T. C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Elif Şeyma GÜNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2022

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Elif Şeyma GÜNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ERSİN

(Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.)

ŞANLIURFA

2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLOLAR DİZİNİ iii
KISALTMALAR DİZİNİ iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
1.GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği Kavramı 3
2.1.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlar ve Yaşadıkları Sorunlar 4
2.2. Meme Kanseri 5
2.2.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri 6
2.2.2. Meme Kanserinin Kadınlarda Görülme Sıklığı 8
2.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı 9
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Kapsamı 10
2.3.3. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Sağlık Okuryazarlığı 11
2.4. Sosyal Destek Kavramı 13
2.4.2. Sosyal Destek Türleri 14
2.4.3. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Sosyal Destek 15
2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı 17
2.5.1. Erken Tanıda Sağlık Okuryazarlığının Önemi 18
2.5.2. Erken Tanıda Sosyal Destek Algısının Önemi 20
2.5.3. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarında Sosyal Destek Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Arttırmada Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü 20
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
3.1. Araştırmanın Tipi 22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 23

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 23
3.5.1. Birey Tanılama Formu 23
3.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ) 24
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) 24
3.6. Verilerin Toplanması 25
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi 25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 26
4. BULGULAR 27
5. TARTIŞMA 38
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 43
7. KAYNAKLAR 45
8.EKLER
EK 1. Birey Tanılama Formu
EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
EK 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
EK 4. Bilgilendirilmiş Olur Formu
EK 5. Etik Kurul İzni
EK 6. Kurum İzni
EK 7. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kullanma İzin Yazısı
EK 8. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanma İzin Yazısı
EK 9. Tez Çalışması Orijinallik Raporu ve Beyan Belgesi
EK 10. İntihal Raporu
EK 11. Tez Veri Giriş Formu

TABLOLAR DİZİNİ **Sayfa No**

Tablo 4. 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 27
Tablo 4. 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....28
Tablo 4. 3. Mevsimlik Tarım İşçisiKadınların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı 31
Tablo 4. 4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması 32
Tablo 4. 5. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile Karşılaştırılması……...34
Tablo 4. 6. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Sağlık OkuryazarlığıÖlçeği Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile Karşılaştırılması.....36

KISALTMALAR DİZİNİ

ACS: American Cancer Society / Amerikan Kanser Topluluğu

BRCA1: BReast CAncer 1 / Meme Kanseri 1 Geni

BRCA2: BReast CAncer 2 / Meme Kanseri 2 Geni

CGHFBC: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer / Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

GLOBOCAN: Global Cancer Incidence / Küresel Kanser Verileri

IARC: International Agency for Research on Center

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

MG: Mamografi

MTİ: Mevsimlik Tarım İşçisi

NCI: National Cancer Institute / Ulusal Kanser Enstitüsü

PALB2: Partner and Localizer of BRCA2 / BRCA2 Ortağı ve Yerini Belirleyicisi

SOYÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Elif Şeyma GÜNEŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışmanın amacı mevsimlik tarım işçisi kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sosyal destek algılarının meme kanseri erken tanı davranışları üzerine etkisini incelemektir. Çalışma, tanımlayıcı tiptedir ve Şanlıurfa Eyyübiye ilçesinde bulunan 01 Nolu Harran Kapı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede Kasım 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini 20 yaş üstü 353 mevsimlik tarım işçisi kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri; Birey Tanılama Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama değerler kullanılmış olup ayrıca ki kare testi, Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Kadınların %38.5'inin kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %30,6'sının klinik meme muayenesi yaptırdığı, 49.2'sinin mamografi çektirdiği saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamalarının 94.64 (±19,62), çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamalarının 59.84 (± 15.93) olduğu belirlenmiştir. Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (t= 3.085, p=0.002) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (t=2.173, p=0.031) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Mevsimlik tarım işçisi kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sosyal destek algılarının istenen düzeyde olmadığı görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek algılarının arttırılması ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mevsimlik tarım işçisi kadınlar, sağlık okuryazarlığı, sosyal destek algısı, meme kanseri erken tanı davranışları.

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE HEALTH LITERACY LEVELS AND SOCIAL SUPPORT PERCEPTIONS OF SEASONAL FEMALE AGRICULTURAL WORKERS ON BREAST CANCER EARLY DETECTION BEHAVIORS

Elif Şeyma GÜNEŞ

Department of Nursing, PostgraduateThesis

The aim of study is to examine the the effects of health literacy levels and Social support perceptions of seasonal female agricultural workes on breast cancer early detection behaviors. This is a descriptive study and it was carried out between November 2020- June 2021 in the region of Harran Kapı Primary Health Center No:1 in Şanlıurfa Eyyübiye district. The study based on 353 seosanal female agricultural workers over the age of 20. Research data was obtained by using the Individual Identificatian Form, The Healt Literacy Scale and The Multidimensional Perceived of Social Support scale. In addition to using number, percentage, mean values from descriptive statistics, on independent grpoups run a chi-square test, Mann Whitney U test and t test. To be carried out the study necessary permissions were obtained. It was determined that 38.5% of the women did breast self-exam, 30.6% had clinical breast examinition, 49.2% had mammography. It was determined that the total mean scare of the portici pants health literacy scale was 94.64 (±19.62) and the total mean scare of the multidimensional perceived social support scale was 59.84 (±15.93) A statistically significant difference was found between women's breast self-examination and the mean scares of the multidimensional perceived social support scale (t= 3.085, p=0.002) and the health literacy scale (t= 2.173, p=0.0031).It has been observed that the health literacy levels and Social support perceptions of seasonal agricutural workers are not at the desired level. It can be recomended to plan and implement training programs to increase health literacy and Social support perceptions and to ensure their continvity.

Keywords: Seaosonal female agricultural workers, health literacy, perception of social support, early detection behaviors on breast cancer

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme kanseri dünyada kadınlarda sık görülen bir hastalık olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Globocan 2020 yılı verilerine göre; meme kanserinin dünya genelinde, her iki cinsiyet söz konusu olduğunda %11.7; sadece kadınlar söz konusu olduğunda %24.5'lik oran ile en fazla tanı alan kanser olduğu tespit edilmiştir (2). Ülkemizde kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser türüdür ve yaşa standardize edilmiş hızı, 47.7/100000'dır. Her 4 kadın kanserinden birisi olmayı sürdürmektedir (3).

Meme kanseri dünya çapında yıkıcı bir etkiye sahip olmaya devam etmektedir (4). Bu süreçte dikkate değer en önemli bilgi, hastalığın tedavisinde ve prognozunda erken tanının önemli olduğudur (5). Meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sosyal destek algısı da önemli bir yere sahiptir (6-8).

Bireylerin kendi hastalıklarını tanıyabilmeleri, bulguları belirleyebilmeleri ve kendileri için kararları alıp hem kendi sağlığı hem de aile bireylerinin sağlığı ile ilgili beslenme, ilaç kullanımı, sağlık hizmeti seçimi ve tedavi yöntemi tercihi gibi konular da aktif bir şekilde karar vermeleri beklenmektedir. Bireylerin uygun sağlık kararları alabilmeleri, sağlık okuryazarlık seviyeleri ile belirlenmektedir (9,10). Sınırlı sağlık okuryazarlığının; sağlık bakımı arayışında gecikme, bireyin sağlık durumunu anlamada yetersizlik, tıbbi talimatlara uyum yetersizliği, sağlık maliyetlerinde artış, mortalitede artış, koruyucu sağlık hizmetlerini etkin kullanmama ve gereksiz hastane kullanımlarında artış gibi toplum sağlığı hizmetleri üzerinde olumsuz sonuçları bulunmaktadır (11). Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin meme kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğu belirtilmektedir (6,12-16) Birinci basamak sağlık hizmetlerinin; hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve sağlıkla ilgili danışma hizmetlerini veren toplumun büyük bölümüyle yakından ilişkili sağlık hizmeti olması, sağlık okuryazarlığının artırılmasının önemini ortaya koymaktadır (17).

Sağlık okuryazarlığının yanında koruyucu sağlık davranışların gerçekleştirilmesinde sosyal destek de önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal destek önleyici davranışların teşvikinde doğrudan yardım sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin meme kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğu görülmektedir (8,18-20).

Dezavantajlı bir grup olan mevsimlik tarım işçisi (MTİ) kadınlar olumsuz yaşam koşulları nedeniyle meme kanseri erken tanı davranışları yönünden ele alınması gereken bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Her kadında olduğu gibi MTİ kadınlarda da meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde sağlık okuryzarlığı (SOY) ve sosyal destek algısının önemli olduğu düşünülmektedir. SOY'un sınırlı ya da yetersiz olması, sosyal destek düzeylerinin düşük olması kadınların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda sorunlar yaşayamasına neden olabilmektedir. Bu aşamada MTİ kadınların SOY ve sosyal destek konusunda güçlendirilmesinde halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Hizmet verilen toplumdaki MTİ kadınların SOY ve sosyal destek konusunda güçlendirilmesi için mevcut durumun belirlenmesi, koruyucu sağlık davranışlarına yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması önemlidir. Bu nedenle çalışma kadınların, sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sosyal destek algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği Kavramı

Tarım sektörü yapısının aralıksız olarak işçi çalıştırmaya uygun olmayışı ve buna karşın tüm tarım işletmelerinin belirli zaman dilimlerinde belirli oranlarda çalışacak elemana ihtiyaç duyması; sürekli ve mevsimlik işçi tanımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sürekli tarım işçiliği, genellikle küçük arazi sahibi ve kırsal bölgelerde yaşayan aileler tarafından gerçekleştirilmektedir (21). Mevsimlik tarım işçiliği, tarımsal üretimin herhangi bir aşamasında, işin yapılacağı bölgeye ve işin yapılacağı ürüne göre yöre dışından gelerek çalışan kişiler olarak tanımlamaktadır (22).

Kırsal bölgelerdeki eşitsiz nitelikli toprak dağılımı, köylü nüfusun büyük bir bölümünün toprak hakkına sahip olamayışı ve çeşitli nedenlerle çalışma alanlarındaki yetersiz koşullar mevsimlik tarım işçiliğinin gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu çeşit işçilik beraberinde göç ve göçebe bir yaşam biçimini de ortaya çıkarmıştır (23). Bu tür bir yaşam biçiminin ve barınma koşullarının zorluğu, olumsuz iklim koşulları altındaki çalışma ortamı ve saatleri de dâhil edildiğinde, sigortasız, güvencesiz ve sözleşmesiz düşük ücretler karşılığında çalışma mecburiyeti altındaki toplumun mağdur ve yoksul insanlarını ortaya çıkarmıştır (24).

Böylece mevsimlik tarım işçiliği, tarımsal üretim biçimlerindeki değişimler ve kırsal bölgelerde ortaya çıkan dönüşümler ile beraberindeki üretim ilişkilerinin çözülmesi sonucunda sürekli işçi yerine mevsimlik işçi talebinin ön plana çıkarıldığı süreçleri kapsamaktadır (25). Bunun yanında çoğunlukla yaşadıkları bölgelerde alternatif gelir kaynaklarına ulaşamayan ve dolayısıyla yoksulluk sınırını aşamayan, aslında yoksulluk döngüsünü daha çok pekiştirdiğini söyleyebileceğimiz, ailelerinyönelmek mecburiyetinde kaldığı dönemsel faaliyetlerin söz konusu edildiği ekonomik süreçleri konu edinmektedir (26).

2.1.1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlar ve Yaşadıkları Sorunlar

Tarım sektörü kadınların yoğun olarak emek harcadıkları çalışma alanlarından biridir. Ancak sürekli olarak aynı mekânda bulunamayan MTİ kadınların büyük bir oranı kayıt dışı durumdadır. Üretimin niteliği ve çeşitliliğine bağlı olarak mevsimlere göre değişiklik gösteren tarımsal faaliyetlerde istihdam edilen MTİ kadınların durumu, parçası oldukları yaşamsal kültürün toplumsal koşullarına bağlı olarak şekillenmektedir (27). Ataerkil yaşam yapılarının erkek egemen koşullanması, kadınların mevsimlik tarım işçisi olarak yaşadıkları zorlukları daha da zorlaştırmakta, taşımak zorunda oldukları sorumlulukların sadece tarımsal üretimle sınırlandırılmasına engel olmaktadır.

Çalışılacak mekân, hane içi kararlar, çocukların eğitimi, alınan ücret ve diğer bütün konularda kadınların ikincil planda tutulması, baba, erkek kardeş ya da eş hâkimiyetinde bir yaşama mecbur bırakılmaları, hiyerarşide son sırayı almalarına ve içerisinde yer aldıkları sosyo-ekonomik yapının mağdurları konumunda olmalarına neden olmuştur (28). Bu nedenle, geleneksel ataerkil yapı çerçevesindeki iş bölümünün, değişimden bağımsız olarak kadınlara hâkim kılındığı görülür (29). Bununla beraber üretim faaliyetlerinin bazı nitelikleri nedeniyle bazı alanlarda kadın işçi taleplerinin arttığına da rastlanmaktadır (28).

Anlaşılmaktadır ki mevsimlik tarım işçisi kadınlar için tarımda çalışma, aile yapılarında ortaya çıkan ve geleneksel olarak devam ettirilen bir çalışma biçimi olarak varlık göstermektedir. Buna ek olarak bu yöndeki bir tarım işçiliğinde özellikle son yüzyılda, kadın emeğinin yoğun olarak kullanımında artış söz konusu olmuştur (30). Tüm bunlar bir araya geldiğinde MTİ kadınların eğitimlerini tamamlayamadığı ve eğitimden yoksun kaldığı söylenebilmektedir (31-34).

Çoğunlukla bir çadır yaşamını gündeme getiren mevsimlik tarım işçiliğinde kadınlar, su taşıma, yemek, bulaşık, çamaşır, temizlik, çocuk bakma ve elbette tarlada çalışma gibi birçok işi bir arada ve eksiksiz olarak yürütmek çabası içindedirler. Kadınlar oldukça uzun saatleri bulan tarla çalışmasından sonra çadır yaşamının gereklerini yerine getirirken herhangi bir karşılık almadığı gibi tarımsal alandaki faaliyetlerinden de çoğunlukla eşleri lehine hareket ederek emeklerinin karşılığından vazgeçerler (35). İnsani sınırları zorlayan emeklerine rağmen, eşlerine kıyasla daha az ücrete boyun eğerler. Elde

ettikleri ücretleri de ataerkil yapının "evin reisi" konumundaki eşlerine teslim ederler (36). Çalışılan mekâna bağlı olarak değişen ve farklılaşan koşullar ve zorluluklar, beraberinde evsizlik, eğitimsizlik, sağlık şikâyetleri, yoksulluk, dışlanma gibi istenmeyen durumları da kadınlar için sorun haline getirmektedir (37).

