her yıl	2	1,6
İki yılda bir	24	19,4
Beş yılda bir	12	9,6
Sadece doktor önerdiğinde	24	19,4
Diğer (düzensiz)	62	50,0
Düzenli Çektirmeme Nedenleri**		
Sağlıklı olduğunu düşündüğü için	60	61,2
İşlem sırasında acı duyma	7	7,1
Sağlık personeline utanma	3	3,1
Zaman bulamama	9	9,2
Tarama hakkında bilgi eksikliği	3	3,1
Diğer (radyasyon korkusu, hassasiyet vb.)	16	16,3
KKM Yapma		
Evet	146	84,9
Hayır	26	15,1
KMM ve Ultrason Yaptırma		
Evet	26	15,1
Hayır	146	84,9
Hiçbir Erken Tanı Yöntemini Uygulamayan		
Evet	6	3,5
Hayır	166	96,5

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi, KMM: Klinik Meme Muayenesi

*Sadece mamografi çekirmiş olan kadınlar (n:124) üzerinden hesaplanmıştır.

**Sadece düzenli mamografi çekirmeyen kadınlar (n:98) üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 9’da kadınların mamografi çekirme sıklığı ve erken tanı davranışlarının dağılımı verilmiştir. Mamografi deneyimi olan kadınların mamografi çekirme sıklığı sorulduğunda %19,4’ü iki yılda bir, %19,4’ü yalnızca doktor önerisiyle ve %50,0’ı düzensiz aralıklarla mamografi çektiğini ifade etmiştir. Kadınların düzenli mamografi çekirmeme nedenleri incelendiğinde ise; %61,2’sinde “sağlıklı olduğunu düşündüğü için” ifadesi öne çıkmaktadır. Kadınların %16,3’ü radyasyon korkusu ve memelerin aşırı hassasiyetinden dolayı düzenli mamografi çekirmemektedir. Kadınların %84,9’u KKMM yapmaktadır. Kadınların 84,9’u KMM ve ultrason yaptırmamakta ve %3,5’i hiçbir erken tanı yöntemini kullanmamaktadır (Tablo 9).

4.6. Kadınların Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) Puan Dağılımları

Tablo 10'da kadınların MDDSÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılımlar verilmiştir.

Tablo 10. Kadınların MDDSÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılımlar

Ölçek ve Alt Boyutlar	Ölçek Puan Aralığı	Ortalama (Min-Max)	Standart Sapma (SD)	Cronbach's Alpha
MDDSÖ Ölçek Toplam Puanı	22 – 110	86,36 (Min:53 max:107)	9,45	0,777
MDDSÖ Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim Alt Boyutu	10 – 50	39,41 (Min:24 max:49)	4,50	0,689
MDDSÖ Düzenli Tarama Kararlılığı Alt Boyutu	5 – 25	18,38 (Min:5 max:25)	3,66	0,704
MDDSÖ Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma Alt Boyutu	3 – 15	10,47 (Min:3 max:15)	3,68	0,683
MDDSÖ Düzenli Tarama Davranışı Alt Boyutu	4 – 20	18,09 (Min:11 max:20)	1,86	0,509

Tablo 10'da kadınların MDDSÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin dağılım verilmiştir. Bu araştırmada kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması $86,36 \pm 9,45$ olup, Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim alt boyutundan alınan puan ortalaması $39,41 \pm 4,50$, Düzenli Tarama Kararlılığı alt boyutundan $18,38 \pm 3,66$, Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma alt boyutundan $10,47 \pm 3,68$ ve Düzenli Tarama Davranışı alt boyutundan $18,09 \pm 1,86$ 'dır. Çalışmada MDDSÖ toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0,78, Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim alt boyutunun 0,69, Düzenli Tarama Kararlılığı alt boyutunun 0,70, Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma alt boyutunun 0,68 ve Düzenli Tarama Davranışı alt boyutunun 0,51'dur (Tablo 10).

4.7. Kadınların Sosyo-Demografik, Sağlık ve Mamografiye İlişkin Özelliklerine Göre MDDSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MDDSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı, tablo 12’de sağlık hastalık durumlarına göre MDDSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı, tablo 13’te mamografi ve diğer erken tanı yöntemlerini yaptırma alışkanlıklarına göre MDDSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo 14’te kadınların yaş, BKİ ve obstetrik özellikler ile MDDSÖ toplam puanı arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 11. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının sosyo-demografik değişkenler ile karşılaştırılması

Özellikler	n	MDDSÖ Ort±SS*	p değeri
Medeni Durum			
Evli	128	86,6 ± 9,6	0,545
Yalnız (bekar ve dul)	44	85,6 ± 8,9	
Kadının Eğitim Durumu			
Okur-yazar/ilkokul mezunu	113	86,9 ± 9,0	0.387
Ortaokul mezunu/lise mezunu	43	86,7 ± 10,0	
Üniversite ve üzeri mezunu	16	83,3 ± 10,9	
Kadının Çalışma Durumu			
Çalışıyor	37	82,7±11,2	0,007*
Çalışmıyor	135	87,4±8,7	
Ekonomik Durum			
İyi	23	88,9±11,5	0,326
Orta	110	86,1±9,2	
Kötü	39	85,5±8,7	

*Karşılaştırmalar için ikili gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmaları için one-way ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan p değerleri koyu renkli ve * işareti ile gösterilmiştir.

Tablo 11’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre MDDSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Evli olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması 86,6 ± 9,6, yalnız (dul ve bekar) olanların 85,6 ± 8,9’dur. Ölçek toplam puanında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p= 0.545).

Eğitim durumuna göre MDDSÖ ölçek toplam puanları incelendiğinde; okur-yazar/ilkokul mezunu olan kadınların puan ortalaması 86,9 ± 9,0, ortaokul/lise mezunlarının

86,7 ± 10,0 ve üniversite ve üzeri eğitime sahip olanların 83,3 ± 10,9 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.387). MDDSÖ toplam puan ortalaması çalışan kadınlarda 82,7±11,2, çalışmayan kadınlarda 87,4±8,7'dir. Çalışma durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0,007) (Tablo 11).

Gelir durumu kötü olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması 85,5±8,7, orta olan kadınların 86,1±9,2 ve iyi olan kadınların 88,9±11,5'tir. Ölçek toplam puanı açısından ekonomik durum grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,326) (Tablo 11).

Tablo 12. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının sağlık hastalık durumları ile karşılaştırılması

		MDDSÖ	
Özellikler	n	Ort±SS*	p değeri
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	55	87,3±9,8	0,396
Hayır	117	85,9±9,3	
Sigara Kullanımı			
Evet	31	86,5±10,0	0,920
Hayır	141	86,3±9,4	
Menopozda Olma Durumu			
Evet	117	86,8±9,1	0,381
Hayır	55	85,4±10,1	
Genel Sağlık Algısı			
Kötü (çok kötü ve kötü)	20	89,9±6,6	0,045*
Orta	100	86,9±9,6	
İyi (iyi ve çok iyi)	52	84,1±9,7	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü			
Yok	140	85,9±8,9	0,278
Var (anne, kız kardeş, teyze, diğer (kuzen hala, yeğen vb.))	32	88,0±11,2	
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	107	87,4±8,5	0,071
Hayır	65	84,7±10,7	

*Karşılaştırmalar için ikili gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmaları için one-way ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlı çıkan p değerleri koyu renkli ve * işareti ile gösterilmiştir. Farklılığın kaynaklandığı grup(lar)ı belirlemek için bonferroni/tukey testi kullanılmış ve koyu renkli gösterilmiştir.

Tablo 12’de kadınların sağlık hastalık durumlarına göre MDDSÖ’den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Egzersiz yapan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamaları $87,3 \pm 9,8$ iken, düzenli egzersiz yapmayanların puan ortalamaları $85,9 \pm 9,3$ ’tür. Ölçek toplam puanı açısından egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.396$).

Sigara kullanan ve kullanmayan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamaları birbirine yakın, sırasıyla $86,5 \pm 10,0$ ve $86,3 \pm 9,4$ ’tür. Ölçek toplam puanı açısından sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,920$) (Tablo 12).

Menopozda olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamaları $86,8 \pm 9,1$, menopozda olmayan kadınların $85,4 \pm 10,1$ ’dir. Ölçek toplam puanı açısından menopoza giren ve girmeyen kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ($p=0,381$) (Tablo 12).

Genel sağlık algısı kötü olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması $89,9 \pm 6,6$, orta olan kadınlarda $86,9 \pm 9,6$, iyi olan kadınlarda $84,1 \pm 9,7$ olarak görülmektedir. Ölçek toplam puanı açısından genel sağlık algısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,045$). Sağlığını kötü olarak algılayan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksek olup, ölçek puanı iyiden kötüye doğru doğrusal bir artış göstermektedir (Tablo 12).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması $85,9 \pm 8,9$ iken, olmayan kadınların ölçek puan ortalaması $88,0 \pm 11,2$ ’dir. Ölçek toplam puanı açısından ailede kanser öyküsü olan ve olmayan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,278$) (Tablo 12).

Kronik hastalık varlığı olan kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması $87,4 \pm 8,5$ iken, kronik hastalığı olmayan kadınların ölçek puan ortalaması $84,7 \pm 10,7$ ’dir. Ölçek toplam puanı açısından kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,071$) (Tablo 12).

Tablo 13. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamalarının mamografi ve diğer erken tanı yöntemleri ile karşılaştırılması

Özellikler	n	MDDSÖ Ort±SS*	p değeri
Mamografinin Önemini Bilme Durumu			
Mamografi Önemini Bilenler	162	86,8 ± 9,3	0,007*
Mamografi Önemini Bilmeyenler	10	78,6 ± 8,5	
Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirme Durumu			
Mamografi çektirenler	124	87,8 ± 9,1	0,001*
Mamografi çektirmeyenler	48	82,6 ± 9,3	
Mamografi çektirme sıklığı			
Her yıl	2	100,5 ± 6,4	<0,001*
İki yılda bir	24	94,1 ± 8,3	
Beş yılda bir	12	87,5 ± 5,0	
Sadece doktor önerdiğinde	24	85,9 ± 6,7	
Diğer (düzensiz)	62	85,7 ± 9,6	
KKMM Yapma Durumu			
KKMM yapan	146	86,5 ± 9,9	0,600
KKMM yapmayan	26	85,5 ± 6,4	
KMM ve USG Yapma Durumu			
KMM ve USG yapan	26	89,7 ± 11,5	0,053
KMM ve USG yapmayan	146	85,8 ± 9,0	

*Karşılaştırmalar için ikili gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmaları için one-way ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamli çıkan p değerleri koyu renkli ve * işareti ile gösterilmiştir. Farklılığın kaynaklandığı grup(lar)ı belirlemek için bonferroni/tukey testi kullanılmış ve koyu renkli gösterilmiştir.

Tablo 13'te kadınların mamografi ve diğer erken tanı yöntemlerini yaptırma alışkanlıklarına göre MDDSÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Mamografinin önemini bilen kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması 86,8 ± 9,3 iken, mamografinin önemini bilmeyen kadınların puan ortalaması 78,6 ± 8,5'tir. Ölçek toplam puanı açısından mamografinin önemini bilen kadınlar ile bilmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptanmıştır (p=0,007).

Yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektiren kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması 87,8 ± 9,1 iken, yaşamı boyunca hiç mamografi çektirmemiş kadınların toplam puan ortalaması 82,6 ± 9,3'tür. Ölçek toplam puanı açısından yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektiren ve çektirmeyen kadınlar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0,001) (Tablo 13).

Mamografi çektirme sıklığı ile MDDSÖ toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. En yüksek puan ortalaması her yıl mamografi çektiren

kadınlarda ($100,5 \pm 6,4$) ve iki yılda bir çektirenlerde ($94,1 \pm 8,3$) bulunmuştur. Beş yılda bir çektiren kadınların ölçek toplam puan ortalaması $87,5 \pm 5,0$ 'tir. En düşük ortalamalar ise düzensiz çektirenlerde ($85,7 \pm 9,6$) ve sadece doktor önerdiğinde çektirenlerde ($85,7 \pm 9,6$) gözlenmiştir ($p < 0,001$). Kadınların mamografi çektirme sıklığı arttıkça MDDSÖ toplam puan ortalamasının da doğrusal şekilde artmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13).

