

20-69 YAŞ ARALIĞINDAKİ KADINLARIN MEME KANSERİ RİSK DÜZEYLERİNİN VE MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARININ BELİRLENMESİ: BÜYÜKÇEKMECE ÖRNEĞİ

Hilal KARTAL GÜNEN^{a,*} | Ayşenur KAYMAK^b

^aSağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-2432-8620.

^bBüyükçekmece Mimar Sinan Devlet Hastanesi, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7032-0734.

*Sorumlu Yazar; Hilal KARTAL GÜNEN, E-Posta: hilal.kartal@gmail.com

ÖZET

Anahtar Kelimeler

- Meme kanseri,
- Tarama,
- Sağlık inancı.

Makale Hakkında

Araştırma Makalesi

Gönderim Tarihi

01.12.2024

Kabul Tarihi

06.04.2025

Amaç: Bu araştırma, 20-69 yaş aralığındaki kadınların meme kanseri risk düzeylerinin ve meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik sağlık inançlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırmaya İstanbul ili Büyükçekmece ilçesinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 375 kadın dahil edildi. Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki bu araştırmanın verileri; Hasta Tanılama Formu, Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak elde edildi. Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik programı kullanıldı. Değişkenlerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanıldı.

Bulgular: Araştırmada kadınların yaş ortalaması 40,58±10,22 yılı. Meme kanseri risk düzeyi 51 yaş ve üzeri olan kadınlarda orta (201,45±104,98) düzeyde bulundu. Beden kitle indeksi, eğitim durumu ve mamografi çekme öyküsü ile meme kanseri risk düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05). Sağlık inanç modeline göre duyarlılık algısı yüksek olan kadınlarda sağlık tarama yöntemleri kullanım durumunun yüksek olduğu belirlendi (p<0,05). Çalışan ya da eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda ise duyarlılık algısı düşük bulundu (p<0,05).

Sonuç: Meme kanseri tarama yöntemlerinin kullanımının artırılabilmesi için özellikle çalışan kadınlara yeterli zaman ve uygun ortamın sağlanması ve kadınların sağlık inançlarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

DETERMINING THE BREAST CANCER RISK LEVELS AND HEALTH BELIEFS
REGARDING BREAST CANCER SCREENING METHODS AMONG WOMEN
AGED 20-69: THE CASE OF BUYUKÇEKMECE

Hilal KARTAL GÜNEN^{a,*} | Ayşenur KAYMAK^b

^aHealth Sciences University, Hamidiye Health Sciences Institute, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-2432-8620.,

^bBuyukcekmece Mimar Sinan State Hospital, İstanbul, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7032-0734.

*Corresponding Author; Hilal KARTAL GÜNEN, E-mail: hilal.kartalg@gmail.com

ABSTRACT

Keywords

- Breast cancer,
- Screening,
- Health belief.

Article Info

Research article

Received

01.12.2024

Accepted

06.04.2025

Aim: This study aimed to determine the breast cancer risk levels of women aged 20-69 and their health beliefs regarding breast cancer screening methods.

Methods: The study included 375 women registered at a Family Health Center in the Büyükçekmece district of İstanbul. This descriptive and cross-sectional study data were collected using the Patient Identification Form, Breast Cancer Risk Assessment Form, and Champion's Health Belief Model Scale. Data analysis was conducted using SPSS 22.0 statistical software. Descriptive statistics such as frequency, percentages, arithmetic mean and standard deviation were used to analyze the variables.

Results: The study average age of the women was 40.58±10.22 years. The breast cancer risk level was moderate (201.45±104.98) among women aged 51 and above. A statistically significant relationship was found between breast cancer risk level and factors such as body mass index, educational status, and history of mammography ($p<0,05$). According to the health belief model, women with a high perception of susceptibility were more likely to utilize screening methods ($p<0,05$). However, working women and those with higher educational levels were found to have lower susceptibility perceptions ($p<0,05$).

Conclusion: To increase the utilization of breast cancer screening methods, it is recommended to provide adequate time and appropriate environments, especially for working women, and to improve women's health beliefs.

GİRİŞ

Meme kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda kadınlarda en sık görülen kanser olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde de meme kanseri kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada yer almakta ve meme kanserinin görülme yaşı giderek düşmektedir. Bu durum sağlık coğrafyası dikkate alınarak kadınlarda meme kanseri riskinin düzenli olarak tanınmasını ve kadınların tarama yöntemlerine olan bakış açılarının belirlenmesini zorunlu kılmaktadır (1,2).

Meme kanserinin gelişiminden sorumlu birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bireyin sosyo-demografik özellikleri, oral kontraseptif kullanımı ya da postmenapozal hormon tedavisi, ailede meme kanseri öyküsü, BRCA1, BRCA2 gen mutasyonları veya kişide tanımlanmış proliferatif meme hastalıkları öyküsü önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte ülkenin doğu ve batı kesimleri arasındaki yaşam tarzından ve çevresel faktörlerden kaynaklı farklılıklar da başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır (3-5). Meme kanseri insidansı ve mortalitesi için diğer risk faktörleri ise hastalık hakkında yetersiz farkındalık veya bilgi eksikliği, tarama programlarının kullanım düzeyi, gecikmiş teşhis ve tedavidir (6,7).