Bununla birlikte yetersiz ve sağlıksız beslenme, olumsuz hijyen koşulları, sağlık güvencesinden yoksunluk, eğitimsizlik ve maddi imkansızlıklar (38), aile içi koşullar ve ataerkil yapılar, kadınların tarla dışındaki yaşam biçimlerinde eşitsiz iş bölümüne ve çocuk sorumluluğuna mecbur tutulmaları, özellikle hamilelik ve kadınile ilgili hastalıklar konusunda risk altında olmalarına yol açmaktadır. MTİ kadınların çalıştıkları tarım bölgelerinin ve dolayısıyla ikamet yerlerinin çoğunluğunun genel yaşam alanlarının dışında olması, kadınların toplumsal yaşamdan ayrı bir yerde yaşam sürüyor olmalarına neden olmaktadır. Kadınların sürekli olarak bir yerden diğerine çalışma ve yerleşim yerlerini değiştiriyor olmaları ve bulundukları ortamlarda kimlik sorunları ve sosyal dışlanma gibi unsurların varlığı; yaşam ve çalışma ortamları ile ortaya çıkan olası sağlık sorunlarının dışında; kadınlar arasında psikolojik sorunların görülmesine de neden olmaktadır. Bütün bunlara ek olarak üzerinde durulması gereken önemli bir gerçek olarak; MTİ kadınlar, çalışma koşulları nedeniyle sağlık hizmetlerine yeteri kadar ulaşamamaktadır. Bu nedenle kadınlarda sık görülen meme kanseri erken tanı davranışları, her kadında olduğu gibi mevsimik tarım işçisi kadınlar için de oldukça önemli bir yere sahiptir (39-41).

2.2. Meme Kanseri

Kanser, dünyada her yıl milyonlarca insanı etkileyen morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biri olarak bugün karşımıza çıkmaktadır (42).

Meme kanserinin basit bir ifadeyle tanımını yapmak gerekirse, meme dokularında oluşan bir çeşit kanser olduğunu söyleyebiliriz (43). Meme kanseri, hücrelerin yapısının değişmesi ve kontrolsüz çoğalması sonucunda ortaya çıkan bir hastalıktır. Kontrolsüz çoğalan ve çoğunlukla yumru olarak hissedilen hücrelerin, tümör oluşumuna neden olabilmesi, etraflarındaki dokulara ilerlemesi veya vücudun diğer bölgelerine metastaz yapabilmesi söz konusu olabilmektedir (44).

Bununla birlikte meme kanserinin memenin farklı bölgelerinde ortaya çıkabilmesi de mümkündür. Çoğunlukla süt kanallarında ortaya çıkabilmekle beraber, hastalık süt bezlerinde de görülebilmektedir. Ayrıca kitle olarak görülmesi mümkün olduğu gibi, belirti vermeksizin sadece taramalarda tespit edilebilmesi de mümkün olabilmektedir. Ancak bir kısmı iyi huylu olan ve kontrolsüz büyüme göstermeyerek diğer bölgelere dağılmayan kitlelerin her zaman risk unsuru taşıdığı da belirtilmelidir (44).

Öte yandan meme kanserinin etiyolojisi tam bir kesinlik göstermemektedir. Genetik, hormonal, çevresel, sosyal, psikolojik ve/veya biyolojik etmenlerin meme kanseri oluşumunda kayda değer bir etken oluşturduğu tespit edilmiş olmakla birlikte, hastalığı taşıyan kadınlar içerisinde sözü edilen etkenlerin belirlenemediği de görülmüştür (45). Bununla birlikte risk faktörlerini ayrıntılı olarak ele almanın hastalığı tanıma noktasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.2.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Majör Risk Faktörleri

Cinsiyet: Meme kanseri risk faktörleri arasında cinsiyet önemli bir etkendir. Östrojen hormonuna bağlı olarak, kadınlarda meme kanseri erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Yapılan araştırmalar hastalığın görülme sıklığının, kadınlarda erkeklere oranlar ortalama 100 kat daha fazla olduğunu göstermiştir (46).

Yaş: Meme kanserinin görülme sıklığında ve hastalığın seyrinde yaşa bağlı olarak önemli bir artış söz konusudur. 20 yaşın altında meme kanseri görülme riski oldukça seyrek iken, 60 yaşın üstünde risk daha fazladır (47).

Irksal Yapı: Beyaz ırktaki kadınların, siyah ırktaki kadınlara oranla meme kanserine yakalanma riski daha fazladır. Ancak siyah ırktaki kadınlarda mortalite oranı daha yüksektir (48,49). Bununla beraber her iki ırkta kadınlar, Asya Pasifik Bölgesi kadınlarından daha fazla insidansa ve daha fazla mortaliteye sahiptirler (50).

Aile Yatkınlığı: Ailede meme kanseri öyküsü olan kadınlarda, meme kanseri görülme riski artmaktadır. Özellikle birinci dereceden akrabalarda birden çok sayıda meme kanseri öyküsü var ise, risk katlanarak artmaktadır (51).

Menarş/Menopoz Yaşı: Menarş ve menopoz yaşları kadınlarda meme kanseri riskini etkileyen faktörlerdir. Erken yaşta ortaya çıkan menarşın -12 yaş öncesi- ve geç yaşta ortaya çıkan menopozun -55 yaş sonrası- risk oranlarını belirgin olarak artırdığı tespit edilmiştir (52).

Genetik Yapı: Araştırmalara göre; BRCA1 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcı genleri, meme kanseri riskini artırmaktadır (53). BRCA1 geninde meme kanseri risk oranı % 45, BRCA2 geninde % 35'tir. Her iki genin birlikteliğinde ise risk % 50-70 oranındadır (54). Diğer taraftan BRCA2 ile hareket eden PALB2 geni de mutasyon taşıyıcı bir gen olarak meme kanseri riskini artırmaktadır (55).

Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri

Alkol/Sigara: Alkol ve sigara kullanımı özellikle kadınlarda meme kanseri görülme riskini pozitif yönde etkilemektedir. Kullanım miktarına ve kullanım süresine bağlı olarak risk oranı artış göstermektedir (56).

Obezite: Yüksek yağ içerikli beslenme sonucu ortaya çıkan obezitenin, meme kanseri risk oranlarını artırdığı belirlenmiştir (57).

Radyasyon: Atom bombası mağdurlarında meme kanseri görülme oranlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (58). Bununla beraber, düşük dozlardaki radyasyon etkilerinin de -rayoterapi gibi- meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (59).

Fiziksel Aktivite: Düzenli bir şekilde fiziksel aktiviteye sahip olan kadınlarda, sedanter bir yaşam süren kadınlara oranla meme kanseri görülme riski daha azdır. Her türlü spor egzersizlerinin ve yürüyüşün risk oranlarını belirgin olarak azalttığı görülmüştür (60).

Doğurganlık/Emzirme: Doğurganlık durumu taşıyan kadınların, doğum yapmayan kadınlara oranla daha az meme kanseri riski taşıdığı kanıtlanmıştır. Doğum

sayısının fazlalığı ve ilk doğumun 30 yaşından önce yapılmış olması da riski negatif yönde etkileyen etmenlerdir (61). Ek olarak emzirmenin varlığı ve emzirme sürelerinin uzunluğu da risk oranlarını önemli ölçüde azaltmaktadır (62).

Beslenme: Aşırı yağ içerikli gıdalar yerine, lif oranları yüksek gıdaların tercih edilmesinin meme kanseri riskini azalttığı tespit edilmiştir. Bununla beraber yine A vitamini yönünden zengin gıdaların da meme kanserine karşı koruyucu özeliğe sahip oldukları ifade edilmiştir (63).

Pestisit Maruziyeti: Pestisit maruziyetinin olması kanser riskini arttırmaktadır. Meme kanserinde de pestisitlerin etkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda böcek ilacına maruz kalma ile meme kanseri gelişim riskinin arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca kadınlar premenapozal ve erken ergenlikte iseler bu risk daha da artmaktadır. Bu nedenle MTİ kadınlar pestisit kullanımında dikkatli olmalıdırlar (64,65).

Hiç Çocuk Sahibi Olunmaması/İlerleyen Yaşlarda Cocuk Sahibi Olma: Eğer kadınlar 30 yaşından sonra ilk çocuklarına sahip olmuşlar ise veya çocuk sahibi olamamışlar ise büyük oranda risk altında olduğu belirtilmektedir (66).

Oral Kontraseptif ve Hormon Replasman Tedavisi: Oral hormonal menopoz tedavisinde meme kanseri riskinde etkili olup olmadığı tedavi süresi ile ilişkilidir. Literatürde tedavi süresinin beş yıl olmasının meme kanseri riskini %15, on yıllık kullanımın ise %34 oranında arttırdığı belirtilmektedir (67).

2.2.2. Meme Kanserinin Kadınlarda Görülme Sıklığı

Meme kanseri, kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Bu nedenle dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2018 yılı verilerine göre dünya üzerinde yaklaşık 2.1 milyon kadına, 2012 yılı verilerine göre %19'luk bir artış oranıyla, meme kanseri teşhisi konulmuştur (1). Böylece sadece kadınlarda, %24.2 oran ve 2.088,849 kişi ile en yüksek insidansa; % 15 oran ve 626.679 kişi ile en çok ölüme neden olan kanser olarak karşımıza çıkmaktadır (62,8).

Diğer taraftan 2020 verilerine göre; meme kanserinin dünya genelinde, her iki cinsiyet söz konusu olduğunda %11.7; sadece kadınlar söz konusu olduğunda %24.5'lik oran ile en fazla tanı alan kanser olduğu tespit edilmiştir. Her iki cinsiyette, akciğer kanseri, kolorektal kanser, hepatoselluler kanser ve mide kanserinden sonra % 6.9 ile beşinci sırada, sadece kadınlarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ayrımı yapılmaksızın %15.5 ile birinci sırada yer aldığı ifade edilmiştir (2,69).

Gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlarda gelişmemiş ülkelerde yaşayan kadınlara oranla meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Bununla beraber gelişmekte olan ülkelerdeki mortalite oranlarının daha yüksek olduğu da ortaya konulmuştur. Yapılan araştırmalarda, özellikle gelişmiş ülkelerdeki erken tanı ve teşhis ile asemptomatik aşamalar ve tarama uygulamaları ile terapötik ilerlemeler sayesinde, meme kanserinin çoğunlukla olumlu bir prognoza sahip olduğu da görülmektedir (70). Ancak yapılan tüm laboratuvar, epidemiyolojik ve klinik çalışmalara rağmen, araştırmalar göstermektedir ki meme kanseri insidansı artmaya devam etmektedir (71).

Son verilere göre ise; dünya genelinde akciğer kanseri, tahmini 1.8 milyon ölümle %18, kolorektal %9.4, karaciğer %8.3, mide %7.7 ve kadın meme kanseri %6.9 ile kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam ederken, kadın meme kanseri türü en sık teşhis edilen kanser olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır. Kadın meme kanseri 2.3 milyon yeni vaka ile %11.7, akciğer %11.4, kolorektal % 10, prostat %7.3 ve mide %5.6 kanserleri izlemiştir (72).

Ülkemizdekadınlarda ise meme kanseri (47,7/100.000 kişide YSH) en sık görülen kanser türüdür. Her 4 kadın kanserinden birisi olmayı sürdürmektedir (73).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık Okuryazarlığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireylerin iyi sağlık durumunun sürdürülmesi, geliştirilmesi için sağlık ile ilgili bilgiye ulaşması, bilgiyi anlaması ve bilgiyi kullanmasını sağlayan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (74).

Bu beceriler arasında okuma, yazma, dinleme, konuşma, aritmetik ve eleştirel analiz ile iletişim ve etkileşim becerileri yer almaktadır (75). Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık durumu ile ilişkilidir ve bireyin sağlığı ve yaşam tarzı ile ilgili proaktif bir rol üstlenebilmesi, sağlık çalışanları ve kurumlarıyla olan karşılaşmalarda aktif olarak performans gösterebilmesi için önemli bir ön koşul olarak görülmektedir. Bu, özellikle bir veya daha fazla kronik rahatsızlığı olan, sağlık profesyonelleriyle daha sık etkileşime giren ve hastalıklarının kendi kendine yönetiminde aktif olması gereken kişiler için geçerlidir (76).

Sağlık okuryazarlığı sağlık alanında kitlelerin bilinçlendirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması, ortaya çıkmadan önceki aşamada hastalıkların önüne geçilmesi, ortaya çıktıktan sonra ise bununla başa çıkma yollarının tespiti ve sürecin doğru şekilde yönetilmesi gibi açılardan bireysel, toplumsal ve kurumsal boyutlara sahiptir (77).

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığının Kapsamı

Günümüzün modern sağlık sistemi, bireylerin kendi yaşamları konusunda daha fazla sorumluluk almaları gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bugün artık sağlık hizmetlerinde bireyin öz sorumluluğunun artması, sağlık bilgilerini anlamaları, kendileri ve diğer kişilerin sağlığı ileilgili karar alabilmeleri yönünde yeni roller almalarını gerekli hale getirmiştir (78). Diğer bir ifadeyle, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için hasta olduklarında uygun sağlık bilgisine ulaşmaları, anlamaları ve bu bilgi doğrultusunda davranabilmeleri sağlık okuryazarlık becerileri kapsamında önem taşımaktadır (14). Çünkü sağlık okuryazarlığı bilgi ve becerilerine ulaşmak, yaşamsal çerçevede karar vermeyi etkileyen bir süreci kapsamaktadır (79).

Böylece sağlık okuryazarlığı, hastanın güçlendirilmesinin önemli bir boyutu olarak; hastalık, sağlık ve bakımın her alanında yüksek kaliteli bilgi oluşturulması safhasında hasta güvenliğiyle son derece ilişkili bir şekle dönüşür (80). Sağlığın hastaların bakım ve tedavi alma konusundaki verimliliğini belirleyen kritik bir yönünü oluşturur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan olası yetersiz sağlık okuryazarlığı durumu varlığı ise hastalığın tespit ve tedavisi sürecinde, ilaç hataları, hizmet sunucular

ve hastalar arasında kötü iletişim, tedaviye iyi uyum sağlayamama, sorunların devam etmesi nedeniyle hastaneye tekrar başvurma/başvurmama, sağlık durumuna ilişkin komplikasyonlar ve istenemeyen hizmet hataları gibi sorunlara yol açar (81).

Bunun yanında sağlık okuryazarlığı bilgi ve beceri düzeyinde eksikliğin neden olduğu durumları şu şekilde ifade etmek mümkündür (75). Daha düşük bir kalitede seyreden genel sağlık seviyesi, daha düşük bir oranda koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tedavi hizmetlerinden faydalanma, yetersiz bilgi ve becerilere bağlı olarak kronik hastalıklarda bakım ve tedavide muhtaçlık, yetersiz öz bakım, hatalı tedavi ve ilaç kullanımı, gecikmiş semptomatik dönem sağlık tarama davranışları, yetersiz tıbbi öneri ve talimatlara bağlılık, daha sık ve daha uzun sürelerde hastanede yatış ve son olarak yüksek mortalite oranı olarak ifade edilebilir (75,83).