KKMM yapanlar ve yapmayanlar arasında ölçek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,600$). Her iki grubun toplam puan ortalamaları birbirine oldukça yakındır ($86,5 \pm 9,9$ / $85,5 \pm 6,4$) (Tablo 13).

Klinik meme muayenesi ve USG yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında ölçek toplam puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,053$). Her iki grubun toplam puan ortalamaları birbirine yakın olup, yaptıranlarda $89,7 \pm 11,5$, yaptırmayanlarda ise $85,8 \pm 9,0$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması ile yaş, BKİ, obstetrik özellikleri arasındaki ilişki (n:172)

Özellik		Ölçek Toplam Puan
Yaş, yıl	Korelasyon katsayısı (r)	-0,007
	Anlamlılık (p) değeri	0,929
	Katılımcı sayısı (n)	172
BKİ	Korelasyon katsayısı(r)	0,136
	Anlamlılık (p) değeri	0,076
	Katılımcı sayısı (n)	172
İlk adet yaşı	Korelasyon katsayısı (r)	-0,003
	Anlamlılık (p) değeri	0,968
	Katılımcı sayısı (n)	172
Gebelik sayısı	Korelasyon katsayısı (r)	-0,003
	Anlamlılık (p) değeri	0,971
	Katılımcı sayısı (n)	166
Doğum sayısı	Korelasyon katsayısı (r)	0,007
	Anlamlılık (p) değeri	0,926
	Katılımcı sayısı (n)	162

Tablo 14'te yaş, BKİ ve obstetrik özellikler ile Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) toplam puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde, genel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, 40-69 yaş grubu kadınların mamografiye ilişkin tutumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile Afyonkarahisar’da bir ASM’de 172 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular literatürdeki bilgiler ile tartışılmıştır. Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun 40-59 yaş grubunda, evli, ilkokul mezunu, gelir getir getiren bir işte çalışmayan ve gelir durumunun orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların MDDSÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu (86,36±9,45) saptanmıştır. Bu sonuç genel olarak çalışmaya katılan kadınların mamografi çekirme davranışına yönelik olumlu bir tutum geliştirme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Araştırma örneklemindeki kadınların çoğunluğunun mamografinin önemi hakkında bilgi sahibi olması ve halihazırda mamografi çekirmiş olmasının sonucun ortaya çıkmasındaki temel etkenler olduğu düşünülmektedir. İleri yaştaki kadınların mamografi taramasına karşı olumlu tutum sergiledikleri bilinmektedir (Austin ve diğerleri, 2020). Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında MDDSÖ toplam puan ortalaması 82,38±12,81 olup bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmektedir. Araştırmanın aksine bazı çalışmalarda ise kadınların mamografiye ilişkin tutum düzeyleri düşük olduğu bildirilmektedir (Ahmed Abo EL-nour ve diğerleri, 2024; Alhabes ve diğerleri, 2022). Çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, bizim çalışmamızdaki sonuç yalnızca bireysel farkındalık düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklı olmayabilir. Özellikle ASM’nin fiziksel yapısı nedeni ile buradaki koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik danışmanlık hizmetinin sınırlı süre içinde yapılması olumlu tutumun sürdürülebilir bir davranışa dönüşmesini engelleyen bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda MDDSÖ “Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim” alt boyutu ortalama puanı 39,41±4,50 iken, Namlı ve diğerlerini (2023) çalışmasında 37,49±7,06’dır. Bezer şekilde İnel’in (2023) çalışmasında da kadınların bilgi edinme ve paylaşım düzeyinin artmasının mamografi çekirme olasılığını artırdığı bilinmektedir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde; mamografi hakkında bilgi edinme ve bilgiyi paylaşma eğiliminin güçlenmesinin, tarama davranışını destekleyen önemli bir bileşen olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılan kadınların mamografi hakkındaki bilgilere öncelikle sağlık

profesyonelleri gibi güvenilir kaynaklar aracılığıyla ulaşma eğiliminde olmaları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, birinci basamakta ebeler tarafından sunulan danışmanlık hizmetleri; güvenilir bilgi aktarımı, yanlış inanışların düzeltilmesi açısından kritik bir fırsat alanı olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda MDDSÖ “Düzenli Tarama Kararlılığı” alt boyutu ortalama puanı $18,38 \pm 3,66$ iken, benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında $17,38 \pm 3,90$ ’dır. Bu durum çalışmamızdaki kadınların mamografi çekirme kararı almasının ve bu kararı sürdürme ihtimalinin güçlü olduğunu ancak davranışa dönüşümünün yeterli olamayabileceğini, davranış değişikliği için erişim, randevu düzeni, korku ve utanma gibi bariyerlerin belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. İnel’in (2023) çalışmasında ise meme kanserini ciddiye alan kadınların düzenli tarama yaptırma kararlılığının da anlamlı şekilde arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda MDDSÖ “Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma” alt boyutu ortalama puanı $10,47 \pm 3,68$ iken, Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında $10,65 \pm 2,74$ ’tür. Her iki çalışmadaki benzer puanlar, sağlık sistemine yönelik kaçınma davranışlarının belirli ölçüde devam edebildiğini düşündürmektedir. Bu durum kadınların sağlık sistemlerini kullanma ile ilgili olumlu yaklaşım içerisinde olsalar da hala bazı çekincelerinin olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda MDDSÖ “Düzenli tarama davranışı” alt boyutu ortalama puanı $18,09 \pm 1,86$ iken, Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında $16,84 \pm 2,59$ ’dur. Benzer şekilde İnel’in (2023) çalışmasında da kadınların düzenli tarama davranışları bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir. Çalışmamızda bu alt boyuttan alınan puan kadınların mamografiyi önemli bir araç olarak gördüğünü ve günlük hayatına entegre ettiğini göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve ebelik danışmanlığının sürekliliği, bu rutinleşmeyi artırmada temel bir strateji olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %72,1’i yaşamı boyunca en az bir kez mamografi yaptırmıştır. Literatürde Babuş ve Eser’in (2017) Manisa’da iki farklı bölgede yaptığı çalışmada kadınların yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çekirme durumları %74 ve %51,4 bulunurken, Yaşar ve diğerlerinin (2024) çalışmasında %59,6, Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında %31, Tosun’un (2020) çalışmasında %22,8, Eroğlu Nergiz’in (2008) çalışmasında %40,2, Açıkgöz ve diğerlerinin (2011) çalışmasında %55,9, Alp’in (2024)

sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada ise %23,9 olarak bildirilmiştir. Uluslararası literatürü incelediğimizde ise, Lee ve Kim'in (2015) çalışmasında bu oran %41,6 ve Al-Attar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında %26 olarak görülmektedir. Uysal ve Ünal Toprak'ın (2022) çalışmasında kadınların yaptırdıkları kanser taramaları sorgulanmış ve mamografinin ikinci sırada en sık uygulanan yöntemlerden biri olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda mamografi çekirme oranının diğer birçok çalışmadan yüksek olması, tarama hizmetlerine erişimin göreceli olarak kolay olması ve kadınların sağlık kuruluşu temaslarının artması gibi etkenlerle ilişkili olabilir.

Kadınların mamografiye ilişkin tutumları ile davranış arasında güçlü ilişki bulunmaktadır. Mamografi taramasının önündeki engeller tutumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Austin ve diğerleri, 2020). Çalışmalarda kadınların mamografi çekirmesinde engel olan başlıca nedenler herhangi bir şikâyetinin olmaması, önemsememe, bilgi eksikliği, acı duyma, erkek sağlık çalışanından utanma, doktorun mamografi istememesi, radyasyon korkusu olarak belirtilmiştir (Akdağ, 2014; Gök Uğur ve diğerleri, 2019; Güzel ve Bayraktar, 2019; İnel, 2023; Kokkun, 2014; Marinho ve diğerleri, 2008; Orji ve diğerleri, 2020; Saravani ve diğerleri, 2021; Sterlingova ve diğerleri, 2023; Yaşar ve diğerleri, 2024). Bizim çalışmamızda da kadınların mamografi çekirmeme nedenleri literatür ile paralellik göstermektedir. Çalışmamıza katılan kadınların mamografi hakkında bilgiye daha çok sağlık çalışanları gibi güvenilir kaynaktan ulaşma eğilimde oldukları, bunu sırasıyla sosyal çevre, televizyon/internet, afiş ve broşürlerin izlediği saptanmıştır. Bilgi kaynaklarına ilişkin dağılım literatürde bulunan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Açıkgöz ve diğerleri, 2015; Akdağ, 2014; Özyalvaç, 2022; Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022).

Kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında, eğitim durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da MDDSÖ ile eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tosun'un (2020) Konya'daki çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan kadınların mamografi çekirme durumları daha yüksek bulunmuşken, Özyalvaç'ın (2022) İstanbul'da, Okur'un (2015) Aydın'da, Gök Uğur ve diğerlerinin (2019) Karadeniz Bölgesinde, Güçlü Demirtaş'ın (2019) İzmir'de yürüttüğü çalışmada, Mohammadnabizadeh ve diğerlerinin (2024) ve Saravani ve diğerlerinin (2021) İran'da yaptıkları çalışmalarda, Marinho ve diğerlerinin

(2008) ve Soares ve diğerlerinin (2023) Brezilya’da yaptıkları çalışmalarda, Kissné Reményi’nin (2022) Macaristan’da yaptığı çalışmada kadınların eğitim düzeyi yükselmesinin mamografiye ilişkin tutumu olumlu etkilediği bildirilmektedir. Çalışmamızda eğitim durumunun mamografi tutumu üzerine etkisinin bulunmama sebebi, çalışmaya katılan kadınların tarama hizmetlerine erişim olanaklarının benzer olması ve her eğitim düzeyindeki kadının mamografiye ilişkin farkındalıklarının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada kadınların çalışma durumu ile MDDSÖ toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup çalışmayan kadınların ölçek toplam puan ortalamaları ($87,3 \pm 8,6$) çalışanlara ($82,6 \pm 11,6$) göre daha yüksektir. Bu durum, çalışmayan kadınların mamografi tarama davranışına yönelik daha olumlu bir tutum geliştirdiklerini göstermektedir. Çalışma bulguları ile benzer şekilde Eroğlu Nergiz’in (2008) araştırmasında da çalışmayan kadınların mamografinin gerekliliğine daha fazla inandığı tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde ev hanımı olan kadınların daha fazla mamografi çekirme davranışında bulundukları ifade edilmektedir (Gök Uğur ve diğerleri, 2019; Okur, 2015). Çalışmamızın aksine Namlı ve diğerlerinin (2023), Açıkgöz ve diğerlerinin (2011), Çiçekli Taşdemir ve Seçginli’nin (2022), İnel’in (2023), Marinho ve diğerlerinin (2008), Soares ve diğerlerinin (2023) ve Tosun’un (2020) çalışmalarında kadının çalışma durumu mamografi yaptırmayı üzerinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Uluslararası literatürde bazı çalışmalarda ise çalışan kadınların mamografiye ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu bildirilmektedir (Lee ve Kim, 2015; Mohammadnabizadeh ve diğerleri, 2024; Saravani ve diğerleri, 2021). Bizim çalışmamızda ortaya çıkan bulgu, çalışmayan kadınların zaman konusunda daha esnek davranabilmesi ve mamografi randevusuna daha kolay katılım gösterebilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışan kadınlara yönelik esnek randevu saatleri ve işyeri temelli bilgilendirme/ yönlendirme stratejileri, koruyucu hizmetlerin erişimini artırabilir.