Meme kanserinde düzenli aralıklarla uygulanan tarama programları risk düzeyinin tespit edilmesine ve tedavi başarısının artmasına destek olmaktadır (8). Yapılan araştırmalar düzenli mamografi yaptırmadan önce kadınlar için meme kanseri ölüm oranını %30 oranında azaltabileceğini göstermektedir (9). Ancak bazı sosyo-demografik ya da çevresel farklılıklar bireylerin tarama yöntemlerine yönelik tutum ve inançlarını etkileyebilmektedir (10). Yurt dışında yapılan çalışmalarda her ay düzenli Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) yapma sıklığı %4,2 ile %82,5 arasında değişmekte iken ülkemizde bu oran %10,2 ile %24,4 arasındadır. Bu araştırma verilerine göre ülkemizde kadınların meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik davranışlarının yetersiz olduğu anlaşılmaktadır (11). Bu nedenle meme kanseri risk düzeyleri ile erken teşhis ve tarama programlarına yönelik sağlık inançlarının düzenli aralıklarla belirlenmesi önemli bir gereklilik olarak kabul edilmektedir (10).

Sonuç olarak; bireylerin bilgi, tutum ve inançları sağlık davranışları üzerinde oldukça etkilidir (10). Şüphesiz meme kanserinin kontrol altına alınabilmesi için erken tanı ve tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemli bir konudur. Bu çalışmada; İstanbul ili Büyükçekmece ilçesinde bulunan kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi ve tarama yöntemlerinin kullanımını etkileyen nedenlerin sağlık inanç modeli kapsamında incelenmesi hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı-kesitsel türdeki bu araştırma İstanbul ili Büyükçekmece ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) Ekim 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmaya ASM'ye kayıtlı, araştırmaya katılmaya gönüllü, bilinci açık, Türkçe konuşabilen 20-69 yaş aralığındaki kadınlar dahil edildi. Araştırmanın evrenini dahil edilme kriterlerine uyan ve ASM'de kayıtlı toplam 16150 kadın oluşturdu. Örneklem ise %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örnekleme hatası ile evreni bilinen örneklem seçme formülü $[n = Nt^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq]$ kullanılarak belirlendi. Örneklem hesabında Alagöz ve ark. (2021) çalışması referans alındı ve belirlenen örneklemde en az 375 katılımcının evrenin temsil gücünü sağlayabileceği bulundu (12).

Veri Toplama Aracı

Veriler; Hasta Tanılama Formu, Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu ve Champion'un Sağlık İnanç Ölçeği kullanılarak elde edildi.

Hasta Tanılama Formu: Araştırmacılar ve literatür doğrultusunda geliştirilen bu form; yaş, medeni durum, Beden Kitle İndeksi (BKİ), eğitim durumu, çalışma durumu, KKMM yapma durumu, KKMM yapma sıklığı, mamografi çekirme ve düzenli mamografi çekirme durumu olmak üzere toplam 9 adet sorudan oluşmaktadır (10).

Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu: Amerikan Kanseri Birliği tarafından geliştirilen, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın kabul ettiği ve kullanımını önerdiği Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu altı bölüm ve 20 maddeden oluşmaktadır. Bu formda kadınlar; bireysel ve ailesel meme kanseri öyküsü, yaş, çocuk doğurma yaşı, beden yapısı ve menstrual öyküsü temel alınarak risk düzeyine göre 200 ve altı puan "düşük risk", 201-300 puan "orta risk", 301-400 puan "yüksek risk" ve 400 puan üstü "en yüksek risk" olarak değerlendirilmektedir (Tablo 1) (13).

Tablo 1. Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu

Risk Faktörleri	Kategori	Puan
Yaş	30 Yaş Altı	10
	30 – 40	30
	41 – 50	75
	51 – 60	100
	60 Yaş Üstü	125
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Yok	0
	Bir Hala / Teyze ya da Büyükanne	50
	Anne ya da Kız Kardeş	100
	Anne ve Kız Kardeş	150
	Anne ve İki Kız Kardeş	200
Kişisel Meme Kanseri Öyküsü	Meme Kanseri Yok	0
	Meme Kanseri Var	300
Çocuk Doğurma Yaşı	Otuz Yaş Öncesi İlk Doğum	0
	Otuz Yaş Sonrası İlk Doğum	25
	Çocuk Yok	50
Menstrual Öykü	Menstruasyon Başlama Yaşı 15 ve Üstü	15
	Menstruasyon Başlama Yaşı 12–14	25
	Menstruasyon Başlama Yaşı 11 ve Altı	50
Beden Yapısı	Zayıf	15
	Orta	25
	Şişman	50
Puan	Kategori	
200 ve Altı	Düşük Risk	
201 - 300	Orta Risk	
301 - 400	Yüksek Risk	
>400	En Yüksek Risk	

Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Ölçek; duyarlılık, önemseme-ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri, KKMM yararları, KKMM öz etkililiği, mamografi yararları ve mamografi engellerine yönelik bakış açılarını inceleyen 8 alt gruptan oluşmaktadır. Ölçek Likert tipte olup ifadeler; kesinlikle katılmıyorum (1 puan), katılmıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılıyorum (4 puan), kesinlikle katılıyorum (5 puan) olarak 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Her alt grubun aldığı puanlar grupta kendi içinde değerlendirilmektedir. Alt boyutlardan duyarlılık için en düşük 3, en yüksek 5; önemseme-ciddiyet için en düşük 6, en yüksek 30; sağlık motivasyonu için en düşük 5, en yüksek 25; KKMM engelleri için en düşük 8, en yüksek 38; KKMM yararları için en düşük 4, en yüksek 20; KKMM öz etkililiği için en düşük 10, en yüksek 50; mamografi yararları için en düşük 11, en yüksek 25 ve mamografi engelleri için en düşük 11, en yüksek 49 puan alınabilmektedir. Alt gruptan alınan puanlar arttıkça ilgili gruptaki algı da artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,69-0,83'tür (14,15).