2.3.3. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Sağlık Okuryazarlığı

Bireyler ve toplumlarda sağlık seviyelerini gösteren sosyal, ekonomik, kültürel, çevresel ve kişisel unsurlar genel belirleyiciler olarak kabul edilmektedir. Maddi olanaklar/olanaksızlıklar, istihdam oranları, çalışma şartları, eğitim yapısı, sosyal statü, sağlık hizmetlerinden faydalanma ve çevre baskısı/desteği gibi tüm unsurlarsağlık seviyelerinin potansiyel belirleyicileri durumundadır (84).

MTİ'ler, işgücünün nicel olarak önemini artıran, her iki cinsiyetten ve her yaş grubundan çalışanların olduğu, düşük eğitim seviyesi ve düşük okuryazarlık oranlarının hâkim olduğu, ekonomik yetersizlikler içerisinde barınma ve beslenme zorlukları yaşayan, genel olarak kötü çalışma koşullarına mecbur edilen grupları kapsamaktadır (38). Özellikle kadınlar söz konusu olduğunda ise mevsimlik tarım işçileri; bireysel kimliklerin silindiği, söz hakkı edinememiş, kaderci, karamsar ruh haline sahip umut yoksunu göçebe bir kültürü temsil etmektedir (85).

Bunun yanında sağlık okuryazarlığının demografik, ekonomik, sosyal, kültürel ve çevresel unsurlardan, okuryazarlık seviyelerinden, kişisel özelliklerden ve sağlık hizmetlerinin yaygınlığından etkilendiği de bilinmektedir (75). Sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici olan demografik unsurlar içinde; cinsiyet, yaş, etnik topluluk, medeni

hal, ekonomik koşullar, eğitim seviyesi ve çalışma koşulları yer almaktadır. Genel olarak kadınlarda, yaşın ilerlemiş olduğu durumlarda, bekarlarda, eğitim seviyesi düşük, gelir durumu kötü olanlarda sağlık okuryazarlığına rastlanmadığı ya da yetersiz olduğu kanıtlanmıştır (10).

Mevsimlik tarım işçilerinde sağlık okuryazarlığı durumlarının değerlendirilmesinde, bu yapılar için öncelikle kültürel unsurların baskın olduğu söylenebilir. Söz konusu işçiler arasında kültürel unsurlar; etnik yapı, göçmenlik hali, konuşulan dil gibi etmenleri barındırmaktadır. Bu etmenler, sağlık hakkındaki bilgileri okuyup anlamayı ve öğrenmeyi zorlaştırmaktadır. Bu anlamda MTİ'ler arasında sağlık okuryazarlığı, bireylerin alt kültür yapılarına bağlı olarak öncelik kazanmaktadır. Bireyler, sağlık temsilcileri tarafından verilen belge, bilgi ve tavsiyeleri, kendi kültürel alt yapıları ve kendi kültürel birikimleri çerçevesinde anlamlandırırlar. Bu nedenle bireyler, hastalığın tanımı ve kapsamı, nedenleri, belirtileri, tetkik ve tedavi yolları hakkındaki bilgileri, yaşam sürdükleri kültürel yapının içinde ancak kendi kültürel yapılarına göre değerlendirirler. Farklı kültürel yapılar ve dini inançlar, tanı ve tedavi süreçlerini doğrudan etkileyerek, doğru tedavinin belirlenmesinde ve sürdürülmesinde, ilaç kullanımında çeşitli zorlukların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Böylece iletilen sağlık bilgileri sahip olunan sağlık okuryazarlığı nispetinde bireylere ulaştığından, sonuç alınması konusunda başarı elde edilmesi de büyük bir oranda sağlık okuryazarlığı yeterliliklerine bağlı olmaktadır (86).

MTİ'lerin sağlık okuryazarlığı değerlendirilmesinde bir diğer önemli etken olarak psiko-sosyal unsurlar ön plana çıkmaktadır. Öz yeterlik tutum ve davranışları, sahip olunan kültürün baskın özellikleri, bireysel kimlik problemleri, toplum içinde alınan her türlü destek, sosyal destek ve sağlık konusundaki tüm farkındalıklar psiko-sosyal unsurları kapsayarak, sağlık okuryazarlığı üzerinde belirleyici bir rol üstlenmektedir. Bununla birlikte, sağlık konusundaki tüm inanç, umut ve umutsuzluklar, ailesel ve çevresel sosyal destek yetersizliği ve bu doğrultuda yapılan algısal değerlendirmeler, davranış biçimleri üzerinde belirleyici olarak, bilgiye ve belgeye ulaşmada isteksizlik yetersiz sağlık okuryazarlığı durumlarını ortaya çıkarmaktadır (87,88).

Öte yandan MTİ'lerde okuryazarlık oranlarının düşük olması da sağlık okuryazarlığı seviyelerini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca ekonomik durumun kötü olması da sağlık okuryazarlığı seviyelerini düşürmektedir (10).

Bir diğer unsur olarak mevsimlik tarım işçilerinin sahip oldukları, fiziksel yeterlilikler ve yetenekler, ifade edebilirlik, anlamlandırabilirlik, kavrayabilirlik ve çözümleyebilirlik becerileri şeklinde ifade edebileceğimiz bireysel ve bilişsel özellikler de bir döngü içerisinde sağlık okuryazarlığı seviyelerini düşürmektedir (75).

Son olarak MTİ'lerinsağlık okuryazarlığı değerlendirmesinde, sağlık sistemine ait verilerin de belirleyici olduğunu söylemek mümkündür. Genel sağlık sigortasının yokluğu, bu noktada sağlık hizmetlerinin ulaşılmazlığı, sağlık hizmetleri işleyişindeki karmaşıklıklar, işleyişteki aksaklıklar ve sağlık kurumu-hasta, hekim-hasta, hemşire-hasta ve diğer sağlık personeli-hasta arasındaki ilişkilerin açık, yalın ve samimi düzeylerde sürdürülememesi de yine MTİ'lerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşmesine neden olmaktadır (89). Bireysel özellikler dahilindeki öz güven eksikliği de devreye girdiğinde, eşitsiz ilişkilerdeki çekimserlik, çekingenlik ve kendini yeterli ifade edememe durumu, tanı ve tedavilerdeki uygulamalarda tam, doğru ve kapsamlı bilgiye ulaşma konusunda sıkıntı oluşturmaktadır. Böylece yanlış ve yetersiz bilgi, uygulama ve tedavilerde istenmeyen sonuçlara sebep olabilmektedir (90).

Sonuç olarak toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltecek şekilde bireylere eksik oldukları konularda sosyal destek verilmesi önem taşımaktadır (91).

2.4. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, bireyin sosyal çevresi tarafından verilen desteğin, bireyde ortaya çıkardığı koşulsuz doyum olarak da ifade edilebilir (92). Diğer taraftan sosyal destek; kısa dönemli krizlerin ve yaşam geçişlerinin, uzun dönemli güçlüklerin, streslerin ve yoksunlukların üstesinden gelebilmek için uyumsal yeterliliği geliştirmeye yönelik hizmet veren bireyler ya da gruplar arasındaki ilişkisel süreçtir (93,94). Sosyal destek bu doğrultuda stresli olaylar, yaşamsal zorluklar ve kronik sorunların olumsuz etkilerinden

korunmayı sağlar, bireylerin yaşadığı olumsuz tecrübeler sonrasında ortaya çıkan yetersizlik duygusunu ortadan kaldırır (92).

Sosyal destek konusunda yapılan tüm araştırmalar bireylere sağlanmış olan sosyal desteğin, bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkardığını destekler niteliktedir (95). Bu çalışmalardaki çeşitli ölçeklendirme çalışmaları ile sosyal desteğin her gün yaşamda önemli bir rol oynayabileceği, bireylerin kendilerini diğerleriyle bütünleşik ve bağlantılı hissetmelerine, değerli bir kimliğe sahip olmalarına ve stresli koşullarla daha iyi baş edebilmelerine yardımcı olabileceği kanıtlanmıştır (96). Çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre, sosyal ilişkilerin niceliği veya kalitesi düşük olanlara kıyasla, yüksek kalitede veya miktarda sosyal ağlara sahip olanların hastalığa yakalanma ve ölüm riskinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (97).

Ayrıca sosyal destek, bireyin ilgi gördüğüne, sevildiğine ve sıkıntıların, sorumlulukların ve yükümlülüklerin paylaşıldığı bir sosyal çevreye dahil olunduğuna dair inancın pekişmesine katkı sağlamaktadır (98). Bu noktada sosyal desteğin sonuçlarının niteliği, alınan kaynağa ve destek türüne bağlı olarak değişebilmektedir. Sosyal destek aile üyeleri, arkadaşlar, mesleki çevre, özel bir insan veya sağlık ekibi gibi farklı kaynaklardan alınabilir (99). Sonuç olarak, aileden veya çevreden alınan sosyal desteğin, iyileşme sürecini hızlandırdığı, öz yönetim davranışlarını teşvik ettiği ve yaşam motivasyonuna katkı bulunduğu yadsınamaz bir gerçekliğe sahiptir (100).

2.4.2. Sosyal Destek Türleri

Sosyal desteği üçe ayırmak mümkün. Bunlar maddi, duygusal ve bilişsel destek (101).

Maddi destek; bireyinlerin günlük yaşama ilişkin aktivitelerinin aksamaması veya öngörülemeyen masraflarının (sağlık ve ilaç) olması durumunda gerekli maddi desteğin başkaları tarafından sağlanmasıdır (101).

Duygusal destek*;* bireylerin yaşamları ile ilgili bütün olaylarda sevgi, değer görmesi, düşünülmesi ve kabul edilmesidir. Bireylerin sorunları ile başetmelerinde oldukça önemlidir (101).

Bilişsel destek; bireylerin problem çözmelerinde ve karar alma ile ilgili mekanizmalarını kullanmalarında aldıkları destekleyici önerilerin hepsini oluşturmaktadır (101).

Algılanan Sosyal Destek; MTİ kadınların da tüm bireylerde olduğu gibi algıladıkları sosyal destek daha çok kişilerin değişebilen duygudumlarından etkilenmektedir. Bireylerin daha çok sevildiğini, sayıldığını hissetmesi, ihtiyaç duyuduğunda yardım alabileceği birilerinin olduğunu düşünmesi onun algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum bireylerin kendilerine verdikleri değerin bir göstergesidir. Benlik saygısının artmasını sağlamaktadır ve bu durum sağlığı koruyucu ve geliştirici davramışlarda önemlidir (102).

2.4.3. Mevsimlik Tarım İşçiliği ve Sosyal Destek

Zor ve stresli durumlarla karşılaşıldığında olaylarla baş edebilme gücü sağlayan, sosyal destek algısı; aile, iş ve diğer yakın çevreden oluşan kişilerden beklenen bir davranış biçimidir. Sosyal destek; özellikle MTİ kadınlar açısından ataerkil yapılar söz konusu olduğu için, beklenilen ölçülerde gelişme gösterememektedir (103).

Ataerkil yapılarda kadının değeri ve önemi, yaşadığı zorluklar ve sıkıntılar, baş edebilirlik duygusundan yoksunluğu, yaşadığı kültürel yapı ve yaşam koşulları geri planda değerlendirilirken; aranılan sosyal destek kavramsal bir ifade olmaktan öteye geçememektedir. Meme kanseri gibi çoğunlukla kadınların baş etmek zorunda kaldığı hastalık türünde, sosyal destek algısından yoksun olan MTİ kadınları, çoğunlukla hastalıkla yüzleşmeye cesaret gösteremediği için baş edebilme gücünü kendilerinde bulamayabilirler (104,105).

MTİ kadınlar, meme kanserinin tanı aşamasında ve sonrasında belirlenen tedavi sürecinde, stres, anksiyete, depresyon, karamsarlık, çaresizlik, hayal kırıklığı, gelecek kaygısı, belirsizlik, hastalığın yaşatacağı zorluklar, kadınlık kaybı kaygısı, ölüm kaygısı gibi pek çok duygu karmaşasını bir arada yaşarlar (104). Tanı süreci sonrasında kadınların farklı kaygılar ortaya koyması, olası krizlerle baş edebilme noktasında desteğe ihtiyaç duymalarını da beraberinde getirir. Tanı sonrası süreçte kadınların stres, anksiyete ve

depresyon yaşanırken, sonraki süreçte yaşamsal aktivitelerde de önemli kayıplar olduğu düşünülüp yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalmaktadır (105).

Tedavi sonrası süreçte ise bedensel özelliklerin kaybı ve bu doğrultuda yaşanan değişimler; yoksulluk, yetersizlik, çaresizlik içinde sürdürülen yaşam koşulları üstesinden gelinemeyecek durumların ortaya çıkmasını kaçınılmaz hale getirebilir. Aynı zamanda saç dökülmesi, kilo kaybı, güç kaybı, hormon değişimi ve mide bulantısı gibi olası durumları kaygıyla karşılayarak, tanı sürecini öteleme, reddetme, kaçınma davranışları gösterebilirler (106).

Hastalığın tanı ve tedavi sürecinde ailesel ve çevresel destekten yoksun olan bu kadınlar, yaşam koşullarının ve göçebe yaşam biçiminin de bir sonucu olarak sağlık kurumlarından ve profesyonel sağlık ekiplerinden de yeterli sosyal destek göremezler. Genel sağlık sigortasının eksikliği, sağlık personeli ile korku ve kaygıya dayalı olan iletişimleri, etnik farklılık, çoğu zaman dil nedeniyle anlaşmazlıkların olması, yabancılık ve dışlanma, güvensizlik ve ifade eksikliğinin beraberinde sosyal destek algısının düşük olması, tanı ve tarama kontrollerinden uzak durma çabasını da beraberinde getirir (107,108).

MTİ kadınlarda, sosyal desteğin yetersiz olması nedeniyle sahip olunan tüm olumsuz duygu ve düşünceler, beraberinde umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu pekiştiren ve yaşam kalitesini düşüren bir nitelik kazanır (109). Yetersiz sosyal destek algısına sahip olan kadınlar tanı ve tedavi süreçlerine uyumsuzluk gösterdiğinden, morbidite ve mortalite oranlarında artışlar söz konusu olabilmektedir (110).

Öte yandan kadınların sosyal destek yetersizliği eşleri ile olan ilişkisini etkileyebilmektedir. Kadın olarak işlevlerini yerine getiremeyeceğini düşünmesi sosyal desteğe gereksinimini arttıracaktır. Eşlerinden ve ailelerinden bekledikleri sosyal desteği göremeyen kadınlar, yaşadıkları ruhsal problemler içerisinde yoğun stres ve anksiyete bozuklukları gösterebilirler (88). Literatürde kadınların eşlerinden sosyal destek görmek istedikleri, beklentilerini karşıladıkları ölçüde ise tedavi süreçlerini çok daha kolay atlattıkları saptanmıştır (111). Yine yapılan araştırmalar; aile, arkadaş ve yakın çevre tarafından gösterilen olası sosyal destek düzeylerindeki azalmanın da stres ve depresyon düzeylerini artırdığını desteklemektedir (112). Sonuç olarak MTİ kadınların sık görülen

meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerinde sosyal destek oldukça önemlidir (113).