Çalışmamızda kadınların medeni durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak katılımcıların ölçekten aldığı toplam puan evli kadınlarda $86,6 \pm 9,6$ ve bekar kadınlarda $85,6 \pm 8,9$ olup ortalama üzerinde bir değere sahiptir. Çalışmamıza benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da MDDSÖ toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı fark bulunamamış olup (evli kadınlarda puan $82,86 \pm 12,84$ ve bekar kadınlarda $81,37 \pm 12,79$), bu bulguyu literatürdeki başka çalışmalarla

da desteklemektedir (Açıkgöz ve diğerleri, 2011; Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022; Güçlü Demirtaş, 2019; Eroğlu Nergiz, 2008; Mohammadnabizadeh ve diğerleri, 2024; Okur, 2015; Saravani ve diğerleri, 2021; Soares ve diğerleri, 2023). Çalışmamızın aksine Marinho ve diğerlerinin (2008) ve Tosun'un (2020) çalışmalarında evli olmanın mamografi çekimi üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Bu farklılıklar; eş desteği, sağlık kararlarının paylaşılması ve kültürel bağlam gibi faktörlerin ülkeler ve örneklem grupları arasında değişkenlik göstermesiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların ekonomik durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak ölçek toplam puanlarını incelediğimizde ekonomik durum iyileştikçe ölçekten alınan puanın arttığı görülmektedir. Benzer şekilde Namli ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da MDDSÖ toplam puanı ile ekonomik durum arasında anlamlı fark saptanmamış olup, başka çalışmalar da bulgumuz ile paralellik göstermektedir (Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022; Eroğlu Nergiz, 2008; Marinho ve diğerleri, 2008; Tosun, 2020). Çalışmamızın aksine ekonomik durumun iyi olmasının mamografi tutumu üzerine olumlu etkisine dair çalışmalar da bulunmaktadır (Gök Uğur ve diğerleri, 2019; Lee ve Kim, 2015; Mbuyen-Bienge ve diğerleri, 2025; Özyalvaç, 2022; Saravani ve diğerleri, 2021). Yüksek gelir düzeyi ve sağlık güvencesi varlığı, mamografi taramasına katılımı artıran önemli etkenler arasında gösterilmektedir (Orji ve diğerleri, 2020). Bizim çalışmamıza katılan tüm kadınların kendi veya eşlerinden kaynaklı sağlık sigortası bulunmaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalarda kadınların sağlık güvencesinin olmasının mamografi taramasına katılımı artırdığı bulunmuştur (Açıkgöz ve diğerleri 2011; Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022; Güçlü Demirtaş, 2019). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2023 raporuna göre, nüfusun sadece %44,6'sı kanser taramalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz çekildiğini bilmesi koruyucu hizmetler konusunda bilgilendirmenin yetersiz olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Bu çalışmada tüm kadınların sağlık güvencesine sahip olması, ekonomik durumun ayırt edici bir değişken olarak öne çıkmamasında etkili olmuş olabilir. Ülkemizde kadınların bu konudaki düşük farkındalığı ve bazı ülkelerde mamografi taramasının ücretli olması, çalışmalarda sağlık güvencesinin etkileyen bir faktör olarak çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda kadınların düzenli egzersiz yapma durumu ile MDDSÖ ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Egzersiz yapan kadınların toplam puan ortalaması (87,2±9,7) egzersiz yapmayan kadınlardan (84,2±9,3) daha yüksek olsa da bu

fark istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Çalışmamız benzer şekilde Açıkgöz ve diğerlerinin (2011) çalışmasında da düzenli sporun mamografi üzerine herhangi bir etkisi bulunamamıştır. Çalışmamızın aksine bazı çalışmalarda düzenli egzersiz yapan kadınların mamografi taramasına katılımı artırma olasılığı daha yüksek bildirilmiştir (İnel, 2023; Kırca ve diğerleri, 2018; Lee ve Kim, 2015; Soares ve diğerleri, 2023). Wong ve Cheng (2019) Çin’de yaptığı çalışmada düzenli egzersiz yapan kadınların genel sağlık tutumları ile meme kanserine ilişkin bilgi ve algı düzeyleri daha yüksek bulunmuş, bu sayede mamografiye ilişkin tutumlarının da pozitif etkilendiğini saptamışlardır. Mohammadnabizadeh ve diğerlerinin (2024) çalışmasında ise kadınların fiziksel aktivite yapmasının mamografi taramasına katılımı olumsuz etkilediği bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonuç, örneklemdaki kadınların egzersiz yapma motivasyonlarının doğrudan sağlıklı yaşam bilincinden ziyade; estetik kaygı ya da günlük mecburi rutinlere eşlik eden fiziksel hareketlilikten kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadınların sigara kullanma durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grubun toplam puan ortalamaları neredeyse aynıdır (evet: $86,5 \pm 10,0$, hayır: $86,3 \pm 9,3$). Benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da MDDSÖ toplam puanı ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı fark saptanmamış olup, aktif içenlerin puan ortalaması $84,24 \pm 13,27$ ve hiç içmeyenlerin puan ortalaması $81,76 \pm 12,92$ ’dir. Çalışmamıza paralel şekilde bazı çalışmalarda sigara içme durumunun mamografi üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı saptamıştır (Açıkgöz ve diğerleri, 2011; Soares ve diğerleri, 2023). Çalışmamızın aksine Mohammadnabizadeh ve diğerlerinin (2024) çalışmasında sigara kadınların mamografi taramasına katılımı negatif yönde etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. Sonuçlara dayalı olarak, bu farklılıklar kültürel yapı, sağlık hizmetlerine erişim ve risk algısı gibi değişkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kadınların menopoz durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Menopozal dönemde olan kadınların puanı ($86,7 \pm 9,1$) ile olmayanların puanı ($85,4 \pm 10,1$) birbirine oldukça yakındır. Çalışmamıza benzer şekilde Akdağ’ın (2014) çalışmasında da kadınların menopozda olma durumunun mamografi çekirme üzerine herhangi bir etkisi bulunamamıştır. Çalışmamızın aksine menopozda olan kadınların olmayanlara göre daha fazla mamografi çekirmeye yatkın bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Lee ve Kim, 2015; Okur, 2015; Özçam ve diğerleri, 2014). Çalışmamızda

kadınların menopozda olma durumunun mamografi tutumu üzerine etkisinin bulunmama sebebinin, menopoz sonrası dönemde sağlık hizmetleriyle temas sıklığının artması, yaşla birlikte risk algısının yükselmesi ve hekim yönlendirmelerinin artması gibi etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların sağlıklarını iyi olarak algılamasının mamografi çekimini olumlu etkilediği bilinmektedir (Sterlingova ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda ise sağlık algısı kötü olan kadınların daha olumlu mamografi tutumuna sahip oldukları görülmüştür. Uysal ve Ünal Toprak'ın (2022) çalışmasında kanser taramaları ve sağlık algısı arasında olumlu yönde ilişki bulunmuş olup, sağlığını önemseyen kadınların kanser taramalarına karşı daha pozitif yaklaşımda olduğu görülmektedir. Çiçekli Taşdemir ve Seçginli'nin (2022) çalışmasında ise kadınların sağlığı algılama durumu ile mamografi taraması arasında ilişki bulunmamıştır (Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022). Çalışmalardan anlaşıldığı üzere, kadının sağlık algısının mamografi tutum ve davranışı üzerinde doğrudan ilişkili olmadığı söylenebilir. Ancak çalışmamızdan elde edilen bulgu, kadınların kendi sağlık algılarına yönelik değerlendirmelerinin mamografi tutumu üzerine etkili olabileceğini de düşündürmektedir. Sağlığını kötü algılayan kadınların daha fazla sağlık arayışı içerisinde olabileceği ve bunun koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığı artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde çalışmalarda da ailede/arkadaşında meme kanseri öyküsü olmasının mamografi üzerine herhangi bir etkisi bulunamamıştır (Abdel-Salam ve diğerleri, 2020; Çiçekli Taşdemir ve Seçginli, 2022; DüNDAR ve diğeri, 2006; Özçam ve diğerleri, 2014; Soares ve diğerleri, 2023). Çalışmamızın aksine bazı çalışmalarda ise ailesinde ve akrabalarında meme kanseri olan kadınların mamografiye karşı daha olumlu tutum sergilediği bildirilmiştir (Fatima ve diğerleri, 2018; Mohammadnabizadeh ve diğerleri, 2024; Saravani ve diğerleri, 2021). Çalışmamızda aile öyküsünün mamografi tutumunda etkili bir faktör olmamasında, kadınların hastalığı algılama biçimi, genetik risk farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan kadınların sağlıkla ilgili risk algısının daha yüksek olması nedeniyle mamografi davranış değişim sürecine yönelik tutumlarının daha olumlu

olabileceği düşünülmektedir (Sterlingova ve diğerleri, 2023). Çalışmamızda kadınların kronik hastalığı olma durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) ve Açıkgöz ve diğerlerinin (2011) çalışmalarında da mamografi tutumu ile kronik hastalık durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalarda kronik hastalık varlığının mamografi tutumu üzerine etkisinin bulunmaması, kronik hastalığın varlığının mamografi gibi spesifik bir tarama yöntemine yönelik tutumu doğrudan etkilemeyebileceğinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda mamografinin önemini bilen kadınların ölçek toplam puanı ($86,8 \pm 9,3$) bilmeyen kadınlara ($78,6 \pm 8,5$) göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da meme kanseri ve tarama testleri hakkında bilgi alan kadınların MDDSÖ toplam puanı $84,31 \pm 12,31$, almayan kadınların toplam puanı $79,84 \pm 13,08$ olup, bu değişkenler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Literatürdeki birçok çalışma bizim bulgularımıza paralel olarak bilgi ve tutum arasında güçlü ilişki olduğunu göstermektedir (Ahmed Abo EL-nour ve diğerleri, 2024; Al-Mousa ve diğerleri, 2020; Marinho ve diğerleri, 2008; Tolma ve diğerleri, 2014). Çalışmalardan da anlaşıldığı gibi bilgi sahibi olma mamografi davranış değişim sürecini olumlu etkilemiştir. Kadınların meme kanseri erken tanısı ve mamografinin önemi hakkında bilgi sahibi olması, bilgi temelli farkındalık çalışmalarının arttırılması ile taramanın önündeki engellerin azaltılması sağlanabilir.

Çalışmamızda yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektiren kadınların ölçek toplam puanı ($87,8 \pm 9,1$) hiç çektirmeyen ($82,6 \pm 9,3$) kadınlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Benzer şekilde Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında mamografi çektirme durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuş olup, mamografi çektiren kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması ($85,33 \pm 12,28$) çektirmeyen kadınlardan ($81,05 \pm 12,87$) daha yüksek bulunmuştur (Namlı ve diğerleri, 2023). Sezen ve Özmen'in (2017) MDDSÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yaşamı boyunca mamografi çektiren kadınların ölçek toplam puanı ($89,1 \pm 13,7$), çektirmeyen kadınlardan ($91,2 \pm 16,2$) daha düşük olup, anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda bulgumuz ile paralellik göstermektedir (Kissné Reményi, 2022; Mbuyen-Bienge ve diğerleri, 2025; Tolma ve diğerleri, 2014). Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde mamografi deneyiminin mamografi davranış değişim sürecini olumlu etkilediğini göstermektedir.

Düzenli mamografi yaptırmamanın kadınların inancını pozitif yönde etkilediği ve sonuç olarak mamografiye karşı olumlu bir tutum oluştuğu bilinmektedir (Georga ve diğerleri, 2025). Çalışmamızda iki yılda bir ya da yılda bir düzenli mamografi yaptıran kadınların ölçek toplam puan ortalaması, düzensiz mamografi yaptıranlardan daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Sezen ve Özmen'in (2017) çalışmasında iki yılda bir mamografi yaptıranların MDDSÖ toplam puanı ($86,0 \pm 14,1$) yaptırmayanlardan ($90,9 \pm 14,7$) daha düşük olup, istatistiksel olarak anlamlıdır. Düzenli mamografi yaptıran kadın mamografinin önemini bilmektedir. Bu bulgu, mamografi davranışının süreklilik kazandıkça bir alışkanlığa dönüştüğünü ve davranışın tutumu güçlendirdiğini göstermektedir. Her çekim sonrası alınan “temiz” sonuçlar mamografinin korku aracı olarak değil de “korunma kalkanı” olarak algılanmasını sağlamaktadır.

Literatürde KKMM ve KMM farkındalığına sahip olan kadınların mamografiye ilişkin daha olumlu tutum sergilediği bilinmektedir (Georga ve diğerleri, 2025; Momenimovahed ve diğerleri, 2020). Çalışmamızda kadınların KKMM uygulama ve KMM+USG durumu ile MDDSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında ise düzenli KMM yaptıran kadınların MDDSÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş olup, KKMM yapma durumu ile ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar, KKMM ve KMM'deki uygulama şekllinden kadınların algıladıkları profesyonellik düzeyindeki farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Kadınlar KKMM'yi herhangi bir profesyonel destek olmadan ev ortamında uygulanabiliyorken, KMM'nin sağlık profesyoneli tarafından sağlık kuruluşunda yapılması kadınlarda daha yüksek bir tıbbi güven ve mamografi farkındalığı oluşturabilir.