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Etik Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul onayı (2018-KAEK- 189_2018.02.27_11) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum onayı (E-11723942-770) alındıktan sonra başlatıldı. Araştırmada yer alan katılımcılara araştırmanın amacına yönelik bilgi verildi ve katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alındı. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak elde edildi.

5

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS (SPSS INC Statistics for Windows, Version 22.0, Chicago, IL, USA) paket programı aracılığıyla analiz edildi. Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma verilerinin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak belirlendi. Kolmogorov Smirnov testine göre $p>0,05$ ise dağılım normal kabul edildi. Araştırmada $p<0,05$ olduğu durumlarda ise değişkenlerin dağılım özellikleri Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri ile belirlendi. Araştırmada kullanılan ölçekler ve demografik özellikler arasındaki farklılaşmalar; t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post-hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmada kadınların yaş ortalaması $40,58\pm 10,22$ yılı. Kadınların %80'inin evli, %59,7'sinin yükseköğretim mezunu, %50,7'sinin normal BKİ'ye sahip ve %50,4'ünün bir işte çalışıyor olduğu belirlendi. KKMM yapma ve mamografi çektirme durumları incelendiğinde; kadınların %65,3'ünün KKMM yaptığı, yapanların %32,2'sinin düzenli aralıklarla KKMM yaptığı tespit edildi. Mamografi çektiren kadınların ($n=131$) ise sadece %38,9'unun düzenli aralıklarla mamografi çektirdiği görüldü (Tablo 2).

Meme kanseri risk puanları ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; meme kanseri riski 51 yaş ve üzeri olan kadınlarda orta düzeyde ($201,45\pm 104,98$), 20-30 yaş, 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubunda ise düşük bulundu. KKMM yapma durumu ($t=0,350$, $p=0,727$), KKMM yapma sıklığı ($t=0,110$, $p=0,913$), düzenli mamografi çektirme durumu ($t=1,182$, $p=0,239$), çalışma durumu ($t=-0,266$, $p=0,791$) ve medeni durum ($t=0,399$, $p=0,560$) ile meme kanseri risk puanı ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Ancak beden kitle indeksi, eğitim durumu ve

mamografi çekirme öyküsü ile meme kanseri risk puanı ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Demografik Özellikler ile Meme Kanseri Risk Düzeyi Puanlarının Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	Frekans (n)	Yüzde (%)	Meme Kanseri Risk Düzeyi Puanı
Yaş Ort $\pm$ SS (40,58 $\pm$ 10,22)			Ort $\pm$ SS
20-30 yaş ¹	63	16,8	166,42 $\pm$ 122,78
31-40 yaş ²	154	41,1	117,14 $\pm$ 57,33
41-50 yaş ³	96	25,6	169,11 $\pm$ 69,90
51 ve üzeri yaş ⁴	62	16,5	201,45 $\pm$ 104,98
F=			18,246
p=			0,000
Post-hoc=			4>1, 1>2, 3>2, 4>2, 4>3 ($p<0,001$)
Medeni Durum			Ort $\pm$ SS
Evli	300	80,0	153,58 $\pm$ 96,45
Bekar	75	20,0	149,00 $\pm$ 48,04
t=			0,399
p=			0,560
Beden Kitle İndeksi			Ort $\pm$ SS
Zayıf ¹ (18,5 kg/m ² 'nin altı)	78	20,8	155,12 $\pm$ 106,50
Normal ² (18,5-24,9 kg/m ²)	190	50,7	140,21 $\pm$ 78,77
Fazla Kilolu ³ (25-29,9 kg/m ²)	57	15,2	157,71 $\pm$ 78,00
Obez ⁴ (30-34,5 kg/m ²)	50	13,3	190,40 $\pm$ 97,36
F=			4,450
p=			0,004
Post-hoc=			4>1, 4>2 ($p<0,001$)
Eğitim Durumu			Ort $\pm$ SS
İlkokul ¹	19	5,1	195,00 $\pm$ 127,15
Ortaokul ²	14	3,7	123,57 $\pm$ 71,48
Lise ³	118	31,5	168,00 $\pm$ 86,90
Yükseköğrenim ⁴	224	59,7	142,81 $\pm$ 85,16
F=			4,128
p=			0,007
Post-hoc=			1>2, 1>4, 3>4 ($p<0,001$)
Çalışma Durumu			Ort $\pm$ SS
Evet	189	50,4	151,45 $\pm$ 96,57
Hayır	186	49,6	153,89 $\pm$ 80,53
t=			-0,266
p=			0,791
KKMM Yapma Durumu			Ort $\pm$ SS
Evet	245	65,3	153,83 $\pm$ 95,78
Hayır	130	34,7	150,46 $\pm$ 74,42
t=			0,350
p=			0,727
KKMM Yapma Sıklığı			Ort $\pm$ SS
Ayda Bir Kez	79	32,2	154,81 $\pm$ 78,19
Düzensiz	166	67,8	153,37 $\pm$ 103,32
t=			0,110
p=			0,913
Mamografi Çekirme Durumu			Ort $\pm$ SS
Evet	131	34,9	182,90 $\pm$ 95,19
Hayır	244	65,1	136,43 $\pm$ 80,93
t=			4,978
p=			0,000
Düzenli Mamografi Çekirme Durumu			Ort $\pm$ SS
Evet	51	38,9	195,19 $\pm$ 106,83
Hayır	80	61,1	175,06 $\pm$ 86,77
t=			1,182
p=			0,239