2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı

Meme kanserinin kadınlar arasında en sık ortaya çıkan kanser türü olmasına rağmen, diğer kanserlere oranla kadınların hayatta kalma şansı oldukça yüksektir (114).

Meme kanseri tanısının, elle muayenede farkedilen kitle ile ya da asemptomatik zamanda yapılan taramalarla doğrulandığı görülmektedir. Söz konusu bölge derisinin normal ötesi kalınlık göstermesi, portakal kabuğu özellikli deri oluşumu, bölgesel renk değişimi, ödem, ülserasyon, uç bölgede çekilme durumu, meme ucu akıntısı vb. ayrıntılar da ayrıca tanı sürecinde önem taşımaktadır (115). Meme kanserinde erken tanı ile hastalığın insidansı ve mortalite oranları büyük ölçüde azalmaktadır. Bilinen erken tanı yaklaşımları çerçevesinde uygulanan tarama yöntemleri bu noktada hayat kurtarıcı bir değere sahiptir (116). Meme kanserinde ortalama beş senelik yaşamsal süre oranları, gelişmekte olan ülkelerde %53 iken, bu oran gelişmiş ülkelerde %73 civarındadır. Gelişmiş ülkelerdeki insidansın fazlalığına rağmen görülen bu belirgin fark, gelişmiş ülkelerdeki erken tanısına yönelik tarama yöntemleri ve özellikle de mamografi aracılığıyla ortaya konulan tanılar ile tedavi yöntemlerinin daha kapsamlı olabilmesi nedeniyledir. Erken tanıda mamografi olarak adlandırılan görüntüleme yöntemi, hastalığın erken tespitinde kanıtlanmış bir öneme sahiptir (117). Böylece mamografi, radyolojik yöntemler ve biyopsi ile meme sağlığı konusunda farkındalığın artması için önerilen bir yöntem olan kendi kendine meme muayenesi; meme kanseri mortalitesinin azaltılmasında önemlidir. Bu açıdan erken tanıda kadınların eğitilmesi, hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve tarama programlarına katılması, gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır (118).

Yapılan araştırmalarda belirli eğitimlere tabi tutulan kadınlarda erken tanı ve tedavi süreçlerinde çok daha başarılı sonuçlar alındığı belirtilmektedir (119). Düşük gelirli ailelerde yaşayan ve sağlık güvencelerine sahip olmayan kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile tarama yöntemlerine ilişkin uygulamaların gerçekleştirilemediği görülmüştür (120). Benzer biçimde, sosyo-ekonomik açıdan yetersiz bölgelerde yapılan

araştırmalarda da kadınların eğitim durumları ile kendi kendine muayenesi yapma durumları arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (121). Aslında kendi kendine muayene, basit bir yöntem olarak önerilen bir uygulamadır. Ancak bu uygulama için yeterli düzeyde eğitimin ve farkındalığın gerekli olduğu da vurgulanmaktadır (122).

2.5.1. Erken Tanıda Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler, sağlıkla ilişkili terimleri, öğrenilen kavramları ve elde edilen bilgileri, ortaya çıkan yeni durumlara uyarlama becerisi geliştirmiş kişilerdir. Sahip olunan kavramsal bilgi çerçevesinde sağlık konusunda düşünce üretebilme, bu noktadaki tutum ve davranışlara yön verebilme ve yaşamsal aktiviteleri şekillendirebilme sağlık okuryazarlığını kapsayan girişimler olarak görülmektedir. Özellikle erken tanı ve tedavi sürecinde amaç; bireysel ve toplumsal ihtiyaçlara cevap verecek nitelikte bilgi, birikim ve anlamlandırma kapsamında gereken gayretin gösterilmesi ve gereken adımların atılmasıdır (123). Yetersiz sağlık okuryazarlığına bağlı olarak, bilgi, sağlık kurumu ve hizmetlere ulaşımda çeşitli sıkıntılar yaşanabilmektedir. Sağlık okuryazarlığındaki yetersizlikler, bireylerin kavrayamadığı sağlık sistemi işleyişini ve anlamlandıramadıkları sağlık hizmeti gerekliliklerini gündeme getirmektedir. Kuşkusuz bu durum bireylerin kendi sağlıkları söz konusu olduğunda, yeterli hassasiyeti gösterememelerini, doğru kontrolleri uygulayamamalarını beraberinde getirecektir. Erken tanıda, bireylerin sağlık iletişimden faydalanması, sağlıkla ilgili bilgi, belge ve dokümanları takip etmesi, okuduğu ve öğrendiği bilgileri anlamlandırarak değerlendirebilmesi, kendi sağlık durumları söz konusu olduğunda etkin karar verebilme noktasında önem arz etmektedir. Bununla beraber sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz olan bireylerin yaşadıkları sağlık problemlerinin içeriğini anlama ve algılamada zorluk çektikleri, erken tanı süreçlerini kaçırdıkları ve daha ileri seviyelerde hastaneye yatma riskleri taşıdıkları da bilinmektedir (124).

Sağlık okuryazarlığı ifadesinden hareket ederek, bireylerin kendi sağlıklarına yönelik olarak gelen mesajları doğru okuması ve bu doğrultuda doğru kararları etkin olarak alabilmesi ve hemen uygulamaya geçebilmesi hastalığın tespitinde ve tedavi

sürecinde önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, artan nüfus ve zor koşullar da düşünüldüğünde günümüz yaşam şeklinde artık bir ön koşul olarak sunulmaktadır (14).

Yapılan araştırmalarda sağlık okuryazarlığı ile bireysel sağlık yönetimi arasında önemli bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir. Yetersiz ya da düşük seviyelerde ilerleyen sağlık okuryazarlığı seviyelerine karşın, yeterli ya da yüksek seviyelerde ilerleyen sağlık okuryazarlığı seviyelerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanıldığı, kronik hastalıkların tedavisinde daha kolay hareket edildiği, kanserde daha erken tanıların konulduğu ve tedavi sürecinde ivme kazanıldığı görülmüştür. Bununla beraber bu hastalardaki mortalite ve morbidite oranları da çok daha düşük seviyelerde seyretmektedir (125-127).

Olası hastalık süreçlerinde bireylerin, söz konusu hastalık konusunda gereken bilgiye ulaşabilme, hastalıkları ile ilgili belirtileri yorumlayabilme ve verileri değerlendirebilme, tanı süreçlerine zamanında dahil olabilme, fayda ve zararları tespit edebilme, doğru kararları alabilme ve tedavinin gerekliliklerini yerine getirebilme durumlarında, kendilerini zor ve karışık bir sistemin içinde buldukları bilinmektedir (128). O halde olası hastalığın doğru yorumlanması ve doğru ifade edilebilmesi, hastalığın içeriğinin anlaşılması ve dikkat edilmesi gereken noktaların anlaşılması, erken tanı süreçlerinde kolaylaştırıcı bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır (129). Ancak sağlık okuryazarlığının yetersizliği durumunda tüm bu ifade edilenlerin gerçekleşmesi, en küçük ayrıntıların dahi önem kazandığı erken tanı sürecinde imkânsız hale gelmektedir (130). Yetersiz sağlık okuryazarlığının doğru ve yeterli tarama uygulamaları önünde kayda değer bir engel oluşturduğu söylenebilir. Yapılan bir araştırmada meme kanseri tarama uygulamalarında, kendi kendine meme muayenesi ile mamografi çektirmede, yine sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin tarama uygulamalarına katılmadığı belirtilmiştir (131).

Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi, erken tanıda toplum sağlığı açısından daha düşük maliyetleri gündeme getirecektir (132). Yeterli sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olan kişilerin erken tanı ile ilgili tutum ve davranışları; bir taraftan koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyelerini artırırken, diğer taraftan da hastalığın erken safhalarında, erken tedavi süreçlerinde etkili olmaktadır. Dolayısıyla bireysel ve toplumsal maliyetlerde de bir azalma söz konusudur (82).

2.5.2. Erken Tanıda Sosyal Destek Algısının Önemi

Sosyal destek algısı, bir duygusal destek türü olarak bireyin içinden çıkılmaz zor şartlarda ayakta kalmasına olanak tanırken, bir araçsal destek türü olarak gereken durumlarda bireye teknik yardım sağlamaktadır. Sosyal destek algısı bir bilgi desteği olarak ise hastalığın kapsamını, hastalık sürecinde neler yaşandığını ve diğerlerinin nasıl hareket ettiğini tecrübe etmede yardımcı bir unsurdur (133). Bununla beraber aile ve arkadaşların genel hayat içerisinde sağladığı doğrudan destek, bireylerin hayata bakışını, olayları değerlendirişini kolaylaştırmaktadır (134).

Erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde sosyal destek önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal desteğin önleyici davranışların teşvikinde doğrudan yardım sağladığı noktasında, Silva ve arkadaşlarının (2009) yürüttükleri çalışmalarında KKMM ve sosyal destek arasında önemli bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (18). Katapodi ve arkadaşları (2002), katılımcıların sosyal desteğini ölçtükleri çalışmalarında; KKMM'de, hiç yapmayanların sosyal desteğinin, nadiren ve düzenli yapanlardan anlamlı bir şekilde daha düşük çıktığını saptamışlardır (19). Ahmedian ve arkadaşları ise çalışmalarında, sosyal desteğin mamografi tarama davranışlarında etkili olduğunu bildirmiştir (20). Benzer biçimde Farhadifar ve arkadaşları çalışmalarında sosyal desteği yüksek olanların tekrar mamografi çektirme olasılığının daha yüksek olduğu saptamıştır (8). Kang ve arkadaşları da sosyal desteğin mamografi kullanımını artırdığı bildirilmiştir (135).

2.5.3. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarında Sosyal Destek Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini Arttırmada Halk Sağlığı Hemşirelerinin Rolü

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, sorunlar ile başetmede, sosyal destek sistemlerini kullanmak önemlidir. Çünkü bireylerin toplum içindeki varlığını sürdürmesinde bu durum önemlidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin planlanmasında halk sağlığı hemşirelerinin toplum destek sistemlerini tespit etmesi, toplumun kültürel özelliklerini değerlendirmesi gerekmektedir (136). Hemşirelerin bireyleri çevresi ile bir

bütün olarak ele alması bireylerin sosyal destek ağlarının güçlendirilmesine, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin arttırılmasına yardımcı olacaktır (137).

Ayrıca halk sağlığı hemşirelerinin hastalığın tanısı ve genel tedavi süreçleri üzerinde yeterli ve ikna edici düzeyde bilgi vermesi, sosyal destek sistemlerini harekete geçirmesi, eğitimleri bireylerin sosyokültürel özelliklerini de gözönünde bulundurarak planlaması sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek düzeylerinin artmasını sağlayacaktır (138).

Sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek algısının meme kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğu düşünüldüğünde, Halk sağlığı hemşireleri tarafından MTİ kadınlara bulundukları ortamda sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi konusunda danışmanlık yapılması, sağlık eğitimlerinin planlanması ve uygulanması, sağlığı geliştirici davranışların devamlılığını sağlamak için gerekli girişimlerin yapılması önemlidir. Literatürde erken tanı, tedavi sürecinde ve sonrasında bireysel iletişimin bireylerin yaşama olan bağlılığını artırdığı ortaya konulmuştur (139). Halk sağlığı hemşireleri, farkındalığı artırma, hastalığı önleme ve kontrol edilmesini sağlamada başarılı bir katkı sağlamaktadır (140).

Ayrıca doğru verilerin toplanarak yeterli düzeyde verilen danışmanlığın bireylerin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğinin ve ayrıca yapılan düzenli sağlık taramaları ile erken tanının hayat kurtarıcı rolü olduğu düşüncelerinin pekiştirilmesi, halk sağlığı hemşirelerinin temel sorumlulukları arasındadır (141).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Kasım 2020 – Haziran 2021 tarihleri arasında, mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşamakta olduğu Şanlıurfa'nın merkez ilçesi Eyyübiye'deki 01 Nolu Harran Kapı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01 Nolu Harran Kapı Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede yaşayan 20 yaş üstü 4386 kadın oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 353 kadın oluşturmuştur Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evreni bilinenden örneklem hesabı yapılmıştır. Formül aşağıda yer almaktadır.

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1) + t^2.p.q}$$

$$n = \frac{4386 * (1,96)^2 * 0,50 * 0,50}{(0,05)^2 * (4386 -1) + (1,96)^2 * 0,50 * 0,50} = 353 \text{ kişi}$$

Örnekleme dahil edilecek kadınların seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri:

- Mevsimlik tarım işçisi kadın olmak
- Okuma yazma biliyor olmak
- 20 yaş üstü olmak
- Türkçe konuşup anlayabilmek
- Meme kanseri ile ilgili herhangi bir bulgunun olmaması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Meme kanseri erken tanı davranışları (KKMM yapma, KMM yaptırma, Mamografi çektirme) çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

Bağımsız değişkenler: Sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, sağlığı algılama, ailede meme kanseri öyküsü bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmada Birey Tanılama Formu, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Birey Tanılama Formu

İlgili literatürün taranması ile hazırlanan Birey Tanılama Formu; bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin bilgi ve davranışlarını içeren 22 sorudan oluşmuştur (142) (Ek 1).

3.5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)

Sorensen ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek 47 madde ve iki bölümden oluşmaktadır (143). Ölçek daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorenson tarafından sadeleştirilerek geçerlik ve güvenirliği test edilmiştir. (144). Ülkemizde çalışmanın Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aras ve Temel tarafından Aralık 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (145). Ölçek, 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçeği dört alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar: erişim, anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulamadır. Ölçek puanları 25- 125 arasında değişiklik göstermektedir. Bireylerin 1-5 arasında puan verebildiği, "5: Hiç zorluk çekmiyorum, 4: Az zorluk çekiyorum, 3: Biraz zorluk çekiyorum, 2: Çok zorluk çekiyorum, 1: Yapamayacak durumdayım/ hiç yeteneğim yok/ olanaksız" şeklinde düzenlenmiş beş dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçekte tüm maddeleri olumlu yapıda cümleler içermektedir. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır (144). Ölçeğin cronbach alfa toplam değerleri 0.92 iken, alt ölçeklerin alfa değerleri 0.62-0.79 arasındadır (145) (Ek 2). Bu çalışmada ölçeğin toplam chronbach alfa değeri 0.94 bulunmuştur.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiştir (146). Ülkemizde çalışmanın Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının ikincisi ise aynı grup tarafından 2001 yılında yinelenmiştir. Ölçek 12 madde ve üç alt boyuttan (aile, arkadaş, özel bir kişi) meydana gelmiştir. Ölçeğin ve alt boyutların güvenilirlik puanları, toplam: 0.89; aile: 0.85; arkadaş: 0.88; diğer önemli kişi: 0.92 şeklindedir. Her alt boyutun 4 maddeden oluştuğu ölçekte, aile desteğini 3,4,8,11. maddeler, arkadaş desteğini 6,7,9,12. maddeler ve diğer önemli kişi desteğini 1,2,5,10. maddeler oluşturmuştur. Bireylerin katılmadıkları cümlelere en az 1, katıldıkları cümlelere en fazla 7 puan verebildiği, "Kesinlikle Hayır 1,2,3,4,5,6,7 Kesinlikle Evet" şeklinde düzenlenmiş yedi dereceli likert tipi bir ölçektir Ölçekte dörder maddeden oluşan alt boyut puanları toplandıktan sonra toplam ölçek

puanına ulaşılır. Böylece alt ölçek puanları 4-28, toplam ölçek puanları 12-84 arasında değişiklik göstermektedir (147). Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin cronbach alfa toplam değeri 0.88 iken; alt ölçeklerin alfa değerleri, aile 0.85; arkadaş 0.88; diğer önemli kişi 0.92 olarak tespit edilmiştir. (148) (Ek 3). Bu çalışmada ölçeğin toplam chronbach alfa değeri 0.85 bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Birey tanılama formu ile ilgili halk sağlığı hemşireliği alanında öğretim üyelerinden uzman görüşü alınmıştır. Ön uygulama için 10 mevsimlik tarım işçisi kadına veri toplama formları uygulanmıştır. Ön uygulama yapılan 10 kadın örnekleme alınmamıştır.