Çalışmamızda kadınların yaş, BKİ, obstetrik özellikleri ile MDDSÖ toplam puanı arasındaki anlamlı ilişki bulunmamıştır. Namlı ve diğerlerinin (2023) çalışmasında da MDDSÖ toplam puanı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, Lee ve Kim'in (2015) çalışmasında ileri yaşta olmanın mamografi tutumunu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. Ayrıca Madadi ve diğerlerinin (2014) çalışmasında ise yaşın artışı mamografiye ilişkin tutumu olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda aşırı zayıf veya obez olmanın mamografi taramasını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Hellmann ve diğerleri, 2015; Zhu ve diğerleri, 2006). Çalışmamızla benzer şekilde, Afroze ve diğerlerinin (2024) çalışmasında kadınların obstetrik özelliklerinin mamografi üzerine

etkisi olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda kadınların yaş, BKİ ve obstetrik özellikleri ile mamografi tutumu arasında anlamlı ilişkili olmaması, örneklem grubundaki kadınların bireysel özelliklerinin yanı sıra davranışın daha çok bilgi, farkındalık ve sağlık sistemiyle etkileşim üzerinden şekillendiğini göstermektedir.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri il merkezindeki bir Aile Sağlığı Merkezinden toplandığı için topluma genelleme yapılamaz. Yalnızca ASM' ye kayıtlı kadınları temsil etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamız Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 40-69 yaş arası kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan analitik- kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın sonuçları;

- Yaş ortalaması $52,38 \pm 7,60$ olan kadınların yaklaşık %60'ının ilkokul mezunu olduğu, yaklaşık dörtte üçünün evli olduğu, yalnızca her beş kadından birinin gelir getiren bir işte çalıştığı ve yarısından fazlasının ekonomik durumunun gelir gidere denk (orta) olduğu tespit edilmiştir.

- Kadınların %32'si düzenli egzersiz yapmaktadır.
- Kadınların %18'i sigara, %0,6'sı alkol kullanmaktadır.
- Kadınların %58,1'i sağlığını orta, %27,3'ü iyi olarak algılamaktadır.
- Kadınların %2,9'u kanser tanısı almıştır.
- Kadınların %18,6'sının ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır.
- Kadınların %62,2'sinin kronik hastalığı bulunmaktadır.

- Kadınların ilk adet yaş ortalaması $13,29 \pm 1,50$, adet süresi ortalaması $5,85 \pm 1,82$, toplam gebelik sayısı ortalaması $3,32 \pm 1,70$, toplam doğum sayısı ortalaması $2,51 \pm 1,05$ 'tir. Kadınların %93'ünün yaşayan en az bir çocuğu bulunmaktadır. Yaklaşık %39'unun düşük ve %44,8'inin küretaj geçmişi bulunmaktadır. Kadınların %68'inin menopozda olduğu tespit edilmiştir.

- Kadınların %94,2'si mamografinin önemi hakkında bilgi sahibi olup, bilgi kaynağı olarak en sık sağlık çalışanlarını ifade ettikleri tespit edilmiştir.

- Kadınların %72,1'i yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çekmiştir. Çekmeyen kadınların %62,5'i neden olarak KKMM sırasında sorun hissetmediğini ve tarama yaptırmadığını ifade etmiştir.

- Kadınların %50'sinin düzensiz, yaklaşık %20'sinin iki yılda bir mamografi çektiği tespit edilmiştir. Düzenli çekmeme nedenlerine %61,2'si sağlıklı olduğunu düşündüğüm için cevabını vermiştir.

- Kadınların %84,9'u KKMM yaparken, %15,1'i KMM+ultrason yaptırmaktadır.

- Kadınların MDDSÖ toplam puan ortalaması $86,36 \pm 9,45$ 'tir.

- MDDSÖ toplam puanı için; çalışmayan, sağlığını kötü olarak algılayan, mamografinin önemini bilen, yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektiren, mamografi çekme sıklığı fazla olan kadınların puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Uygulayıcılara Yönelik Öneriler (Ebeler ve Sağlık Profesyonelleri):

- Ebeler tarafından kadınlara yönelik sağlık farkındalık günleri düzenlenerek sağlık bilinci kazandırılması,

- Ebeler tarafından kişinin anlayabileceği şekilde hedefe yönelik eğitimler sağlanması,

- Kadınlarda mamografiye karşı olumsuz tutuma neden olan engeller belirlenerek doğru bilgiye güvenilir kaynaktan ulaşılmasını sağlamak,

- Mamografi çekiminde olabildiğince kadın sağlık profesyoneli bulunması,

- Daha önce pozitif mamografi deneyimi yaşayanların Halk Eğitim Merkezleri gibi kadınların bir arada bulunduğu ortamlarda bu deneyimi anlatmasına olanak sağlanması önerilir.

Sağlık Yöneticilerine ve Politika Yapıcılara Yönelik Öneriler:

- Çalışan kadınlar için hafta sonu sağlık merkezlerinde mamografi taraması yapılması,
- Mamografi randevusu için ulaşım imkânı olmayan kadınlara ulaşımın sağlanması,
- Ülkemizde mamografi taramasının 40-69 yaş grubunda ücretsiz sağlandığı bilgisi hakkında farkındalık sağlanması,
- Mamografinin önündeki algılanan engelleri ortadan kaldırmak için sağlık okuryazarlığını artıracak eğitimlerin sağlanması,
- Günümüz dijital kaynaklarını ve sosyal medyayı kullanarak mamografi hakkında farkındalık kampanyaları düzenlenmesi,

Araştırmacılara Yönelik Öneriler:

- MDDSO kullanılarak yapılacak başka çalışmalar farklı kullanım alanları ile literatürü zenginleştirebilir.

KAYNAKLAR

- Abd Alkareem, T., Hassan, S., Abdalhadi, S. (2023). Breast Cancer: Symptoms, Causes, and Treatment by Metal Complexes: A Review. *Advanced Journal of Chemistry-Section B: Natural Products and Medical Chemistry*, 5(4), 306-319. doi: 10.48309/ajcb.2023.398122.1174
- Abdel-Salam, D. M., Mohamed, R. A., Alyousef, H. Y., Almasoud, W. A., Alanzi, M. B., Mubarak, A. Z., Osman, D. M. (2020). Perceived Barriers and Awareness of Mammography Screening Among Saudi Women Attending Primary Health Centers. *Risk Management and Healthcare Policy*, 2553-2561. doi: 10.2147/RMHP.S277375
- Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H. (2011). Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 145-154.
- Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H. (2015). Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *Journal of Breast Health*, 11(1), 31-37. doi: 10.5152/tjbh.2014.2322
- Açıkgöz, A. ve Akal Yıldız, E. (2017). Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 5(1), 45-56. doi: 10.30720/ered.441784
- Afroze, T., Iyer, A., Faisal, H., Manaf, H., Bahul, R. (2024). Knowledge and Attitudes Regarding Breast Cancer Screening and Mammograms Among Women Aged 40 Years and Older in the United Arab Emirates. *Cureus*, 16(5). doi: 10.7759/cureus.59766
- Ahmed Abo EL-nour, S., Abd-El Salam Ramadan, S., Mostafa El-Banna, H., Kamal Ali, F. (2024). Knowledge and Attitudes of Female Nursing Students regarding Breast Self-examination and Mammography. *Journal of Nursing Science Benha University*, 5(1), 164-181. doi: 10.21608/jnsbu.2024.335772

- Akdağ, S. (2014). *Kadınların Tarama veya Tanısal Amaçlı Mamografi Uygulaması ile İlgili Bilgi, Düşünce ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akyolcu, N., Özhanlı, Y., Kandemir, D. (2019). Meme kanserinde güncel gelişmeler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(3), 583-594. doi: 10.5152/hsp.2019.440012
- Al-Attar, W., Abdul Sattar, S., Al Mallah, N., Wardia, W. I. (2016). Factors influencing mammography participation in Iraqi women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5, 43-49. doi: 10.9790/1959-05050243
- Alhabes, H., Alhabes, F., Alqhtani, A., Gahes, S., Alshehri, Z., Hawsawi, K. (2022). Awareness, Knowledge and Attitude of Saudi Women about Mammogram in Breast Cancer Screening: Systematic Review. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 9(11), 758-766. doi: 10.36348/sjimps.2023.v09i11.004
- Al-Mousa, D. S., Alakhras, M., Hossain, S. Z., Al-Sa'di, A. G., Al Hasan, M., Al-Hayek, Y., Brennan, P. C. (2020). Knowledge, Attitude And Practice Around Breast Cancer and Mammography Screening Among Jordanian Women. *Breast cancer: Targets and Therapy*, 231-242. doi: 10.2147/BCTT.S275445
- Alp, Ş. (2024). *Hemşirelerin Meme Kanseri Taraması Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Kastamonu Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gedik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- American Cancer Society [ACS]. (2021a). *Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html> adresinden erişildi.
- American Cancer Society [ACS]. (2022). *Lifestyle-related Breast Cancer Risk Factors*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html> adresinden erişildi.
- American Cancer Society [ACS]. (2023). *American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early->

detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html adresinden erişildi.

American Cancer Society [ACS]. (2025a). *Excess Body Weight and Cancer Risk*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/diet-physical-activity/body-weight-and-cancer-risk.html#:~:text=According%20to%20research%20from%20the,7%25%20of%20all%20cancer%20deaths>. adresinden erişildi.

American Cancer Society [ACS]. (2025b). *Breast Cancer Signs and Symptoms*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-cancer-signs-and-symptoms.html#other-causes-of-breast-changes> adresinden erişildi.

American Cancer Society [ACS]. (2021b). *Breast Cancer Stages*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html> adresinden erişildi.

Ammitzbøll, G., Sogaard, K., Karlsen, R. V., Tjønneland, A., Johansen, C., Frederiksen, K., Bidstrup, P. (2016). Physical activity and survival in breast cancer. *European journal of cancer*, 66, 67-74. doi: 10.1016/j.ejca.2016.07.010

Anderson, E. (2002). The role of oestrogen and progesterone receptors in human mammary development and tumorigenesis. *Breast Cancer Research: BCR*, 4(5), 197-201.

Atashi, H. A., Vaghar, M. E., Olya, M., Mirzamohammadi, P., Arani, H. Z., Hadizadeh, M., ... Alizadeh, G. (2020). Knowledge, attitudes, and practices toward breast cancer: among midwives in a breast cancer educational seminar in Tehran. *Archives of Breast Cancer*, 7(1), 29-36. doi: 10.19187/abc.20207129-3629

Austin, J. D., Shelton, R. C., Lee Argov, E. J., Tehranifar, P. (2020). Older Women's Perspectives Driving Mammography Screening Use and Overuse: A Narrative Review of Mixed-Methods Studies. *Current Epidemiology Reports*, 7(4), 274-289. doi: 10.1007/s40471-020-00244-3

Autier, P. ve Boniol, M. (2018). Mammography screening: A major issue in medicine. *European journal of cancer*, 90, 34-62. doi: 10.1016/j.ejca.2017.11.002

- Babaç, M., Ekinci, M., İlem Özdemir, D. (2023). Kanser Tanısı ve Tedavisinde Kullanılan Monoklonal Antikorlar. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 47(1), 295-310. doi: 10.33483/jfpau.1196392
- Babuş, S. ve Eser, E. (2017). Manisa’da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(6), 221-230. doi: 10.17942/sted.375022
- Bakır, N. Ve Demir, C. (2020). Hemşirelerin meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarının belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 266-271. doi:10.34087/cbusbed.657109
- Bekar, M. (2023). Memenin Benign ve Malign Neoplazmları. S. Aktaş, Y. Aksoy Derya, E. Toker (Eds.), *A’dan Z’ye Temel Ebelik* içinde (ss. 645). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Berardi, R., Ciarlantini, C., Torniai, M. (2017). The Importance of Obstetric (Midwife) in Breast Cancer Prevention and Recurrence. *Journal of Medical Oncology and Therapeutics*, 2(1), 34-39.
- Bistoni, G. ve Farhadi, J. (2015). Anatomy and physiology of the breast. *Plastic and reconstructive surgery: Approaches and techniques*, 477-485.
- Bodewes, F. T. H., Van Asselt, A. A., Dorrius, M. D., Greuter, M. J. W., De Bock, G. H. (2022). Mammographic breast density and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 66, 62-68. doi: 10.1016/j.breast.2022.09.007
- Britt, K.L., Cuzick, J., Phillips, K.A. (2020). Etkili meme kanseri önleme için temel adımlar. *Nature Reviews Cancer*, 20(8), 417-436. doi: 10.1038/s41568-020-0266-x
- Chen, L., Malone, K. E., Li, C. I. (2014). Bra wearing not associated with breast cancer risk: a population-based case-control study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 23(10), 2181-2185. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-0414
- Claessens, A. K., Ibragimova, K. I., Geurts, S. M., Bos, M. E., Erdkamp, F. L., Tjan-Heijnen, V. C. (2020). The role of chemotherapy in treatment of advanced breast cancer: an overview for clinical practice. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 153, 1-9. doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.102988