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; Post-hoc: Tukey, LSD

Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin (SİMÖ) alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde; “duyarlılık” $7,20 \pm 2,17$ (min:3; maks:15), “önemseme-ciddiyet” $19,21 \pm 5,29$ (min:6; maks:30), “sağlık motivasyonu” $20,75 \pm 2,95$ (min:5; maks:25), “KKMM yararları” $15,69 \pm 2,54$ (min:4; maks:20), “KKMM engelleri” $17,94 \pm 5,23$ (min:8; maks:38), “KKMM öz yeterliliği” $33,54 \pm 6,57$ (min:10; maks:50), “mamografi yararları” $18,74 \pm 2,77$ (min:11; maks:25), “mamografi engelleri” puanı $25,33 \pm 7,28$ (min:11; maks:49) olarak bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min.	Maks.	Kurtosis	Skewness	Cronbach alpha
Duyarlılık	375	7,20	2,17	3,00	15,00	0,872	0,520	0,842
Önemseme-Ciddiyet	375	19,21	5,29	6,00	30,00	-0,039	-0,361	0,836
Sağlık Motivasyonu	375	20,75	2,95	5,00	25,00	0,241	-0,975	0,841
KKMM Yararları	375	15,69	2,54	4,00	20,00	1,021	-0,266	0,809
KKMM Engelleri	375	17,94	5,23	8,00	38,00	0,455	0,534	0,815
KKMM Öz Yeterliliği	375	33,54	6,57	10,00	50,00	0,922	-0,019	0,806
Mamografi Yararları	375	18,74	2,77	11,00	25,00	0,069	0,073	0,822
Mamografi Engelleri	375	25,33	7,28	11,00	49,00	0,049	0,284	0,834

Kadınların tanımlayıcı özellikleri ve SİMÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; yaş ile SİMÖ’nün “mamografi engelleri” alt boyutundan alınan puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı ($F=12,486$; $p<0,001$) (Tablo 4).

Medeni durumun SİMÖ’nün “KKMM öz yeterliliği” ve “mamografi yararları” alt boyutları üzerinde etkisinin olduğu belirlendi. Evlilerin “KKMM öz yeterliliği” ($33,94 \pm 6,31$) ve “mamografi yararları” puanı ($18,88 \pm 2,83$) bekarlardan yüksek bulundu (Tablo 4).

SİMÖ’nün “duyarlılık”, “önemseme-ciddiyet”, “KKMM yararları”, “KKMM engelleri”, “KKMM öz yeterliliği” alt boyut puanları ile BKİ değeri arasında (sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,044$; $p=0,029$; $p=0,003$; $p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlendi.

Eğitim durumunun SİMÖ’nün alt boyutları üzerinde anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. İlkokul mezunu olanlarda “duyarlılık” ($F=3,711$; $p=0,012$), “önemseme-ciddiyet” ($F=6,636$; $p<0,001$), “KKMM yararları” ($F=8,510$; $p<0,001$), “KKMM engelleri” ($F=4,165$; $p=0,006$) “mamografi yararları” ($F=7,194$; $p<0,001$) alt boyut puanları diğer gruplardan yüksek ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 4).

Katılımcıların çalışma durumu ile SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edildi. Bir işte çalışan kadınlarda “önemseme-ciddiyet” ($20,31 \pm 4,48$) ve “KKMM yararları” ($16,19 \pm 2,47$) puanının, çalışmayan kadınlarda ise “duyarlılık” ($7,43 \pm 2,12$) ve “KKMM engelleri” ($18,92 \pm 5,31$) puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4).

SİMÖ “önemseme-ciddiyet”, “KKMM yararları”, “KKMM engelleri” ve “KKMM öz yeterliliği” alt boyutları ile kadınların KKMM yapma durumu arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir fark saptandı. KKMM yapmayan kadınlarda “önemseme-ciddiyet” ($20,05 \pm 5,46$) ve “KKMM engelleri” puanları ($20,60 \pm 5,10$), KKMM yapan kadınlarda ise “KKMM yararları” ($16,10 \pm 2,54$) ve “KKMM öz yeterliliği” ($34,88 \pm 6,71$) puanı yüksek bulundu (Tablo 4).

Ayda bir kez KKMM yapan kadınlarda “duyarlılık” ($7,82 \pm 1,84$), “ciddiyet-önemseme” ($19,92 \pm 3,82$), “sağlık motivasyonu” ($21,72 \pm 2,47$), “KKMM yararları” ($16,76 \pm 2,31$), “KKMM öz yeterliliği” ($36,35 \pm 7,55$) puanının, düzensiz KKMM yapanlara oranla yüksek ve farkın istatistiksel açıdan anlamli olduğu görüldü (Tablo 4).