Araştırmanın gerçekleştirileceği bölgede yaşayan mevsimlik tarım işçisi kadınlar evlerinde ziyaret edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları pandemi tedbirlerine dikkat edilerek doldurulmuştur. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür. Veriler toplandıktan sonra MTİ kadınlara, meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında kısaca bilgilendirme yapılmıştır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS 20.0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama değerler kullanılmıştır. Ayrıca ki kare testi, Mann Whitney U testi ve bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (23.11.2020 tarih 20 nolu oturum ve 01 sayılı karar), il Sağlık müdürlüğü'nden ve çalışmaya katılacak olan bireylerden izin alınmıştır.

4. BULGULAR

MTİ kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de yer almaktadır. Kadınların yaş ortalaması 31.03 (±8.35) olup, %62.6'sı evli, %35.7'si üniversite mezunu, %81.9'u çalışmayan grubu oluşturmaktadır. Ayrıca %54.4'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %36.6'sının gelirinin giderinden az olduğu, %46.3'ünün eş ve çocuklarla yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %51.6'sı sağlığını iyi olarak algıladığınıifade etmiştir.

Tablo 4. 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Medeni Durum		
Evli	221	62.6
Bekar	132	37.4
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	126	35.7
Ortaokul Mezunu	98	27.8
Lise Mezunu	79	22.4
Üniversite ve üstü	50	14.2
Çalışma Durumu		
Evet	64	18.1
Hayır	289	81.9
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	129	36.6
Gelir gidere eşit	208	58.9
Gelir giderden fazla	16	4.5
Sağlık Güvence		
Evet	192	54.4
Hayır	161	45.6
Birlikte Yaşanılan Bireyler		
Eş-çocuk	163	46.3
Eş-çocuk-akraba	58	16.4

Tablo 4. 1. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Akraba	123	34.8
Yalnız	9	2.5
Sağlığını Algılama Durumu		
İyi	182	51.6
Orta	155	43.9
Kötü	16	4.5
Toplam	**353**	**100**

MTİ kadınların meme kanseri ve erken tanı davranışları ile ilgili bazı özellikleri Tablo 4.2'de yer almaktadır. Kadınların %76.2'si ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığını, %51'i meme kanseri erken tanı davranışlarını duymadığını, %51.6'sı meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında bilgi aldıklarını, bilgi alanların %66.5'i sağlık personelinden bilgi aldığını, bilgi almayanların %66.7'si bilgi almak istediklerini ifade etmiştir.

MTİ kadınların %38.5'i KKMM yaptığını, KKMM yapmayanların %44.7'si bilmediği için yapmadığını belirtmiştir. Ayrıca kadınların %69.8'i KMM yaptırdığını, %49.2'si mamografi çektirdiğini ifade etmiştir. Mamografi çektirmeyen kadınların %43.8'i bilmediği için çektirmediğini belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Ailede Meme Kanseri Öyküsü Varlığı		
Var	84	23.8
Yok	269	76.2
Meme kanseri erken tanı davranışlarınıduyma durumu		
Evet	173	49.0
Hayır	180	51.0

Tablo 4. 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında bilgi alma durumu		
Evet	182	51.6
Hayır	171	48.4
Bilgi Kaynakları(n=182)		
Bir sağlık personelinden	121	66.5
Televizyon veya radyodan	29	15.9
Kitap, dergi veya broşürlerden	21	11.5
Diğer	11	6.1
Eğer bilgi almadıysanız bilgi almak ister misiniz? (n=171)		
Evet	114	66.7
Hayır	57	33.3
KKMM Yapma Durumu		
Evet	136	38.5
Hayır	217	61.5
KKMM Yapma Sıklığı		
Hiçbir Zaman	214	60.6
Ara sıra	98	27.8
Her ay	41	11.6
KKMM yapmama nedenleri (n=217)		
Bilmiyorum	97	44.7
Zamanım yok	19	8.8
Meme kanseri olabilirim	1	0.5
Meme kanseri yaşlı kadınlarda olur	13	6.0
İhtiyaç duymadım	83	38.2
Daha önemli sorunlarım var	4	1.8
KMM Yaptırma Durumu (n=63)		
Evet	44	69.8
Hayır	19	30.2
Mamografi Çektirme Durumu (n=63)		

Tablo 4. 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri ve Erken Tanı Davranışları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Evet	31	49.2
Hayır	32	50.8
Mamografi Çektirme Sıklığı		
Hiçbir Zaman	32	50.8
Ara sıra	5	7.9
Yılda Bir Kez	5	7.9
İki Yılda Bir	21	33.4
Mamografi çektirmeme nedenleri (n=32)		
Bilmiyorum	14	43.8
Meme kanserinin kendinde olmayacağını düşünme	8	25.0
Zaman ayırmama	3	9.4
Mamografinin ışın yaydığını düşünme	3	9.4
Doktorun erkek olması	4	12.4

MTİ kadınların SOYÖ ve ÇBASDÖ puan ortalamaları Tablo 4.3'te yer almaktadır. Çalışmada kadınların SOYÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, bilgiye erişim alt boyutu 18.04 (±5.24), bilgileri anlama alt boyutu 26.00 (±6.54), değerlendirme alt boyutu 30.37 (±6.91), uygulama alt boyutu 20.22 (±4.04) bulunmuştur. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması ise 94.64 (±19.62) olarak saptanmıştır.

Kadınların ÇBASDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; aile alt boyutu 22.58 (±5.64), arkadaş alt boyutu 19.16 (±6.94), özel bir insan alt boyutu 18.09 (±8.27) bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması ise 59.84 (±15.93) olarak saptanmıştır.

Tablo 4. 3.Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Madde Sayısı	X̄±SS	Min-Max	Chronbach Alpha
SOYÖ Bilgiye Erişim	5	18.04±5.24	5-25	0.88
SOYÖ Bilgileri Anlama	7	26.00±6.54	9-35	0.88
SOYÖ Değerlendirme	8	30.37±6.91	11-40	0.84
SOYÖ Uygulama	5	20.22±4.04	7-26	0.76
SOYÖ Toplam	25	94.64±19.62	37-125	0.94
ÇBASDÖ Aile	4	22.58±5.64	4-28	0.76
ÇBASDÖ Arkadaş	4	19.16±6.94	4-28	0.66
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	4	18.09±8.27	4-28	0.63
ÇBASDÖ Toplam	12	59.84 ± 15.93	12-84	0.85

Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre meme kanseri erken tanı davranışlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. MTİ kadınların çalışma durumu (X^2 =7.034; p=0.008), gelir durumu (X^2 =7.660; p=0.022) ve sağlık güvencesine (X^2 =3.930; p=0.047) göre KKMM yapma davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınları medeni durumuna (X^2=0.932 p=0.334), çalışma durumuna (X^2=0.314 p=0.575), sağlık güvencesine (X^2=0.637 p=0.425), sağlığı algılama durumuna (X^2=0.705 p=0.703) ve ailede meme kanseri öyküsünün olma durumuna (X^2=1.436 p=0.231) göre KMM yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca, kadınların sağlık güvencesi (X^2=4.585 p=0.032) ve ailede meme kanseri öyküsünün olma durumu göre mamografi çektirme (X^2=5.069; p=0.024) arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları					
	KKMM		KMM*		Mamografi*	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	n (%)	n(%)	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Eğitim Durumu						
İlkokul Mezunu	43 (31.6)	83 (38.2)	29(65.9)	15(78.9)	19 (61.3)	25(78.1)
Ortaokul Mezunu	33 (24.3)	65 (30.0)	9(20.5)	4(21.1)	8 (25.8)	5 (15.6)
Lise Mezunu	36 (26.5)	43 (19.8)	5(11.4)	0(0.0)	3 (9.7)	2 (6.3)
Üniversite ve üstü	24 (17.6)	26 (12.0)	1(2.3)	0(0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
İstatistiki Değer**	**X^2=5.554 p=0.135**		**------**		**------**	
Medeni Durumu						
Evli	84 (61.8)	37(63.1)	37(84.1)	5(73.7)	25(80.6)	26(81.2)
Bekar	52 (38.2)	80 (36.9)	7(15.9)	19(26.3)	6 (19.4)	6 (18.8)
İstatistiki Değer**	**X^2= 0.067 p=0.796**		**X^2=0.932 p=0.334**		**X^2= 0.004 p=0.951**	
Çalışma Durumu						
Evet	34 (25.0)	30 (13.8)	7(15.9)	2(10.5)	6 (19.4)	3 (9.4)
Hayır	102 (75.0)	187(86.2)	37(84.1)	17(89.5)	25 (80.6)	29 (90.6)
İstatistiki Değer**	**X^2= 7.034 p=0.008**		**X^2=0.314 p=0.575**		**X^2= 1.281 p=0.258**	
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	40 (29.4)	89 (41.0)	23(52.3)	9(47.4)	17(54.8)	15 (46.9)
Gelir gidere eşit	86 (63.2)	122(56.2)	20(45.5)	10(52.6)	13 (41.9)	17 (53.1)
Gelir giderden fazla	10 (7.4)	6 (2.8)	1(2.3)	0(0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)
İstatistiki Değer**	**X^2= 7.660 p= 0.022**		**-----**		**-----**	
Sağlık Güvencesi						
Evet	83 (61.0)	109(50.2)	21(47.7)	7(36.8)	18 (58.1)	10 (31.2)
Hayır	53 (39.0)	108(49.8)	23(52.3)	12(63.2)	13 (41.9)	22 (68.8)
İstatistiki Değer**	**X^2= 3.930 p=0.047**		**X^2=0.637 p=0.425**		**X^2=4.585 p=0.032**	
Sağlığı Algılama Durumu						
İyi	71 (52.2)	111(51.2)	8(18.2)	5(26.3)	5 (16.1)	8 (25.0)
Orta	59 (43.4)	96 (44.2)	32(72.7)	13(68.4)	23 (74.2)	22 (68.8)
Kötü	6 (4.4)	10 (4.6)	4(9.1)	1(5.3)	3 (9.7)	2 (6.2)
İstatistiki Değer**	**X^2= 0.039 p=0.981**		**X^2=0.705 p=0.703**		**X^2 =0.899 p=0.638**	
Ailede Meme Kanseri Öyküsü						

Tablo 4.4. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Var	39 (28.7)	45 (20.7)	16(36.4)	4(21.1)	14 (45.2)	6 (18.8)
Yok	97 (71.3)	172(79.3)	28(63.6)	15(78.9)	17 (54.8)	26 (81.2)
İstatistiki Değer**	**X^2= 2.906p= 0.088**		**X^2=1.436 p=0.231**		**X^2= 5.069p= 0.024**	

*40 yaş üstü kadınlar dahil edilmiştir. **Pearson ki kare testi yapılmıştır.

MTİ kadınların ÇBASDÖ puan ortalamasının meme kanseri erken tanı davranışları ile kaşılaştırılması Tablo 4.5'de verilmiştir. KKMM yapma durumuna göre ÇBASDÖ arkadaş (t= 2.349; p=0.019), özel bir insan (t= 2.317; p=0.021), aile (t=2.325; p=0.021) alt boyutları ve toplam (t= 3.085; p=0.002) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Kadınların KMM yapma durumuna göre ÇBASDÖ aile (U=384.500; t =0.613), arkadaş (U=399.500; t =0.781), özel bir insan (U=385.500; t =0.625) alt boyutları ve toplam (U=378.000; t =0.549) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

MTİ kadınların mamografi çektirme durumlarına göre ÇBASDÖ aile (t=1.353; p=0.182), arkadaş (t= .039; p=0.969), özel bir insan (t=-.235; p=0.815) alt boyutları ve toplam (t= .410; p=0.683) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.5. Mevsimlik Tarım İşçisiKadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarıile Karşılaştırılması

Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği			
	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	Toplam
	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS	X̄±SS
KKMM Yapma Durumu				
Evet	23.41 ± 4.86	20.25 ±6.67	19.34 ± 7.80	63.02 ± 14.60
Hayır	22.05 ± 6.03	18.48 ± 7.03	17.30 ±8.47	57.84 ± 16.44
İstatistiki Değer	**t=2.325 p=0.021**	**t= 2.349p=0.019**	**t= 2.317 p=0.021**	**t= 3.085p=0.002**
***KMM Yapma Durumu**				
Evet	21.63±6.23	18.40±6.71	17.81±8.07	57.86±16.42
Hayır	20.57±7.01	17.47±7.32	16.68±8.80	54.73±17.71
İstatistiki Değer	U=384.500, t =0.613	U=399.500, t =0.781	U=385.500, t =0.625	U=378.000, t =0.549
***Mamografi Çektirme Durumu**				
Evet	22.41 ± 5.18	18.16 ± 6.76	17.22 ± 8.18	57.80 ± 14.54
Hayır	20.25 ± 7.38	18.09 ± 7.04	17.71 ± 8.42	56.06 ± 18.82
İstatistiki Değer	t=1.353, p=0.182	t= .039, p=0.969	t= -.235, p=0.815	t= .410, p=0.683

*40 yaş üstü kadınlar dahil edilmiştir.