- Clemons, M. ve Goss, P. (2001). Estrogen and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344(4), 276-285. doi: 10.1056/NEJM200101253440407
- Cobain, E. F., Milliron, K. J., Merajver, S. D. (2016). Updates on breast cancer genetics: Clinical implications of detecting syndromes of inherited increased susceptibility to breast cancer. *Seminars in oncology*, 43(5), 1-7. doi: 10.1053/j.seminoncol.2016.10.001
- Coffey, K. ve Jochelson, M. S. (2022). Contrast-enhanced mammography in breast cancer screening. *European journal of radiology*, 156, 110513. doi: 10.1016/j.ejrad.2022.110513
- Coroneos, C. J., Selber, J. C., Offodile, A. C., Butler, C. E., Clemens, M. W. (2019). US FDA breast implant postapproval studies: long-term outcomes in 99,993 patients. *Annals of surgery*, 269(1), 30-36. doi: 10.1097/SLA.0000000000002990
- Covington, M. F., Salmon, S., Weaver, B. D., Fajardo, L. L. (2024). State-of-the-art for contrast-enhanced mammography. *British Journal of Radiology*, 97(1156), 695-704. doi: 10.1093/bjr/tqae017
- Çiçekli Taşdemir, T. ve Seçginli, S. (2022). Factors associated with mammography screening among women living in rural areas. *Florence Nightingale journal of nursing*, 30(2), 146. doi: 10.54614/FNJN.2022.21039
- de La Puente-Yagüe, M., Cuadrado-Cenzual, M. A., Ciudad-Cabañas, M. J., Hernández-Cabria, M., Collado-Yurrita, L. (2018). Vitamin D: and its role in breast cancer. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(8), 423-427. doi: 10.1016/j.kjms.2018.03.004
- Deng, Y. ve Jin, H. (2022). Effects of menopausal hormone therapy-based on the role of estrogens, progestogens, and their metabolites in proliferation of breast cancer cells. *Cancer Biology & Medicine*, 19(4), 432-449. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2021.0344
- Deniz Güneş, B. ve Acar Tek, N. (2021). Meme kanserinden korunmada ve meme kanseri tedavisinde Akdeniz diyetinin etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 442-454. doi: 10.46237/amusbfd.879374

- Dilma'aarij, D. A., Rahardjo, S. S., Pamungkasari, E. P. (2021). Meta-analysis the effect of oral and injection contraceptives on breast cancer. *Journal of Maternal and Child Health*, 6(2), 238-249. doi: 10.26911/thejmch.2021.06.02.11
- Duffy, S. W., Tabár, L., Yen, A. M. F., Dean, P. B., Smith, R. A., Jonsson, H., ... Chen, T. H. H. (2020). Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women. *Cancer*, 126(13), 2971-2979. doi: 10.1002/cncr.32859
- Dupont, S. C., Boughey, J. C., Jimenez, R. E., Hoskin, T. L., Hieken, T. J. (2015). Frequency of diagnosis of cancer or high-risk lesion at operation for pathologic nipple discharge. *Surgery*, 158(4), 988-995. doi: 10.1016/j.surg.2015.05.020
- Dündar, P. E., Özmen, D., Öztürk, B., Haspolat, G., Akyıldız, F., Çoban, S., Çakıroğlu, G. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*, 6(1), 43. doi:10.1186/1471-2407-6-43
- Ellingjord-Dale, M., Vos, L., Tretli, S., Hofvind, S., dos-Santos-Silva, I., Ursin, G. (2017). Parity, hormones and breast cancer subtypes-results from a large nested case-control study in a national screening program. *Breast Cancer Research*, 19, 1-21. doi:10.1186/s13058-016-0798-x
- Ellis, H. ve Mahadevan, V. (2013). Anatomy and physiology of the breast. *Surgery (Oxford)*, 31(1), 11-14. doi: 10.1016/j.mpsur.2012.10.018
- Eroğlu, G. Ö., Yaylım, İ., Gezer, U., Kuruca, D. S. (2023). Meme Kanseriinde PD-1/PD-L1 Hedefli Tedaviler. *Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences*, 4(2), 55-61. doi: 10.46629/JMS.2023.117
- Eroğlu Nergiz, U. (2008). *Mamografi Ünitelerine Gelen Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanısıyla İlgili Bilgi, Tutum ve İnançları*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Estébanez, N., Gómez-Acebo, I., Palazuelos, C., Llorca, J., Dierssen-Sotos, T. (2018). Vitamin D exposure and risk of breast cancer: a meta-analysis. *Scientific reports*, 8(1), 9039. doi: 10.1038/s41598-018-27297-1

- Fatima, A. M., Bakr, R., Almedallah, D., Alkaltham, N., Alotaibi, A., Alnoaim, S. (2018). Screening Mammography and Breast Self-Examination: Attitudes and Practices of Women in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Saudi Journal for Health Sciences*, 7(2), 89-100. doi: 10.4103/sjhs.sjhs_4_18
- Gao, Y., Perez, C. A., Chhor, C., Heller, S. L. (2023). Breast cancer screening in survivors of childhood cancer. *RadioGraphics*, 43(4) doi: 10.1148/rg.220155
- García-Aranda, M. ve Redondo, M. (2019). Immunotherapy: a challenge of breast cancer treatment. *Cancers*, 11(12), 1822. doi: 10.3390/cancers11121822
- Georga, D., Zartaloudi, A., Saridi, M., Fradelos, E. C., Rouka, E., Sarafis, P., ... Toska, A. (2025). Factors Determining Women's Attitudes and Knowledge Toward Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *Healthcare*, 13 (13), 1605. doi: 10.3390/healthcare13131605
- Gök Uğur, H. G., Derya, Y. A., Yavuz, A. Y., Şılbır, M. F., Öner, A. (2019). Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 340-348. doi: 10.17942/sted.529150
- Güçlü Demirtaş, S. (2019). *Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gül, A. ve Aygün, D. (2021). Meme kanseri cerrahisi sonrası lenfödem ve uçak seyahati. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (15), 669-680. doi: 10.38079/igusabder.987931
- Gürel Köksal, N. (2022). Meme Kanseri Tarama ve Erken Tanı. *Doğu Karadeniz Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 50-56.
- Güzel, N. ve Bayraktar, N. (2019). Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 101-110.
- Haider, R. (2023). Anatomy of the Breast. *International Journal of Scientific Multidisciplinary Research*, 1(5), 401-22. doi: 10.55927/ijsmr.v1i5.4394

- Hamzehgardeshi, Z., Moosazadeh, M., Elyasi, F., Janbabai, G., Rezaei, M., Yeganeh, Z., Alashti, M. R. (2017). Effect of midwifery-based counseling support program on body image of breast cancer women survivors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(5), 1293. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.5.1293
- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant M., Houssami N., Poortmans P., Ruddy K., Tsang J, Cardoso F. (2019) Breast Cancer. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(66), 1. doi: 10.1038/s41572-019-0111-2
- He, J., Gu, Y., Zhang, S. (2018). Vitamin A and breast cancer survival: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Breast Cancer*, 18(6), 1389-1400. doi: 10.1016/j.clbc.2018.07.025
- He, Y., Si, Y., Li, X., Hong, J., Yu, C., He, N. (2022). The relationship between tobacco and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Oncology*, 12, 961970. doi: 10.3389/fonc.2022.961970
- Hellmann, S. S., Njor, S. H., Lynge, E., von Euler-Chelpin, M., Olsen, A., Tjønneland, A., ... Andersen, Z. J. (2015). Body mass index and participation in organized mammographic screening: a prospective cohort study. *BMC Cancer*, 15(1), 294. doi: 10.1186/s12885-015-1296-8
- Hendrick, R. E. (2020). Radiation doses and risks in breast screening. *Journal of Breast Imaging*, 2(3), 188-200. doi: 10.1093/jbi/wbaa016
- Hong, J., He, Y., Fu, R., Si, Y., Xu, B., Xu, J., ... Mao, F. (2022). The relationship between night shift work and breast cancer incidence: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Open Medicine*, 17(1), 712-731.
- Hooshmand, S., Reed, W. M., Mo'ayyad, E. S., Brennan, P. C. (2022). A review of screening mammography: the benefits and radiation risks put into perspective. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 53(1), 147-158. doi: 10.1016/j.jmir.2021.12.002
- Hossain, S., Beydoun, M. A., Beydoun, H. A., Chen, X., Zonderman, A. B., Wood, R. J. (2019). Vitamin D and breast cancer: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Clinical Nutrition ESPEN*, 30, 170-184. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.12.085

- Humphreys, R. C., Lydon, J. P., O'Malley, B. W., Rosen, J. M. (1997). Use of PRKO mice to study the role of progesterone in mammary gland development. *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 2, 343-354.
- International Agency for Research on Cancer [IARC]. (2024). *Cancer Today*. Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&sexes=2&types=0_1&sort_by=value1 adresinden erişildi.
- International Commission on Radiological Protection [ICRP]. (2007). *The 2007 recommendations of the International Commission on Radiological Protection* (Yayın no. 110). Elsevier.
- Iyengar, N. M., Arthur, R., Manson, J. E., Chlebowski, R. T., Kroenke, C. H., Peterson, L., ... Dannenberg, A. J. (2019). Body Fat and Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women with Normal Body Mass Index: A Secondary Analysis of the Women's Health Initiative Randomized Clinical Trials and Observational Study. *JAMA Oncology*, 5(2), 155–163. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.5327
- İleri, A., Akbaş, Z., Yıldırım, B., Erbaş, O. (2018). Boy uzunluğu ve kanser ilişkisi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 4(3), 149-153. doi: 10.5606/fng.btd.2018.025
- İnel, M. H. (2023). Çanakkale İl Merkezindeki Kadınların Meme Kanseri Taramasına Katılımındaki Engellerin Belirlenmesi ve Engellere Yönelik Çözüm Önerileri. Uzmanlık Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale.
- Jia, T., Liu, Y., Fan, Y., Wang, L., Jiang, E. (2022). Association of healthy diet and physical activity with breast cancer: lifestyle interventions and oncology education. *Frontiers in Public Health*, 10, 797794. doi: 10.3389/fpubh.2022.797794
- Johnson, M. L., Marino, N., Storniolo, A. M. V., Hancock, B. A., Radovich, M., Sandusky, G. E. (2017). Molecular alterations in the breast associated with early menarche. *Cancer Research*, 77(13), 4250-4250. doi: 10.1158/1538-7445.AM2017-4250
- Julka, P.K., Gupta, I., Tiwari, R. (2022). Role of Chemotherapy in Breast Cancer. Sharma, S.C., Mazumdar, A., Kaushik, R. (Eds.), *Breast Cancer: Comprehensive Management* içinde. (ss. 425-441). Singapore: Springer Nature Singapore.