Mamografi çektiren kadınlarda ($n=131$) “duyarlılık” ($7,66 \pm 2,26$), “önemseme-ciddiyet” ($20,67 \pm 4,71$) ve “mamografi yararları” ($19,22 \pm 3,06$) puanı, mamografi çektirmeyenlerde ise “mamografi engelleri” ($26,78 \pm 6,73$) puanı yüksek, aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamli bulundu (Tablo 4).

Düzenli aralıklarla mamografi çektiren kadınlarda ise ($n=51$), “sağlık motivasyonu” ($21,23 \pm 2,05$), “KKMM yararları” ($16,76 \pm 1,51$) ve “KKMM öz yeterliliği” ($35,15 \pm 6,35$) puanının yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık İnanç Modeli Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Duyarlılık	Önemseme Ciddiyet	Sağlık Motivasyonu	KKMM Yararları	KKMM Engelleri	KKMM Öz Yeterliliği	Mamografi Yararları	Mamografi Engelleri
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
20-30 yaş ¹	63	6,65±2,40	18,30±3,76	21,07±3,31	16,39±2,87	17,54±4,78	34,87±7,02	18,79±1,99	24,95±6,85
31-40 yaş ²	154	7,45±1,85	19,29±5,01	20,52±3,02	15,66±2,24	18,18±5,05	33,15±7,03	18,40±2,90	27,76±7,54
41-50 yaş ³	96	7,18±1,88	18,90±6,16	21,12±2,27	15,41±2,53	17,33±4,58	32,82±5,68	19,33±2,54	23,86±5,79
51 ve üzeri yaş ⁴	62	7,19±2,89	20,41±5,75	20,40±3,25	15,50±2,82	18,74±6,79	34,25±6,09	18,62±3,31	21,98±7,22
F=		2,065	1,823	1,364	2,128	1,150	1,673	2,264	12,486
p=		0,104	0,143	0,254	0,096	0,329	0,172	0,081	0,000
Post-hoc=									2>1, 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.001)
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	300	7,30±2,22	19,45±5,35	20,85±2,94	15,59±2,53	17,96±5,32	33,94±6,31	18,88±2,83	25,27±7,49
Bekar	75	6,81±1,91	18,26±5,00	20,36±2,98	16,13±2,53	17,90±4,86	31,93±7,38	18,18±2,43	25,57±6,38
t=		1,765	1,734	1,288	-1,659	0,079	2,381	1,965	-0,315
p=		0,078	0,084	0,199	0,098	0,937	0,018	0,033	0,753
Beden Kitle İndeksi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Zayıf ¹ (18,5 kg/m ² 'nin altı)	78	7,56±2,23	18,03±5,17	21,34±2,68	16,14±2,12	16,46±4,80	34,18±6,12	18,91±2,62	23,69±6,58
Normal ² (18,5-24,9 kg/m ²)	190	7,40±2,29	19,36±5,51	20,61±2,87	15,43±2,45	18,24±5,29	34,46±6,67	18,61±3,01	25,76±7,71
Fazla Kilolu ³ (25-29,9 kg/m ²)	57	6,19±1,74	20,59±3,94	20,63±2,80	16,31±2,34	17,38±5,73	32,61±7,24	19,40±2,72	26,28±6,22
Obez ⁴ (30-34,5 kg/m ²)	50	7,08±1,68	18,88±5,69	20,48±3,67	15,30±3,40	19,78±4,39	30,08±4,71	18,26±1,81	25,18±7,51
F=		5,602	2,730	1,367	3,035	4,706	6,795	1,839	1,889
p=		0,001	0,044	0,253	0,029	0,003	0,000	0,140	0,131
Post-hoc=		1>3, 2>3, 4>3 (p<0.001)	3>1 (p<0.001)	1>2, 2>3, 3>4 (p<0.001)	1>2, 3>2, 3>4 (p<0.001)	2>1, 4>1, 4>3 (p<0.001)	1>4, 2>4, 3>4 (p<0.001)		
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İlkokul ¹	19	8,47±3,22	21,84±5,52	20,79±4,34	16,21±3,86	20,21±5,75	34,73±7,67	21,00±2,78	23,31±7,59
Ortaokul ²	14	6,21±2,69	16,00±6,50	19,14±1,83	13,78±1,84	20,78±5,60	31,92±8,14	18,57±1,86	24,07±4,87
Lise ³	118	7,37±2,22	18,00±5,93	20,51±2,52	15,00±2,34	18,46±4,73	33,06±5,31	19,18±2,61	24,97±6,28
Yükseköğrenim ⁴	224	7,07±1,95	19,83±4,61	20,97±3,05	16,13±2,41	17,30±4,96	33,79±6,97	18,33±2,78	25,77±7,83
F=		3,711	6,636	2,076	8,510	4,165	0,799	7,194	0,999
p=		0,012	0,000	0,103	0,000	0,006	0,495	0,000	0,393
Post-hoc=		1>2, 1>3, 1>4 (p<0.001)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.001)	1>2, 2>4, 3>4 (p<0.001)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.001)	1>4, 2>4, 3>4 (p<0.001)		1>2, 1>3, 1>4, 3>4 (p<0.001)	