MTİ kadınların SOYÖ puan ortalamasının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi Tablo 4.6'da verilmiştir. Kadınların KKMM yapma durumlarına göre SOYÖ bilgiye erişim alt boyutu (t=3.847; p=0.000) ve toplam puan ortalamaları (t=2.173; p=0.031) arasında anlamlı bir fark saptanmış olup bilgileri anlama (t=1.520; p=0.129) değer biçme/değerlendirme (t=1.848; p=0.065) uygulama/kullanma (t=.484; p=0.628) alt boyutları puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

MTİ kadınların KMM yaptırma durumuna göre bilgiye erişim (U=331.000; p =0.191), bilgileri anlama (U=407.000; p =0.869), değer biçme/değerlendirme (U=403.000; p =0.822), uygulama/kullanma (U=402.000; p=0.809) alt boyutları ve toplam (U=396.500; t =0.747) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Mamografi çektirme durumuna göre bilgiye erişim (t=1.697; p=0.095), bilgileri anlama (t=.484; p=0.630), değer biçme/değerlendirme (t=.960; p=0.341), uygulama/kullanma (t=-.522; p=0.604) alt boyutları ve toplam (t= .794 p=0.430) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.6. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile Karşılaştırılması

Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları	Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği				
	Bilgiye Erişim X̄±SS	Bilgileri Anlama X̄±SS	Değer Biçme/Değerlendirme X̄±SS	Uygulama/Kullanma X̄±SS	Toplam X̄±SS
KKMM Yapma Durumu					
Evet	19.37 ± 5.39	26.67 ±6.89	31.22 ± 7.64	20.35 ± 4.16	97.63 ± 21.92
Hayır	17.21 ± 4.97	25.58 ± 6.30	29.83 ± 6.38	20.13 ± 3.97	92.77 ± 17.82
İstatistiki Değer	**t=3.847 p=0.000**	**t=1.520 p=0.129**	**t=1.848 p=0.065**	**t=.484 p=0.628**	**t=2.173 p=0.031**
***KMM Yapma Durumu**					
Evet	18.75 ±4.64	24.02±6.81	29.31±7.33	19.43±3.88	91.52±21.13
Hayır	16.89±4.64	24.31±5.36	28.94±5.14	19.78±3.35	89.94±15.39
İstatistiki Değer	U=331.000, p =0.191	U=407.000, p =0.869	U=403.000, p =0.822	U=402.000, p =0.809	U=396.500, p =0.747
***Mamografi Çektirme Durumu**					
Evet	19.19 ± 4.58	24.51 ± 6.78	30.03 ± 6.95	19.29 ± 4.04	93.03 ± 20.94

Tablo 4.6. Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamalarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ile Karşılaştırılması (Devamı)

Hayır	17. 21 ± 4.64	23.71 ± 6.28	28.40 ± 6.48	19.78 ± 3.40	89.12 ± 18.06
İstatistiki Değer	**t=1.697 p=0.095**	**t= .484 p=0.630**	**t= .960 p=0.341**	**t=-.522 p=0.604**	**t= .794 p=0.430**

*40 yaş üstü kadınlar dahil edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, MTİ kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sosyal destek algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi incelenmiştir.

Meme kanserinin erken tanısında KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamaografi çektirme davranışları oldukça önemlidir. Ayrıca meme kanserinde KKMM yapmanın kesin tanı koyma yöntemleri arasında gösterilmesinin zor olduğu ifade edilmiş olmasına rağmen, meme kanseri konusunda duyarlılık ve farkındalık arttırmada etkili olduğu söylenebilir (149). Bu nedenle KKMM yapma meme kanserinin erken tanısında önem taşımaktadır (150). Bu çalışmada MTİ kadınların yarısından çoğunun (%61.5) KKMM yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar mevcuttur (151-155). Ayrıca Çidem ve Ersin'in (2019) çalışmasında da kadınların yarısından fazlasının KKMM yapmadığı saptanmıştır (156). Avcı'nın (2020) çalışmasında kadınların %36.2'si KKMM'ni yapmadığı bulunmuştur (157). Güzel ve Bayraktar (2019), çalışmalarında meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi alan kadınların %69.4'ünün KKMM yaptıklarını belirtmişlerdir. Şen ve Başar (2012)'ın yaptıkları çalışmada, kadınların %56.6'sının KKMM yaptığı belirtilmiştir.

KMM de meme kanserinin erken tanısında önemlidir. Araştırmaya katılan MTİ kadınların %69.8'i KMM yaptığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalarda KMM yaptıran kadınların oranlarının %13 ila %64 arasında değiştiği görülmektedir (113,151,158-165).

Mamografi çektirme meme kanserinin erken tanısında önemli bir belirleyicidir (166). Bununla beraber araştırmaya katılan MTİ kadınların yarısından fazlasının hiçbir zaman (%50.8) mamografi çektirmediği saptanmıştır (Tablo 4.2). Benzer biçimde, Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada katılımcıların %61'inin mamografi çektirmedikleri belirlenmiştir. Şen ve Başar'ın (2012) yaptıkları çalışmada da kadınların %83.4'ünün mamografiyi hiç çektirmedikleri saptanmıştır. Çelikkanat ve Sohbet'in (2019) çalışmasında kadınların %82.5'inin mamografi çektirmedikleri belirlenmiştir. Öztoprak ve Ege'nin (2021), kadın işçilerde yaptıkları çalışmada da mamografi gibi meme kanserine yönelik tarama davranışlarının sıklığı yeterli düzeyde bulunmamıştır.

MTİ kadınlar, engelli kadınlar ve yoksul kadınlar gibi dezavantajlı gruplarda yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını yeterli düzeyde yapmadıkları belirtilmektedir (151,167).

MTİ kadınların yarısından fazlasının (%51.6) meme kanseri erken tanı davranışları hakkında bilgi almış olmasına rağmen KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektirenlerin oranlarının düşük olması bu konuda yeterli farkındalıklarının olmadığını ve bu konu ile ilgili eğitimlerin sürekliliğinin sağlanmadığını düşündürmektedir. Ayrıca MTİ kadınların çalışma koşullarının da bu sonuçlarda etkisi olabilir. Çünkü MTİ kadınlar bu muayeneler için yeterli fiziki koşulara sahip olamamakta, sağlık kuruluşlarına ulaşmada sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca kadınların yarıya yakınının bilmediği için KKMM yapmaması (%44.7) ve mamografi çektirmemesi (%50.8) de çalışma sonucunu desteklemektedir.

Kanser taramalarına yönelik toplumda farkındalık oluşturmak oldukça önemlidir. Bu nedenle mevsimlik tarım işçileri de dahil olmak üzere toplumdaki kadınlar meme kanseri ve erken tanı davranışları konusunda bilgilendirilmelidir (167, 168). Bu çalışmada MTİ kadınların yarısından fazlasının (%51.6) meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında daha önce bilgi aldığı, bilginin daha çok sağlık personelinden (%66.5) alındığı saptanmıştır. Karaca ve Koyucu'nun (2020) çalışmalarında, kadınların %74.4'ü KKMM hakkında bilgilendirildiklerini belirterek, %39.3'ü bu bilgileri gazete/dergi-televizyon/radyodan aldıklarını ifade etmişlerdir (169). Öztoprak ve Ege'nin çalışmasında (2021) katılımcıların %95.3'ü kanser taramalarını duyduğunu, %56.9'u bilgiyi sağlık personelinden aldığını belirtmiştir. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada MTİ kadınların yarısının meme kanseri erken tanı davranışları hakkında bilgilerinin olmadığı saptanmıştır (167).

Bilgi eksikliğinin meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde önemli bir engel oluşturduğu bilinmektedir (167). Bu çalışmada MTİ kadınların çoğunun bilmediği için erken tanı davranışlarını yapmadığını belirtmesi de eğitimin gerekli olduğunu desteklemesi açısından önemlidir. Ayrıca MTİ kadınların bilgi sahibi olma noktasında yeterli erişime sahip olamaması ve yeterli düzeyde profesyonel destek alamaması çalışma koşullarındaki zorluklar ile açıklanabilir.

Bu çalışmada çalışma durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesinin KKMM yapmayı, sağlık güvencesinin ve ailede meme kanseri öyküsü olmasının mamografi çektirmeyi etkilediği saptanmıştır (Tablo 4.4). Meme kanseri erken tanı ve davranışlarını inceleyen araştırmalarda yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir, sağlık güvencesi gibi tanılayıcı özelliklerin erken tanı davranışlarına etkisi olduğu bildirilmektedir (170-173). Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ailede meme kanseri öyküsünün olmasının KKMM yapmayı etkilemediği görülmektedir (174). Özer ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında yaş, öğrenim durumu ve ailede meme kanseri öyküsünün olmasının KKMM yapmayı etkilediği saptanmıştır (175). Duman ve arkadaşının (2015) yapmış olduğu çalışmasında eğitim düzeyi ve KKMM yapma durumları ve sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma ve uygulama oranlarının arttığı belirtilmiştir (173). Başka bir çalışmada da ailede meme kanseri öyküsünün olmasının mamografi yaptırmayı etkilediği, öğrenim durumunun ise mamografi çektirmeyi etkilemediği saptanmıştır (175). Bu çalışma benzer olarak Aksoy ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada sağlık güvencesine sahip olan kadınların mamografi çektirme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınların eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve sağlık güvencesinin KMM yaptırmayı etkilemediği belirtilmiştir. Sağlık güvencesinin MTİ kadınların KKMM yapma ve mamografi çektirme davranışlarını etkilemesi beklenen bir sonuçtur (176). Çünkü sağlık güvencesi olmayan kadınlar, sosyal yaşam standartlarına engel olacak herhangi bir sağlık bulgusuna rastlamadıkları sürece beklemeyi tercih etmektedir. Ayrıca ailede meme kanseri öyküsünün olmasının MTİ kadınlarda mamografi çektirme davranışını etkilemesi de beklenen bir sonuçtur. Aile üyelerinde meme kanseri öyküsünün olması bireylerin farkındalık düzeylerini arttıracaktır. Bu nedenle bu sonuç MTİ kadınların farkındalık düzeylerinin etkilenmiş olduğunu düşündürmektedir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarında sosyal destek önemli bir faktördür. Birçok çalışmada sosyal desteği olan bireylerin daha çok erken tanı davranışlarını gerçekleştirdikleri belirtilmektedir (18-20). Bu çalışmada ÇBASDÖ puan ortalamalarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi incelendiğinde, KKMM yapan MTİ kadınların ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel bir insan ve toplam puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde yüksek çıktığı görülmektedir. Ayrıca KMM yaptırankadınların ÇBASDÖ aile,

arkadaş, özel bir insan ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Mamografi çektiren kadınların puan ortalamaları çektirmeyenlere göre aile, arkadaş alt boyutları ve toplam puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.5).

Lotfi (2017) çalışmasında, sosyal desteği meme kanserinin erken tanılanmasında ve meme kanseri ile mücadelede olumlu bir kaynak olduğunu belirtmiştir (177). Bu çalışmaya benzer olarak Silva ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada sosyal destek ile KKMM yapma davranışı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (18). Çidem ve Ersin'nin (2017) yaptıkları çalışmada, KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların ÇBASDÖ puan ortalamasının KKMM yapmayan, KMM yaptırmayan ve mamografi çektirmeyen kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tatar ve Ersin'in (2021) engelli kadınlar üzerine yaptığı çalışmada, KKMM yapan, KMM yaptıran, mamografi çektiren kadınların puan ortalamasının yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katapodi ve arkadaşının yapmış olduğu bir çalışmada KKMM'sini hiç yapmayan kadınların sosyal desteği, KKMM'ni nadiren ve düzenli olarak yapan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Farhadifar ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada sosyal destek algısı yüksek olan kadınların mamografi çektirme oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, KKMM yapan ve KMM yaptıran, mamografi çektiren MTİ kadınların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek çıkması; aile, arkadaş, özel bir insan olarak gördükleri kişilerden aldıkları desteği yansıtmaktadır. Ayrıca bu sonuçlar sosyal desteğin koruyucu davranışların gerçekleşmesinde önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmada KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların SOYÖ bilgiye erişim ve toplam puan ortalamalarının KKMM yapma durumunu etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.6). Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kanser tanısı ve tespitinde önemli ilişkiler olduğu belirtilmektedir (12). Mazor (2014), Çopurlar ve Kartal (2016) çalışmalarında KKMM ve mamografi çektirmenin yetersiz sağlık okuryazarlık seviyesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Fernandezve arkadaşları (2016) ise çalışmalarında, yeterli seviyede sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan kadınların mamografi çektirme oranlarının yüksek olduğunu, bununla beraber yetersiz

seviyede sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olan kadınların da KKMM yapma oranlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir. Diğer taraftan Yılmazel (2018), meme kanseri davranış ve farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı düzeyi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, meme kanseri farkındalığı ile mamografi çektirme sıklığı arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğunu belirtmiştir. Çopurlar (2016) ile Roh ve arkdaşları (2018) ise yaptıkları çalışmalarda, meme kanseri erken tanı davranışlarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemine dikkat çekmekte ve aralarında ilişki olduğunu belirtmektedirler. Panahi ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düşük katılımcıların meme kanseri önleyici davranışları benimsemede daha düşük eğilim gösterdikleri saptanmıştır (178).

Bu çalışmada meme kanseri erken tanı davranışlarını yapan MTİ kadınların SOYÖ puan ortalamalarının yüksek çıkması sağlık ile ilgili konularda farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca çalışmanın sonuçları MTİ kadınların çalıştıkları ortamlarda bilgiye erişebildiklerini göstermesi açısından da önem taşımaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

MTİ kadınların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin ve sosyal destek algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisinin incelendiği bu çalışmada;

MTİ kadınların %51.6'sının meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında bilgi aldığı, %66.5'inin sağlık personelinden bu bilgiyi aldığı saptanmıştır.

MTİ kadınların KKMM yapma, KMM yaptırma ve Mamografi çektirme durumlarının düşük olduğu saptanmıştır.

MTİ kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sosyal destek algılarının istenen düzeyde olmadığı görülmüştür.

Gelir durumu, sağlık güvencesi ve çalışma durumu'nun KKMM yapmayı, sağlık güvencesi ve ailede meme kanseri öyküsünün olma durumu'nun ise mamaografi çektirmeyi etkilediği saptanmış.

ÇBASDÖ ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamalarının KKMM yapma durumunu etkilediği saptanmıştır.