- Kabacaoğlu, C. ve Karaca, A. (2020). Meme kanserinde birincil ve ikincil korunma önlemlerine ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *JAREN*, 6(1), 179-86. doi:10.5222/jaren.2020.69885
- Kalkan, Z. (2022). Meme Kanseri ve Ebelik Yaklaşımları. *World Women Studies Journal*, 7(1), 29-36. doi: 10.5281/zenodo.7459726
- Kaş, C. (2023). *İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Katsika, L., Boureka, E., Kalogiannidis, I., Tsakiridis, I., Tirodimos, I., Lallas, K., ... Dagklis, T. (2024). Screening for breast cancer: a comparative review of guidelines. *Life*, 14(6), 777. doi: 10.3390/life14060777
- Katuwal, S., Tapanainen, J. S., Pukkala, E., Kauppila, A. (2019). The effect of length of birth interval on the risk of breast cancer by subtype in grand multiparous women. *BMC Cancer*, 19, 1-7. doi: 10.1186/s12885-019-5404-z
- Kaya, M. A. (2024). Mamografi. S. Nur, H. Demir (Eds.), *Radyasyon Uygulamaları ve Radyasyondan Korunma* içinde (ss. 1-13). Özgür yayınları.
- Kolářová, I., Melichar, B., Vaňásek, J., Sirák, I., Petera, J., Horáčková, K., ... Vošmik, M. (2022). Special techniques of adjuvant breast carcinoma radiotherapy. *Cancers*, 15(1), 298. doi: 10.3390/cancers15010298
- Kırca, N., Tuzcu, A., Gözü, S. (2018). Breast cancer screening behaviors of first degree relatives of women receiving breast cancer treatment and the affecting factors. *European Journal of Breast Health*, 14(1), 23. doi: 10.5152/ejbh.2017.3272
- Kissné Reményi, D. K. (2022). *Assessment of awareness and attitude towards breast cancer and mammography*. Doktora Tezi, Pécs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Pécs.
- Kokkun, M. (2014). *Malatya İli Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Kozan, R. ve Tokgöz, V. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4). 185-188.
- Küpeli, S. (2022). Kanserde Hedefe Yönelik Tedavi: PI3K/Akt/mTOR İnhibitörleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), 15-20. doi:10.17827/aktd.1001226
- Leberfinger, A. N., Behar, B. J., Williams, N. C., Rakszawski, K. L., Potochny, J. D., Mackay, D. R., Ravnic, D. J. (2017). Breast implant–associated anaplastic large cell lymphoma: a systematic review. *JAMA Surgery*, 152(12), 1161-1168. doi: 10.1001/jamasurg.2017.4026
- Lee, S. (2023). Hormone Treatment for Breast Cancer. *The Korean Journal of Medicine*, 98(6), 283-288. doi: 10.3904/kjm.2023.98.6.283
- Lee, C. H. ve Kim, Y. I. (2015). Effects of attitude, social influence, and self-efficacy model factors on regular mammography performance in life-transition aged women in Korea. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(8), 3429-3434. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.8.3429
- Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., Golden, D. (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(6), 713-724. doi: 10.1111/jmwh.13012
- Madadi, M., Zhang, S., Yeary, K. H. K., Henderson, L. M. (2014). Analyzing factors associated with women’s attitudes and behaviors toward screening mammography using design-based logistic regression. *Breast Cancer Research and Treatment*, 144(1), 193-204. doi: 10.1007/s10549-014-2850-9
- Manouchehri, E., Taghipour, A., Ghavami, V., Ebadi, A., Homaei, F., Latifnejad Roudsari, R. (2021). Night-shift work duration and breast cancer risk: an updated systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health*, 21(89), 1-16. doi: 10.1186/s12905-021-01233-4
- Marinho, L. A. B., Cecatti, J. G., Osis, M. J. D., Gurgel, M. S. C. (2008). Knowledge, attitude and practice of mammography among women users of public health services. *Revista de Saúde Pública*, 42, 200-207.

- Mbuya-Bienge, C., Pashayan, N., Simard, J., Nabi, H. (2025). Structural equation modeling of factors influencing women's attitudes, comfort and willingness toward risk-stratified breast cancer screening. *Scientific reports*, 15(1), 27805. doi: 10.1038/s41598-025-13641-9
- Mermer, G. ve Güzekin, Ö. (2021). Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumu. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 50-62. doi: 10.52976/vansaglik.779311
- Milosevic M., Jankovic D., Milenkovic A. ve Stojanov D. (2018). Early Diagnosis and Detection of Breast Cancer. *Technology and Health Care*, 15(49), 2. doi: 10.3233/THC-181277
- Mohammadnabizadeh, S., Farkhani, E. M., Talkhi, N. (2024). Predictive factors of breast cancer mammography screening among Iranian women. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 64(4), E448. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.4.3089
- Momenimovahed, Z., Tiznobaik, A., Taheri, S., Hassanipour, S., Salehiniya, H. (2020). A review of barriers and facilitators to mammography in Asian women. *Ecancermedicalscience*, 14, 1146. doi: 10.3332/ecancer.2020.1146
- Moo, T. A., Sanford, R., Dang, C., Morrow, M. (2018). Overview of breast cancer therapy. *PET clinics*, 13(3), 339. doi: 10.1016/j.cpet.2018.02.006.
- Moussaron, A., Alexandre, J., Chenard, M. P., Mathelin, C., Reix, N. (2023). Correlation between daily life aluminium exposure and breast cancer risk: A systematic review. *Journal of Trace Elements in Medicine and Biology*, 79, 127247. doi: 10.1016/j.jtemb.2023.127247
- Mulder, R. L., Hudson, M. M., Bhatia, S., Landier, W., Levitt, G., Constine, L. S., ... Oeffinger, K. C. (2020). Updated breast cancer surveillance recommendations for female survivors of childhood, adolescent, and young adult cancer from the International Guideline Harmonization Group. *Journal of Clinical Oncology*, 38(35), 4194-4207. doi: 10.1200/JCO.20.00562
- Namlı, S. B., Karaman, S. T., Basat, O. (2023). Investigation of the Effect of Women's Breast Cancer Worry Levels on Breast Cancer Prevention Behavior. *European Journal of Breast Health*, 19(4), 279. doi: 10.4274/ejbh.galenos.2023.2023-4-4

- Nguyen, J., Le, Q. H., Duong, B. H., Sun, P., Pham, H. T., Ta, V. T., ... Ginsburg, O. (2016). A matched case-control study of risk factors for breast cancer risk in Vietnam. *International Journal of Breast Cancer*, 2016(1), 1-7. doi: 10.1155/2016/7164623
- Noels, E. C., Lapid, O., Lindeman, J. H., Bastiaannet, E. (2015). Breast implants and the risk of breast cancer: a meta-analysis of cohort studies. *Aesthetic Surgery Journal*, 35(1), 55-62. doi: 10.1093/asj/sju006
- Norat, T., Scoccianti, C., Boutron-Ruault, M. C., Anderson, A., Berrino, F., Cecchini, M., ... Romieu, I. (2015). European code against cancer 4th edition: diet and cancer. *Cancer Epidemiology*, 39, 56-66. doi: 10.1016/j.canep.2014.12.016
- Nunney, L. (2018). Size matters: height, cell number and a person's risk of cancer. *Proceedings of the Royal Society B*, 285(1889), 1-8. doi: 10.1098/rspb.2018.1743
- Oikonomou, G., Bothou, A., Eirini, O., Daglas, M., Iliadou, M., Antoniou, E., Palaska, E. (2024). Breastfeeding and its Association with Breast Cancer: a Systematic Review of the Literature. *Maedica*, 19(1), 106. doi: 10.26574/maedica.2024.19.1.106
- Okur, F. (2015). *Meme Kanseri Risk Faktörlerine Sahip Olma Durumu ile Mamografi Çektirme Davranışı Arasındaki İlişki: Retrospektif Değerlendirme*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Ooi, L. L., Zhou, H., Kalak, R., Zheng, Y., Conigrave, A. D., Seibel, M. J., Dunstan, C. R. (2010). Vitamin D deficiency promotes human breast cancer growth in a murine model of bone metastasis. *Cancer Research*, 70(5), 1835-1844. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-09-3194
- Orji, C. C., Kanu, C., Adelodun, A. I., Brown, C. M. (2020). Factors that influence mammography use for breast cancer screening among African American women. *Journal of the National Medical Association*, 112(6), 578-592. doi: 10.1016/j.jnma.2020.05.004
- Özbek, Y. ve Erol, Ö. (2024). Meme Kanseri Tanısı Alan ve Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 123-134. doi: 10.61830/balkansbd.1544555

- Özçam, H., Çimen, G., Uzunçakmak, C., Aydın, S., Özcan, T., Boran, B. (2014). Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Medical Journal*, 15(3). doi: 10.5152/imj.2014.86548
- Özçelik, K., Karaköse, O., Zihni, İ., Pülat, H., Eken, H., Erol, H. (2017). Erken Evre İnvaziv Duktal Karsinomlu Hastalara Cerrahi Uygulamalarımız. *Gazi Tıp Dergisi*, 28(3), 162. doi: 10.12996/gmj.2017.49
- Özlük, A. A., Oytun, M. G., Güneç, D. (2017). Kanser immünoterapisi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 2(1), 21-23. doi: 10.5606/fng.transplantasyon.2017.004
- Özyalvaç, M. Ö. (2022). *40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanseri Taraması İçin Mamografi Çektirme Durumlarının ve Nedenlerinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- Park, J. W., Han, K., Shin, D. W., Yeo, Y., Chang, J. W., Yoo, J. E., ... Park, Y. M. (2021). Obesity and breast cancer risk for pre-and postmenopausal women among over 6 million Korean women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 185, 495-506. doi: 10.1007/s10549-020-05952-4
- Paula, I. B. D. ve Campos, A. M. (2017). Breast imaging in patients with nipple discharge. *Radiologia Brasileira*, 50(6), 383-388. doi: 10.1590/0100-3984.2016.0103
- Prochaska, J. O. Ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276. doi: 10.1037/h0088437
- Pruitt, S. L., McQueen, A., Tiro, J. A., Rakowski, W., Diclemente, C. C., Vernon, S. W. (2010). Construct validity of a mammography processes of change scale and invariance by stage of change. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 64-74. doi: 10.1177/1359105309342305

- Rakowski, W., Ehrich, B., Dubé, C. E., Pearlman, D. N., Goldstein, M. G., Peterson, K. K., Woolverton III, H. (1996). Screening mammography and constructs from the transtheoretical model: Associations using two definitions of the stages-of-adoption. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(2), 91-100. doi: 10.1007/BF02909581
- Ratanaprasatporn, L., Chikarmane, S. A., Giess, C. S. (2017). Strengths and weaknesses of synthetic mammography in screening. *Radiographics*, 37(7), 1913-1927. doi: 10.1148/rg.2017170032
- Ren, W., Chen, M., Qiao, Y., Zhao, F. (2022). Global guidelines for breast cancer screening: a systematic review. *The Breast*, 64, 85-99. doi: 10.1016/j.breast.2022.04.003
- Saha, B. ve Gautam, D. (2025). Targeted Therapy for Breast Cancer Treatment. *International Journal of Scientific Research and Modern Technology*, 10(4). 211-216. doi: 10.38124/ijisrt/25apr129
- Saravani, K., Saravani, S., Dadras, F. (2021). Investigating attitudinal barriers to breast cancer mammography screening among women in Zabol city. *Cellular, Molecular and Biomedical Reports*, 1(4), 158-167. doi: 10.55705/cmbr.2021.411556.1167
- Sezen, S. ve Özmen, D. (2017). *Mamografi Davranış Süreci Değişim Ölçeği'nin (MDDSÖ) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.
- Shah, C., Al-Hilli, Z., Vicini, F. (2021). Advances in breast cancer radiotherapy: implications for current and future practice. *JCO oncology practice*, 17(12), 697-706. doi: 10.1200/OP.21.00635
- Soares, A. R. A. P., de Oliveira Ramos, R., Weller, M. (2023). Performance of physical activity as a predictor of women's mammography screening attendance in a population of Northeast Brazil. *ABCS Health Sciences*, 48, 1-7. doi: 10.7322/abcshs.2021249.1965
- Silva Rios, S. D., Rios Chen, A. C., Rios Chen, J., Calvano Filho, C. M., Amorim, N. T. S., Lin, C. W., Brito Vogt, M. (2016). Wearing a Tight Bra for Many Hours a Day is Associated with Increased Risk of Breast Cancer. *Journal of Oncology Research and oJ Treatments*, 1(105), 2.