Tablo 4 (Devamı). Sağlık İnanç Modeli Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Çalışma Durumu	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	189	6,98±2,20	20,31±4,48	20,87±3,06	16,10±2,47	16,98±4,97	33,94±7,25
Hayır	186	7,43±2,12	18,09±5,81	20,62±2,83	15,19±2,51	18,92±5,31	33,13±5,80
t=		-1,972	4,155	0,800	3,887	-3,640	1,189
p=		0,049	0,000	0,424	0,000	0,000	0,235
KKMM Yapma Durumu							
Evet	245	7,28±2,24	18,76±5,16	20,96±2,89	16,10±2,54	16,54±4,73	34,88±6,71
Hayır	130	7,06±2,03	20,05±5,46	20,34±3,02	14,93±2,36	20,60±5,10	31,01±5,51
t=		0,951	-2,249	1,948	4,315	-7,682	5,634
p=		0,342	0,025	0,052	0,000	0,000	0,000
KKMM Yapma Sıklığı							
Ayda Bir Kez	79	7,82±1,84	19,92±3,82	21,72±2,47	16,76±2,31	16,08±5,83	36,35±7,55
Düzensiz	166	7,03±2,37	18,21±5,62	20,60±3,01	15,78±2,60	16,75±4,11	34,18±6,17
t=		2,618	2,441	2,853	2,827	-1,035	2,392
p=		0,009	0,006	0,005	0,005	0,361	0,018
Mamografi Çektime Durumu							
Evet	131	7,66±2,26	20,67±4,71	20,44±2,62	15,46±2,38	18,50±6,05	33,49±6,06
Hayır	244	6,96±2,08	18,43±5,43	20,91±3,10	15,82±2,62	17,65±4,71	33,56±6,84
t=		3,012	3,982	-1,490	-1,301	1,507	-0,097
p=		0,003	0,000	0,118	0,194	0,163	0,923
Düzenli Mamografi Çektime Durumu							
Evet	51	7,76±2,16	21,41±2,90	21,23±2,05	16,76±1,51	17,96±5,87	35,15±6,35
Hayır	80	7,60±2,34	20,20±5,53	19,93±2,83	14,63±2,46	18,85±6,17	32,43±5,67
t=		0,404	1,441	2,832	5,525	-0,819	2,553
p=		0,687	0,104	0,005	0,000	0,414	0,012

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; Post-hoc: Tukey, LSD

TARTIŞMA

Meme kanseri tarama programları meme kanserine bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Toplumun sağlık inanç düzeyi ise tarama programlarına katılımı etkileyen en önemli faktördür. Meme kanseri ile ilişkili risk faktörleri göz önüne alındığında toplumun sağlık taramalarına yönelik farkındalığının dinamik tutulması ve sağlık inançlarının belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Meme kanseri için yaş önemli bir risk faktörüdür ve yaşla birlikte meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır (16). Literatürde meme kanserinin genç nüfusta da ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (1). Çalışmamızda yaş grupları incelendiğinde; meme kanseri riskinin düşük/orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak 20-30 yaş arası kadınların meme kanseri risk düzeyi puanının 31-40 yaş aralığındaki kadınlardan yüksek, 41-50 yaş aralığındaki kadınlara ise yakın düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz, kadınların ilerleyen yaşla birlikte değil tüm yaş grubunda da meme kanseri riski taşıdığını göstermekte ve literatürü desteklemektedir.

Kadınların reproduktif özellikleri meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada medeni durumun meme kanseri risk düzeyini etkilediği bildirilmiştir (17). Ancak çalışmamızda evli ve bekar olan kadınlar arasında meme kanseri riski açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu araştırma bulgusuna paralel olarak Mermer ve ark. (2021) çalışmasında da medeni durum ile meme kanser riski arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (18). Çalışmadan elde edilen bulgu, Mermer ve ark. (2021) çalışma sonucunu desteklemektedir.

11

Yenilenen ve gelişen teknolojiyle birlikte sedanter yaşam tarzının artması, dengesiz beslenme ve beraberinde obezite meme kanseri için önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Literatürde fazla kilo ve obezitenin östrojen hormon seviyesinde artışa yol açarak meme kanseri riskini artırdığı bildirilmiştir (16,19). Çalışmamızda obez olan kadınların meme kanseri risk düzeyinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer çalışmalarda da yüksek BKİ değerine sahip olan kadınların meme kanseri risk düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (18,20). Çalışma bulgumuz literatüre paralellik göstermektedir.

Gelişen dünyada kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve aktif çalışma hayatı içinde olması sağlık davranışlarında değişime yol açmıştır. Literatür eğitim düzeyi ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiye yönelik farklı veriler sunmaktadır. Yurt dışında yapılan bir araştırma yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlarda meme kanseri riskinin arttığını; ülkemizde Esen ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışma ise eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde meme kanseri riskinin düşük olduğunu vurgulamaktadır (21,22). Araştırma bulgumuz Esen ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışmaya benzer özellik göstermiş, eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda meme kanseri riski düşük bulunmuştur. Çalışma sonuçlarındaki farklılığın ise coğrafi unsur ve sosyo-kültürel yapıdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde yapılan işin zorluk derecesi, mesleki risk faktörleri ve işle ilişkili özelliklerin (vardiyalı çalışma vb.) meme kanseri riskini arttırdığı bildirilmektedir (23). Araştırmamızda çalışma durumu ile meme kanseri risk düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı. Mermer ve ark. (2021) tarafından yapılan araştırmada da çalışma durumu

ile meme kanseri riski arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (18). Çalışma sonucumuz Mermer ve ark. (2021) yaptığı araştırma sonucuna benzer özellik gösterse de araştırmaların sınırlı yönlerinin farklı veriler sunabileceği, bu nedenle farklı çalışma koşulları ve mesleğin meme kanseri için birer risk faktörü olabileceği düşünülmektedir.