Ayrıca KKMM yapan, KMM yaptıran, mamografi çektiren kadınların ÇBASDÖ ve sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

MTİ kadınların hem meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında bilgi düzeylerinin hem de KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranlarının arttırılması için çalıştıkları ortamda, onlar için uygun zamanlarda, sağlık profesyonelleri tarafından sağlık eğitimlerinin yapılması,

MTİ kadınların çalışma koşulları nedeniyle sağlık hizmetine ulaşmalarında sorun olabileceği düşünüldüğünde, gerekirse bu eğitimlerin ve hizmetlerin bulundukları ortamlarda gezici mobil sağlık hizmetleri şeklinde sunulması,

KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme durumlarının birçok faktörden etkilendiği düşünüldüğünde, eğitim programlarının bu faktörler gözönünde bulundurularak hazırlanması,

MTİ kadınların sağlık okuryazarlığı ve sosyal destek algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğu düşünüldüğünde; sağlık okuryzarlığı ve sosyal destek algılarının arttırılması ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

6.3. Araştırmacılara Öneriler

MTİ kadınların erken tanı davranışlarını engelleyen faktörleri belirlemeye yönelik kalitatif çalışmaların yapılması,

Daha geniş örneklemde sosyal destek düzeylerini ve sağlık okuryzarlığını arttırmaya yönelik girişimsel hemşirelik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Znaor A et al. Estimating the Global Cancer Incidence and Mortality in 2018: Globocan Sources and Methods, International Journal of Cancer, 2019; 144(8): 1941–1953.
2. World Heath Organization, International Agency for Research on Center, Cancer Today, Globocan 2020, Global Cancer Observatory International Agency for Research on Cancer 2021, http://gco.iarc.fr/[Erişim 15.08.2021]).
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk sağlığı genel Müdürlüğü, 2017 Türkiye kanser İstatistikleri, Ankara, 2021https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. International Journal of Cancer 2015; 136(5): 359-386.
5. Adeloye D, Sowunmi YO, Jacobs W, David RA, Adeosun AA, Amuta OA et al. Estimating the Incidence of Breast Cancer in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Global Health 2018; 8(1): 1-21.
6. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations Between Health Literacy and Preventive Health Behaviors Among Older Adults: Findings from The Health and Retirement Study. BMC Public Health 2016; 16: 596.
7. Yılmazel G. Health Literacy, Mammogram Awarenessand Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. Journal of Cancer Education 2018; 33(1): 89-94
8. Farhadifar F, Taymoori P, Bahrami M, Zarea S. The Relationship of Social Support Concept and Repeat Mammography Among Iranian Women. BMC Women's Health 2015; 15:92.
9. U.S. Department of Health And Human Services (HHS). (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC.
10. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014; 13(4): 321-326.
11. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (2000). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
12. Değer MS, Zoroğlu G. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı ile Kanser Bilgi Yükü İlişkisi. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences 2021; 26(1): 108-117.
13. Mazor KM, Williams AE, Roblin DW, Gaglio B, Cutrona SL, Costanza ME et al. Health Literacy and Pap Testing in İnsured Women. Journal of Cancer Education 2014; 29(4): 698-701.
14. Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care 2016; 10(1): 42-47.
15. Kendir C, Karta M. Health Literacy Levels Affect Breast Cancer Knowledge And Screening Attitudes Of Women İn Turkey: A Descriptive Study Yıl 2019, Cilt 17, Sayı 2, 183- 194.

16. Sentell TL, Tsoh JY, Davis T, Davis J, Braun KL. Low Health Literacy and Cancer Screening Among Chinese Americans in California: A Cross-Sectional Analysis. BMJ Open 2015; 5: 1-9.
17. Keleher H, Virginia H. Health Literacy in Primary Health Care. Australian Journal of Primary Health 2007 ;3 (2): 24-30.
18. Silva IT, Griep RH, Rotenberg L. Social Support, Cervical and Breast Cancer Screening Practices Among Nurses. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17(4): 514-21.
19. Katapodi MC, Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Waters C. The Influence of Social Support on Breast Cancer Screening in a Multi cultural Community Sample. Oncology Nursing Forum 2002; 29(5):845-852.
20. Ahmedian M, Samah AA, Emby Z, Redzuan M. Instrument Development Forunder Standing Factors Influencing Mammography Compliance Among Iranian Women in Metropolitan Tehran, Iran. Asian Social Science 2010; 6(10): 88-96.
21. Akbıyık N. Türkiye'de Tarım Kesiminde İşgücü Piyasalarının Yapısı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi Bahar 2008.
22. Görücü İ, Akbıyık N. Türkiye'de Mevsimlik Tarım İşçiliği: Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hikmet Yurdu Düşünce-Yorum Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi Ocak-Haziran 2010; 3(5): 189-219.
23. Kaya M, Özgülnar N. Mevsimlik (Gezici/Geçici) Tarım İşçilerinin İki Yerleşim Birimindeki Yaşam Koşulları ve Sağlık Durumlarına Niteliksel Bakış, Turk J PublicHealth 2015.
24. Dedeoğlu S. Tarımsal Üretimde Göçmen İşçiler: Yoksulluk Nöbetinde Yoksulların Rekabetine. Çalışma ve Toplum Dergisi 2018; (8)1: 40-42
25. Çınar S, Lordoğlu K. Mevsimlik Tarım İşçileri: Marabadan Ücretli Fındık İşçiliğine. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu 3 Bildiriler. İstanbul: Petrol-İş 2011; 116: 419-448.
26. Dedeoğlu S, Bayraktar S. Yoksulun Umudu Çocuk: Mevsimlik Tarım İşçisi Hanelerin Sosyo-Ekonomik Profili ve Çocuk İşçiliği Araştırması. Kalkınma Atölyesi, Ankara. Haziran 2019.
27. Çınar S. Lordoğlu K. Mevsimlik Tarım İşçiliğinde Tekil Bir Analiz: Karasu Fındık Toplama İşçileri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2015; 10(38), 18-23.
28. Çınar S. Ataerkillik Ekseninde İşgücünün Feminizasyonu: Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlar, M. Yaman, S. Dedeoğlu (Der.), Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emeği, Sosyal Araştırmalar Vakfı, İstanbul, 2016; 171-195.
29. Kalkınma Atölyesi, Yoksulların Nöbetinden Yoksulların Rekabetine, Türkiye'de Mevsimlik Tarımsal Üretimde Yabancı Göçmenler Mevcut Durum Raporu. Ankara. 2016.
30. Yaman M, Akduran Ö. Tarımsal Üretimde Kadın Emeği: Tütün Üreticisi Kadınlar. M. Yaman İçinde, Ataerkil Kapitalist Tahakküm Altında: Kadın Emeği, Kadın Bedeni (s. 181-201). İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı Yayınlar. 2013.
31. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sosyal, Ekonomik Ve Barınma Sorunlarının Analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi 2004; 19 (3), 261- 274.

32. Benek S, Ökten Ş. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Koşullarına İlişkin Bir Araştırma: Hilvan ilçesi (Şanlıurfa) Örneği. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011; 10 (2), 653-676.
33. Şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması. Şanlıurfa: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2012.
34. Semerci PU, Erdoğan E, Sinem K. Mevsimlik gezici tarım işçiliği raporu 2014. İstanbul: Hayata Destek Derneği https://www.hayatadestek.org/wp-content/uploads/2021/09/mevsimlik-gezici-tarim-i%CC%87sciligi-2014-arastirma-raporu.pdf
35. Candan E, Semih'a ÖG. Tarımda Kadın Emeği, Tarım Ekonomisi Dergisi 2013; 19(1): 93-101.
36. Güneş F. Mevsimlik İşçilikte Kadın Emeği, Türkiye Tohumcular Dergisi 2015; 5: 16-18.
37. Bağış RC. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Her Mevsimin İşçileri: Denizli'de Mahallî Mevsimlik Tarım İşinde Çalışan Kadınlar Cilt 29, Sayı 4, 2020, Sayfa 138-150 138
38. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural Workers and Their Contribution To Sustainable Agriculture and Rural Development. 2007, International Labour Organization, Foodand Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations. Spanish, 2007
39. Anthony MJ, Williams J, Avery A. Ann Health Needs of Migrant and Seasonal Farmworkers, Journal of Community Health Nursing, 2008; 25: 153-160
40. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of Health Services to Migrant and Seasonal Farmworkers. Annu Rev Public Health, 2007; 28: 345–363.
41. Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Quandt SA, Arcury TA. Migrant, Farmworker Stress: Mental Health Implications. National Rural Health Association, 2008; Winter: 32-38
42. Youlden DR, Cramb SM, Dunn NA, Muller JM, Pyke CM, Baade PD. The Descriptive Epidemiology of Female Breast Cancer: an İnternational Comparison of Screening, İncidence, Survival and Mortality. Cancer Epidemiology 2012;36(3):237- 48.
43. National Cancer Institute. Breast Cancer. https://www.cancer.gov/types/breast [Erişim 29.08.2021]
44. American Cancer Society. American Cancer Society Recommendations for Early Breast Cancer Detection in Women Without Breast Symptoms. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html [Erişim 15.08.2021]
45. Burke MK, Mohn-Brown EL, Eby L. Caringfor Male Clientswith Reproductive System Disorders. Medical-Surgical Nursing Care. Pearson. New Jersey. 2011.
46. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics. CA Cancer J Clin, 2020; 70(1): 7-30.
47. Gross RE. Breast Cancer: Risk Factors, Screening, and Prevention. Semin OncolNurs. 2000; 16(3): 176–84.
48. Tarver T. Cancer Facts & Figures 2012. American Cancer Society (ACS) Atlanta, GA: American Cancer Society, 2012. 66 p., pdf. Available from. Journal of Consumer Health on the Internet, 16(3), 366-367.

49. Altekruse S, Kosary C, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2007. North American Association of Cancer Registries, Bethesda, MD, c2007.
50. Ünal G. Memenin Cerrahi Anatomisi. Meme Hastalıkları. Nobel, İstanbul 2001; 15.
51. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Familial Breast Cancer: Collaborative Reanalysis of İndividual Data From 52 Epidemiological Studies Including 58,209 Women with Breast Cancer and 101,986 Women Without The Disease. Lancet, 2001; 358(9291): 1389-99.
52. Hartmann LC, Sellers TA. Frost MH, Lingle WL, Degnim AC, Ghosh K et al. Benign Breast Disease and the Risk of Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2005; 353(3): 229-37.
53. Thorlacius S, Struewing JP, Hartge P, Olafsdottir GH, Sigvaldason H, Tryggvadottir L et al. Population-Based Study of Risk of Breast Cancer in Carriers of BRCA2 Mutation. Lancet 1998; 352: 1337-1339.
54. Weiss JR, Moysich KB. Swede H. Epidemiology of Male Breast Cancer. Cancer Epidemiology Biomarkers& Prevention. 2005; 14(1): 20-26.
55. Antoniou AC, Casadei S, Heikkinen T, Barrowdale D, Pylkas K, Roberts J et al. Breast-Cancer Risk in Families With Mutations in Palb2 Edıtorıal Comment. N Engl J Med. 2014; 371(6): 497–506.
56. Jones ME, Schoemaker MJ, Wright LB, Ashworth A, Swerdlow AJ. Smoking and Risk of Breast Cancer in The Generations Study Cohort. Breast Cancer Research. 2017; 19(1): 118.
57. Giordano SH, La Vecchia C, Hortobagyi GN, Chabner B. Overweight, Obesity, Diabetes, and Risk of Breast Cancer: Interlocking Pieces of The Puzzle. Oncologist. 2011; 16(6): 726–9.
58. Little MP. Cancer and Non-Cancer Effects in Japanese Atomic Bomb Survivors. J Radiol Prot. 2009; 29(2): 1-35.
59. Moran MS. Radiation Therapy in the Locoregional Treatment of Triple-Negative Breast Cancer. Lancet Oncol. 2015; 16(3): 113–22.
60. Gunter MJ, Wang T, Cushman M, Xue X, Smoller SW, Strickler HD et al. Circulating Adipokines and Inflammatory Markers and Postmenopausal Breast Cancer Risk. J NatlCancerInst. 2015; 107(9): 1–10.
61. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Menarche, Menopause, And Breast Cancer Risk: İndividual Participant Meta-Analysis, Including 118 964 Women with Breast Cancer From 117 Epidemiological Studies. Lancet Oncol. 2012; 13(11): 1141-51.
62. Wrensch M, Chew T, Farren G, Barlow J, Belli F, Clarke C et al. Risk Factors for Breast Cancer in a Population with High Incidence Rates. Breast CancerRes. 2003; 5(4): 88-102.
63. Jardines L, Goyal S, Fisher P, Weitzel J, Royce M. Breast Cancer Overview: Risk Factors, Screening, Genetic Testing, and Prevention. June 1, 2015
64. Alavanja MCR, Sandler DP, Lynch CF, Knott C, Lubin JH, Tarone R. Cancerincidence in the Agricultural Health Study. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2005; 31(Suppl 1):39-45.
65. Brody JG, Moysich KB, Humblet O, Attfield KR, Beehler GP, Rudel RA. Environ Mental Pollutants and Breast Cancer, Epidemiologic Studies. Cancer (Supplement), 2007; 109:2667-711.

66. American Cancer Society. Breast Cancer Facts&Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acsp042725.pdf Erişim Tarihi: 15.08.2021
67. Ban KA, Godellas CV. Epidemiology of Breast Cancer. Surgical Oncology Clinics of North America, 2014; 23(3), 409-422.
68. World Heath Organization, G. Estimated Crude İncidence and Mortality Rates İn 2018, Females, Allages 2018.
69. Espie M, Lalloum M, Coussy F. Epidemiology and risk factors of breast cancer. Soins; la revue de reference infirmiere 2013; 776:22-4
70. Haas CB, Nekhlyudov L, Lee JM, Javid SH, Bush M, Johnson D et al. Surveillance for Second Breast Cancer Events in Women with a Personal History of Breast Cancer Using Breast MRI: A Systematic Review and Meta-Analysis. Breast Cancer Research and Treatment, 2020; 181(2): 255–268.
71. Britt KL, Cuzick J, Phillips KA. Key Steps for Effective Breast Cancer Prevention, Nature Reviews Cancer, 2020; 20(8): 417–436.
72. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality World wide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin, 2021; 71(3): 209-249.
73. Ergin A, Özdilek R, Dutucu N. 2012-2017 Yılları Arasında Kadınlarda Görülen Kanser Türleri ve Dağılımları Kadın Sağlığı Hemşireliğ Dergisi 2019, 5 (1); 1-21
74. WHO Regional Office for Europe Health Literacy the Solid Facts Editors, Ilona Kicksbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros, 2013.
75. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review And Integration of Definitionsand Models. BMC Public Health. 2012; 12(80): 1-13.
76. Rademakers J, Heijmans M. Beyond Reading and Understanding: Health Literacy as The Capacity to Act. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(8): 1-12.
77. Hülür AB. Sağlık İletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergis 2016; 14(1): 155-178.
78. Kindig DA, Nielsen-Bohlman L, Panzer AM. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, DC: National Academies Press. 2004: 19-59.
79. Sykes S, Wills J, Rowlands G. Understanding Critical Health Literacy: A Concept Analysis. BMC Public Health. 2013: 13(150): 1-10.
80. EPF Background Brief: Patient Empowerment. European Patients Forum, Belgium: European Patients Forum. 2015; 3-12.
81. Vernon JA, Vernon J, Trujillo A, Debuono B. Low Health Literacy: Implications for National Health Policy. 2007; 1-18.
82. Tözün M, Sözmen MK. Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. Smyrna Tıp Dergisi 2014; 2: 48-54.
83. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Consumers, the Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and quality. Consultation Paper Sydney 2013:14-16.
84. Gözlü K. Sağlığın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2020:27(1):137-144 doi: 10.17343/sdutfd.569301

85. Kutlu S. Erişkin göçebe mevsimlik tarım işçilerinin yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD., Şanlıurfa, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
86. Sezgin D. Sağlık Okuryazarlığını Anlamak, Galatasaray Üniversitesi, iletişim Dergisi, Sağlık İletişimi Özel Sayısı. 2013; 3: 73-92.
87. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016; 15(1): 69-74.
88. Gümüş AB. Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3): 108-114.
89. Kanj M, Mitic W. Working document: 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the İmplementation Gap Nairobi, Kenya. 2009; 26-30.
90. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık Okuryazarlığı Hasta-Hekim İlişkisini Etkiler mi? Sakarya İlinde Bir Araştırma. TAF Prev Med Bull. 2016; 15(4): 354-362.
91. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health Literacy Emerging Evidence and Applications in Kidney Disease Care. Advances in Chronic Kidney Disease. 2013; 20(4): 311-9.
92. Demirci K, Demirci S, Taşkıran E, Kutluhan S. The Effects of Temperament and Character Traits on Perceived Social Support and Quaility of Life in Patiens. Epilepsy and Behavior. 2017; 74: 22-26.
93. Kazak AE, Marvin RS. Differences, Difficulties and Adoptation: Stress and Social Networks in Families with Handicapped child. Family Relations, 1984;33, 67-77.
94. Kaner S. Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2003; 4 (1): 57-72.
95. Doğan T. Psikolojik Belirtilerin Yordayıcısı Olarak Sosyal Destek ve İyilik Hali. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2008; 3: 30-44.
96. Leach J. Improving Mental Health Through Social Support: Building Positive And Empowering Relationships. USA: Jessica Kingsley Publishers. 2015.
97. Reblin M, Uchino BN. Social and Emotional Support and its Implication for Health. Curr Opin Psychiatry. 2008; 21(2): 201–205.
98. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38: 300-314.
99. Wang Y, Haslam M, Yu M, Ding J, Lu Q, Pan F. Family Functioning, Marital Quality and Social Support in Chinese Patients. Health Qual Life Outcomes. 2015; 13(10): 1-8.
100. Khaledi GH, Mostafavi F, Eslami AA, Afza HR, Akbar H. Evaluation of The Effect of Perceived Social Support on PRomoting Self-Care Behaviors of Heart Failure Patients Referred to the Cardiovascular Research Center of Isfahan. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2015; 17(6): 1-7.
101. Başer Z. Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006.
102. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(2):68-75.