- Skaane, P., Bandos, A. I., Niklason, L. T., Sebuødegård, S., Østerås, B. H., Gullien, R., ...Hofvind, S. (2019). Digital Mammography Versus Digital Mammography Plus Tomosynthesis in Breast Cancer Screening: The Oslo Tomosynthesis Screening Trial. *Radiology*, 291(1), 23-30. doi: 10.1148/radiol.2019182394
- Sterlingova, T., Nylander, E., Almqvist, L., Christensen, B. M. (2023). Factors affecting women's participation in mammography screening in Nordic countries: a systematic review. *Radiography*, 29(5), 878-885. doi: 10.1016/j.radi.2023.06.010
- Qari, A. S., Mowais, A. H., Alharbi, S. M., Almuayrifi, M. J., Al Asiri, A. A., Alwatid, S. A., Al Thoubaity, F. (2024). Adjuvant and neoadjuvant therapy for breast cancer: a systematic review. *European Journal of Breast Health*, 20(3), 156. doi: 10.4274/ejbh.galenos.2024.2023-12-16
- Rojas, K. ve Stuckey, A. (2016). Breast cancer epidemiology and risk factors. *Clinical obstetrics and gynecology*, 59(4), 651-672. doi: 10.1097/GRF.0000000000000239
- Sert, P. İ. ve Küçükkılınç, Z. T. T. (2022). Meme Kanseri Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, 42(1), 46-59. doi: 10.52794/hujpharm.959879
- Shi, J., Li, J., Gao, Y., Chen, W., Zhao, L., Li, N., ... Li, Z. (2025). The screening value of mammography for breast cancer: an overview of 28 systematic reviews with evidence mapping. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 151(3), 1-20. doi: 10.1007/s00432-025-06122-z
- Starek-Świechowicz, B., Budziszewska, B., Starek, A. (2023). Alcohol and breast cancer. *Pharmacological Reports*, 75(1), 69-84. <https://doi.org/10.1007/s43440-022-00426-4>
- Sun, Q., Xie, W., Wang, Y., Chong, F., Song, M., Li, T., ... Song, C. (2020). Alcohol consumption by beverage type and risk of breast cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Alcohol and Alcoholism*, 55(3), 246-253. doi: 10.1093/alcalc/agaa012

- Şahin, N., Kapan, S., Gök, İ., Büyükaşık, S., Alış, H. (2024). Erken Evre Meme Kanserinde Sentinel Lenf Nodu Tespitinde Sadece Mavi Boya Kullanımı ile Mavi Boya ve Radyokolloid Birlikte Kullanımının Karşılaştırılması. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 214-222. doi: 10.24938/kutfd.1476493
- Tamam, N., Salah, H., Rabbaa, M., Abuljoud, M., Sulieman, A., Alkhorayef, M., Bradley, D. A. (2021). Evaluation of patients radiation dose during mammography imaging procedure. *Radiation Physics and Chemistry*, 188, 109680. doi: 10.1016/j.radphyschem.2021.109680
- Tan, P. H. ve Sahin, A. A. (2017). Normal Breast and Physiological Changes. *Atlas of Differential Diagnosis in Breast Pathology*, 1-14. doi: 10.1007/978-1-4939-6697-4_1
- Taşan, R., Türkmen, H., Karaca, P. P. (2023). Onkofertilite ve Ebelik Yaklaşımı. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 84-94. doi: 10.46413/boneyusbad.1213664
- Taşkın, L. (2020a). Üreme Sisteminin Anatomisi. L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* içinde (16. bs., ss 43-44). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taşkın, L. (2020b). Meme Neoplazileri. L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* içinde (16. bs., ss 709-710). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taşpınar, A. (2018). Kadın Sağlığı Uygulamaları. Z. Karaçam, A. Çoban, A. Taşpınar (Eds.), *Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirme* içinde (1. bs., ss 458-462). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). *Türkiye Kanseri Kontrol Programı*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025a). *Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2020*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025b). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (2017-2023 Çalışmalarının Karşılaştırılması)* (Yayın No: 1306). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2024). *Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi (Yayın no. 1170)*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Erken Teşhis Hayat Kurtarır*. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR-102171/erken-teshis-hayat-kurtarir.html#:~:text=%C3%9C%9Ckemizde%20Y%C3%BCr%C3%BCt%C3%BClen%20Ulusal%20Kanser%20Tarama,HPV%2DDNA%20testi%20ile%20yap%C4%B1lmaktadır%C4%B1r.adresinden%20eri%C5%9Fildi.>
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Sixth Ed, Boston: Pearson.
- Teke, N. (2020). Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan Hastalarda Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1), 41-44.
- Teskereci, G. ve Kulakaç, Ö. (2018). Kanserde aromaterapi masajı: sistematik literatür incelemesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 115-130. doi: 10.26650/FNJN282128
- Tolma, E. L., Stoner, J. A., Li, J., Kim, Y., Engelman, K. K. (2014). Predictors of regular mammography use among American Indian women in Oklahoma: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 14(1), 101. doi: 10.1186/1472-6874-14-101
- Torres-de la Roche, L. A., Acevedo-Mesa, A., Lizarazo, I. L., Devassy, R., Becker, S., Krentel, H., De Wilde, R. L. (2023). Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer in Women of Reproductive Age: A Meta-Analysis. *Cancers*, 15(23), 5624. doi: 10.3390/cancers15235624
- Tosun, M. (2020). *Karapınar 42.21.001 Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Konya.
- Trinh, T. T. K., Myung, S. K., Tran, T. H., Choi, K. S. (2024). Use of Antiperspirant Products and Risk of Breast Cancer: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Cancer Investigation*, 42(9), 782-792. doi: 10.1080/07357907.2024.2405864

- Türk Radyoloji Derneği [TRD]. (2021). *Türk Radyoloji Derneği Meme Kanseri Tarama Rehberi. Türk Radyoloji Derneği*. <https://www.turkrad.org.tr/dernekten-haberler/trd-meme-tarama-rehberi/> adresinden erişildi.
- Türk Tıbbi Onkoloji Derneği [TTOD]. (2024). *Meme Kanseri Evreleme. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği*. <https://www.kanser.org/saglik/toplum/kanser-turleri-alt-kategori/meme-kanseri-evreleme> adresinden erişildi.
- Utkan, N. Z. (2018). Meme kanseri. *Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları*, 298.
- Uysal, N. Ve Ünal Toprak, F. (2022). Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 65-76. doi: 10.46237/amusbfd.926839
- Ünal, E., Atik, D., Gözüyeşil, E. (2021). Meme kanseri ve aromaterapi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 1-9. doi: 10.31020/mutftd.780539
- Vouxinou, A. D., Iatrakis, G. M., Zervoudis, S., Bothou, A., Tsitsiou, S., Markja, A., ... Antoniou, E. (2020). Bilateral Breast Edema: Case Report and Review of the Literature. *Reports*, 3(3), 18. doi: 10.3390/reports3030018
- Waks, A. G. ve Winer, E. P. (2019). Breast cancer treatment: a review. *Journal of the American Medical Association*, 321(3), 288-300. doi:10.1001/jama.2018.19323
- Wei, F., Chen, W., Lin, X. (2022). Night-shift work, breast cancer incidence, and all-cause mortality: an updated meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep and Breathing*, 26, 1509-1526. doi: 10.1007/s11325-021-02523-9
- World Cancer Research Fund [WCRF]. (2025). *Breast Cancer. World Cancer Research Fund*. <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-types/breast-cancer/> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2025). *Breast Cancer. World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> adresinden erişildi.

- Xie, S., Tan, M., Li, H., Li, L., Zhang, H., Wang, Q., ... Tang, S. (2023). Study on the correlation between B vitamins and breast cancer. *Cancer Cell International*, 23(1), 22. doi: 10.1186/s12935-023-02860-7
- Yaşar, S., Durak, Z., Aslan, Y. (2024). Kadınların Kansere Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Institute of Health Sciences Journal*, 9(3), 278-286. doi: 10.51754/cusbed.1464174
- Yıldırım, N. (2018). Obezite ve Kansere. *Fırat Tıp Dergisi*, 23, 61-67.
- Yılmaz Bulut, T. (2022). Suriyeli Kadınlara Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Meme Kanseri Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançları, Mamografi Öz Etkililikleri ve Meme Kanseri Korkuları Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.
- Zgajnar, J. (2017). Clinical presentation, diagnosis and staging of breast cancer. L. Wyld, C. Markopoulos, M. Leidenius, E. Senkus-Konefka (Eds.), *Breast cancer management for surgeons: A European multidisciplinary textbook* içinde (ss. 159-176). Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-56673-3_14
- Zhou, Y., Chen, J., Li, Q., Huang, W., Lan, H., Jiang, H. (2015). Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeeding medicine*, 10(3), 175-182. doi: 10.1089/bfm.2014.0141
- Zhu, K., Wu, H., Jatoti, I., Potter, J., Shriver, C. (2006). Body mass index and use of mammography screening in the United States. *Preventive Medicine*, 42(5), 381-385. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.01.020

EKLER

Ek 1. Anket Formu

AFYONKARAHİSAR’DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI 40-69 YAŞ GRUBUNDAKİ KADINLARIN MAMOGRAFIYE İLİŞKİN TUTUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

“Afyonkarahisar’ da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler” adlı çalışma Ebe Şerife Nur GÜÇLÜER ve Prof. Dr. Ayden ÇOBAN tarafından gerçekleştirilecektir. Bu araştırmanın amacı, Afyonkarahisar’ da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 40-69 yaş grubu kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Lütfen ankette hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu ankette vereceğiniz bilgiler tamamen gizli kalacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinden Prof. Dr. Ayden ÇOBAN’a 05331466204 nolu telefondan veya ayden.coban@adu.edu.tr adlı e-posta adresinden ya da Ebe Şerife Nur GÜÇLÜER’e 05437112231 nolu telefondan veya nur_gucluer@hotmail.com adlı e-posta adresinden uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz. Anket formu 35 ve ölçek 22 soru olmak üzere toplam 57 sorudan oluşmaktadır. Formları tamamlamak yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacaktır. Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

ANKET FORMU

1. Yaşınız:

2. Boy uzunluğunuz:..... cm

3. Kilonuz:.....kg

4. Medeni Durumunuz:

1. Bekar 2. Evli 3. Dul

5. Eğitim Durumunuz:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite ve üzeri mezunu

6. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet (Ne iş yapıyorsunuz?) 2. Hayır

7. Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile (ben eşim ve çocuklarım)

2) Geniş aile (anne, baba ve çocuk)

3) Birleşik aile

4) Yalnız yaşıyorum

5) Diğer

8. Eşiniz var ise yaşı:

9. Eşiniz var ise eğitim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu

4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite ve üzeri mezun

10. Eşiniz var ise gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?

1. Evet (Ne iş yapıyor?) 2. Hayır

11. Sağlık sigortanız/güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

12. Gelir durumunuzu gideriniz ile karşılaştırdığınızda, ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. İyi (Gelir Giderden Fazla)
2. Orta (Gelir Gidere Eşit)
3. Kötü (Gelir Giderden az)

13. İlk adet yaşıınız?.....

14. Adetiniz kaç gün sürer?.....

15. Toplam kaç kez gebe kaldınız?

16. Toplam kaç kez doğum yaptınız?

17. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?.....

18. Toplam kaç kez düşük yaptınız?.....

19. Toplam kaç kez küretaj oldunuz?.....

20. Kaç kez ölü doğum yaptınız?.....

21. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

22. Cevabınız evet ise hangi egzersizi yapıyorsunuz?

.....(Haftada kaç gün...../..... saat/gün)

23. Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

24. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

25. Menopoza girdiniz mi?

1. Evet (Kaç yaşında?.....) 2. Hayır

26. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi

27. Daha önce herhangi bir kanser teşhisi aldınız mı?

1. Evet (Açıklayınız.....)
2. Hayır

28. Ailenizde meme kanseri öyküsü olan var mı?

1. Yok 2. Anne 3. Kız kardeş 4. Teyze 5. Diğer.....

29. Şeker, yüksek tansiyon, kalp ve guatr gibi herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Evet (Açıklayınız.....)
2. Hayır

30. Mamografinin önemi hakkında bilginiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

31. Bu bilgiyi nereden aldınız?

1. Evet (Kimden aldınız.....)
2. Hayır

32. Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı?