Toplum tarafından meme kanseri risk faktörlerinin bilinmesi tarama programlarına katılımı artırmakta ve gerekli önlemlerin alınmasını kolaylaştırmaktadır. Çalışmamızda kadınların %65,3'ünün KKMM yaptığı, yapanların sadece %32,2'sinin bu uygulamayı ayda 1 kez olacak şekilde (düzenli) gerçekleştirdiği belirlendi. Araştırma bulgularına paralel olarak yapılan bir çalışmada (2021) KKMM yapanların oranının %70,2 olduğu, %32'sinin ise düzenli olarak KKMM yaptığı bildirilmiştir (18). Farklı bir çalışmada (2015) ise kadınların KKMM yapma oranının %78,5 olduğu raporlanmıştır (10). Araştırma sonuçlarına göre ilerleyen yıllarda birlikte KKMM yapma oranının azalması; kadınların sağlık inanç düzeyinde meydana gelen bir azalmayı, aynı zamanda da benzer çalışmaların farklı örneklem ve yaş gruplarında değişiklik gösterebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların %34,9'unun mamografi çektiği, çektiyenlerin sadece %38,9'unun düzenli aralıklarla bu taramayı gerçekleştirdiği tespit edildi. Benzer bir çalışmada kadınların %62,8'inin mamografi çektiği, düzenli olarak mamografi çektiyenlerin oranının ise %49,7 olduğu bulunmuştur (18). Samsun ilinde yürütülen bir çalışmada (2015) da kırk yaşından büyük kadınlarda en az bir kez mamografi çekirme oranı %36,8 olarak saptanmıştır (10). Araştırma sonuçlarındaki bu farklılıkların; yaş, coğrafi unsur, eğitim düzeyi, kültürel inançlar ve sağlık/hastalık algısı gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

12

Çalışmamızda sağlık inanç modeli ile demografik özellikler karşılaştırıldığında; 51 yaş ve üzeri kadınların mamografi engelleri algısının, 20-50 yaş grubu kadınlardan düşük olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde; Bakır ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada mamografi engelleri algısının yaşla birlikte arttığı, Alagöz ve ark. (2021) çalışmasında ise 40-69 yaş arası kadınların mamografi engelleri algısının, 20-39 yaş grubu kadınlardan düşük olduğu görüldü (24,12). Çalışma sonuçlarındaki farklılığın; sağlık inancı, kanser anksiyetesi, işleme yönelik utanç duyma, bilgi eksikliği ya da sosyo-kültürel faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Demografik özelliklerden medeni durum ve sağlık inanç modeli karşılaştırıldığında; evli olanların KKMM öz yeterliği ve mamografi yararları algısının bekarlardan yüksek olduğu saptandı. Yapılan çalışmalar; evli kadınların mamografi yararları algısının yüksek olduğunu vurgulamaktadır (12,25). Araştırma bulgumuz literatürü destekler nitelikte olup, evliliğin kadınlarda meme kanseri taramalarına yönelik olumlu bir bakış açısı oluşturduğunu düşündürmektedir.

Literatürde BKİ yüksek ve obez kadınların mamografi çekirme olasılıklarının önemli ölçüde düşük olduğu vurgulanmaktadır (26,27). Çalışmamızda BKİ yüksek olanlarda KKMM yararları ve özyeterliliği algısının düşük, KKMM engelleri algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı grupta mamografi engelleri algısı yüksek bulunmuştur. Araştırma bulgumuz literatürü desteklemekte ve bulgular obez kadınların düşük öz saygı ve beden imajına sahip olduğunu ya da sağlık profesyonellerinden utandığını düşündürmektedir.

Literatüre göre de eğitim seviyesi arttıkça taramalara yönelik engel algısı puanı düşmekte, yarar

algısı puanı ise artmaktadır (1). Araştırma sonucumuz, eğitim düzeyi yüksek olanların hem KKMM engel algısı hem de mamografi yararları algısının düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca aynı grubun duyarlılık algısı da düşüktür. Bununla birlikte bir işte çalışan kadınların da duyarlılık algısının çalışmayanlara oranla düşük olduğu görülmüştür. Literatürle karşılaştırıldığında araştırma sonucumuzdaki farklılığın; yaş, psikososyal (sosyal sınıf, kişilik vb.) ve yapısal değişkenlerden (hastalıkla ilgili bilgi ve önceki deneyimler) kaynaklanabileceği, özellikle çalışan kadınlarda iş stresi ve yoğun iş temposunun sağlık taramalarını yeterli düzeyde kullanmaya engel bir durum oluşturarak sağlık inanç düzeyini de etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Sağlık inanç modeline göre meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayanların tarama yöntemlerini daha fazla kullandığı bildirilmektedir (27). Öz yeterlilik ve yarar algısı yüksek, engel algısı düşük olan bireylerde sağlık taramaları kullanım oranı yüksektir (28). Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada düzenli KKMM yapan sağlık profesyonellerinin yapmayanlara oranla engel algısı puanının düşük olduğunu bildirmiştir (1). Hashemian et al. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada ise öz yeterlilik algısı yüksek olan kadınlar ile mamografi çekirtme arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (29). Bizim çalışmamızda da düzenli KKMM yapan ve mamografi çektiren kadınlarda duyarlılık, önemseme-ciddiyet algısı yüksek, mamografi engelleri algısı düşük bulundu. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgu, öz yeterliliğin tarama davranışları üzerindeki önemini vurgulamakta ve literatürü desteklemektedir.