103. Heath J, David H. Ciscel Patriarchy, Family Structure and the Exploitation of Women's Labor, Journal of Economic Issues. 1988; 22(3):781-94.
104. Özkan, S. Alçalar N. Meme Kanserinin Cerrahi Tedavisine Psikolojik Tepkiler. Meme Sağlığı Dergisi 2009; 5(2): 60-64.
105. Elbi-Mete H, Önen Ö. Kanserli hastalarda depresyon. Duygudurum Bozuklukları Dizisi 2001; 4:184-191.
106. Işık I. Meme Kanseri Hastalarında Tedavi Sonrası Dönemde Gelişen Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Hemşirelik Girişimleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014; 11(3): 58-64.
107. Çelik K, Şimşek Z, Yüce Tar Y, Kırca Duman A. Gezici Mevsimlik Tarım İşinde Çalışan Kadınların Çalışma ve Yaşam Koşullarının İrdelenmesi, The World Bank, 2013; 5-44.
108. Uyan Semerci P, Erdoğan E. Adana'da (Mevsimlik Gezici) Tarım İşçilerinin Çocuklarının Yaşam Koşullarının İyi Olma Hali Perspektifinden İyileştirilmesi Projesi. Araştırma Sonuçları Özeti, Politika Alanları ve Uygulama Önerileri, İstanbul Bilgi Üniversitesi Göç Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2017; 1-29.
109. Kavradım ST, Özer ZC. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014; 6(2): 154-164.
110. Thompson T, Rodebaugh T, Perez M, Schootman M, Jeffe DB. Perceived Social Support Change in Patients with Early-Stage Breast Cancer and Controls. Health Psychol. 2013; 32(8), 886–895.
111. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, Özmen V. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer. TheJournal of Breast Health 2016; 12(3): 94-101.
112. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Supportamong Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2017; 18(7): 1889- 1896.
113. Secginli S. Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale: Psychometric Testing of the Turkish versions. Cancer Nursing. 2012;35(5):365-73. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182331a9a.
114. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of Recurrence and Disease Progression in Long- Term (≥5 Years) Cancer Survivors a Systematic Review of Quantitative Studies. Psycho- Oncology. 2013; 22(1): 1-11.
115. Yarış F, Şahin MK, Dikici MF. Aile Hekimliğinde Meme Kanserlerine Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2014; (2): 46-54.
116. Vahabi M. Breast Cancer Screening Methods: A Review of The Evidence. Health Care for Women International. 2003; 24: 773- 793.
117. Oktay A. Mamografi, Meme Hastalıkları Federasyonu (MHDF) Meme Hastalıkları Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. 2012; 109–116.
118. Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. Meme Sağlığı Dergisi 2013; 9(1): 5-9.
119. Lengacher A, Bennett M, Kip E, Gonzalez L, Jacobsen P, Cox E. Relief of Symptoms, Side Effects, and Psychplogical Distress Through Use of Comlementary and Alternative Medicine in Womenwith Bresat Cancer. Oncology Nursing Forum. 2006; 33: 97-104.

120. O'malley SA, Forrest BC, Mandelblatt J. Adherence of Low– Income Women to Cancer Screening Recommendations. The Roles of Primary Care, HealthInsurance And Hmos. Journal of General Internal Medicine. 2002; 17: 144-154.
121. Alpteker H, Avcı A. Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2010; 6(2): 74-79.
122. WHO, Guidelines for the Early Detection And Screening of Breast Cancer, OM. Khatib, Atord. (Ed.) World Health Organization: Geneva. 2006.
123. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2011.
124. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlığının ve Kullanılan Eğitim Materyallerinin Sağlık Okuryazarlığına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 12(1): 96-106.
125. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine. 1998; 13(12): 791-8.
126. Sadeghi S, Brooks D, Stagg-Peterson S, Goldstein R. Growing A Wareness of the Importance of Health Literacy in Individualswith COPD. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2013; 10(1): 72-8.
127. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. Archives of Internal Medicine. 2007; 167(14): 1503-9.
128. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Yayınları, Ankara: 2015; 1.
129. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm Journal of General Internal Medicine 2008; 23: 1273-6.
130. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low. Health Literacy and Health Outcomes: An updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 2011; 155(2): 97-107.
131. Kobayashi L, Wardle J, Von Wagner C. Limited Health Literacy is a Barrier to Colorectal Cancer Screening in England: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. Preventive Medicine. 2014; 61: 100-5.
132. Taş TA, Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. Sted, 2016; 25 (3): 119-24.
133. Eylen B, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma, Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 15 (1): 22-23.
134. Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler [master's thesis]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
135. Kang SH, Bloom JR, Romano PS. Cancer Screening Among Africanamerican Women: Their Use of Tests and Social Support. Am J Public Health. 1994; 8(1): 101-3.
136. Kılıç M. Şanlıurfa'da Engelli Kadınların Sosyal Destek ve Engel Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Urfa, 2019.

137. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7(1):59-67.
138. Lambert MI. Migrant and Seasonal Farm Worker Women, Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing, 1995; 24(3): 265-8.
139. Rustoen T, Wiklund I, Hanestad B, Mourm T. Nursing Intervention to Increase Hope And Quality of Life In Newly Diagnosed Cancer Patients. Cancer Nursing. 1998; 21: 235-245
140. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Kanser, Kültür ve Hemşirelik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 4(4): 168-174.
141. Pınar G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 18(4): 208-216.
142. Ersin F, Dedeoğlu GK. Hemşirelerin Meme Kanseri Korku ve Kadercilik Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Gevher Nesıbe Journal of Medıcal&Health Scıences. 2020; 5(9): 146-153
143. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et al. Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013; 13: 948.
144. Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E et al. Health Literacy and Socioeconomic Characteristics Among Older People in Transitional Kosovo. British Journal of Medicine&Medical Research. 2013; 3(4): 1646-1658.
145. Aras Z, Temel AB. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017; 25(2): 85-94.
146. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multi dimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988; 52: 30-41.
147. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 34: 45-55.
148. Eker D, Arkar H, Yaldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1): 17-25.
149. Tuncer M. TC. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar. 2004.
150. Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli? The Journal of Breast Health. 2011; 7(1): 11-14.
151. Veena KS, Rupavani K, Rekha R. The Knowledge and Attitude of Breast Self Examinationand Mammography Among Rural Women. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2015; 4(5): 1511-1516.
152. Polat E, Taştekin A. Hijyenik Ped Ambalajı Üzerindeki Kendi Kendine Meme Muayenesi Uyarılarının Kız Üniversite Öğrencileri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2019; 5 (1): 41-57.
153. Pak N, Yıldız SE. Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 3(3): 151-157.
154. Uysal N. 20-69 Yaş Aralığındaki Kadınlara Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük, 2017.

155. Akarsu RH, Alsaç SY. Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilme ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi Determining Nursing Students Knowledge and Practice Level of Breast Self Examination. Bozok Tıp Dergisi 2019; 9(3): 115-121.
156. 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.
157. Avcı E. Sosyal Pazarlama Çerçevesinde Meme Kanseri ile İlgili Görsel Materyallerin Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, İzmir.
158. Çam O, Gümüş AB. Breast Cancer Screening Behavior in Turkish Women: Relationships with Health Beliefs and Self-esteem, Body Perception and Hopelessness. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2009; 10: 49-54.
159. 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. CancerNursing, 2015; 38(6): 484-489.
160. Yıldırım AD, Özaydın AN. Sources of Breast Cancer Knowledge of Women Living in Moda / İstanbul and Their Attendance to Breast Cancer Screening. J Breast Health 2014; 10: 47-56.
161. Lee HY, Stange MJ, Ahluwalia JS. Breast Cancer Screening Behaviors Among Korean American Immigrant Women: Findings from The Health Belief Model. Journal of Transcultural Nursing, 2015; 26(5): 450-457.
162. Nacar G. Kadınlarda Meme Kanseri Endişe Düzeyi ile Erken Tanı Uygulama Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2018; 6(2): 44-53.
163. Kayar N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu, 2019.
164. Sohbet R, Karasu F. Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(4): 113-121.
165. Güzel N, Bayraktar N. Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019; 6(2): 101-110.
166. Meme Kanseri Tarama Rehberi 2011 Mart https://www.turkrad.org.tr/assets/standartlar/meme-tarama-rehberi.pdf
167. Polat P, Ersin F. The Effect of Breast Cancer Fear Levels of Female Seasonal Agricultural Laborers on Early-Diagnosis Behaviors and Perceptions of Breast Cancer, Social Work in Public Health, 2017, 32(3), 166–175 http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2015.1137525.
168. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA ve ark. Düzce'de Yaşanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;7(1), 1-10.
169. Karaca P, Koyucu GR. Sağlık Hizmetleri Öğrencilerinin Meme Kanseri Konusunda Bilgilerinin Değerlendirilmesi. Androloji bülteni, 22(2),94-102. Doi: 10.24898/tandro.2020.72325

170. Luszczynska A. Change in Breast Self-Examination Behavior: Effects of Intervention on Enhancing Self-Efficacy. International Journal of Behavioral Medicine, 2004; 11, 95-103.
171. Boling W, Laufman L, Lynch GR, Weinberg AD. Increasing Mammography Screening Through İnpatient Education. Journal of Cancer Education, 2005; 20, 247-250.
172. Güner İC, Tetik A, Gönener HD. Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2007; 13(2):55–60.
173. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları, Jaren 2015; 1(1):30-38
174. Göçgeldi E, Açıkel CH, Hasde M, Aygut G, Çelik S, Gündüz İ ve ark. Ankara-Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Fırat Tıp Dergisi 2008;13(4): 261-265.
175. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler, Toplum Hekimliği Bülteni, 2009, 28(1), 14-19.
176. Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Engeller. J Breast Health, 2015; 11: 26-30.
177. Lotfi S. Meme Kanseri Hastası Yoksul Kadın Olmak: Başetme ve Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi. Haccettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2017.
178. Panahi R, Namdar P, Siboni FS, Fallah S, Anbari M, Dehghankar L et al. Association between Health Literacy and Adopting Preventive Behaviors of Breast Cancer in Iran. J Edu Health Promot 2020; 9:241.

8.EKLER

EK 1. Birey Tanılama Formu

1. Yaşınız…….

2.Cinsiyetiniz:

1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni durumunuz:

1) Evli 2) Bekar

4. Eğitim durumunuz:

1) Okuryazar değil 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu

4) Lise mezunu 5) Üniversite ve üzeri

5. Çalışıyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

6. Gelir durumunuz nedir?

1)Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

7. Sağlık güvenceniz var mı?

1) Evet 2) Hayır

8. Kiminle beraber yaşamınızı sürdürüyorsunuz?

1)Eş 2) Çocuklar 3) Akraba 4) Yalnız

9. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?

1)İyi 2) Orta 3) Kötü

10. Ailenizden herhangi birinde (anne, baba, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen) meme kanseri var mı?

1)Var 2) Yok

11. Meme kanseri ve erken tanı davranışları biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

12. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır

13. Ne kadar sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Her ay düzenli olarak

14. KKMM yapmıyorsanız yapmama nedeniniz nedir?

1) Bilmiyorum

2) Zamanım yok

3) Meme kanseri olabilirim

4) Meme kanseri yaşlı kadınlarda olur

5) İhtiyaç duymadım

6) Daha önemli sorunlarım var

7) Diğer……

15. Şu ana kadar bir sağlık personeline meme muayenesi (Klinik meme muayenesi) yaptırtınız mı?

1) Evet 2) Hayır

16. Ne kadar sıklıkta klinik meme muayenesi yaptırıyorsunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Yılda bir kez 4) İki yılda bir kez

17. Mamografi çektiriyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18. Ne kadar sıklıkta mamografi çektiriyorsunuz?

1) Hiçbir zaman 2) Ara sıra 3) Yılda bir kez 4) İki yılda bir kez

19. Mamografi çektirmeme nedeniniz nedir?

1) Bilmiyorum

2) Meme kanserinin kendinde olmayacağını düşünme

3) Zaman ayırmama

4) Sağlığına önem vermeme

5) Mamografinin ışın yaydığını düşünme

6) Doktorun erkek olması

7) Diğer……

20. Şu ana kadar meme kanseri ve erken tanı davranışları (KKMM, KMM, Mamografi) hakkında bilgi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

21. Eğer bilgi aldıysanız nereden aldınız?

1) Bir sağlık personelinden

2) Televizyon veya radyodan

3) Kitap, dergi veya broşürlerden

4) Diğer…….

22. Eğer bilgi almadıysanız bilgi almak ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

EK 2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

	5-Hiç Zorluk Çekmeden	4-Az Zorluk Çekiyorum	3-Biraz Zorluk Çekiyorum	2-Çok Zorluk Çekiyorum	1-Yapamayacak Durumdayim/Hiç Yeteneğim Yok /Olanaksiz
BİLGİYE ERİŞİM					
1.Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA					
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7. tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME					

13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA					
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

EK 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.								
Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet

EK 10. İntihal Raporu



MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL DESTEK ALGILARININ MEME KANSERİ ERKEN TANI VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%15	%14	%3	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%3
2	www.guvenlitarim.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.harran.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	%1