1. Evet
2. Hayır (Nedenini açıklayınız?.....?)

33. Ne kadar sıklıkla mamografi ektiriyorsunuz?

1. Her yıl
2. İki yılda bir
3. Beş yılda bir
4. Sadece doktor önerdiğinde
5. Diğer

34. Düzenli mamografi ektirmiyorsanız nedeniniz nedir?

1. Kötü haber almaktan korkarım.
2. Tetkik yaptırırken sağıık çalışanlarından utanırım.
3. İşlem sırasında acı duyuyorum.
4. Sağııklı olduğumu düşündüğüm için tarama yaptırmam.
5. Tarama yaptırmanın faydalı olmayacağını düşünüyorum.
6. Tarama yaptırmak için zaman bulamam.
7. Taramalar hakkında bilgim yok.
8. Diğer

35. Meme kanserinin erken tanısına yönelik aşağıdaki davranışlardan hangisi/hangilerini uyguluyorsunuz? (birden çok seçenek işaretlenebilir)

1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)
2. Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve ultrason
3. Mamografi
4. Hiçbirini uygulamıyorum

Ek 2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)

MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
No	BİLGİ EDİNME, PAYLAŞIM VE İLETİŞİM					
1	En az bir kişiye daha mamografiden bahsedebilirim					
2	Mamografi hakkında sorularım olduğunda, sorularımın cevaplarını bulmaya çalışırım					
3	Arkadaşlarım mamografi çekirtmeyi planladıklarını söylediğinde onlara cesaret veririm					
4	İki yılda bir kez mamografi çekirtmek sağlık alanındaki en son gelişmelere ayak uydurduğumu gösterir					
5	Mamografi hakkında olumsuz şeyler duyduğumda bilgi edinmeye çalışır ve kendim için karar veririm					
6	Mamografi hakkında arkadaşlarımla konuşurum					
7	Etrafımdaki kadınları mamografi çekirtmeleri için teşvik edecek yollar düşünürüm					
8	Doktorların düzenli mamografi çekimini tavsiye etmelerini sağlayacak fikirler önerebileceğimi düşünüyorum					
9	Eğer mamografi çekirtirsem yakınlarım bundan memnun olur					
10	Mamografi hakkında ne kadar çok şey bilirim, bu konuyla ilgili bir şeyler öğrenmek isteyen diğer kadınlara o kadar çok yardım edebilirim					
	DÜZENLİ TARAMA KARARLILIĞI					
11	Mamografi çekirtirsem kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünüyorum					
12	Hayatım boyunca düzenli olarak mamografi çekirtmeye gayret ederim					
13	Eğer mamografi çekirtmek için gecikirsem kendimi hayal kırıklığına uğramış hissederim					
14	Eğer doktor mamografi çekirtmeye gerek yok derse başka bir muayenede tekrar sorarım					
15	Mamografi sonucumda kötü bir şey saptanmasa bile, mamografi çekirtmemin çekirtmemekten çok daha iyi olduğunu bilirim					
	SAĞLIK BAKIM SİSTEMLERİNDEN KAÇINMA					
16	Hasta olduğumda doktora gitmektense kendi kendimi tedavi etmeye çalışırım					
17	Doktordan ziyade evde uygulanan tedavi yöntemlerine daha çok güvenirim					
18	Kendimi sağlıklı hissediyorsam düzenli kontrollerim için doktora gitmem					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	DÜZENLİ TARAMA DAVRANIŞI					
19	Mamografi çektirmenin kadın sağlığı açısından önemli olduğunu düşünüyorum					
20	Mamografi çektirebilmek için gereken zamanı ayırıyorum					
21	Sağlık personelinin mamografi randevumu hatırlatması beni memnun eder					
22	Doktordan aldığım randevumun zamanını unutmamak için not alırım					

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Afyonkarahisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler adlı çalışma Ebe Şerife Nur GÜÇLÜER ve Prof. Dr. Ayden ÇOBAN tarafından gerçekleştirilecektir. Bu araştırmanın amacı, Afyonkarahisar’ da bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 40-69 yaş grubu kadınların mamografiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesidir. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Lütfen ankette hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız. Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu ankette vereceğiniz bilgiler tamamen gizli kalacaktır.

Anket formu 35 ve ölçek 22 soru olmak üzere toplam 57 sorudan oluşmaktadır. Formları tamamlamak yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

(Gerekli ise) Veli / Vasinin

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon Numarası:

Adres:

İmza:

Ek 4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 05.08.2024 - 571026



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-21347915-050.04-571026
Konu : 2024/023 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

05.08.2024

Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.07.2024 tarihinde yapılan 09 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan IX nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: IX
Protokol No: 2024/023
Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'ın "Afyonkarahisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırması 19.07.2024 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, **çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla)** gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, **BGOF** (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve **Veri Toplama Formu/Anketlerin** gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına **oy birliğiyle** karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSDAU08AY9 Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSDAU08AY9&eS=571026>
Merkez Kampüs Enstitüler Binası Efele/AYDIN Bilgi için: Duygu YEŞİL FIDAN
Telefon: 0(256) 214 47 45 Faks: 0(256) 220 26 14 Raportör
e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr İnternet Adresi: akademik.adu.edu.tr/enstitu/saglik/
KEP Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

	T.C. AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	
Sayı : E-40043106-604.01-253347843	10.09.2024	
Konu : Bilimsel Araştırma Talebi Hk. (Prof. Dr. Ayden ÇOBAN)		
DAĞITIM YERLERİNE		
İlgi : 04.09.2024 tarihli ve Dilekçe sayılı yazınız.		
İlgi tarihli dilekçeye istinaden; Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde görev yapan Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'ın (Sorumlu Araştırmacı) danışmanlığında yürütülmesi planlanan ve üniversitenizde görevli Ebe Şerife Nur GÜÇLÜER (Yardımcı Araştırmacı) ile birlikte, Afyonkarahisar 4 No'lu Murat Gök ASM'de 23/09/2024-30/06/2025 tarihleri arasında "Afyonkarahisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu yapmak istedikleri bilimsel araştırma talebi, "Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiş olup, komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Ekte gönderilen ıslak imzalı (fiziki) komisyon kararının ilgililere tebliğ edilmesi, katılımcı mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, başvuruda belirtildiği süre içerisinde çalışmanın bitirilmesi, kişisel bilgilerin kullanılmaması şartıyla gerçekleştirilmesinde herhangi bir sakınca görülmemiş olup; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim		
Opr. Dr. Ahmet Murat KOYUNCU İl Sağlık Müdürü a. Başkan		
Ek: Komisyon Kararı		
Dağıtım: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğüne Afyonkarahisar Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		
Belge doğrulama kodu: 212FCAC7-6885-446B-8383-6CD34652F158		Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bukanligi-ehys
Dervişpaşa Mahallesi Dr. Mahmut Hoca Cad. 03200 AFYONKARAHİSAR 03000 Telefon No: 02724440430 e-Posta: Internet.Adresi:https://www.saglik.gov.tr/ Kep Adresi:		Bilgi için: Bahar KILIÇ Telefon No:
		

Komisyon Karar No: 2024/27

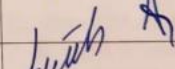
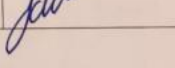
Konu: "Afyonkarahisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırma izni talebinin değerlendirilerek karara bağlanması.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde görev yapan Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'ın (Sorumlu Araştırmacı) danışmanlığında yürütülmesi planlanan ve (Diğer Araştırmacı: Şerife Nur GÜÇLÜER) "Afyonkarahisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırma projesi İlimiz 4 No'lu Murat Gök Aile Sağlığı Merkezi'nde yapmak istedikleri , konusu yukarıda belirtilen bilimsel araştırma talebi; " Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu " tarafından değerlendirilmiştir.

Sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere ; kişilerin mağduriyetini içeren bilgilerin korunması, çalışma yapılacak sağlık tesislerinin işleyiş ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sorumlu hekimlerin ve katılımcıların onayı çerçevesinde , kişisel bilgilerinin kullanılmaması şartı ile başvuruda belirtildiği süre içerisinde (23/09/2024-30/06/2025) bitirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi, gereğini ve ilgililere tebliğini rica ederim.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Görev Ünvanı	Personel Adı ve Soyadı	Ünvanı	İmza
Başkan	Op.Dr.Ahmet Murat KOYUNCU	K.H.H Başkanı	
Üye	Dr.Ramazan Arkin ÇERİKAN	K.H.H. Başkan Yrd.	
Üye	Fatih ÇELİKKANAT	Uzman	

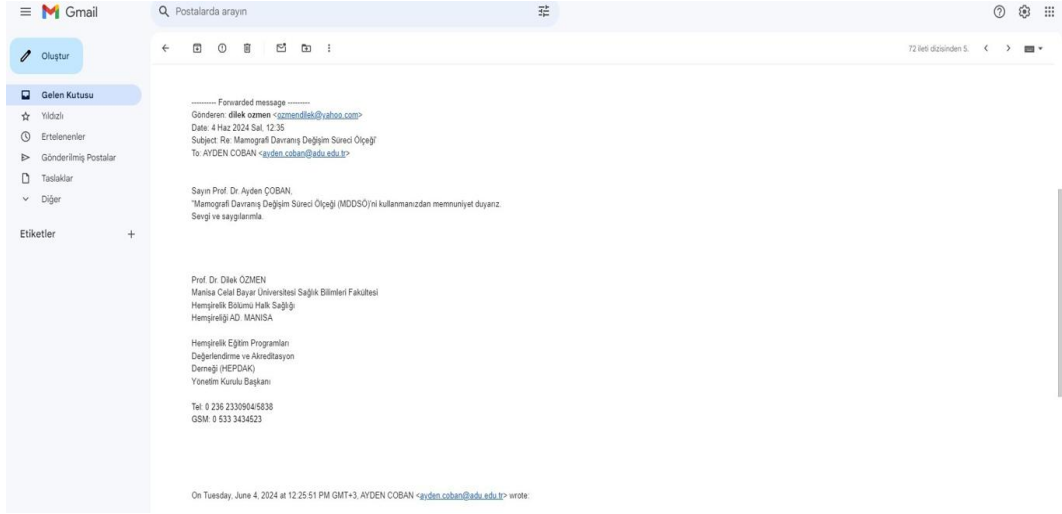
OLUR

23/09/2024

Uz.Dr.Serhat KORKMAZ

İl Sağlık Müdürü

Ek 6. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) Kullanım İzin Yazısı



Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'ni kullanmak için izin

Gelen Kutusu x

◆ Bu e-postayı özetle



Şerife nur Güçlüer <gucluserifenur@gmail.com>
Alıcı: sinemkoksalsezen

31 May 2024 00:52 ☆ 😊 ↩ ⋮

Sayın Sinem Sezen,
Ben Şerife Nur Güçlüer, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hocam Prof. Dr. Ayden Çoban. Tez çalışmam kapsamında ölçek geliştirme sürecinde geliştirdiğiniz. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'ni (MDDSÖ) kullanmak istiyorum. İzin almak için bu maili size gönderiyorum. Gerekli iznin tarafıma verildiğine dair mail gönderebilir misiniz?



Şerife nur Güçlüer
----- Forwarded message ----- Gönderen: Şerife nur Güçlüer <gucluserifenur@gmail.com> Date: 31 May 2024 Cum, 00:52 Subject: Mamografi Davranış Değişimi

4 Haz 2024 12:19 ☆



sinem sezen <sinemkoksalsezen@gmail.com>
Alıcı: ben

9 Haz 2024 11:36 ★ 😊 ↩ ⋮

Merhabalar Şerife Hocam çalışmalarınızda Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'ni kullanabilirsiniz sevgilerimle iyi çalışmalar

----- Yönlendirilen ileti -----

Gönderen: **Şerife nur Güçlüer** <gucluserifenur@gmail.com>
Tarih: 31 May 2024 Cum, saat 00:52
Konu: Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'ni kullanmak için izin
Alıcı: <sinemkoksalsezen@gmail.com>

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Afyonkarahisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 40-69 Yaş Grubundaki Kadınların Mamografiye İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Şerife Nur GÜÇLÜER

... / ... / 2026

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : GÜÇLÜER Şerife Nur
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Soma/ 21.03.1997
Telefon : 0 543 711 22 31
E-posta : gucluerserifenur@gmail.com
Yabancı dil : ---

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2023-devam ediyor
Lisans	Fırat Üniversitesi	2019

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2019-devam ediyor	Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR

Güçlüer, Ş. N. ve Çoban A. (2024, Nisan 9-16). *Doğum Sonrası Hipertansiyon ve Güncel Yaklaşımlar* [Sözel Sunum]. VI. International Conference On Global Practice of Multidisciplinary Scientific Studies, Lisbon, Portugal.