13

SONUÇ

Kadınların sağlık inanç düzeyi, sağlık taramalarına yönelik bakış açılarını ve eylemlerini etkilemektedir. Duyarlılık algısı yüksek olan kadınların düzenli olarak KKMM yaptığı ve mamografi çektiği belirlenmiştir. Ancak çalışan ya da eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda duyarlılık algısının düşük olduğu görülmüştür. Sağlık motivasyon algısı ile düzenli KKMM yapma arasında ise anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar bizlere; sağlık taramalarına yönelik farkındalık ya da destek eğitim programlarından farklı olarak özellikle çalışan kadınların tarama yöntemlerini kullanabilmeleri için yeterli zaman, uygun ortam ve sağlık motivasyonu açısından desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Finansal Kaynak

Yazarlar finansal destek bildirmemiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arslan ED, Güleroglu TF, Bahçeli A, Kocaöz S. Sağlık profesyonellerinin meme kanseri risk düzeyi ve sağlık inançları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 31(2): 210-218.
2. Meray K. Türkiye'de sağlık coğrafyası bakımından kadınlarda görülen beş kanser türünün ilçe bazında dağılımı ve coğrafi ortam ile ilişkisinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Coğrafya (Türkiye coğrafyası)

Anabilim Dalı, Ankara;2008.

3. Sung H, Ferlay J, Siegel R, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3): 209-249.
4. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey. *J Breast Health.* 2008;4(2):2-5.
5. Hashemian M, Akbarzade R, Khosroabadi AA, et al. A ten-year study on the prevalence and frequency of risk factors for breast cancer in Sabzevar, Iran. *J Midwifery Womens Health.* 2016;4(3): 673-678.
6. Khushalani JS, Qin J, Ekwueme DU, White A. Awareness of breast cancer risk related to a positive family history and alcohol consumption among women aged 15–44 years in United States. *Prev Med Rep.* 2020;17:101029.
7. Enjezab B. Cancer screening practice among Iranian middle aged women. *J Midwifery Womens Health.* 2016;4(4):770-778.
8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):384-424.
9. Alpaslan N. Meme kanseri tanısı için derin öz nitelik tabanlı karar destek sistemi. *S.Ü. Müh. Bilim ve Tekn. Derg.* 2019;7(1):213-227.
10. Aker S, Öz H, Kaynar TE. Samsun’da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *J Breast Health.* 2015;11(3):115-122.
11. Kısa İ, Özkan G, Er F. Meme tarama yöntemleri hakkında verilen videolu eğitimin ve yapılan takibin farkındalık düzeyine etkisi. *Kesit Akademi Dergisi.* 2020;6(24):67-77.
12. Alagöz MN, Tuncer Ö. Determination of breast cancer risk situations and health beliefs regarding screening methods of women between 20-69 years of age applying to family medicine outpatient clinic. *JTFP.* 2021;12 (4):192-200.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı aile Planlaması Genel Müdürlüğü Hizmet Alan Kişinin Değerlendirilmesi. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. 4.Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık;2005.
14. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviours. *Nurs Res.*1993; 42:139-143.
15. Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of champion’s health belief model scales. *Cancer Nurs.* 2004; 27:491-498.
16. Açıkgöz A, Yıldız EA. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.*2017;5(1):45-56.
17. Altu E, Çıtıl R, Okan İ. Kadınların meme kanseri endişesi ve risk faktörleri ile kanser erken tanı yöntemlerine yaklaşımları. *Menopoz.* 2020;27(1):113-118.
18. Mermer G, Güzekin Ö. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi ve tarama yöntemlerini kullanma durumu. *Van Sag Bil Derg.* 2021;14(1):50-62.
19. Mohanty SS, Mohanty KP. Obesity as potential breast cancer risk factor for postmenopausal women. *Genes dis.* 2019;8(2):117-123.
20. Tümer A, Baybek H. Çalışan kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *J Breast Health.* 2010;6(1):17-21.
21. Dong YJ, Qin LQ. Education level and breast cancer incidence: a meta-analysis of cohort studies. *Menopause.* 2020;27(1):113-118.
22. Esen SE, Taş GB, Öztürk ZG, Toprak G. 18 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi. *Türk Aile Hek Derg.* 2020; 24 (1): 32-40.
23. Fenga C. Occupational exposure and risk of breast cancer. *Biomed Rep.* 2016;4(3):282-

292.

24. Bakır N, Cuma D. Hemşirelerin meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mamografiye ilişkin inançlarının belirlenmesi. CBU-SBED. 2020; 7(3): 266-271.

25. Ay S, Yanikkerem E, Piro N. Sağlık İnanç Modeli'ne göre hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inanç ve uygulamaları. Bursa, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 2012; 994-997.

26. Maruthur MN, Bolen S, Brancati LF, Clark MJ. Obesity and mammography: A systematic review and meta-analysis. Gen Intern Med.2009; 24(5):665-677.

27. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(1):15-20.

28. Çidem F, Ersin F. Kadınların sosyal destek ve öz etkililik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2019;16 (3):183-190.

29. Hashemian M, Hidarnia A, Aminshokravi F, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A, et al. Farsi version of the mammography self-efficacy scale for Iranian women. Cancer Nursing. 2015;38(6):484-489.